

**Estudio de un caso de Trastorno de Conducta Alimentaria con Trastorno
Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Social desde una perspectiva
integradora**



Ana Minuesa Madruga

Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Comillas

Dirigido por Gonzalo Aza Blanc

Junio de 2023

Índice

Resumen y Abstract	3
Abreviaturas	4
1. Introducción	5 - 18
1.1. Trastornos de Conducta Alimentaria	7 - 9
1.2 Trastorno de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad Social	8 - 9
1.3. Epidemiología y curso de los TCA	9 - 10
1.4 Etiología de los TCA	10 - 12
1.5. Comorbilidades de los TCA	12
1.6. Enfoques teóricos	12 - 15
1.7. Tratamientos Eficaces de los TCA	15 - 18
1.8. Justificación del caso	18
2. Diseño	19
3. Presentación del caso	19 - 23
3.1. Motivo de consulta	21 - 23
4. Metodología de evaluación	23 - 26
4.1. Entrevista clínica	23
4.2. Pruebas psicométricas	24 - 25
4.3. EB ² -MindCare	26
5. Resultado clínicos más relevantes pre-tratamiento	26 - 30
5.1. Diagnóstico clínico	30
5.2. Diagnóstico diferencial	30 - 31
6. Formulación de caso	31 - 39
7. Objetivos del tratamiento	40
8. Tratamiento y curso	41 - 46
9. Comparativa de resultados pre y post - tratamiento	46 - 50
10. Discusión	51 - 55
Referencias	56 - 60
Apéndices	61 - 66
Apéndice I: Entrevista clínica para un TCA (Adalmed)	61 - 64
Apéndice II: Aplicación EB ² -MindCare	65
Apéndice III: Ficha de pautas conductuales	66

Resumen

El presente trabajo expone el caso de un varón de 16 años con diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria comórbido con un Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Social. El paciente ha sido evaluado en dos fases mediante una entrevista semiestructurada creada por el centro, la aplicación digital *EB²-MindCare* y las siguientes pruebas psicométricas: MACI, BDI-II, STAI, BSQ, EDI-2, EHS. La intervención se lleva a cabo desde la Terapia Sistémica, apoyada por técnicas Cognitivo-Conductuales, usando el análisis multinivel sistémico de Scheinkman para la comprensión del caso y el diseño de plan terapéutico. Los objetivos específicos del caso se circunscriben a las patologías descritas anteriormente. Para ello, se utilizan técnicas psicoeducativas, conductuales y sistémicas tanto en sesiones grupales como en individuales y familiares, además de terapia ocupacional, comedor terapéutico y seguimiento psiquiátrico y endocrinológico. En la actualidad, el paciente presenta una clara mejoría tanto a nivel sintomatológicos como en diferentes áreas vitales, continuando con el tratamiento, pero con unos objetivos diferentes a los propuestos inicialmente.

Palabras clave: estudio de caso, anorexia nerviosa, trastorno de conducta alimentaria, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad social.

Abstract

This paper presents the case of a 16-year-old male with a diagnosis of Eating Disorder comorbid with Major Depressive Disorder and Social Anxiety Disorder. It has been evaluated in two phases through the use of a semi-structured interview created by the center, the *EB²-MindCare* application and the following tests: MACI, BDI-II, STAI, BSQ, EDI-2, EHS. The intervention is carried out from the Systemic Therapy, supported by Cognitive-Behavioral techniques, making use of the systemic multilevel analysis for the understanding of the case and the design of the therapeutic plan. The specific objectives of the case are limited to the pathologies described above. For this, psychoeducational, behavioral and systemic techniques are used both in group sessions and in individual and family sessions, as well as occupational therapy, therapeutic dining room and psychiatric and endocrinological follow-up. At present, the patient presents a clear improvement both in symptoms and in different vital areas, continuing treatment with objectives different from those initially proposed.

Key words: case study, anorexia nervosa, eating disorder, major depressive disorder, social anxiety disorder.

Abreviaturas

ADTs: Antidepresivo Tricíclicos

AN: Anorexia Nerviosa

AVE: Acontecimientos Vitales Estresantes

BN: Bulimia Nerviosa

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico

IMC: Índice de Masa Corporal

ISRS: Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina

HHSS: Habilidades Sociales

HDT: Hospital de Día Tarde

HDM: Hospital de Día Mañana

HDTR: Hospital de Día Tiempo Reducido

Sx: Síntomas

TA: Trastorno por Atracón

TAS: Trastorno de Ansiedad Social

TB: Tasa Base

TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria

TD: Trastorno Depresivo

TM: Trastorno Mental

TP: Trastorno de Personalidad

1. Introducción

Si bien el caso presentado tiene como apellido varios diagnósticos, a lo largo de la introducción nos centraremos y profundizaremos en el Trastorno de Conducta Alimentaria (en adelante TCA), especialidad del centro donde se ha realizado el presente estudio de caso.

¿Qué es la alimentación y para qué sirve? Definir qué función y qué repercusión tiene la alimentación no es tan simple como parece cuando intentamos abordar este concepto específicamente desde los seres humanos. En términos generales, la alimentación sirve como combustible en los seres vivos. Mediante la nutrición se obtiene la energía necesaria para cumplir las funciones vitales básicas, provocándose la muerte del organismo ante la inanición. Esta visión reduccionista limita la ingesta de alimentos a un acto puramente biológico cuya única finalidad es garantizar la supervivencia del individuo. Cuando hablamos de la alimentación en los seres humanos, es oportuno entender el acto de alimentarse como un proceso mucho más complejo, que aúna mecanismos psicosociales a parte de los descritos. Comer es un acto social más, que no implica exclusivamente la función de nutrirse. En muchas ocasiones no es más que un medio que nos permite compartir tiempo de ocio con familiares y/o amigos. Este cambio de paradigma desvincula la alimentación de su función principal pasando a ser concebido como un instrumento de socialización que permite cubrir una necesidad básica a la vez que se cubre la necesidad social de los seres humanos. En este sentido, se ha de tener en cuenta la sociedad actual, la cual se sustenta en estándares cada vez más superficiales e inalcanzables, perpetuados por los avances tecnológicos y el uso cada vez más recurrente de redes sociales como *Instagram*, *TikTok* o *Bereal* en edades más tempranas. Específicamente, es de interés el análisis en las sociedades occidentales y occidentalizadas, donde existe un marcado canon de belleza y las relaciones sociales, sentirte parte de un grupo es algo muy valorado. Normalmente los planes sociales se dan en entornos donde la alimentación suele ser la excusa para socializar (ir a un bar, a un restaurante, etc). Esto supone

en muchas ocasiones comer sin hambre (p.ej. tomarte la tapa que te dan junto a una bebida), provocando sensación de “malestar” por haber realizado una ingesta calórica sin sensación de hambre o la sensación de “*no parar de comer*”.

Tanofsky-Kraff y Yanovski (2004) distinguieron entre *trastornos alimentarios* y *alimentación alterada*. Actualmente la sociedad libra a pocos individuos de presentar problemas caracterizados por una alteración en la alimentación en algún momento de su vida. Una alimentación alterada como puede ser la diabulimia¹ o la ortorexia², pueden tener impactos severos sobre el peso corporal y/o la salud de la persona. No obstante, los trastornos alimentarios se caracterizan por presentar un patrón de alimentación gravemente alterado asociado a un problema psicológico que suele esconder bajo las conductas relacionadas con el cuerpo y la comida un sinfín de sintomatología (p.ej. depresión, ansiedad, obsesiones, etc.) vinculada con aspectos más profundos. Cuando los síntomas no relacionados con la comida se presentan de forma activa y no de manera reactiva (p.ej. cuando los síntomas depresivos o la ansiedad en el área social no se deben ni se limitan al aspecto físico, a comer delante de otros, etc.), el profesional a cargo del caso ha de valorar la posibilidad de otra enfermedad mental comórbida al TCA (p.ej. Trastorno de Depresión Mayor) y no como un síntomas más de este (p.ej. tristeza debido a falta de autoestima) (Belloch, 2020).

Uno de los grandes problemas de los sistemas categóricos actuales (DSM o CIE) es la clasificación de los Trastornos Mentales (en adelante TM) en función de los síntomas presentados. Esta aproximación pone el foco en semejanzas superficiales entre pacientes, dejando a un margen procesos más complejos como pueden ser los procesos cognitivos, conllevando en muchos casos a la coexistencia de varios trastornos en un mismo paciente (Belloch, 2020). Borsboom (2007, citado en Forbes et al., 2017), en un intento de ponerle

¹ Reducción deliberada de la administración de insulina en pacientes con diabetes tipo-I para controlar el peso.

² Preocupación excesiva por la alimentación saludable, llevando a una reducción en el peso que puede llegar a ser mortal.

solución a esta limitación, diseñó la Teoría de Redes. Desde esta nueva perspectiva se da relevancia no tanto a la presencia de determinados signos clínicos, si no a la magnitud de éstos y la relación con otros (p.ej. relación perdida de peso y depresión). De este modo, resulta más fácil identificar los síntomas más centrales del caso (p.ej. mayor relevancia clínica la preocupación por el peso que la tristeza) en vez que codificarlo con etiquetas diagnósticas por presentar, independientemente de la magnitud, determinados síntomas que cumplen el criterio de un trastorno (p.ej. pérdida de peso y tristeza suelen ser criterios de depresión; no obstante, depende el diagnóstico de los procesos cognitivos que haya detrás de esa pérdida de peso). Entiende los TM como una red de síntomas y signos relacionados causalmente entre sí.

El DSM-5 (APA, 2013) hace un intento de clasificar los TCA, siendo los más comunes la Anorexia Nerviosa (en adelante AN), la Bulimia Nerviosa (en adelante BN) y el Trastorno de Atracón (en adelante TA). No obstante, pese al intento de categorizar las diferentes TCA, es muy difícil en la práctica clínica hablar en términos absolutos ya que en la mayoría de los casos se presentan diferentes criterios diagnósticos de los diferentes TCA en un mismo cuadro (por ejemplo, paciente con TA con periodos esporádicos de compensación mediante restricción).

1.1. Trastornos de Conducta Alimentaria

La **Anorexia Nerviosa** se caracteriza principalmente por un Índice de Masa Corporal (en adelante IMC) menor de 17, un patrón restrictivo en la alimentación y miedo a ganar peso presente en los últimos tres meses. En el DSM-5 se incluyeron diferentes especificadores ante la presencia de perfiles con anorexia que presentaban purgas y conductas compensatorias y/o atracones. La gravedad del trastorno se evalúa en función del IMC del paciente.

La **Bulimia Nerviosa** se caracteriza por la presencia de episodios recurrente de atracón, donde el paciente refiere una alta ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (atracon

objetivo³) y/o sensación de falta de control sobre la ingesta (puede darse tanto en un atracón objetivo o atracón subjetivo). Posteriormente el/ la paciente recurre una vez a la semana durante mínimo tres meses a conductas compensatorias (p.ej. vómitos, laxantes, diuréticos, deporte, etc.) con el fin de evitar un aumento de peso. La gravedad del trastorno se evalúa en función de la frecuencia semanal de los atracones.

El **Trastorno de atracón** se caracteriza por una ingesta anormalmente rápida de una muy alta cantidad de alimentos, frenando la ingesta al aparecer la sensación elevada de malestar, sin posteriormente realizar ningún tipo de conducta de compensación. Esto ha de presentarse durante al menos una vez a la semana durante tres meses. Aunque entre los criterios diagnósticos no se incluya el miedo a engordar, sí que se refiere una distorsión e insatisfacción corporal (Hrabosky et al., 2007, citado en Belloch, 2020).

1.2. Trastorno de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad Social

A lo largo de la historia ha resultado muy difícil conceptualizar la diferencia entre depresión clínica y la depresión normal, inherente en los momentos malos de la vida, considerándolos extremos de un continuo que difiere cualitativamente en la gravedad del cuadro (Belloch, 2020). Según Vázquez y Sanz (2005), cualquier persona con depresión presentan síntomas que se agrupan en cinco núcleos.

- Síntomas anímicos: sentimiento de tristeza coexistente con emociones negativas (p.ej. miedo, vergüenza, ansiedad, etc.) y reducción de emociones positivas o anhedonia.
- Síntomas motivacionales y conductuales.
- Síntomas cognitivos: sesgos, mal rendimiento cognitivo, rumiaciones, etc.
- Síntomas físicos: problemas de sueño, fatiga, pérdida de apetito, somatizaciones, etc.
- Síntomas interpersonales.

³ Según Belloch (2020), en algunos pacientes se refieren atracones subjetivos, donde se experimenta una falta de control ante la ingesta, pero en cantidades objetivamente pequeñas. Este tipo de atracones se suele dar en pacientes con AN purgativa.

Referente al Trastorno de Ansiedad Social, existe una problemática principal a la hora de distinguir entre Ansiedad Social y el trastorno en sí. Esta diferencia solo se concibe y se explica cualitativamente. Se habla de trastorno cuando una persona presenta niveles tan altos de estrés en situaciones sociales que son considerados clínicamente relevantes debido a la repercusión que tiene en la vida del paciente. La ansiedad social, muy común, se caracteriza por miedo ante la evaluación social (no importa si negativa o positiva) sobre sí mismo. Según Leitenberg (1990, citado en Belloch, 2020), es importante valorar la intensidad del miedo, de malestar emocional experimentado y el impacto en la vida del paciente, teniendo en cuenta que, en la mayoría de las ocasiones, la persona evita los eventos sociales o acude a ellos con un intenso malestar.

La presencia en un mismo paciente de Trastorno de Ansiedad Social junto con un Trastorno depresivo es muy común (Ohayo y Schatzberg, 2010). Desde el enfoque transdiagnóstico (Sandín et al. 2012; Barlow, 2014), la ansiedad y la depresión comparten altos niveles de afectividad negativa (neuroticismo) y bajos niveles de afectividad positiva. Resulta una tarea realmente complicada para el clínico conocer si la depresión precede a la ansiedad o viceversa, o si estas son síntomas adyacentes de otra patología (p.ej. depresión por TCA). Para ello es necesario explorar si las situaciones sociales son evitadas por miedo a la evaluación del resto, por síntomas relacionados con la depresión (tristeza, anhedonia, apatía, etc.) o por miedo a la evaluación del aspecto físico.

1.3. Epidemiología y Curso de los TCA

La AN se presenta en un 1% de la población general, siendo más incidente en mujeres adolescentes occidentales. No obstante, en la actualidad se están recogiendo un aumento significativo del trastorno en el género masculino. La edad de inicio suele darse entre los 13 y los 18 años; no obstante, se están recogiendo casos en edades mucho más tempranas (infancia) y tardías (menopausia). El curso es variable y el pronóstico es más beneficioso en aquellos

cuadros que inician a una edad más temprana con un menor tiempo de la patología en activo (Belloch, 2020). Normalmente se refiere en el DSM-5 (APA, 2013) una remisión espontánea a los 5 años. No obstante, es el trastorno mental con mayor tasa de mortalidad por muerte natural, siguiéndole la BN.

La prevalencia en **BN** se presenta en un 1,3% de la población, en su mayoría mujeres de entre 18 a 25 años. El curso suele ser crónico e intermitente y un 38% de los paciente acaban migrando a un TA a lo largo de su vida (Belloch, 2020).

El **TA** es el TCA más prevalente a nivel mundial, presentándose en un 1,9% de la población, mayoritariamente mujeres. Su incidencia es mayor a mayor edad, comenzando en la edad adulta temprana. La mortalidad de este trastorno suele estar asociado a complicaciones relacionados con la obesidad consecuencia de éste.

Conocer el curso de los TCA es muy complicado. Fairburn et al. (2003) diseñaron la teoría transdiagnóstica de los TCA al observar como muchos casos migraban en el transcurso de la patología. Parten de la premisa de que todos tienen en común el perfeccionismo rígido, la baja autoestima, la intolerancia emocional, dificultades personales y en la toma de decisiones, inflexibilidad cognitiva y la coherencia central (Frith, 1989, citado en Belloch, 2020). Se estima que un 50% de las pacientes con AN que no remiten migran a BN, y el 38% de las personas con BN migran a lo largo de su vida a un TA.

1.4. Etiología de los TCA

Continuando con el planteamiento de Belloch (2020), los TCA son trastornos cuyas causa de origen, desarrollo y mantenimiento son múltiples. Por este motivo, Garner y Garnfinkel (1980) propusieron un modelo de factores que podían predisponer, desencadenar y mantener el trastorno.

1.4.1. Factores de Vulnerabilidad Genética y Biológica

Existe una importante carga genética en los TCA, siendo muy probable la aparición de un trastorno si en el sistema familiar se refieren casos. También están relacionados con disfunciones en neurotransmisores como la serotonina (5-HT), encontrándose en niveles más elevados de lo normal. Por otro lado, la pubertad, el sexo femenino y características temperamentales suponen un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.

1.4.2. Factores Psicológicos

La AN se relaciona con altos niveles de evitación al daño, persistencia, personalidad obsesiva, el perfeccionismo, responsabilidad excesiva, intolerancia a la incertidumbre, idealización y necesidad de control. Se describe como el estilo de crianza permisivo el más relacionado con el desarrollo de la AN (Losada, 2018).

La BN se circunscribe mucho en la impulsividad, en la búsqueda de novedades, la intolerancia emocional (tanto negativas como positivas). Las familias de los pacientes suelen ser poco cohesionadas, con alto número de miembros, expectativas parentales desproporcionadas y gran cantidad de comentarios sobre el físico. Se describe como el estilo de crianza autoritario el más relacionado con el desarrollo de BN (Losada, 2018).

En el TA suelen presentarse en perfiles muy impulsivos, neuróticos y sensibles a la recompensa (Gerlach et al., 2015). Además, se caracterizan por tener inflexibilidad cognitiva y toma de decisiones cortoplacistas.

Es común en los TCA el acontecimiento de algún suceso vital estresante que desencadena el trastorno.

1.4.3. Factores Socioculturales

Se asocia a sociedad occidentales y occidentalizadas, cuyos estándares de belleza están definidos por una excesiva delgadez. Existen profesiones altamente relacionadas con el riesgo a desarrollar un TCA como el modelaje, el baile, deportistas de élite, etc. No obstante, el ritmo

frenético tan marcado socialmente y la presión que ejerce ésta, genera altos niveles de ansiedad que promueven el desarrollo de dichos trastornos o una alimentación alterada (p.ej. comer rápido y mal por falta de tiempo, comer menos por no poder realizar actividad física, etc.).

En el TA se describe el concepto de “*entorno obesogénico*”, sedentario y con fácil acceso a alimentos de alto contenido calórico y de bajo coste económico (Perpiñá, 2011).

1.5. Comorbilidades de los TCA

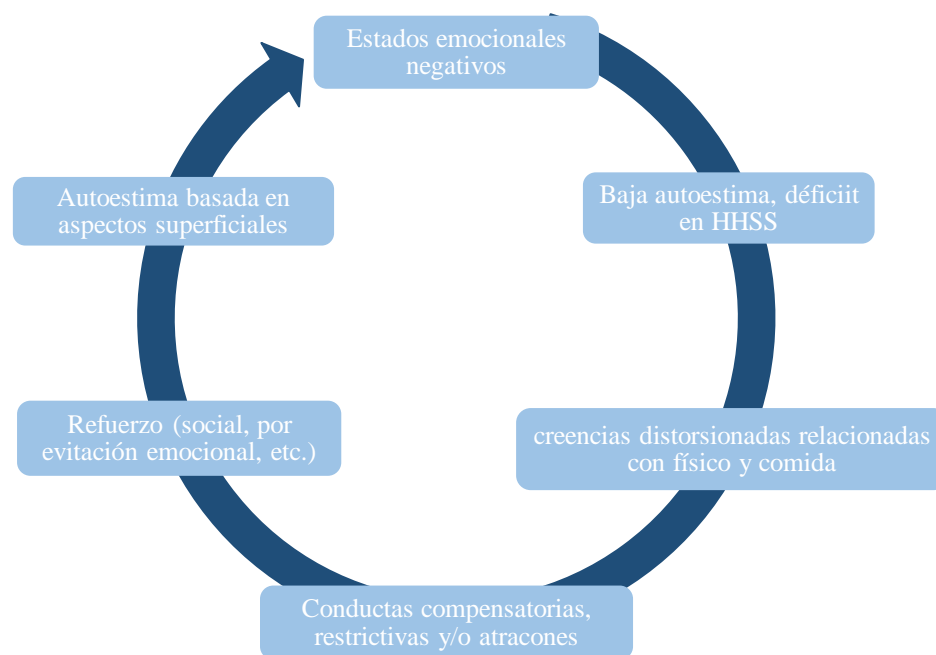
Según Belloch (2020), los TCA están altamente relacionados con Trastornos Emocionales tales como Trastornos Depresivos y/o Trastornos Ansiosos; con el Trastorno Obsesivo Compulsivo; con Trastornos de Personalidad, sobre todo con el Trastorno Límite (sobre todo con BN), Trastorno Histriónico, Trastorno Narcisista (sobre todo AN), Trastorno Obsesivo (sobre todo AN) y rasgos obsesivos-compulsivos de la personalidad (perfeccionismo rígido y necesidad de control); con Trastornos por consumo de sustancia (sobre todo en BN); con Trastorno por Déficit de Atención (sobre todo en BN y TA).

1.6. Enfoques Teóricos

Muchos autores han intentado explicar el desarrollo y mantenimiento de los TCA desde diferentes escuelas. Desde la perspectiva cognitivo-conductual, como se puede ver en la Figura 1, Fairburn (1995) señala que la presencia de creencias distorsionadas sobre cuerpo y comida y la realización de conductas de evitación no solo ponen en riesgo a cualquier individuo de padecer un TCA, si no que, cuando la patología se desarrolla, ante la activación recurrente de dicho patrón cognitivo se refuerzan aún más estas distorsiones y más grave se vuelve la enfermedad, pudiendo llegar a cronificarse. Garner y Bemis (1982, citado en Turner, 2014) refirieron que las distorsiones prototípicas en los TCA son la *abstracción selectiva*, *magnificación de los estímulos*, *sobregeneralización*, *razonamiento dicotómico*, *perfeccionismo* y *pensamiento supersticioso*. Además, refiere que el refuerzo social es uno de los reforzadores más potentes que existen, siendo los comentarios de las personas un

predisponente, precipitante y mantenedor de la patología. Según Bandura (1983), gran parte de las conductas que realizamos están influenciadas vicariamente. Es normal que ante la observación de los refuerzos (normalmente sociales) recibidos en un tercero, el patrón conductual sea implementado en una persona con problemas en lo social y baja autoestima con el fin de recibir el mismo refuerzo.

Figura 1. Esquema de desarrollo de TCA



Desde esta perspectiva se entiende que los pacientes que presentan un TCA tienen dificultades sociales, caracterizándose normalmente por altos niveles de deseabilidad social, necesidad de aprobación y problemas de expresión emocional (Casullo, 2006).

Desde la perspectiva sistémica, la patología se desencadena a raíz de conflictos familiares, dificultades en la interacción con los iguales y/o la influencia del contexto social. Bruch (1973), refiere que las distorsiones presentadas tienen un carácter simbólico; es decir, han de ser entendidas como un intento de manejar problemas que no han conseguido ser resueltos por otras vías, camuflándolos, poniendo el foco en el cuerpo y la comida (p.ej. problemas de pareja que se solucionan cuando el hijo enferma). Los pacientes suelen estar inmersos o precederle conflictos familiares no resueltos, relaciones caóticas, resistencia al

cambio y/o sobreprotección. Bruch menciona que suelen existir problemas de individualidad e identidad mucho antes de expresarse la patología.

Minuchin (1974) refiere como factor de riesgo en el desarrollo de un TCA, sobre todo en los casos de AN, las “*familias aglutinadas*”, donde los límites en el interior del sistema son difusos, lo que conlleva a un exceso de vinculación que impide la autonomía e individuación de los miembros. Se caracterizan por un exagerado sentido de pertenencia, sobreprotección, sustentado en lealtades familiares excesivas, con poca adaptabilidad a los cambios, falta de resolución de problemas e involucración del subsistema filial en conflictos parentales (Ríos, 2014). Suelen existir problemas de comunicación, donde los padres no asumen el liderazgo y las dinámicas relacionales son disfuncionales. En este sentido, se entiende el desarrollo de la patología como un intento de diferenciación, de resolución de problemas propios del sistema, de modificación de la estructura familiar, etc. (Eisler et al., 2005).

De este modo, varios autores han estudiado la relación de estilo de crianza parental con el desarrollo de un TCA. El tipo y el modo en el que el subsistema parental educa y cuida al subsistema filial es muy relevante para la explicación de diferentes problemas que acontecen más tarde en la familia (p.ej. problemas de límites, de jerarquías, individualización, etc.). Según Baumrind (1973, citado en Losada, 2018), existen diferentes estilos de crianza que favorecen un buen desarrollo de la personalidad del hijo o, por el contrario, dificultan dicho desarrollo. Este autor encuentra una estrecha relación entre un estilo permisivo de crianza y el desarrollo de AN en el hijo una vez llegada a la adolescencia. Estos padres viven bajo el prisma de que sus hijos son “*hijos perfectos*”, sin fallos, responsables, inteligentes, resolutivos, etc. Esta concepción de los hijos promueve un estilo cognitivo obsesivo, perfeccionista y exigente fruto de la necesidad de cumplir con las expectativas del resto de miembros de la familia. No obstante, pese a lo que cabe esperar en un sistema donde las exigencias implícitas son un constante, es común que estos padres de libertades al hijo de hacer lo que considere oportuno,

de tomar decisiones que corresponden a lo padres, teniendo todos la misma potestad de decidir que sí y que no. Esta equidad rompe los límites, creándose un sistema familiar ausente de una estructura jerárquica que organice las funciones o los poderes que cada miembro ejerce en el sistema (p.ej. padres que no son capaces de cumplir las pautas alimenticias a la hija con TCA por estar a la misma altura jerárquica).

1.7 Tratamientos Eficaces de los TCA

Debido a la gravedad de este tipo de trastornos, el tratamiento ha de aplicarse a mayor brevedad posible ante el diagnóstico de la patología. El abordaje ha de ser multidisciplinar ya que es necesario recordar que es una de las enfermedades mentales con la mortalidad natural⁴ más alta, donde existe una afección psicológica y orgánica. El tratamiento ha de ser lo suficientemente extenso (normalmente 2 años) para la recuperación total del paciente (Álvarez et al., 2014).

1.7.1. Farmacológico

Es frecuente el uso de antidepresivos (*ISR, sibutramina, trazadona y ADTs*), antipsicóticos (*sulpirida, pimozida y olanzapina*), estimulantes del apetito (*ciproheptadina*), agonista de opiáceos (*naloxona y naltraxona*), topiramato, atomoxetina y antieméticos.

1.7.2. Rehabilitación Nutricional

Tratamiento de primera línea, sobre todo para casos de AN en régimen hospitalario y/o ambulatorio, restableciendo el peso, instaurando patrones adecuados de comida, revertiendo la malnutrición y el impacto psicológico. Existe en la actualidad datos que evidencian que, ante la recuperación de peso adecuadamente, los síntomas asociados a la conducta alimentaria se ven reducidos (Álvarez et al., 2014).

⁴ Muerte no inducida por tóxico o suicidio.

1.7.3. Psicológicos

1.7.3.1. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Se centra en modificar patrones conductuales y cognitivos asociados a distorsiones en la imagen corporal y la alimentación. La autoestima en estas persona se basa en aspectos superficiales, siendo reforzada con cada conducta síntoma del TCA y el pensamiento distorsionado asociado a este.

La Terapia Transdiagnóstica de Fairburn es una TCC mejorada y diseñada específicamente para jóvenes con TCA. Según la NICE (2017), se recoge como tratamiento de elección en casos de AN cuando la terapia sistémica no puede ser llevada a cabo o no es efectiva. No obstante, la TCC de Fairburn es el tratamiento de elección para cuadros de BN en mujeres adultas, siendo la evidencia recogida escasa en adolescentes. Para el TA se usa como terapia de primera línea, pero en formato autoayuda (Álvarez et al., 2014).

1.7.3.2. Entrevista motivacional (EM)

Miller y Rollnick (1991) diseñaron una entrevista a partir del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente en el que se contemplaba en paciente con problemas de conducta adictiva la motivación al cambio. En este modelo se presta atención a tres dimensiones: los **estadios** de cambio (véase Figura 2), los **procesos** de cambios (cognitivos y conductuales) y los **niveles** de cambio (véase Figura 3). En la entrevista existen dos fases, una de motivación y otra de compromiso al cambio. Para ello se hace uso de una hoja de balances motivacionales, donde se genera disonancia cognitiva en el paciente mediante una lista de pros y contras.

Figura 2. Estadios de cambio

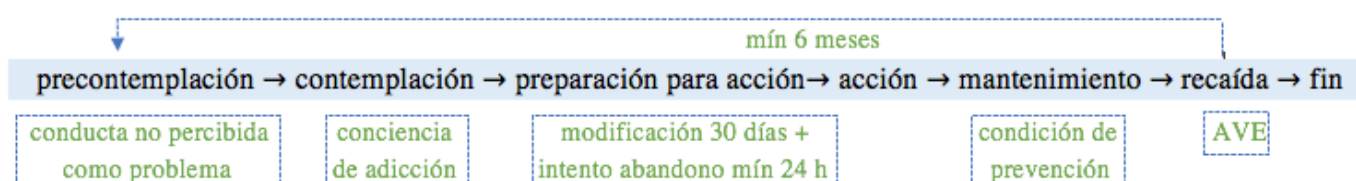


Figura 3. Niveles de cambio

sx → cogniciones desadaptadas → conflictos interpersonales → conflictos sistémicos → conflictos intrapersonal

1.7.3.3. Terapia Familiar Sistémica (TFS)

La intervención sistémica con niños y adolescentes es clave para el tratamiento de los TCA. En ella, se combinan sesiones individuales con sesiones familiares. El apoyo, el asesoramiento y la terapia familiar (en el caso de ser necesario) proporciona altos beneficios en el tratamiento de esta población (NICE, 2017). En ella se instruye a los padres para que estos sean agentes de cambio, con la finalidad de reducir ingresos hospitalarios (Lock y Le Grange, 2019).

La TFS en el centro Adalmed se divide en tres fases con diferentes objetivos terapéuticos a nivel nutricional: *control completo de los padres de las pautas alimentarias, retorno de control al paciente y independencia saludable del paciente*. El tratamiento aborda la patología desde un modelo integral, trabajando tanto en la estructura y la jerarquía del sistema familiar como en los procesos y los sistemas de creencias. Adicionalmente se ofrece una terapia de grupo para padres semanalmente. Las primeras sesiones de esta terapia de apoyo se centran tienen como objetivo ofrecer nociones básica sobre los TCA, la conducta alimentaria, el deporte, la importancia del sistema familiar y el área social del hijo, etc. Posteriormente, se le da a cada familia un espacio para expresarse emocionalmente y volcar las preocupaciones y/o problemas relacionados con la patología. El grupo tiene como fin último sostener, escuchar y ayudar a los familiares, bajo la supervisión del terapeuta, a valorar soluciones alternas a los problemas que traen a la terapia

Este tratamiento implica la involucración activa de los padres, por lo que si estos no están de acuerdo con el tratamiento no es posible realizar este tipo de terapia.

1.7.3.4. *Terapia Interpersonal (TIP)*

Inicialmente se desarrolló para el tratamiento de la depresión, pasando a ser un tratamiento efectivo para TCA con depresión comórbida o adyacente. En esta terapia se le pide al paciente una reflexión propia sobre sus emociones, sobre sus diferentes roles sociales, sus expectativas, la manera de comunicarse y las relaciones interpersonales que mantiene (Álvarez et al., 2014).

1.8. Justificación del caso

La selección del paciente como participante para esta investigación ha sido tomada por las siguientes razones:

- 1 - Por ser paciente de nuevo ingreso en Adalmed, centro especializado en TCA.
- 2 - Características clínicas del paciente interesantes para la investigación: desnutrición severa, historia de ingreso hospitalario, cuadros comórbidos graves (TDM y TAS), disfuncionalidad en diferentes áreas vitales (social, familiar, académico y personal).
- 3 - Tratamiento en régimen de Hospital de Día en régimen de tarde (en adelante HDT), permitiendo un seguimiento diario de los avances o retrocesos del sujeto durante el tratamiento.
- 4 - Compromiso del paciente y familiares con el tratamiento.
- 5 - Ausencia de alteraciones significativas de rasgos patológicos de la personalidad que puedan suponer el posible diagnóstico adicional en un futuro de un Trastorno de Personalidad (en adelante TP).

2. Diseño

Presentamos un diseño de caso único experimental N = 1 con medidas pre-post.

El tratamiento psicológico se ha realizado en coterapia, siendo las psicólogas a cargo de este caso la tutora del presente trabajo, psicóloga sanitaria en formación, y Rebeca Grande Melgosa, coordinadora del equipo de psicología del HDT, contando con más de 8 años de experiencia en el ámbito clínico de la patología mental grave.

La realización del trabajo ha sido aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia de Comillas, prestando a la disposición del lector, si se requiriese, los consentimientos de participante y tutores legales del menor, así como la carta de conformidad del Comité.

3. Presentación del caso

S.A., varón de 16 años, diagnosticado con Trastorno de Conducta Alimentaria (F50.0 de la CIE-10), Trastorno Depresivo Grave sin síntomas psicóticos (F32.2 de la CIE-10) y Trastorno de Ansiedad Social (F40.1 de la CIE-10) por el departamento de psiquiatría del centro de salud de Vallecas.

El paciente actualmente está cursando 4º de la ESO en el IES de Santa Eugenia, instituto que le facilitó ayuda psicológica en el curso 2021-2022 para trabajar problemas de ansiedad que comenzaron a raíz del COVID-19.

En 2018, el paciente se encontraba en normopeso/ ligero sobrepeso. S.A se caracterizaba por presentar una timidez no desadaptativa, estado de ánimo eutímico, grupo social de iguales el cual se describe como “*sano y normal*” y buen rendimiento académico. En 2019, con el paso a 1º de ESO, la dinámica y estructura grupal se modificó y jerarquizó: algunos de los miembros se posicionan como “*cabecillas*”, tomando decisiones de quien sí y quien no pertenece al grupo, qué planes se hacen, proponiendo comportamientos antisociales (tira de contenedores de basura, disturbio en locales pequeños del barrio, etc.) y quien debe realizarlo,

dando lugar a insultos y peleas entre miembros del grupo cuando alguien no cumple con la “norma” impuesta en el grupo. S.A. admite que él participaba en todas esas actividades con el fin de encajar y que no le excluyesen, sintiéndose incapaz de negarse ante cualquier propuesta o de defenderse ante cualquier burla que se hiciesen de su cuerpo. En 2020, durante el confinamiento, época en la que el aislamiento social fue norma universal, S.A. comienza a plantearse cuestiones tales como cómo era visto socialmente, el sentido de su vida, sus relaciones interpersonales, cómo era su sistema familiar y estatus económico, comparando mucho su Yo ideal con su Yo real. El paciente cita *“entré demasiado en mi cabeza pensando en todo, por el exceso de tiempo que teníamos, comparándome constantemente con la gente que publicaba en las redes sociales. Ellos vivían la misma situación que la mía, pero parecía una situación más chula”*. La familia menciona que en este periodo notan un cambio muy notable en los hábitos de S.A. referente a la comida y el deporte, además de tener una actitud menos afectiva, comunicativa, introvertida y triste. El paciente refiere que su hermana durante ese periodo había dejado de comer y perdido gran cantidad de peso, decidiendo imitar lo que hacía ella para evitar insultos sobre su físico cuando volviese al instituto. Pasado el confinamiento, la familia se mudó a Santander en junio de 2020 por S.A, motivados por el preocupante cambio en el ánimo, la actitud y la necesidad imperiosa de éste por comenzar de cero en una nueva ciudad. Durante el primer cuatrimestre, la familia describe una mejoría en la actitud de S.A., pero en febrero de 2021 comienza a aislarse nuevamente, frustrado por las expectativas no cumplidas que tenía puestas en el cambio de ciudad (p.ej. creación de un nuevo grupo de amigos), ocasionándose en varias situaciones absentismo escolar por jaquecas (somatización de la ansiedad social). En marzo de 2021 comienza un tratamiento con un psicólogo privado y fluoxetina medicada por el psiquiatra de la Seguridad Social. Menciona que en varias ocasiones se tomaba más medicación de la que debía ya que había leído que la fluoxetina ayudaba a perder peso, además de restringir nuevamente cantidades y hacer deporte

entre 2-3 veces al día. En mayo, S.A. se muda nuevamente a Madrid con su abuela para acabar el año académico en su antiguo colegio ante la negativa de ir al colegio en Santander. La familia se traslada finalmente a la capital en junio. El paciente, tras vivir en la casa de su abuela, casa mucho más amplia que la suya, empieza a tener pensamientos obsesivos sobre el estatus económico de su familia, buscando pisos más grandes por la zona en la que vivían, calculando el sueldo que debería ganar para tener determinada calidad de vida y enfadándose con sus padres por no poder permitírselo.

Durante el año académico de 2021-2022 la sintomatología del TCA comienza a agravarse, presentando sintomatología ansioso-depresiva y absentismo escolar.

En octubre de 2022, pasado mes desde el inicio del instituto, ingresa en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús por desnutrición severa, negación de ingesta alimentaria y preocupación por la grave sintomatología depresiva. Una vez finalizada la hospitalización, el 7 de noviembre de 2020 la familia contacta con el centro Adalmed para un ingreso de urgencia derivado por el psiquiatra del Niño Jesús, comenzando el tratamiento en HDT, en el cual continúa.

3.1. Motivo de consulta

El paciente presenta problemas severos de alimentación. Refiere preocupación excesiva por el aspecto físico y control del peso mediante la restricción de los alimentos, ingiriendo únicamente alimentos considerados como sanos, además de compensación mediante el ejercicio físico en exceso y el ayuno.

S.A. menciona tener nula confianza en sí mismo y muestra recurrentes inseguridades durante la primera entrevista (p.ej. responde las preguntas dubitativo, ausencia de contacto ocular, postura encogida y manos sobre las piernas entrelazadas). Tiende a compararse con frecuencia con sus iguales de manera negativa y descalificadora. Describe que en ocasiones siente elevada irritabilidad y labilidad emocional, motivo que le lleva a tener muchas

discusiones en casa y en su entorno social. Además, menciona tener muy baja tolerancia a las críticas de los terceros y a los límites impuestos por figuras de autoridad tales como profesores o sus figuras parentales.

Presenta síntomas de ansiedad cuando ha de enfrentarse a situaciones sociales, somatizando en signos tales con jaquecas, opresión en el pecho, dolores de tripa, dificultad de conciliación del sueño y despertares precoces matutinos. Además, refiere gran cantidad de pensamiento intrusivo y/u obsesivos referentes al físico y lo social. Se encuentran dificultades en las relaciones interpersonales debido a problemas relacionados con la comunicación y la apertura emocional.

En numerosas ocasiones el paciente se retira a su cuarto, se tumba sobre el somier de la cama y mira al techo con la luz apaga y los brazos cruzados. Viste completamente de negro, la tonalidad de su voz es plana y casi inaudible.

Durante la exploración psicopatológica el paciente presenta un estado de conciencia y orientación dentro de la normalidad, además de conciencia de enfermedad. En cuanto a la atención, se observan sesgos atencionales relacionados con el cuerpo y comida, disminución de la concentración e hipervigilancia ante estímulos sociales. Referente al pensamiento, S. presenta diferentes trastornos en el contenido, encontrando muchas preocupaciones, altos niveles de rumiación, obsesiones autógenas, creencias disfuncionales, rigidez de pensamiento y pensamientos intrusivos. Además, menciona recurrente ideación suicida pasiva e ideación autolítica no consumada. El paciente musita durante toda la entrevista y durante la interacción social con sus iguales y no iguales. No se encuentran durante la primera exploración alteración en el discurso.

Antecedentes familiares psiquiátricos relevantes: padre diagnosticado con Trastorno Ansioso-Depresivo en 2017 y tía materna con Trastorno Depresivo Mayor en la actualidad.

El sistema familiar está conformado por JC. (46 años), padre, trabaja como guardia de seguridad en una empresa madrileña; A. (42 años), madre cuya ocupación es de auxiliar de enfermería en un hospital a las afueras de la capital; M. (19 años), hermana mayor, cursando 1º de carrera de Derecho, acude al centro por AN de tipo purgativa en régimen ambulatorio; y S.A. (16 años), paciente del caso. La familia reside en el distrito de Vallecas, siendo su nivel socioeconómico medio-bajo. Los abuelos viven en el mismo barrio y refieren tener una muy buena relación con ellos, haciéndose cargo muchas veces de la crianza de los niños.

4. Metodología de evaluación

La primera fase de la intervención es destinada a la recogida de información relevante para ofrecer un diagnóstico adecuado, establecer objetivos y una línea de intervención personalizada para el caso expuesto. Para ello se hace uso de las siguiente herramientas:

4.1. Entrevista clínica

Uso de una entrevista clínica semiestructurada diseñada por el centro (véase *Apéndice D*) que pretende obtener datos que permitan tener un enfoque tanto diacrónico como sincrónico, útiles para posteriormente diseñar un plan de intervención que se tenga en cuenta tanto la historia del sujeto como el comportamiento en el presente. En ella se extrae información relevante de diferentes áreas del paciente: datos de interés relacionados con la conducta alimentaria, área social, área familiar, área académico, exploración psicopatológica, exploración de posible historia de trauma, y antecedentes familiares y personales.

Tras la primera entrevista inicial, se seleccionan diferentes variables de interés para poder obtener medidas cuantificadas sobre ellas y poder conocer de una manera objetiva la evolución del caso pre y post-tratamiento. Las variables escogidas son: *depresión, ansiedad, habilidades sociales (en adelante HHSS), rasgos de personalidad, sintomatología relacionada con el TCA.*

4.2. Pruebas psicométricas

Todas las pruebas han sido aplicadas en presencia de la autora del master en formato papel durante las primeras sesiones de evaluación (septiembre de 2022) y nuevamente cuando han transcurridos ocho meses desde el inicio del tratamiento (mayo 2023).

MACI. *Inventario Clínico para Adolescentes de Millon* (1993) (adaptación española por G. Aguirre, 2004). Autoinforme elaborado exclusivamente para contexto clínico. Es usado para la elaboración de diagnósticos y planes de intervención de pacientes adolescentes (13 a 19 años) con características y síndromes clínicos de la personalidad. Consta de tres grandes áreas (características de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínico), que agrupan en 31 escalas los 160 ítems que conforman el test. Las puntuaciones directas obtenidas en escala de Likert se transforman a puntuaciones en Tasa Base (en adelante TB). Estas se analizarán en función de la edad y el sexo del paciente. Esta prueba cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach en las tres categorías dentro de los límites aceptables ($\alpha = 0.73 - 0.91$).

EDI-2. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria de Garner* (1998) (adaptación española por P. Elosua et al., 2004). Instrumento autoinforme que ofrece una medida estandarizada de los rasgos y constructos psicológicos que se han mostrado clínicamente más relevantes en personas con trastornos de la conducta alimentaria. Cuenta con 91 ítems agrupados en 11 escalas. Este test no permite el diagnóstico de un TCA específico, pero sí que ofrece un screening sobre la sintomatología manifiesta del paciente. Esta prueba obtiene un coeficiente alfa de Cronbach adecuado ($\alpha = 0.71 - 0.83$), salvo en algunas escalas que presenta valores por debajo de 0.70 (*bulimia, miedo a la madurez y perfeccionismo*).

BDI-II. *Inventario de depresión de Beck* (1996) (adaptación española por J. Sanz et al., 2005). Evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva mediante 21 ítems, cada uno evaluado según una escala de cuatro puntos. Estas puntuaciones se agrupan, ofreciendo un rango determinado en función de la severidad de la patología: leve (14 a 19 puntos), moderada

(20 a 28 puntos) y grave (29 a 63 puntos). Este instrumento es aplicable a partir de los 13 años. Presenta un alfa de Cronbach elevada ($\alpha = 0.88 - 0.91$), siendo un test cuyos resultados son válidos clínicamente.

STAI. *Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberg* (2002) (adaptación española por G. Buela-Casal et al., 2015). Evalúa la ansiedad aprendida (ansiedad estable o rasgo, AR) y ansiedad situacional (ansiedad transitoria o estado, AE) en pacientes a partir de 16 años. Lo forman dos partes de 20 ítems que pretenden valorar mediante la selección de 0 a 3 puntos el nivel de ansiedad que le generan determinadas circunstancias. Se halla un índice de Cronbach bastante bueno tanto para A/R ($\alpha = 0.83 - 0.92$) como para A/E ($\alpha = 0.89 - 0.95$).

BSQ. *Body Shape Questionnaire de Cooper* (1987) (adaptación española por R. Raich et al., 1996). Cuestionario dirigido a explorar la autopercepción del cuerpo e identificar el grado de insatisfacción, si lo hay, con dicha imagen. Consta de 34 ítems que se valoran en una escala de Likert. Cuando las puntuaciones del paciente sobrepasan los 111 puntos, se considera que existe una alta insatisfacción corporal. La confiabilidad medida a través del alfa de Cronbach resulta especialmente alta ($\alpha = 0.86 - 0.94$).

EHS. *Escala de habilidades sociales de Gismero* (2000). Cuestionario que explora la conducta del sujeto en situaciones concretas y valora en qué grado tiene desarrolladas las habilidades sociales. Formado por 33 ítems que se contestan en formato Likert. La puntuación que un sujeto se cotejan con un baremo. El EHS presenta una alta consistencia interna ($\alpha = 0.88$).

4.3. Autorregistros: aplicación electrónica EB2-MindCare⁵

La aplicación electrónica ha de instalarse tanto al cuidador principal como al paciente, creando un usuario con una clave para cada uno. El profesional a cargo del caso tiene acceso a toda la información que se registre (véase *Apéndice II*). El paciente ha de registrar las diferentes

⁵ Si lectura del trabajo en formato digital, pinchar en la aplicación para ver www.eb2.tech/personas-y-pacientes

comidas realizadas a lo largo de la jornada (a excepción de aquellas realizadas en el centro), las cuales tienen que ser validadas por el cuidador principal. Ante cualquier incidencia (p.ej. no ingesta), el cuidador puede realizar anotaciones en la aplicación que el profesional visualizará en la plataforma online. Además de poder registrar patrones alimenticios, la aplicación cuenta con un registro de actividad física, un diario emocional, lista de tareas y registro del sueño.

5. Resultados clínicos más relevantes pre-tratamiento

Durante la **entrevista clínica**, tanto los padres del paciente como el paciente refieren sintomatología relacionada con problemática alimentaria (hiperactividad, restricción alimentaria, miedo a ganar peso y ayunos), además de un persistente ánimo deprimido, pérdida de interés por un gran número de actividades, insomnio, pensamiento pasivo de muerte, sentimiento de inutilidad, cansancio, retraso motor e hipofonía. Así mismo, declara tener problemas sociales desde la adolescencia, mencionando que en la infancia no habría ningún tipo de problemática social.

Mediante **observaciones directas** realizadas por los padres, el paciente presenta descontrol de impulsos en casa, recurriendo a las autolesiones (golpes en la pared con la cabeza) ante situaciones donde el nivel emocional es muy elevado. Mediante la **aplicación EB2-MindCare**, se observa que el paciente muestra problemas a la hora de adaptarse a las pautas del centro (véase *Apéndice III*), intentando en varias ocasiones saltarse comidas, realizar hiperactividad e ir al baño para tirar comida escondida en una servilleta o en la manga durante las comidas.

Referente a las **pruebas psicométricas** expuestas anteriormente, el paciente obtiene los siguientes resultados en septiembre de 2022:

- **MACI**. El paciente obtiene puntuaciones muy altas en varias escalas (ver Tabla 1).

Dentro de las escalas de Prototipos de Personalidad resultan de interés las escalas de

introversión (TB: 88), *pesimismo* (TB: 88) y *oposicionismo* (TB: 85). Referente a las Preocupaciones Expresadas se observan puntuaciones muy elevadas en las escalas de *desvaloración de sí mismo* (TB: 112), *desagrado por su cuerpo* (TB: 94), *inseguridad con sus iguales* (TB: 105). En cuanto a la sección de Síndromes Cínicos, alteraciones en las escalas *trastornos de la alimentación* (TB: 107) y *afecto depresivo* (TB: 112). No obstante, se obtienen puntuaciones que más adelante podrían considerarse objeto de exploración como en la escala de *sumisión, autopunitiva, tendencia al límite, desagrado por el propio cuerpo, incomodidad respecto al sexo, sentimiento de ansiedad y tendencia al suicidio*.

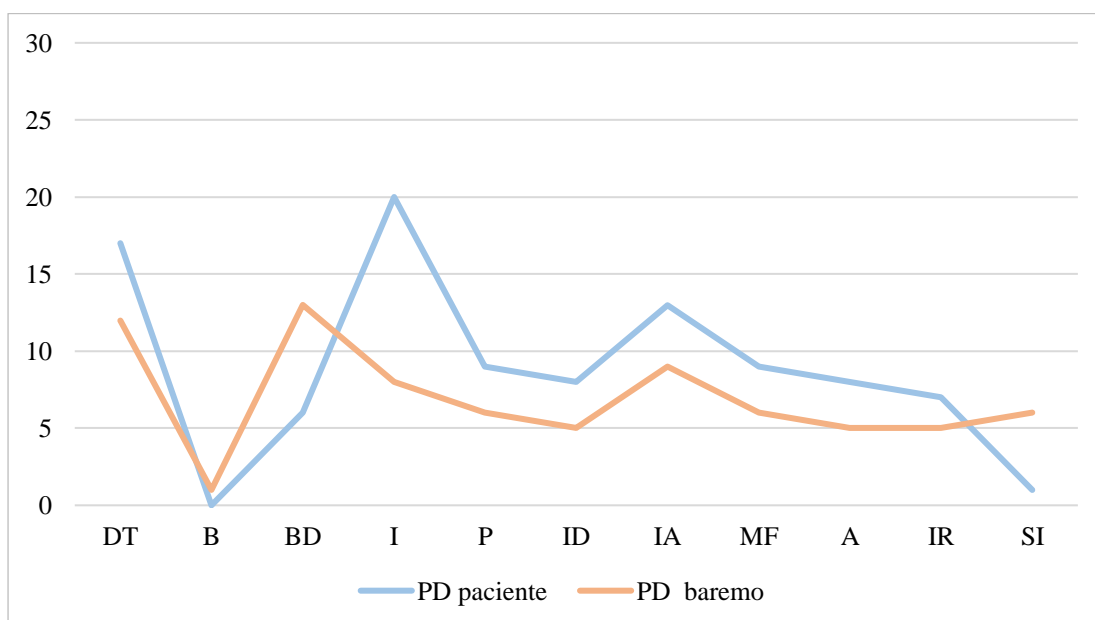
Tabla 1. Resultado pre-tratamiento en MACI.

ESCALAS	TB	INTERPRETACION
1-Introvertido	88	Área principal de preocupación
2A-Inhibido	58	Indicador nulo
2B-Pesimista	88	Área principal de preocupación
3-Sumiso	69	Tema ligeramente problemático
4-Histriónico	1	Indicador nulo
5-Egocéntrico	1	Indicador nulo
6A-Rebelde	34	Indicador nulo
6B-Rudo	33	Indicador nulo
7-Conformista	37	Indicador nulo
8A-Oposicionista	85	Área principal de preocupación
8B-Autopunitivo	83	Área problemática
9-Tendencia Límite	64	Tema ligeramente problemático
ESCALAS	TB	
A-Difusión de la Identidad	72	Tema ligeramente problemático
B-Desvalorización de sí mismo.	112	Área principal de preocupación
C-Desagrado por propio cuerpo	94	Área principal de preocupación
D-Incomodidad respecto al sexo	80	Área problemática
E-Inseguridad con los iguales	105	Área principal de preocupación
F-Insensibilidad social	20	Indicador nulo
G-Discordancia Familiar	57	Indicador nulo
H-Abusos en la infancia	76	Área problemática
AA-Trastornos de la Alimentación	107	Área principal de preocupación
BB-Inclinación abuso sustancias	57	Indicador nulo
CC-Predisposición a la delincuencia	33	Indicador nulo
DD-Propensión a la impulsividad	69	Tema ligeramente problemático
EE-Sentimientos de ansiedad	79	Área problemática
FF-Afecto depresivo	112	Área principal de preocupación
GG-Tendencia al suicidio	70	Tema ligeramente problemático

- **EDI-2.** Se recogen puntuaciones bajas en sintomatología estrechamente relacionada con Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa purgativa, *bulimia* (B: 0). No obstante, se obtienen resultados que indican una alta *obsesión por la delgadez* (DT: 17), *sentimiento*

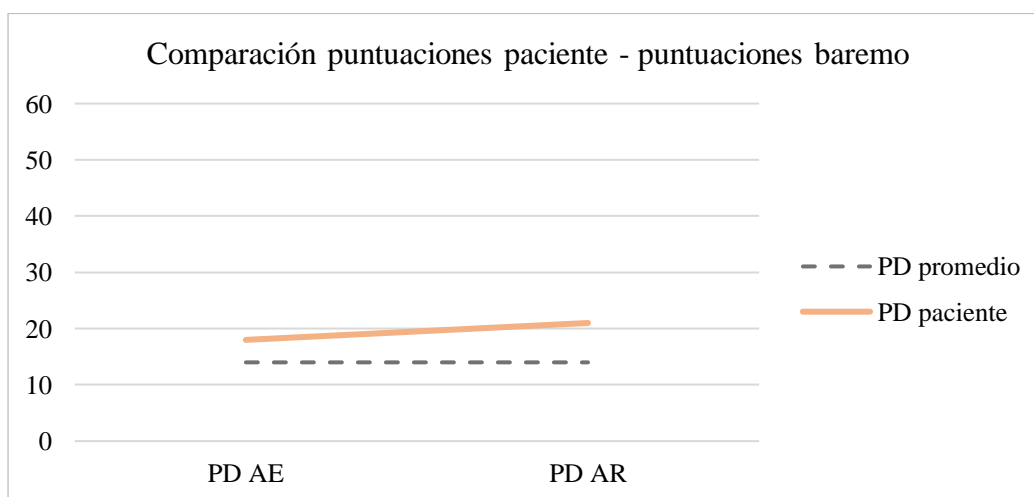
de ineficacia (I: 20), perfeccionismo (P: 9), desconfianza interpersonal (ID: 8), conciencia interoceptiva (IA: 13), miedo a la madurez (MF: 9), ascetismo (A: 8) e inseguridad social (IR: 5) Véase Gráfico 1.

Gráfico 1. Puntuaciones directas pre-tratamiento en EDI-2



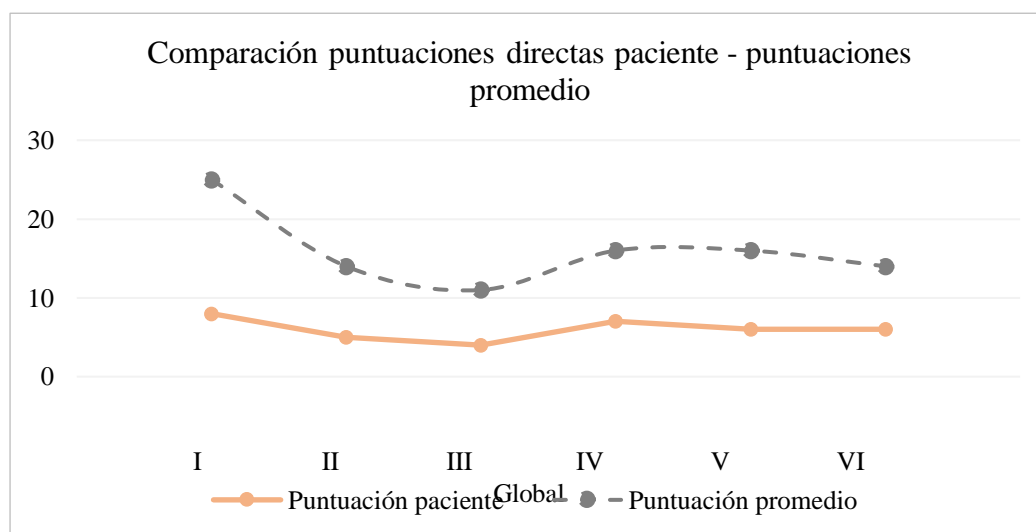
- **BDI-II.** Obtiene 40 puntos en el inventario. Los valores obtenidos se encuentran en la clasificación de “*depresión grave*”.
- **STAI.** Las puntuaciones resultantes se sitúan dentro del rango establecido para varones con altos niveles de A/E y A/R. Véase Gráfico 3.

Gráfico 3. Puntuaciones directas pre-tratamiento en STAI



- **BSQ.** El paciente presenta 132 puntos, encontrándose dentro de los valores que indican la presencia de preocupación moderada por el cuerpo.
- **EHS.** Las puntuaciones del paciente se sitúan todas ellas en los mínimos puntuables en las diferentes secciones destinadas para medir las habilidades sociales. Esto indica la existencia de problemática social en el caso presentado. Véase Gráfico 4.

Gráfico 4. Puntuaciones directas pre-tratamiento en EHS



5.1. Diagnóstico clínico

Atendiendo a toda la información presentada, el paciente cumple criterios según el DSM-5 (APA, 2013) de un Trastorno de Conducta Alimentario de tipo Anorexia Nerviosa restrictiva comórbida con Trastorno Depresivo mayor y Trastorno de Ansiedad Social.

5.2. Diagnóstico diferencial

Para poder ofrecer un diagnóstico correcto y aplicar un tratamiento adecuado se han de considerar otras posibles causas para la sintomatología descrita. Gracias al abordaje multidisciplinar, tras un estudio hormonal realizado por la endocrina del centro se descartaron posibles enfermedades orgánicas cuyas características pueden confundirse con cualquiera de los trastornos mencionados como el hipotiroidismo o hipertiroidismo. Por otro lado, se rechazan trastornos mentales como el Trastorno de Adaptación con ánimo deprimido ya que,

pese a existir un estresante psicosocial a nivel mundial (pandemia), los síntomas depresivos no se limitan únicamente a esa situación, existiendo una imposibilidad del paciente para delimitar temporalmente el inicio y el origen del malestar y/o la patología. Tampoco se refiere a un sentimiento de tristeza adaptativo y necesario, inherente a la experiencia del ser humano, puesto que el deterioro, la intensidad y la duración de este son excesivas. También se explora y se descarta la posible presencia de algún Trastorno de Consumo de Sustancias que pueda estar provocando la pérdida de peso (p.ej. sustancias estimulante y/o abstinencias) o alteraciones en el estado de ánimo (p.ej. sustancias depresoras y/ o abstinencias). Así mismo, el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo no se valora en este caso ya que las obsesiones y los rituales presentes en la clínica del paciente se limitan a la conducta alimentaria y el físico. Tampoco se considera el Trastorno Dismórfico Corporal puesto que las distorsiones se centran en el tamaño y la constitución corporal. Se descartan otros TCA como el Trastorno de Evitación de la Ingesta de Alimentos, estos pacientes no refieren miedo a ganar peso ni tienen ninguna distorsión relacionada con su cuerpo que justifique la no ingesta.

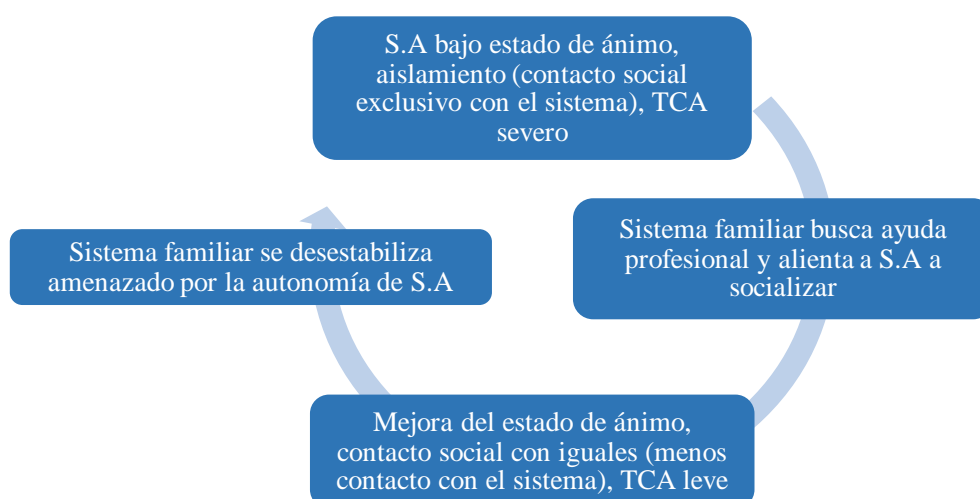
6. Formulación del caso

El análisis del caso presentado resulta especialmente interesante realizarlo desde una perspectiva sistémica, usando el enfoque multinivel de Scheinkman (2008). Desde esta perspectiva se realiza un estudio del caso desde cinco niveles. El *nivel relacional* o *nivel uno*, conceptualiza el caso desde una perspectiva interaccional mediante el análisis de los patrones circulares disfuncionales, las soluciones intentadas y el significado del síntoma con el fin de reducir las secuencias interaccionales conflictivas. En el *nivel estructural* o *nivel dos* se realizan formulaciones acerca de la estructura familiar, la jerarquía, los límites y los vínculos disfuncionales. En el *nivel contextual* o *nivel tres* toma elementos del ciclo vital de la familia y enfoques multiculturales, la perspectiva feminista, etc. En el *nivel intrapsíquico* o *nivel cuatro* se analizan aspectos como la diferenciación del self, el ciclo de vulnerabilidad de cada

individuo, las defensas y/o las ideas irracionales. El último nivel, el *nivel intergeneracional* o *nivel quinto*, se describen las lealtades invisibles, las cuentas pendientes y lo secretos familiares.

Referente al *nivel relacional*, se encuentran diferentes pauta transaccionales que perpetúan los problemas en el sistema como las dificultades de comunicación entre los miembros, existiendo desincronía entre los niveles de comunicación de contenido (lo que se dice) y relación comunicativa (vínculo que da sentido y significado al contenido). Un ejemplo que ilustra esta comunicación doble vinculante se encuentra cuando la familia alienta a S.A a relacionarse y apoyarse en sus iguales para mejorar su estado anímico, pero cuando éste comienza a hacer planes sociales y formar parte de un grupo, los miembros del sistema toman una actitud distante con él, tanto emocional como físicamente, y pasivo-agresiva, con comentarios tipo “*ahora ya no nos cuentas nada y solo se lo cuentas a tus nuevos amigos, estás todo el día fuera...nosotros somos los que hemos estado ahí cuando estabas mal*”. Este mismo ejemplo nos permite explicar a su vez como el sistema está inmersos en múltiples patrones circulares disfuncionales como el que se representa en la Figura 4.

Figura 4. *Ejemplo de patrón circular disfuncional*



Las relaciones interpersonales del sistema familiar se caracterizan por la ausencia de complementariedad entre subsistemas. Esta simetría de poder entre individuos que pertenecen

a distintas jerarquías impide que se desempeñen las habilidades que le corresponden a cada uno de los miembros.

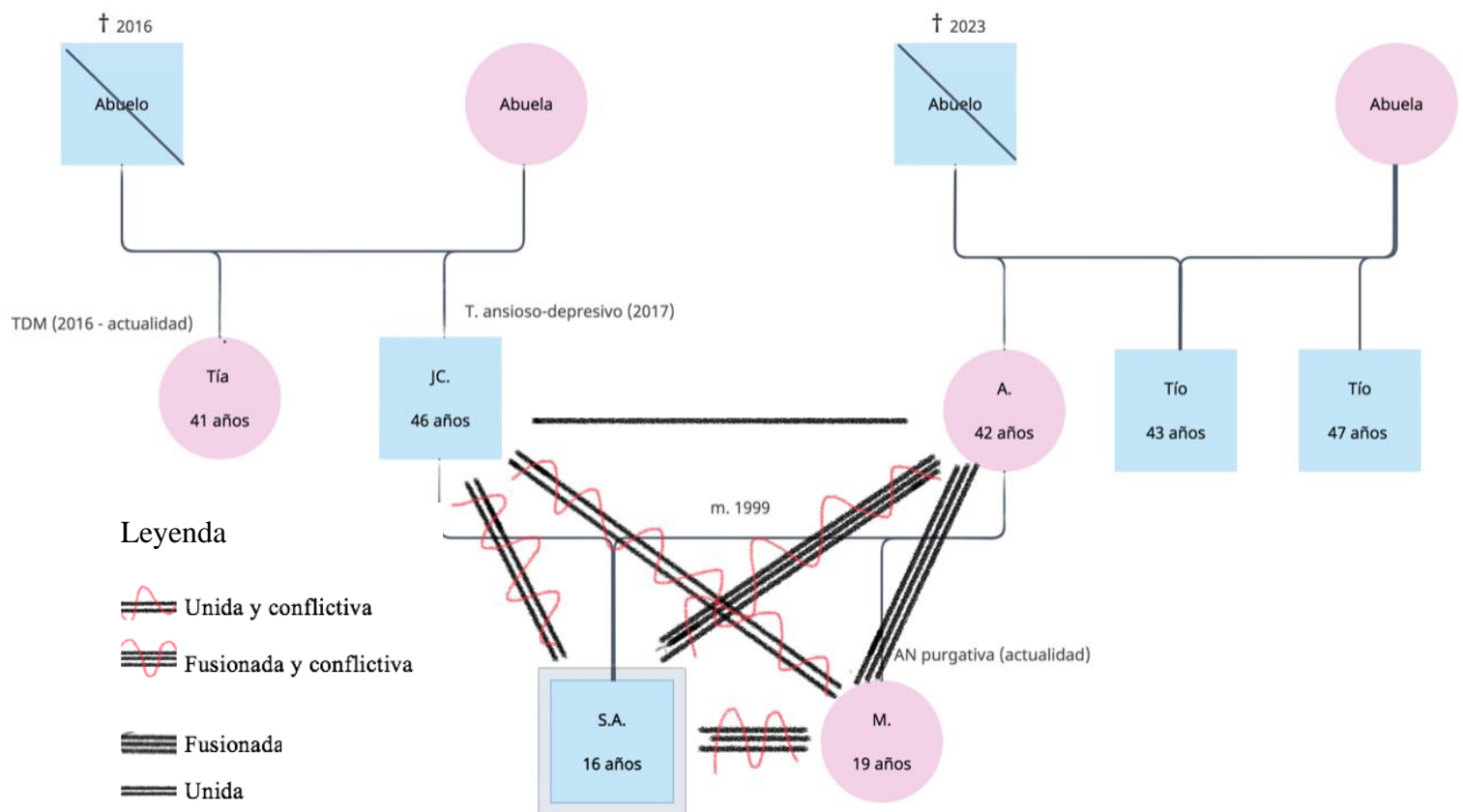
Este mal ajuste a nivel relacional repercute negativamente en S.A. La comunicación doble vinculante tiene claras repercusiones en la autoestima del paciente, mostrando una posición dubitativa ante cualquier decisión. En sesiones Sergio menciona en varias ocasiones “*si hago una cosa, mal... si hago otra, también mal*”. Esta sensación de indefensión prologada en el tiempo genera falta de confianza en uno mismo, un autoconcepto negativo y un ánimo cada vez más bajo. Además, ante el intento de poder interpretar bien los mensajes del sistema, S.A se encuentra en un estado de alerta permanente.

En cuanto al *nivel estructural*, la jerarquía familiar no se encuentra definida claramente. En numerosas ocasiones los miembros del subsistema filial toman responsabilidades que les corresponden al sistema parental, involucrándose uno de los hijos en conflictos parentales como, por ejemplo, el cumplimiento de las pautas establecidas por el centro a alguno de los hijos. En diferentes sesiones, S.A. relata como ha de cumplir las pautas a su hermana puesto que sus padres o bien minimizan la sintomatología o se alían con M. con el fin de vincularse con ella desde la patología, evitando el conflicto y el posible daño en la relación parento-filial que ocasionaría el cumplimiento correcto de las directrices del centro. Esta dinámica relacional suele acabar en un conflicto entre S.A. y sus padres, él enfadado por tener que cumplir las funciones que le corresponden a ellos. Existe una gran dificultad en el subsistema parental para ejercer poder sobre el sistema filial: los padres ejercen poco control en los hijos, siguen la premisa del “*dejar hacer*”, no ponen límites, ni castigo, ni normas, consultando con sus hijos sobre decisiones que ha de tomar el subsistema parental independientemente. Podemos observar esa equidad de poder entre subsistemas, con la decisión de irse a vivir al Norte, tomada por S.A., o cuando éste tomó la decisión de retomar sus estudios en Madrid a mitad de curso académico por el incumplimiento de las expectativas que tenía puestas al irse a vivir a una

nueva ciudad. La repercusión principal de esta falta de jerarquía es el sentimiento de desamparo que expone el paciente, la sobrecarga de responsabilidades y la frustración por no tener unos padres que sean capaces de cumplir con el rol que le corresponde. Esta situación se sustenta en una necesidad de control continua sobre todas las áreas vitales. El paciente siente una exigencia no explicitada por parte del sistema en donde los problemas han de ser resueltos por él o por su padre, delegando su padre muchas tareas y decisiones parentales en S.A. amparándose en el cansancio laboral que arrastra.

La familia establece con el exterior límites rígidos, impenetrables e inaccesibles a la hora de vincular. En la Figura 4, presentada en el nivel relacional, se observa como cualquier intento de socializar y vincular con el exterior es razón suficiente para que se origine un conflicto con algunos o todos los miembros del sistema.

Como ya formuló Fishman (1990) este tipo de vínculos entre los miembros del sistema se caracterizan por ser en su mayoría fusionales-conflictivas (véase Figura 4). Esta manera de vincularse origina patrones interaccionales como la intrincación (relaciones con excesiva proximidad entre sus miembros, impidiéndose la individualización, sin intimidad ni autonomía), la rigidez ante el cambio, la negación (huida de cualquier conflicto impidiéndose la resolución de este), el enmascaramiento y la sobreprotección. A lo largo de la terapia y de la historia familiar se ha podido observar este tipo de dinámicas, por ejemplo, con la negación de la gravedad de la enfermedad de sus hijos, el enmascaramiento del cumplimiento correcto de las pautas, la rigidez ante el cambio de etapa de “*familia con hijos pequeños*” a “*familia con hijos adolescentes*” etc.

Figura 5. Genograma familiar y relaciones entre miembros

En cuanto a las alianzas, parece existir una coalición transgeneracional

de la madre con la hermana contra S.A. cuando éste toma un rol que no le corresponde, por ejemplo, cuando el paciente obliga a M. a cumplir las pautas de tratamiento. Minuchin (2003) describió la formación de triadas en familias con un miembro con TCA. En este sistema familiar se halla una triada desviadora-asistidora: cuanto más metido está S.A. en la patología, menos amenazado y más cohesionado se siente el sistema, enmascarando otros conflictos que no son capaces de resolver ni aceptar.

Cuando un sistema está desequilibrado a nivel jerárquico, los miembros se desorganizan, tomando roles que no corresponden con el estadio evolutivo y la tarea correspondiente a éste. El paciente, como podemos observar en lo narrado, asume responsabilidades y toma decisiones en determinadas situaciones que deberían ser tomadas por un adulto (p.ej. cumplir pautas de M.). No obstante, en otras ocasiones S.A. es tratado como

un niño que aún debe ser cuidado por sus padres (p.ej. los intentos de individualización del paciente.).

En el *nivel contextual* o *tercer nivel*, la familia parece tener tareas pendientes de etapas vitales previas que no han sido capaces de solventar adecuadamente. Esto contribuye que, ante situaciones de alto estrés, la rigidez de la jerarquía, de los límites y del funcionamiento familiar se extreme. Actualmente el sistema se encuentra en la etapa del ciclo normativo de “*familia con adolescentes*”, siendo tarea fundamental tanto la redifinición y renegociación de los límites del sistema como la diferenciación del adolescente. No obstante, como describe Bronfenbrenner (1979), el desarrollo de cualquier individuo está influenciado no solo por el seno familiar, si no por un entorno más amplio y complejo (microsistemas, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema). En el inicio de la patología, su *microsistema* se percibía cada vez más deteriorado, muy definido por el sentimiento de soledad, abundancia de relaciones interpersonales superficiales y solubles, y percepción de un sistema familiar que no brinda la seguridad y autonomía para desarrollarse personalmente. En cuanto al *mesosistema* (se analizan las relaciones entre los diferentes microsistemas), la familia se relaciona con los amigos de S.A. desde la transacción de favores. En sesión, el paciente refiere como la familia en más de una ocasión ha recompensado económicamente a sus amistades por cumplirles las pautas del centro, apoyarle y acompañarle emocionalmente e informarles de cualquier cosa relevante para ellos. En cuanto a su *exosistema*, sus padres trabajan en puestos cuya remuneración económica no alcanza para cubrir costes adicionales a los mínimos necesarios para vivir. Además, estos trabajos exigen mucho tiempo a los padres, asumiendo los abuelos parte del cuidado de los hijos, lo cual supone una participación muy activa de la familia de origen en las pautas de crianza y una dificultad a la hora de jerarquizar el sistema y poner límites de manera adecuada y consensuada. Referente al *macrosistema* (definición de los elementos más culturales), se observa gran influencia de los abuelos de S.A. en el sistema de

valores e ideología. El paciente tiene un pensamiento más maduro y complejo que la mayoría de sus compañeros. Esto supone un distanciamiento en los temas de interés de S.A. respecto a sus iguales, posible razón por la que sienta que no congenia bien con ninguno de ellos, pero sí con los adultos. Influenciado por el pensamiento de su abuelo (fruto de haber vivido una postguerra) y la admiración de S.A. por la historia, éste refiere una visión sobre la sociedad llena de tintes ideológicos “*arcaicos*”, los cuales le provocan gran malestar debido a la nula integridad moral que considera él que tienen en la actualidad. El racismo, la necesidad de ser el hombre que cubra las necesidades de su familia, el concepto de género, la transexualidad, son algunas representaciones de posibles temas que le provocan a S.A. altos niveles de malestar y vergüenza consigo mismo cuando se relaciona con compañeros extranjeros, transexuales, homosexuales, etc. El paciente tiene gran influencia de los roles de género más arraigados en nuestra sociedad, donde el hombre ha de cumplir la función de sostén económico del sistema y la mujer ha de encargarse de tareas más orientadas al cuidado (pese a que actualmente estén cambiando). Por otro lado, la mayoría de las interacciones sociales que realizamos en la actualidad es por medio de las redes sociales, lo que supone la actualización de la vida de un amplio número de personas de un modo casi inmediato, ofreciéndonos información muy reducida y seleccionada de la vida de cada uno, siendo ésta suficiente para idealizar o canonizar aquellos perfiles que postean contenido que cumple con los estándares deseados a nivel social. El paciente refiere altos niveles de ansiedad al comparar lo que querría haber tenido con lo que sus padres han sido capaces de darles, deseando en un futuro poder tener el capital para poder comprarle a sus hijos todo lo que el hubiese querido tener o todo lo que ha visto en redes sociales que la gente tiene. Pese a que el avance tecnológico haya supuesto beneficios en diferentes cuestiones, a nivel social, un mal uso de las redes puede provocar un gran impacto en la salud mental de las personas. S.A. tiene intereses más cultos que la mayoría de los adolescentes, un ocio más tranquilo y hobbies que se alejan de los videojuegos o las redes

sociales. Además, es introvertido, curioso y reflexivo. Esto supone la sensación de no estar dentro de la normal o lo que él se refiere como un “*niño diferente*”. Este concepto rígido que tiene sobre *cómo debería* ser para encajar con su grupo de iguales, genera en él grandes distorsiones cognitivas, un flujo de pensamiento disfuncional sobre cómo es percibido debido a la mala imagen que tiene de sí mismo, elevándose los niveles de ansiedad en contextos sociales y retroalimentando la visión negativa de sí mismo. Así mismo, existe la fuerte creencia familiar de unicidad y lealtades mal entendidas. El núcleo familiar es lo más importante para ser feliz y se ha de velar siempre por la integridad del sistema, siendo cualquier intento de individualización una amenaza para todos los miembros de la familia. Esta concepción errónea de lealtad no solo se circunscribe en la problemática que surge respecto a la autonomía, intimidad y desarrollo personal de los miembros, sino que afecta gravemente a la resolución de cualquier conflicto interno, ya que este sistema no considera la posibilidad de que el origen de un problema que ponga en riesgo al sistema sea interno. Todo esto ha de ubicarse dentro de un *cronosistema*, es decir, valorarse atendiendo a la etapa vital en la que se ubica la familia y en el contexto social e histórico actual. Antes de comenzar con el análisis de dicho nivel, es interesante mencionar la pandemia como hito relevante dentro del *globosistema*. La pandemia fue una crisis no normativa universal, donde el aislamiento social y la comunicación a través de las redes sociales fue la norma del día a día. Esta situación excepcional ha de enmarcarse en una sociedad avanzada, donde las tecnologías de la información y la comunicación han marcado un antes y después.

En el *nivel intrapsíquico* o *nivel cuatro*, la diferenciación del self ⁶ se ve obstaculizada por los continuos intentos del sistema por mantener el equilibrio, evitando cualquier crisis que

⁶ Murray Bowen (1991): proceso evolutivo donde un individuo se va diferenciando emocionalmente del resto de los miembros del sistema, dejando atrás la fusión inicial con estos, movilizándose progresivamente hacia su propia autonomía emocional y construcción de identidad individual, sin implicar un distanciamiento o fin de la relación con el sistema.

pueda desestabilizarlo. El desarrollo del sentimiento de identidad individual de los diferentes miembros es imprescindible para el funcionamiento adecuado del sistema. El nivel de diferenciación alcanzado se observa a través de la *reactividad emocional expresada*, de la capacidad de adoptar una *posición del yo*, del *dominio de los otros*, del *corte emocional* y de la *fusión con los otros* (Oliver et al., 2022). Esta tarea es una de las cuestiones principales por resolver en el estadio evolutivo en el que se encuentra la familia (familia con hijos adolescentes). Esta idea permite comprender la patología de S.A. como un intento hacia la búsqueda desesperada por una mayor competencia tanto personal como interpersonal, una mayor madurez emocional y la formación de una identidad individual que no consigue alcanzar dentro del sistema. Con el detonante de una crisis no normativa (enfermedad de uno o varios hijos o la pandemia), el sistema entra en desequilibrio, y ante dicho conflicto, la familia poco diferenciada responde con una alta reactividad emocional y tiende a la fusión con los otros. El patrón de fusión con los otros no es más que un mecanismo empleado para manejar el apego no resuelto con la familia de origen, donde los límites no han sido claros y hay una sobreimplicación de los unos con los otros (Bowen, 1978). Esto supone una confusión respecto a los valores y creencias que el paciente tiene en su inventario, siendo casi imposible discernir entre cuáles son aquellos que han sido analizados bajo sus principios y valores o, por el contrario, cuáles han sido internalizados y asimilados como propios, siendo realmente de los otros. Así mismo, cuando el paciente se moviliza en un intento de diferenciación, la familia lo vive como un abandono o distanciamiento de S.A. del sistema.

Las vulnerabilidades de cada miembro están sujetas y circunscritas a lo comentado. Existen en el subsistema parental conflictos no resueltos de etapas anteriores y con su familia de origen. Analizando los modelos operativos internos⁷ del subsistema parental, la madre narra

⁷ Mapas cognitivos que un individuo tiene de sí mismo y de su contexto, construido desde múltiples experiencias vitales, susceptible al cambio y que moviliza a la persona a relacionarse de una determinada manera. (Bowlby, 1995).

a lo largo de las sesiones que, debido a su historia familiar, siempre se ha sentido rechazada y con miedo al abandono, sintiéndose insuficiente, sola e incapaz de cumplir adecuadamente con el rol que le corresponde. El padre, hijo de militar, refiere ser reservado, complaciente por miedo al rechazo y al conflicto. En el subsistema parental nos encontramos distintos apegos: uno más ansioso ambivalente (madre) y otro más evitador (padre). Este tipo de apegos se vinculan de tal modo que generan en los hijos una alta necesidad de aceptación social y desconfianza en las relaciones interpersonales y en la capacidad de vincular (Shomaker, 2009, Amianto, 2010), como podemos observar en el caso.

En el *nivel intergeneracional*, el sistema se rige por expectativas familiares interiorizadas que conllevan a obligaciones, al cumplimiento de una adhesión incondicional entre los miembros de la familia que impide la diferenciación, provocando una dinámica disfuncional que posiblemente pretende ser resuelta de algún modo a través de la presencia de sintomatología en uno o varios individuos, como son el caos de TCA de S.A. y M. A, se podría deducir que existen cuentas pendientes, donde el subsistema parental pretende actuar como padres que ofrecen a sus hijos todo aquello que no sintieron en su infancia. Por ello, el padre, lejos de seguir un estilo autoritario como el recibido, sigue un estilo permisivo, franqueable, que amenaza la fortaleza y el poder que ha de tener el subsistema parental para la adecuada educación y desarrollo de los hijos. Del mismo modo, la madre actúa de un modo similar, sobreprotegiendo a sus hijos, entendiéndolo como una evitación de replicación del sentimientos de soledad y falta de apoyo que ella sintió en su infancia.

7. Objetivos del tratamiento

Los objetivos del tratamiento se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. *Objetivos terapéuticos del tratamiento*

Generales para todos los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Lograr compromiso y adherencia al tratamiento. 2 - Psicoeducación tanto a paciente como familiares y amigos: nociones básicas sobre la patología del paciente y la relación de las emociones con la comida y el cuerpo. 3 - Rehabilitación nutricional: aplicación de pautas nutricionales y asistencia diaria al comedor terapéutico del centro. Restauración del peso y del estado nutricional. 4 - Mejora del autoconcepto: reestructuración cognitiva de las ideas sobrevaloradas y distorsionadas sobre el peso y figura, la restricción alimentaria y la compensación. 5 - Desarrollo de habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo. 6 - Abordaje de las comorbilidades 7 - Prevención de recaídas.
Específicos para el caso	<ol style="list-style-type: none"> 8 - Reducir la sintomatología depresiva. 9 - Desarrollo de habilidades sociales. 10 - Mejora de las relaciones interpersonales. 11 - Aprendizaje de estrategias de regulación emocional y tolerancia a la incertidumbre. 12 - Diferenciación del self. 13 - Modificación de la estructura y la dinámica familiar: capacitar a los padres, reasignar tareas y poderes, reorganización de la jerarquía, marcar bien los límites tanto dentro como fuera del sistema, explicitar necesidades individuales y colectivas, etc.

8. Tratamiento y curso

El tratamiento seleccionado es el ingreso en Hospital de Día en turno de tarde en el centro de psiquiatría y psicología Adalmed. El protocolo establecido consiste en la asistencia diaria al centro durante 6 horas los cinco días de la semana. El tratamiento consiste en 12 sesiones anuales de psiquiatría realizadas por el psiquiatra del centro, 4 sesiones mensuales de psicoterapia individual, 20 sesiones mensuales de psicoterapia grupal, 20 sesiones mensuales de terapia ocupacional y dos revisiones médico-nutricionales mensuales, así como frecuentes sesiones de terapia de familia.

Los criterios de inclusión que se valoran a la hora de recibir el tratamiento en HDT son los siguientes:

- Presencia de un TCA de gravedad moderada-grave.
- Valoración del apoyo y compromiso social de familiares y allegados del paciente.
- Comorbilidad con otros trastornos (TP, TOC, trastornos del estado anímico, etc.).
- Situación familiar, académica y social.
- Paciente entre los 13 y 26 años.

El tratamiento presentado es considerado necesario para el caso descrito debido a la sintomatología y a la gravedad valorada en la primera entrevista tras el ingreso hospitalario, por las características personales, y por su situación social y familiar.

En las sesiones individuales, de 60 minutos con frecuencia semanal, se dedican 20 minutos de ellos para reunirse con los padres del paciente sin éste con el fin de tener un reporte semanal de los avances o dificultades que ha tenido el paciente (incumplimiento de pautas, cambio de comportamiento, estados de ánimo, rendimiento académico, etc.). El tiempo restante, 40 minutos, se continúa la sesión con el paciente donde se trabajan los diferentes objetivos terapéuticos, usando la información recogida en la entrevista con los padres.

En la **Tabla 3** se exponen las diferentes técnicas usadas a lo largo del tratamiento.

Tabla 3. *Técnicas terapéuticas según objetivo.*

Objetivo	Técnica
Adherencia al tratamiento	Hoja de balance motivacional Explicación del funcionamiento personal y familiar Alianza terapéutica
Patrón alimentario	Autorregistro mediante aplicación EB ² -MindCare Asistencia a comedor terapéutico Control estimular Planificación de cinco ingestas diarias
Conductas de comprobación	Control estimular Exposición progresiva y prevención de recaídas
Estructura familiar y diferenciación	Análisis de genograma Formulación de hipótesis sistémicas y circulares Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas Mostrar circularidad (metáfora del nudo) Sesiones individuales y conjuntas Externalización, búsqueda de excepciones Negociaciones Establecimiento de límites
Autoconcepto y síntomas depresivos	Tarta de la autoestima Activación conductual Reestructuración cognitiva
Entrenamiento habilidades sociales	Psicoeducación Entrenamiento en sesiones individuales y grupo Exposición en contexto real
Regulación emocional	Identificación de emociones y análisis situacional Psicoeducación

Durante las sesiones se ha trabajado usando técnicas de diferentes escuelas: se hacen uso de registros más conductuales, técnicas de relajación, diarios emocionales, etc. con el fin de trabajar diferentes áreas problema. Pese a que el caso haya sido analizado desde la perspectiva sistémica, es enriquecedor para su tratamiento aprovecharse de técnicas de diferentes escuelas que permitan trabajar las particulares propias del sistema familiar y de cada individuo. A continuación, se expone un calendario de las diferentes sesiones, los objetivos cumplidos y la tareas inter-sesión realizadas por el paciente y familiares.

Inicialmente el tratamiento se centra en la rehabilitación nutricional del paciente, en el vínculo terapéutico, la adhesión a la terapia tanto individual como grupal y la adaptación del entorno a las nuevas condiciones terapéuticas (formación de familiar y amigos en las pautas conductuales del centro, tapar espejos, quitar pestillos de las puertas, etc.). Una vez el paciente comienza a estabilizarse a nivel conductual (p.ej. disminución de sintomatología relacionada con TCA o disminución de autolesiones) y presenta una actitud de cambio constante, se comienza a profundizar en otras áreas relevantes que mantienen la patología como el sistema familiar, el área social, problemas de autoconcepto, etc. Para ello se hace uso de diversas técnicas como el uso de un diario emocional, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, etc. En esta fase se comienza a ganar autonomía, devolviendo a los paciente la responsabilidad de cumplir algunas pautas por sí mismos (p.ej. elección del desayuno), se les espacia las individuales quincenalmente y no han de asistir al centro todos los días con el fin de aumentar las actividades realizadas fuera del centro. En la fase final del tratamiento, la cual no ha sido posible presentar debido al limitado tiempo que se ha tenido para realizar este estudio, el paciente recupera por completo el control alimentario, asiste a una sesión individual y a dos sesiones grupales al mes. El objetivo del tratamiento se centra en trabajar aquellas áreas que siguen siendo problemáticas (en este caso concreto, habilidades

sociales), en el proyecto vital del paciente, el adecuado afrontamiento de problemas y en estrategias para prevenir recaídas en un futuro.

Tabla 4. *Sesiones, objetivos y tareas.*

Sesión	Objetivos de las sesiones	Tareas inter-sesión
Fase 1. Evaluación		Inicio tratamiento: 7/11/2022
1 - 2	Presentación e inicio de alianza Presentación de los posibles tratamientos Recogida de información relevante clínicamente Evaluación de los objetivos del paciente y de los padres Presentación y dudas sobre las pautas	Cuestionarios pre-tratamiento Autorregistro EB ² -MindCare Seguimiento de pautas
Fase 2. Intervención		
3	Devolución de los cuestionarios Inicio en HDT Psicoeducación de la familia y del paciente Formación a familiares y amistades cercanas en pautas Explicación de los factores de mantenimiento del TCA Exploración de las somatizaciones y vías de escape por ansiedad	Autorregistro EB ² -MindCare Cumplimiento de pautas Técnicas de relajación
4	Revisión EB ² -MindCare y cumplimientos de pautas Formación del profesorado y coordinación con el colegio Registro de pensamientos asociados a aspectos superficiales	Autorregistro EB ² -MindCare Cumplimiento de pautas Registro de pensamiento - emoción
5	Revisión EB ² -MindCare y cumplimientos de pautas Técnicas de control estimular Exploración del sistema familia Exploración esfera social	Autorregistro EB ² -MindCare Cumplimiento de pautas
6	Revisión EB ² -MindCare y cumplimientos de pautas Revisión dificultades en el tratamiento Exploración de situaciones de riesgo Control de impulsos	Autorregistro EB ² -MindCare Cumplimiento de pautas Control estimular Llamada telefónicas a grupo
7	Revisión EB ² -MindCare y cumplimientos de pautas Exploración de refuerzos recibidos por la enfermedad Patrones relacionales que mantienen la dinámica familiar Exposición a interacción con iguales en el centro y en el colegio	Autorregistro EB ² -MindCare Pros - contras de enfermo Diario de paranoias sociales Asistir al instituto

8	<p>Revisión EB²-MindCare y cumplimientos de pautas</p> <p>Control de pautas exclusivo de los padres</p> <p>Reestructuración de los límites</p> <p>Exploración de pensamiento - acción</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Prescripción de rituales</p> <p>Asistir al instituto</p> <p>Llamada telefónicas a grupo</p>
9	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Análisis de responsabilidad</p> <p>Técnica de las 3 columnas</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Diario usando técnica 3 columnas</p> <p>No responsabilizarse de más</p>
10	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Lista de actividades agradables - lista de situaciones estresantes</p> <p>Registro pensamiento - emoción - acción</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Realizar agradable 8 - estresante 4</p> <p>Reestructuración cognitiva autolesión</p> <p>Búsqueda alternativa</p>
11	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Externalización ánimo depresivo (lo llamamos "Paco")</p> <p>Lista de ¿quién es S.A.?</p> <p>Entrenamiento en HHSS</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Registro de cuando aparece "Paco"</p> <p>Exposición</p> <p>Diseño de plan semanal de rutinas</p>
12	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Coste de respuesta si "Paco" aparece en sesión</p> <p>Exploración Yo ideal contrastado con Yo real</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Registro de cuando aparece "Paco"</p> <p>Reflexión porqué tanta importancia a cosas materiales, noviazgo, etc.</p>
13	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Desequilibrio del sistema y explicación de un sistema funcional</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Playmobiles</p>
14	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Explicación relación entre diferenciación y TCA</p> <p>Reestructuración de límites y jerarquías</p> <p>- Paso a sesiones quincenales -</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p>
15	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Técnicas de autocontrol</p> <p>Exposición planes sociales</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Ensayo autocontrol</p> <p>Diario emocional</p>
16	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Delegación de algunas pautas al paciente</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Diario de dificultades</p>
17	<p>Revisión EB²-MindCare</p> <p>Exploración del sentimiento de responsabilidad con pautas</p> <p>Revisión de la dinámica familiar</p>	<p>Autorregistro EB²-MindCare</p> <p>Diario de dificultades</p>

18	Revisión EB ² -MindCare Refuerzo de progresos	Autorregistro EB ² -MindCare
19	Revisión EB ² -MindCare Delegación de algunas pautas al paciente	Autorregistro EB ² -MindCare Diario de dificultades
20	Revisión EB ² -MindCare Exploración del sentimiento de responsabilidad con pautas Reestructuración cognitiva problemas interpersonales	Autorregistro EB ² -MindCare
21	Revisión EB ² -MindCare Refuerzo de progresos Exploración emocional	Autorregistro EB ² -MindCare Diario emocional
22	Revisión EB ² -MindCare Totalidad de las pautas en el paciente Revisión de objetivos	Autorregistro EB ² -MindCare Carta a S.A. del pasado contándole como está en el presente Lista de objetivos
23	Revisión EB ² -MindCare Prevención de recaídas	Autorregistro EB ² -MindCare Cuestionarios post-tratamiento
24	Devolución de cuestionarios Comienzo de nuevos objetivos con el paciente	

Dentro del tratamiento es de vital importancia la alianza terapéutica para el buen anclaje del paciente al tratamiento, por lo menos al principio de este. Recomendaciones dadas por autores especialista en el tema (Fairburn, 1995) refieren que hay una mayor adhesión cuando el terapeuta toma una actitud empática, genuina y muestra flexibilidad. No obstante, es importante que éste anime a la participación activa del paciente y tome un rol más paternalista y directivo en un inicio, tomando progresivamente un rol más colaborativo, donde paciente y terapeuta son ambos expertos en su experiencia.

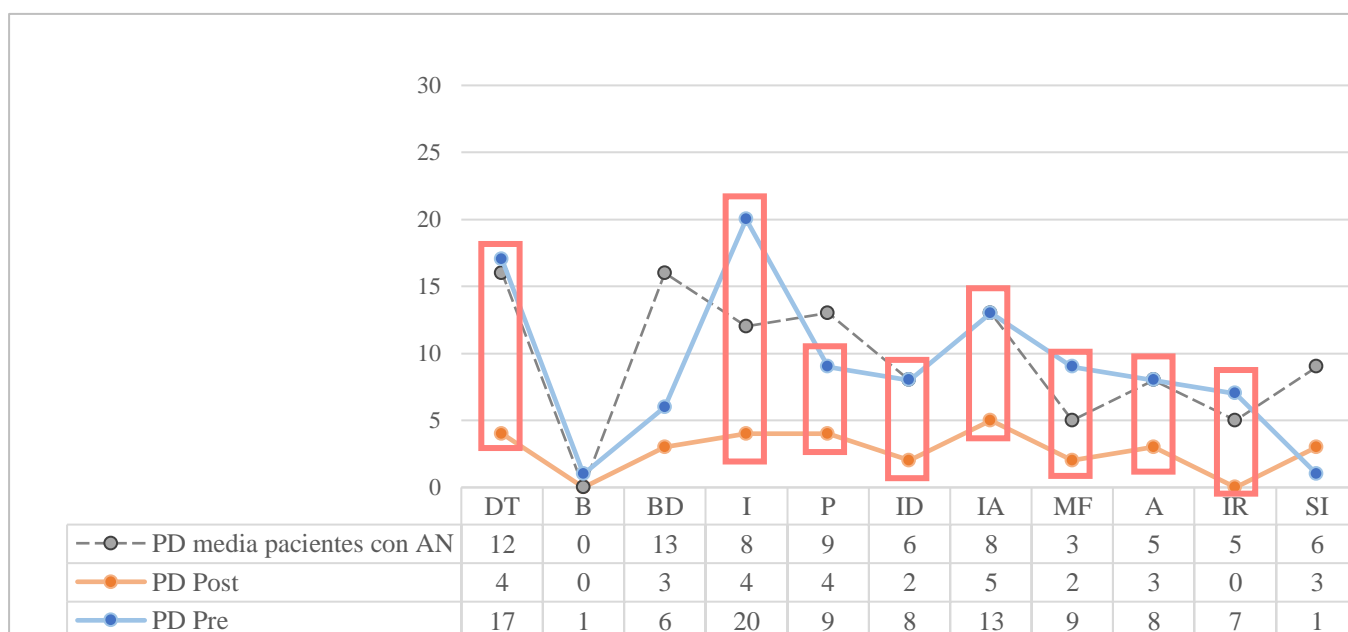
9. Comparativa de resultados pre y post- tratamiento

A continuación, se realiza un análisis visual de los resultados del paciente usando representaciones gráficas. Tras 8 meses de tratamiento, se vuelven a pasar las pruebas psicométricas y se comparan los resultados.

4), *perfeccionismo* (P pre: 9; P post: 4), *desconfianza interpersonal* (ID pre: 8; ID post: 2), *conciencia interoceptiva* (IA pre: 13; IA post: 5), *miedo a la madurez* (MF pre: 9; MF post: 2), *ascetismo* (A pre: 8; A post: 3) e *inseguridad social* (IR pre: 7; IR post:0).

En la Gráfica 5 se observa un impacto muy positivo del tratamiento en la sintomatología propia del TCA. Inicialmente el paciente puntuaba por lo general más alto que la media de pacientes con AN. No obstante, tras 8 meses de tratamiento se observa una mejoría en la comparativa de la puntuación inicial y la puntuación media del baremo.

Gráfica 5. Comparación puntuaciones directas pre-post en EDI-2



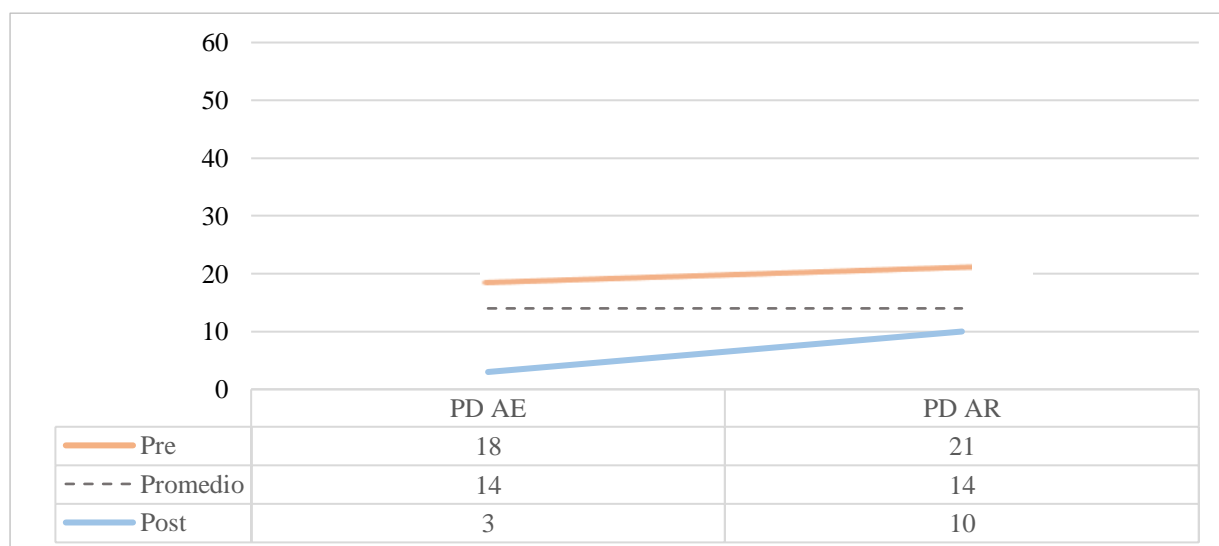
- **BDI-II.** Su puntuación post-tratamiento es de 5 puntos, es decir, ausencia de depresión por no presencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes. Al inicio del tratamiento se presentaba un cuadro severo de depresión, puntuando 40 en el inventario. La diferencia recogida tras 8 meses de tratamiento consta de 35 puntos.

Tabla 6. Comparativa puntuación pre - post BDI-II

	Puntuación pre	Puntuación post
Puntuación directa	40	5
	Depresión grave	Ausencia de depresión ni síntomas depresivos
Rango	29 a 63	0 a 13

- **STAI.** Cambios significativos en los niveles de ansiedad, tanto en ansiedad rasgo como ansiedad estado. Es de esperar una mejoría en AE, ansiedad mucho más modulable en el tiempo y dependiente de situaciones. No obstante, es interesante la reducción de puntuación en AR, ansiedad que implica aspectos más relacionados con rasgos de personalidad (p.ej. reducción de neuroticismo). Por último, como se aprecia en el Gráfico 6, el paciente puntuaba clínicamente en ambas ansiedades, resultando por encima de la media. Pasados 8 meses de tratamiento se aprecia no solo una reducción de las puntuaciones si no que éstas no son consideradas clínicamente relevantes.

Gráfico 6. Comparación puntuaciones directas pre-post en STAI



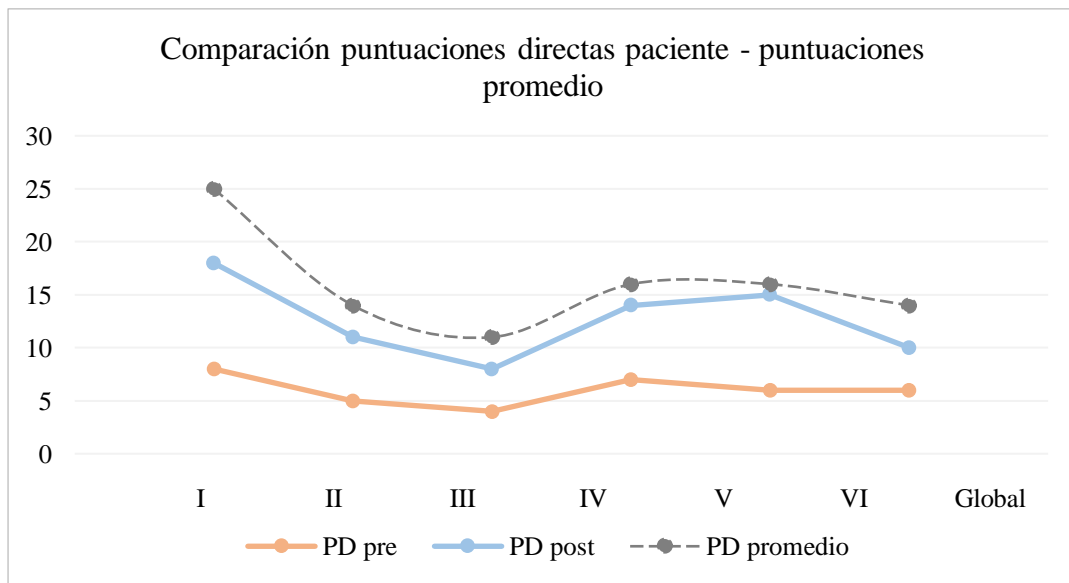
- **BSQ.** Diferencia de 80 puntos en el test. El paciente continúa presentando preocupaciones respecto al físico, pero no son relevante o preocupantes a nivel clínico como lo eran en un inicio (132 puntos, preocupación moderada por el cuerpo).

Tabla 7. Comparación puntuación pre-post BSQ.

	Puntuación pre	Puntuación post
Puntuación directa	132 Preocupación moderada	49 Preocupación leve o subclínica
Rango	130-170	45 a 70

- **EHS.** Las puntuaciones del paciente en la EHS muestran un incremento en las habilidades sociales a lo largo del tratamiento, asimilándose a las puntuaciones promedio en adolescente. No obstante, pese a la mejoría observable en el Gráfico 4, sigue siendo objetivo terapéutico en la actualidad.

Gráfico 7. Comparación puntuaciones directas pre-post en EHS



10. Discusión

En el presente trabajo se ha realizado un trabajo multidisciplinar. Debido a la gravedad inicial del cuadro y atendiendo a la alta comorbilidad de este tipo de trastornos con otras patologías mentales, es muy difícil distinguir si los síntomas depresivos y ansiosos eran origen del TCA o entidades nosológicas separadas (Belloch. 2020).

En la bibliografía encontrada, existe un consenso de cuáles son las terapias con mayor **eficacia**⁸, probada en múltiples estudios y abaladas por la ciencia. No obstante, cuando hablamos de **efectividad**⁹, cada tratamiento ha de individualizarse y ajustarse a las necesidades de cada paciente. Por ello, es difícil poder predecir si de las intervenciones descritas son efectivas cuando son aplicadas y resueltas exclusivamente en estudios de caso único ya que no es posible hablar en términos generales si no en términos individuales (Kazdin, 2001). En este sentido, atendiendo a los datos ofrecidos en el punto 9. *Comparativa de resultados clínicamente relevantes pre-post tratamiento*, podemos concluir que el tratamiento está siendo eficaz, remitiendo el cuadro depresivo, la ansiedad social y los síntomas asociados al TCA. Así mismo, se produce una adecuada adherencia del paciente al tratamiento, asistiendo al centro diariamente, sin ausencias al centro sin justificar, un aumento de peso adecuado, correcto contacto grupal y buen establecimiento de vínculo de con los pacientes del centro.

En términos de **eficiencia**, es decir, a la balanza coste-beneficio del tratamiento en Hospital de día, es muy alta. Este tipo de tratamiento suponen grandes beneficios que recompensan los costes económicos del tratamiento (personal especializado, comedor terapéutico, asistencia al centro, etc.). En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2020), ven conveniente por

⁸ “Capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada” (Ballesteros, 2015)

⁹ “Capacidad que tiene un tratamiento de cumplir con los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual” (Ballesteros, 2015)

un beneficio muy alto en las tres “e” (eficacia, efectividad y eficiencia) una terapia intensiva donde el paciente se rehabilita nutricionalmente sin el aislamiento total del paciente como ocurre en los ingresos. Esto se traduce en términos de eficiencia a que no solo tiene un bajo coste económico, si no que el beneficio psicológico es muy alto ya que disminuye drásticamente el impacto que tiene en comparación a los ingresos, siendo el tratamiento de elección a mayor brevedad posible ante el alta de un ingreso (Ministerio de Sanidad, 2020).

Por otro lado, la intervención familiar ha sido clave para la adecuada resolución del caso. Una de las hipótesis de origen que permitían explicar la función de la patología en este caso era la instrumentalización de la patología en un intento de acabar con las dificultades propias del sistema: la ausencia de límites, la baja diferenciación, el problema de jerarquías, problemática intergeneracional, etc. No obstante, es necesario entender el cuadro no solo desde la sintomatología o los aspectos más superficiales y visibles, si no como algo mucho más complejo e influenciado por múltiples variables. Las redes sociales en la actualidad constituyen una de las armas de doble filo más potente. Permiten informar a la población sobre planes de prevención primaria de los TCA mediante la divulgación por medio de aplicaciones como Instagram, Twitter, etc., pero a su vez los usuarios de esa plataforma pueden exponerse segundos después a contenido que promueve cánones de belleza imposible, fotos donde se abusa de retoques o ideales vitales que sentencian al usuario a la idealización y frustración de la realidad común. Vivimos en una era donde la información sobre cualquier tema o persona es accesible con una simple búsqueda: dietas mágicas, peso del actor que nos gusta, aplicaciones que te ofrecen valores nutricionales, etc. A pesar de los incalculables intentos de las grandes empresas por eliminar contenido que fomenta TCA de internet, con una simple búsqueda cualquier persona puede encontrar consejos nutricionales, consejos para adelgazar o información relacionada con hábitos peligrosos con la comida y el deporte (p.ej. perfiles de Instagram que ofrecen información peligrosa sobre pautas de alimentación).

El aumento de incidencia debido a los diferentes eventos vividos en los últimos años exige una redefinición de la comprensión de los TCA. A lo largo de mi trabajo, no he parado de leer autores que centran los TCA en la figura femenina, cosa que no es de extrañar en antaño. No obstante, la sociedad ha cambiado y la incidencia en hombres es cada vez mayor. Los cánones de belleza son igual de exigentes tanto para hombres como mujeres, siendo lo que les diferencia el tipo de canon que se espera socialmente de cada uno de los género. En un estudio realizado por Heine (2020), en las sociedad occidentales se considera atractivo varones altos, corpulentos, masculinos, etc. Estándares casi imposible que han hecho necesario la valoración de nuevas categorías diagnósticas como la *vigorexia*.

En la actualidad, la alimentación alterada está presente en porcentaje muy altos (58,3%) de la población (OMS, 2021). La mentalidad referente al físico, la alimentación y el deporte, si bien está cambiando, ha tenido etapas que ha supuesto graves crisis en la salud mental de la gente (como por ejemplo con el *Realfooding*). Se refiere un aumento de la incidencia de los TCA desde la pandemia (2019) de un 826,3% (OMS, 2021) debido al aislamiento, la disminución de la actividad física por factores externos, el aumento del uso de las redes sociales, etc.

Como se presenta en el párrafo anterior, este trabajo presenta limitaciones, debiendo de ser mencionadas para posibles investigaciones futuras. Los TCA son trastornos cuyo tratamiento debido a la gravedad es muy prolongado en el tiempo. Este trabajo ha sido realizado en el año académico durante el periodo de prácticas, lo cual no permite ofrecer los resultados reales del tratamiento ya que estos solo serán posibles una vez el paciente reciba el alta y finalice su proceso terapéutico. No obstante, debido a los progresos mencionados hasta la fecha, se puede predecir una buen pronóstico en el curso del paciente. Por otro lado, debido a la brevedad de las prácticas, no se ha podido abordar en su totalidad toda la sintomatología que se presentaba en la *Presentación del Caso*. Otra limitación posible, es la reactividad del paciente y de la

familia ante la presencia de dos terapeutas y la dificultad que supone generar alianza con ambas. La coterapia es altamente beneficiosa en las terapias sistémicas familiares ya que permite ver al sistema desde dos puntos de vista profesionales e impide que la familia introduzca en su patrón de relacionarse disfuncional al terapeuta. No obstante, no es posible conocer cuánto de la alianza terapéutica ha repercutido en la buena adhesión del paciente al tratamiento y cuánto ha sido motivado por su actitud al cambio.

Para investigaciones futuras, es recomendable y oportuno recordar la importancia del cambio de paradigma, incluyendo la perspectiva de género. En muchas ocasiones los TCA se vinculan con lo femenino, he llegado a encontrar profesionales que no saben como abordar la patología con paciente masculinos ya que la distorsiones cognitivas suelen diferir de las del género femenino. También es necesario entender los cambios y las libertades que la sociedad está experimentando. Hoy en día se permite ser mucho más que años atrás: la homosexualidad, la transexualidad, el igualdad en géneros, etc. no son más que un claro ejemplo de cómo se ha de entender la sociedad actual y la complejidad de esta, mucho más allá de los constructos sociales de género femenino o género masculino. Por ello, es importante y necesario incluir formación de los profesionales en docencia sobre temas como la Transexualidad y la complejidad de esta, ya que hay una gran incidencia de casos de gente transexual o transgénero con un TCA.

Por último, es importante seguir las recomendaciones de las guías clínicas publicadas hasta día de hoy y la selección de tratamiento con evidencia empírica suficiente para poder abordar la problemática que se nos presenta. Sin embargo, como profesionales debemos de ser creativos, que las sesiones permitan el desarrollo del paciente más allá de la patología y no reducir la persona a pura sintomatología. No olvidemos que los TCA son como un iceberg, lo que vemos conductualmente no es más que lo superficial de la enfermedad, siendo realmente importante todo lo que se entierra bajo éste.

Como posible recomendación a investigaciones futuras, es interesante aplicar instrumentos de evaluación que no midan únicamente una mejoría a nivel sintomatológico, que, si bien son necesarios, aportan evidencia de mejoría, pero no informan sobre qué y cómo están produciéndose dichas mejorías. Por ello y puesto que el trabajo ha sido orientado desde la visión sistémica, introducir instrumentos de evaluación sistémicos que midan de mejorías en el sistema familiar (p.ej. Modelo circumplejo de Olson) o evaluaciones de la alianza terapéutica en el proceso sería de gran interés. El centro donde se ha realizado el estudio de caso cuenta con una cantidad de población privilegiada para un investigación, al ser un hospital de día con pacientes de ingreso cuya patología varía de moderada a severa, sería altamente beneficioso tanto para pacientes, profesionales y para el propio centro la creación de un protocolo que diese información al terapeuta de cómo avanza el proceso de cada paciente.

Referencias

- Aguirre, G. (2004). *Adaptación española del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)*. TEA Ediciones: Madrid.
- Álvarez, M. P., Rodríguez, C. F., Hermida, J. R. F., & Vázquez, I. A. (2014). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Ediciones Pirámide.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C., y Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research-neuroimaging*, *187*(3), 401-408.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.028>
- Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(2), 464–469. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.2.464>
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. España: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, *34*(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844>
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Buela-Casal, G.; Guillén, A y Seisdedos, N. (2015). *Adaptación española del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI)*. TEA Ediciones: Madrid.

- Casullo, M.M. (2006). *El capital psíquico*. Aportes de la Psicología Positiva. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA, Departamento de Publicaciones.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 2, 104-131.
- Elosua, P.; López-Jáuregui, A. (2004). *Adaptación española del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2)*. TEA Ediciones: Madrid.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. Guilford Publication.
- Fishman, H. Ch. (1990). Fishman, H. C. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas: Un enfoque de terapia familiar*. Paidós, Barcelona.
- Forbes, M. K., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Further evidence that psychopathology networks have limited replicability and utility: Response to Borsboom et al. (2017) and Steinley et al. (2017). *Journal of Abnormal Psychology*, 126(7), 1011-1016. <https://doi.org/10.1037/abn0000313>
- Gerlach, G., Herpertz, S. C., & Loeber, S. (2014). Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 16(1), 32-63. <https://doi.org/10.1111/obr.12235>
- Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Madrid: TEA.
- Heine, S. (2020). *Cultural Psychology*. (4th Edition). W. W. Norton & Company.
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., y Grilo, C. M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175-180.
- Kazdin, A. (2001). El estudio de caso y los diseños de investigación de caso único. En *Métodos de investigación en psicología clínica*, (pp. 202-244). Prentice Hall.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W. y Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual

- therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-1032.
- Losada, A. V. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Perspectivas Metodológicas*, 18(21), 89-112. <https://doi.org/10.18294/pm.2018.1901>
- Losada, A. y Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Grupo Planeta.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- NICE. (2017). *National Institute for Health and Care Excellence for Eating Disorders: recognition and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Ohayo, M. M., & Schatzberg, A.F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence randomly selected Finnish subjects using the shortened version of and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 235-243.
- Oliver, J. M., Jódar, R., Pedro-Viejo, A. B., Skowron, E. A., Friedlander, M. L., y Schmitt, T. (2022). Psychometric study of the differentiation of self scale-revised in a sample of Spanish adults. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02929-y>
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2021). Salud mental del adolescente. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Perpiñá, C. (2011). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Síntesis.
- Raich, R. M^a.; Mora, M.; Soler, A; Ávila, C.; Clos, I. y Zapater, I. (1996). Adaptación española de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.

- Ríos, J. A. (2014). *Manual de orientación y terapia familiar: Enfoque sistémico teórico-práctico*. ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana).
- Roncero, M., & Perpiñá, C. (2020). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En Belloch, A (Ed.), *Manual de Psicopatología* (3.^a ed., Vol. 1, pp. 415-440). McGraw-Hill Interamericana.
- Sandín, B; Chorot, P y Valiente, R. (2020). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En Belloch, A (Ed.), *Manual de Psicopatología* (3.^a ed., Vol. 2, pp. 3-199). McGraw-Hill Interamericana.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck - II (BDI - II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Scheinkman, M. (2008). The Multi-level Approach: A Road Map for Couples Therapy. *Family Process*, 47(2), 197-213. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00248.x>
- Shomaker, L. B., Furman, W. (2009). Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eating Behaviors*, 10(2), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.02.003>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2022). *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. (p. 57) (No. de publicación 1.766).
Obtenido de https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Trastorno_alimentario.pdf
- Tanofsky-Kraff, M. y Yanovski, S. Z. (2004). Eating Disorder or Disordered Eating? Non-normative Eating Patterns in Obese Individuals. *Obesity Research*, 12,1361-1366.

Turner, H. L. (2014). Garner and Bemis (1982): 'A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa'. *Advances in eating disorders*.

<https://doi.org/10.1080/02619288.2014.875675>

Apéndices

Apéndice I. Entrevista clínica de evaluación de TCA (Clínica Adalmed).

¿Con quién acude?

Motivo de consulta:

Objetivos y expectativas del tratamiento (propuestos por el paciente)

Evolución del TCA

- Edad de inicio y tiempo de evolución:
- Tratamientos recibidos anteriormente (especificar tipo y duración):
- Hipótesis de origen:
- Hipótesis de mantenimiento:

Conducta alimentaria

- Restricción cantidades y/o alimentos:
- Historia previa de dietas:
- Nº de comidas al día:
- Velocidad de ingesta:
- Percepción del volumen de ingesta:
- Alimentos prohibidos:
- Ingesta hídrica (agua, refrescos, infusiones):
- Rituales:

Episodios de descontrol alimentario

- Objetivo/ subjetivo:
- Tipo de comida:
- Cantidad:
- Gasto económico:
- Frecuencia:
- Momento del día:
- Lugar donde se producen:
- Duración:
- ¿Presenta sensación de descontrol?:
- ¿Presenta sentimientos de culpabilidad tras la ingesta?:

Conductas compensatorias

	Vómitos	Laxantes	Diuréticos	Otras
X				
Frecuencia				

- Ejercicio físico (tipo de ejercicio, frecuencia y duración):
- Ayuno (frecuencia y duración):

Imagen corporal

- Grado de insatisfacción corporal (0 a 10):
- Miedo a subir de peso (0 a 10):
- Zonas ansiógenas:
- Partes del cuerpo que acepta/valora:
- Ideal estético (por ejemplo, algún famoso):
- Conductas de comprobación:
- Conductas de evitación corporal:
- Influencia del peso y figura en la autoevaluación:

Uso de redes sociales/internet

- Páginas “*fitness*”, deporte, actividad física:
- Páginas sobre dietas, consejos nutricionales, alimentación:
- Cuentas de bloggers, modelos:
- Emociones y pensamientos tras ver estas publicaciones:

Esfera psicológica

- Estado de ánimo:
- Ideación autolítica actual (marcar con una X):

Pensamiento pasivo	Pensamiento activo	Ideación autolítica	Intención autolítica

- Intentos previos:

Rasgos de personalidad disfuncionales

- Impulsividad (actual/pasada):
 - * Nicotina:
 - * Alcohol:
 - * Cafeína:
 - * Medicamentos autoadministrados:
 - * Compras:
 - * Robos:
 - * Juego (apuestas, juegos de internet):
 - * Relaciones sexuales (de riesgo):
 - * Autolesiones:
 - * Agresividad:

Antecedentes psicológicos/psiquiátricos del paciente:

Área familiar

- ¿Con quién vive actualmente?:
- ¿Quién compone su familia?:
- ¿Cómo está afrontando el TCA su ambiente familiar?:
- Familia de origen:

- * Nombre, edad y ocupación del **padre**:
- * Descripción de su carácter y relación:
- * Nombre, edad y ocupación de la **madre**:
- * Descripción de su carácter y relación:
- * Número de **hermano**: Rafa
- * Descripción de su carácter y relación:
- * Número de **hermana**:
- * Descripción de su carácter y relación:
- * ¿Cómo describirías el **ambiente** familiar durante tu infancia?:
- * ¿Cómo describirías el ambiente familiar en la actualidad?:
- * ¿Cómo te definirías? (**autodefinición**):

Relaciones sociales

- Infancia, ¿cuánta facilidad para hacer amigos y relacionarte con los demás?
- Adolescencia, ¿cuánta facilidad para hacer amigos y relacionarte?
- Actualidad, ¿cuánta facilidad para hacer amigos y relacionarte con los demás?
- Nombre de amigos (colegio, barrio, extraescolares...):
- ¿Qué valores de tus amigos?:
- ¿Qué personas consideras un apoyo para ti?:
- Historia de acoso:
- Interferencia del TCA en las relaciones sociales:

Relaciones de pareja/ sexualidad

- Pareja en la actualidad:
 - * Relaciones sexuales:
 - * Actitud ante temas sexuales:
 - * Conducta sexual manifiesta (evita, relaciones superficiales con/sin placer, relaciones amorosas con relación sexual placentera):
- Interferencia del TCA en las relaciones de pareja/sexualidad:

Intereses, ocio y tiempo libre

- ¿En qué ocupas la mayor parte de tu tiempo?:
- ¿Qué te divierte? ¿Cuáles son las cosas que te gustan?:
- ¿Hay cosas con las que antes disfrutabas pero que ya no hagas?:
- Interferencia del TCA:

Estudios

- Nivel de estudios alcanzado:
- Rendimiento académico en infancia/ adolescencia/ edad adulta:
- Evaluar perfeccionismo y exigencias/ autoexigencias:
- Interferencia del TCA:

Historia evolutiva y antecedentes biográficos de interés

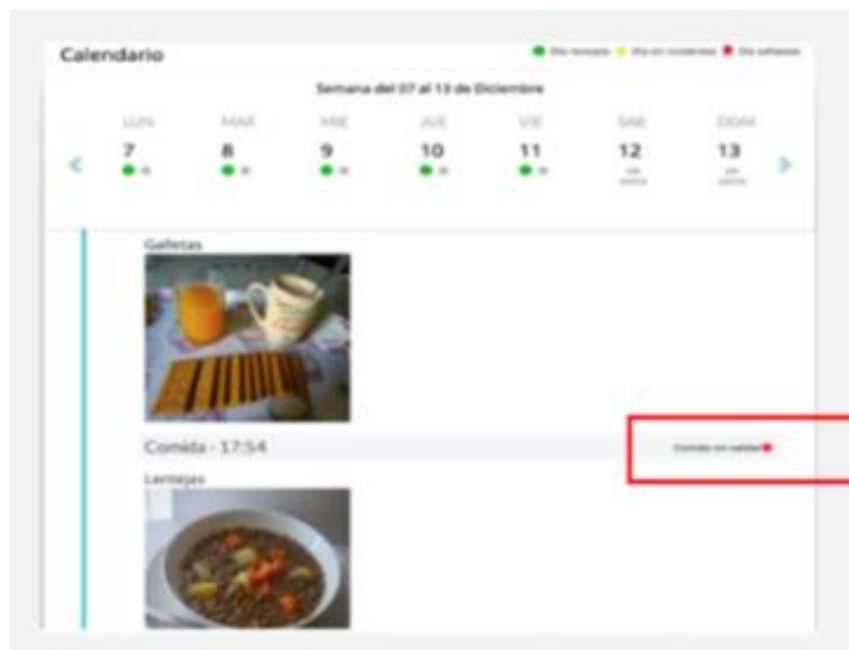
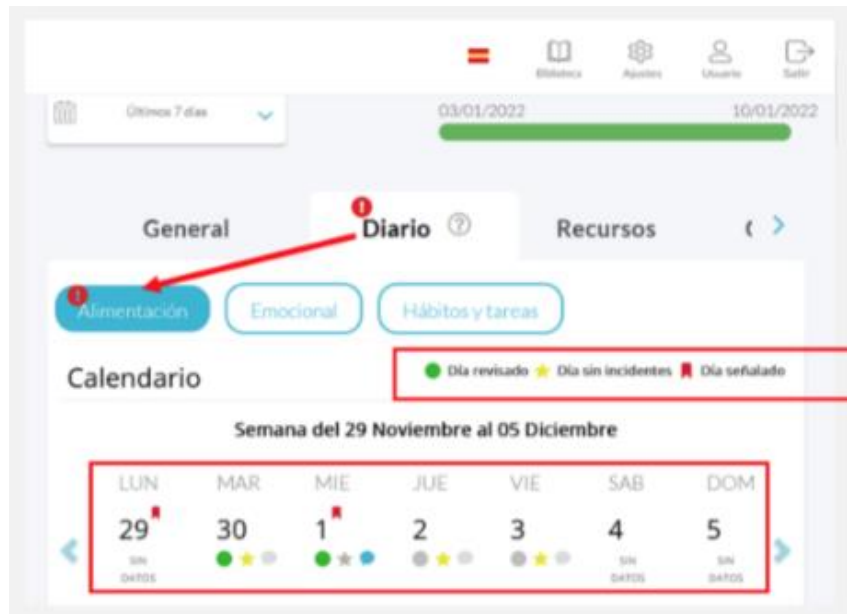
- Complicaciones embarazo:
- Complicaciones parto:
- Peso/talla al nacer:

- Enfermedad neonatal:
- Lactancia (tiempo, sentimientos de la madre...):
- Dificultades en alimentación durante la infancia:
- Control de esfínteres:
- Desarrollo lingüístico:
- Desarrollo motor:
- Desarrollo lecto-escritura:
- Relación con iguales en infancia:
- Desarrollo emocional:
- Aspectos destacables en la infancia:
- Aspectos destacables en la adolescencia:

Explorar posible historia de trauma

- ¿Ocurrió o cambió algo justo antes del inicio del problema?:
- ¿Qué tipo de problemas tenía entonces?:
- ¿Crees que tienen que ver con tu problema actual?:
- ¿Alguna vez has sufrido maltrato (físico o psicológico) y/o abuso?:
- ¿Has sufrido o sufres algún otro tipo de experiencia que consideres traumática?:
- ¿Has sufrido alguna pérdida significativa para ti lo largo de tu vida? ¿Cuándo? ¿Cómo reaccionaste? ¿Crees que lo has superado?:
- ¿Ha habido alguna época en la que te hayas sentido incapaz de ir a trabajar o asistir a clase? ¿Cuándo? ¿Por qué?:
- Exploración inicial de **disociación**:
 - * ¿Alguna vez en tu vida diaria de repente te sientes mal sin saber por qué?:
 - * ¿Cómo sueles reaccionar ante situaciones estresantes o emocionalmente negativas?
 - * ¿Hay cosas o acontecimientos importantes de tu vida de los que no te acuerdas o te acuerdas de manera muy confusa?

Apéndice II. Aplicación EB²-MindCare.



Apéndice III. Pautas conductuales del centro.

centro
adalmed

PAUTAS CLINICAS**Pautas generales:**

- Autorregistro de las comidas, supervisado y firmado por el responsable presente.
- Acompañamiento y vigilancia 24h, también en el cuarto de baño y durante/después de las comidas.
- Tapar los espejos.
- No dinero.
- No drogas ni alcohol.
- No chicles ni caramelos
- No cafeína.
- No uso de fármacos laxantes ni diuréticos.
- Prohibido la comida calificada como "lights".
- Dieta mediterránea variada, elegida por uno de los responsables y supervisada por el equipo terapéutico.
- El paciente no puede hacer comentarios ni positivos ni negativos que aludan al cuerpo y/o la comida, si lo hace deben apuntarse en el cuaderno de autorregistro y ponerlo en conocimiento del terapeuta.

Pautas en la dieta:

- Desayuno, comida y cena: elegidos por otra persona, tanto en producto como en cantidad.
- La comida y la cena constan de 1º, 2º y postre.
- Desde que termina de comer, debe pasar 1h y media aproximadamente, tiempo en que la paciente no toma nada (si tiene sed, bebe agua de forma supervisada para evitar el consumo exagerado o el no consumo) a partir de ese momento, en la siguiente 1h y media debe tomar un tentempié (éste será reforzado si su terapeuta lo estima necesario).

Pautas en relación al ejercicio físico:

- Regulado y supervisado por el terapeuta, si el paciente se encuentra en condiciones físicas y psicológicas.

Es necesario para el buen funcionamiento de su tratamiento, el control absoluto y el acompañamiento constante por parte de un responsable cualificado.