

**ESTUDIO DE CASO: PACIENTE EN DUELO CON  
TRASTORNO DE ATRACONES Y *BURNOUT***



**Silvia Álvarez Gurrea**

**27 Junio 2023**

**Universidad Pontificia de Comillas**

## ÍNDICE

Resumen .....	3
Abstract .....	3
Palabras Clave .....	3
1. Introducción	
1.1 Análisis Transaccional .....	4
1.2 Hambre emocional .....	6
1.3 Burnout .....	8
1.4 Duelo .....	8
1.5 Hipótesis y relevancia del caso .....	11
2. Diseño .....	11
3. Metodología de evaluación .....	12
4. Presentación del caso .....	13
5. Antecedentes .....	14
5.1 Antecedentes personales .....	15
5.2 Antecedentes médicos y psicológicos .....	17
5.3 Guion de vida .....	18
6. Evaluación inicial .....	19
7. Formulación del caso	
7.1 Factores predisponentes .....	21
7.2 Factores precipitantes .....	22
7.3 Factores perpetuadores .....	22
7.4 Factores de protección .....	22
7.5 Problema .....	23

8. Tratamiento y curso .....	26
9. Resultados del tratamiento .....	30
10. Discusión .....	33
11. Referencias .....	37
12. ANEXOS	
12.1 ANEXO I: Entrevista clínica no estructurada .....	38
12.2 ANEXO II: Autorregistro de atracones .....	39
12.3 ANEXO III: Línea de vida .....	40
12.4 ANEXO IV: Historia familiar con la comida .....	41
12.5 ANEXO V: Silla vacía .....	42
12.6 ANEXO VI: Contenidos del Trabajo de la Autoestima .....	43
12.7 ANEXO VII: Material Taller de Nutrición Saludable .....	44

## **Resumen**

Este estudio expone el caso de una paciente de 31 años que acude a terapia con el objetivo de aprender estrategias para manejar la ansiedad y el estrés laboral. Tras la evaluación inicial, se determina que todavía está en proceso de duelo por la muerte de su primo el verano pasado y la ruptura con su expareja hace dos años. Además, se identifican episodios recurrentes de atracones por la noche, al conectar con emociones como la soledad, o el agobio por la exigencia y rutina laboral. Manifiesta dificultades para tomar decisiones, como pedirse la baja por *burnout*. Se aplica un tratamiento terapéutico desde la perspectiva humanista integrativa, bajo el enfoque del Análisis Transaccional. Se observa una mejoría en el ámbito social y personal de la paciente, con reducciones de los episodios de ansiedad y los atracones nocturnos. En la discusión, se plantea la existencia de enfermedades psicosociales en una sociedad del bienestar.

*Palabras clave: burnout, trastorno de atracones, duelo, ansiedad.*

## **Abstract**

This study presents the case of a 31-year-old woman who goes to therapy with the aim of learning strategies to manage anxiety and stress. The initial assessment determines that she is still in the process of grieving the death of her cousin and the breakup with her exboyfriend. Additionally, recurrent episodes of nighttime binge-eating are identified when she connects with emotions such as loneliness or overwhelm due to work demands and routine. She expresses difficulties in making decisions, such as taking a sick leave due to burnout. A therapeutic treatment is applied from an integrative humanistic perspective, under the Transactional Analysis. Improvement is observed in the patient's social and personal spheres, with reductions in anxiety episodes and nighttime binge-eating. The discussion raises the existence of psychosocial disorders in a welfare society.

*Keywords: burnout, binge-eating disorder, grief, anxiety.*

## *1.Introducción*

Este estudio de caso presenta la evaluación e intervención psicológica en una paciente de 31 años. El motivo por el que acude a consulta es una intensa ansiedad por las noches, que calma comiendo grandes cantidades de comida de forma compulsiva, a pesar de conocer otros recursos de terapias anteriores, como la meditación o técnicas de relajación. Asimismo, refiere un elevado estrés laboral, falta de motivación y apatía social. Reconoce también que todavía no ha cerrado el duelo de su primo y de su expareja. La paciente es una chica extrovertida, emocional y motivada por conseguir una autoestima más estable, un ritmo de vida más organizado y un aprendizaje de estrategias para afrontar la ansiedad nocturna y evitar los atracones.

A continuación, se presenta el marco teórico de la perspectiva adoptada para el tratamiento del caso y un desarrollo teórico de las problemáticas presentadas por la paciente.

### *1.1. Análisis Transaccional*

La evaluación e intervención de este caso se realiza desde la perspectiva humanista integrativa, en concreto, a través de la mirada propuesta por el Análisis Transaccional. Consiste en una teoría de la personalidad y un modelo de psicoterapia sistémica para el cambio y el crecimiento personal (Berne, 1981). Fue fundado por Eric Berne en la década de los 50. La estructura psicológica la explica con un modelo de tres partes conocidas como *estados del yo*. Cada uno de los estados del yo engloban una serie de pensamientos, conductas y sentimientos relacionados entre sí. Suponen una parte de nuestra personalidad que se manifiesta en momentos concretos. Si en una situación se emplean todos los recursos disponibles como persona madura, pensando, sintiendo y comportándose desde el aquí y ahora ante lo que ocurre alrededor, el estado que domina es el del *yo Adulto*. Sin embargo, en otros momentos puede dominar el estado del *yo Padre*, si se imita el modo de pensar, actuar o sentir de figuras paternas

del pasado. Dentro de este estado del yo se localizan dos partes: *Padre Crítico* y *Padre Nutritivo*. En el *Padre Crítico*, la persona copia a sus progenitores, con advertencias, consejos y reproches. Mientras que en el *Padre Nutritivo* las personas reviven comportamientos de sus padres cuando cuidaban de ellas. Por último, el estado del yo *Niño* se caracteriza por repetir formas de pensamiento, comportamientos y sentimientos empleados en la infancia. Existen dos partes del Niño: *Niño Adaptado* y *Niño Libre*. El primero se observa cuando el objetivo es encajar y complacer; los primeros autores distinguían la rebelión como *Niño Rebelde*, sin embargo, se considera en la actualidad como parte del conjunto de conductas del *Niño Adaptado* (Stewart y Joines, 2022). La parte del *Niño Libre* del estado del yo se caracteriza por comportamientos no censurados de la infancia, aquellos que no están destinados a complacer a las figuras parentales.

Asimismo, el Análisis Transaccional ofrece una teoría de desarrollo del niño, mediante el concepto de guion de vida. Eric Berne define este guion como el plan de vida creado en la niñez. Desde el nacimiento, cada individuo comienza a decidir y redactar este guion. En la infancia, ya se han narrado los puntos principales de la trama. En la adolescencia, este guion se va puliendo y actualizando con personajes más reales. Al igual que las demás historias, cada guion se compone de un inicio, un desarrollo y un desenlace, de unos villanos y villanas, héroes y heroínas y otros personajes de calle. Puede tratarse de una tragedia, una comedia o un drama. Cuando las personas actúan su guion como adultos, se están acercando sin ser conscientes al desenlace del guion. A pesar de que cada sujeto decida su guion, los progenitores ejercen influencia sobre la creación del mismo, ya que emiten mensajes que afectan a la forma que sus hijos ven e interpretan el mundo, a los otros y a sí mismos. El guion de vida refleja cómo nuestros patrones y nuestro modo de pensar y comportarnos en el presente se originaron en la infancia (Martorell, 2000). Dentro de este marco conceptual, este modelo desarrolla una teoría de la psicopatología, pues ofrece explicaciones de cómo re-actuamos estrategias aprendidas en

la infancia en la edad adulta, aunque las consecuencias de estas sean dolorosas o contraproducentes.

Este modelo de psicoterapia propone también una teoría de la comunicación. Emplea el concepto de “transacciones” para referirse a cualquier intercambio de información. Aquellas que ocurren de manera repetitiva, en las que los sujetos que participan acaban con sentimientos negativos se conocen como “juegos”. Consisten en reinterpretaciones de estrategias de la niñez que en algún momento del pasado fueron adecuadas, pero en la etapa adulta son desadaptativas y disfuncionales. Los juegos se juegan desde cualquier estado del yo negativo, por tanto, nunca se juegan desde el estado del *yo Adulto*. Stephen Karpman creó un diagrama sencillo pero muy potente para analizar este tipo de juegos: el triángulo dramático (Karpman, 2010). Cuando una persona forma parte en los juegos, adopta uno de los tres roles de guion: *Perseguidor*, *Salvador* y *Víctima*. El *Perseguidor* infravalora y desprecia a otras personas; el *Salvador* observa también a los demás desde una posición de superioridad, pero ofrece su ayuda; y la *Víctima*, se coloca en una posición de inferioridad, tratando de buscar un *Perseguidor* que la maneje, o un *Salvador* que la ayude, confirmando su creencia de que no se puede salvar por ella misma. Cada una de estas posiciones implica un descuento. El *Salvador* descuenta las habilidades de los demás, y el *Perseguidor*, su valor. La *Víctima*, sin embargo, se descuenta a sí misma.

Otro tipo de transacciones son las *caricias*, definidas como una unidad de reconocimiento. Su origen estriba en la necesidad infantil de contacto físico, que evoluciona a otro tipo de caricias en la edad adulta, más enfocadas a la atención social. Pueden ser verbales o no verbales, positivas o negativas, y condicionales o incondicionales.

### *1.2. Hambre emocional*

Vacío. No ocupa nada, pero lo abarca todo. Tan inquietante y desagradable. Tan único y personal, pero común y popular al mismo tiempo. El primer paso es identificarlo y aceptar las

inquietudes de completarlo. Así comienza el caso que se expone en este estudio, con una impresión de vacío que sólo la comida puede colmar. En la mayoría de las personas se despiertan varias emociones en el acto de comer. Pero no hay que vencerlas. En absoluto, el placer de saborear los alimentos y las emociones agradables experimentadas a partir de ellos suponen una estrategia de supervivencia. Si no, un acto tan monótono y repetitivo como ingerir bebidas y alimentos provocaría aburrimiento y las personas abandonarían esta rutina. Las emociones vinculadas a la comida son, por tanto, un mecanismo de supervivencia, potenciado por las tradiciones culturales y sociales (Jiménez, 2021).

En la paciente, algunas de las emociones en torno a la comida son desadaptativas, pues implican apego emocional. La alimentación emocional no genera sufrimiento, pero el apego emocional, sí. Consiste en paliar el dolor y la insatisfacción mediante la ingesta descontrolada de cantidades muy elevadas de alimentos. Comiendo compulsivamente se evita o se escapa de emociones displacenteras, destacando una ausencia de consciencia sobre las necesidades fisiológicas y emocionales. En el caso expuesto, se observan atracones de forma frecuente. La paciente come compulsivamente proporciones grandes de alimentos en un corto período de tiempo, hasta experimentar la sensación de estar desagradablemente llena. No generan hedonismo ni placer. Suelen producirse en solitario, por la relación con emociones como la vergüenza o la culpa. Suelen ocurrir durante los episodios de ansiedad, reduciendo el dolor y malestar. Funcionan, por tanto, como un reforzador negativo.

Los atracones siguen el curso propuesto por Williamson, David y Duchmann (1990). Se observan restricciones alimentarias en la paciente, influidas por el contexto familiar y sociocultural. Esto conlleva una sensación de hambre y privación de la energía. Por la noche, cuando la paciente llega a casa después de un día estresante de trabajo, conecta con el silencio, el vacío y la soledad, y comienza a experimentar ansiedad. Para escapar de ella, ingiere dulces

y frutos secos hasta quedar desagradablemente llena. Los atracones funcionan para reducir el malestar a corto plazo, pero se mantienen a largo plazo, convirtiéndose en la principal herramienta para la gestión de la ansiedad.

### *1.3. Burnout*

La paciente refiere que hace un par de años no experimentaba esta ansiedad, y lo atribuye al estrés laboral al que está sometida. Es decir, la ansiedad está potenciada por la inestabilidad horaria y los ritmos exigidos por su trabajo. Manifiesta síntomas como bajo estado anímico, agotamiento, aislamiento, apatía, llanto, tristeza, irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, cambios en la sensación de hambre y saciedad y pensamientos intrusivos recurrentes relacionados con el trabajo, que provocan nervios y preocupación excesivas o ansiedad. Este cuadro coincide con el síndrome de *burnout*. Se identifican los tres componentes principales de este desgaste laboral: cansancio o agotamiento emocional, mecanismos de defensa que sirven para protegerse de la frustración e impotencia (atracones) y abandono de la realización personal, pues el trabajo pierde el valor que antes se le otorgaba (Gil-Monte y Jiménez, 2005).

### *1.4. Duelo*

Aprender a decir “adiós” es imprescindible para saludar a lo nuevo que está por venir. En todo momento hay un duelo presente, aunque no se esté percibiendo. El proceso de duelo es espontáneo y surge tras una pérdida, pudiéndose prolongar desde dos minutos a dos años (Zurita y Chías, 2014). Implica un conjunto de emociones, sensaciones y pensamientos necesarios para restablecer el equilibrio interno. Es, por tanto, un proceso de recuperación, cuya intensidad y duración depende de variables moduladoras como características personales del doliente, tipo de vínculo con aquello que ha perdido o circunstancias en las que se ha producido el daño (Worden, 2022).

El duelo se compone de varias fases (Kübler-Ross y Kessler, 2016). No siempre ocurren en el mismo orden, ni en todos los casos se dan todas las fases. Asimismo, se puede avanzar y retroceder sin seguir el orden establecido. La primera de ellas es la *negación*. Se trata de un mecanismo de defensa provisional y necesario para amortiguar el dolor ante la noticia. De este modo, se separa la psique del lado traumático de la pérdida, para poder asimilarla progresivamente. A continuación, surge la fase de *ira*, en respuesta a los límites sobrepasados o a no haber recibido lo que se esperaba. Es importante recibir el permiso de los demás, y especialmente de uno mismo, para canalizar y expresar esta rabia, y no bloquear el proceso de duelo (Zurita y Chías, 2014). La siguiente fase es la de *negociación*. En esta fase, es común ansiar retroceder en el tiempo, siendo frecuente la culpa. Anclarse en el pasado funciona como un pacto para no sentir dolor. Tras imaginar decisiones alternativas que hubieran cambiado el pasado se enfoca la atención en el presente, abriendo paso a la *tristeza*. Aparece una sensación de vacío y el duelo se vuelve más profundo. Esta fase se caracteriza por la cancelación del interés hacia actividades y personas, la dificultad de amar y la inhibición de la productividad. Esta emoción ejerce una función reguladora, y es imprescindible, al igual que con la rabia, liberarla. La tristeza permite disminuir el ritmo, ir más lento y evaluar realmente la pérdida. Por último, llega la *aceptación*. En esta etapa se reconoce la realidad de la pérdida como permanente, aunque no se esté de acuerdo con ella. Consiste en aprender a vivir con esa pérdida. Se refleja en acciones como recordar, recomponerse y reorganizarse. Avanzar en la curación de la pérdida permite acercar a los dolientes a la persona que se ha marchado, estableciendo otro tipo de relación.

Otros autores como Zurita y Chías (2014) añaden la fase del *miedo*. Esta emoción genera tres posibilidades de reacción en las personas: agresión, huida o pasividad. A su vez, la pasividad se puede manifestar en cuatro modalidades: agitación (hacer muchas cosas sin sentido), paralización, agresión-pasiva (hacer o hacerse daño inintencionadamente) o sobreadaptación

(hacer lo que los demás esperan de un sujeto). Durante esta fase, se conecta con el miedo a un futuro sin la relación perdida, siendo frecuentes pensamientos como “¿qué será de mí a partir de ahora?”. Tras estas etapas emocionales de valencia desagradable, se abren paso otras vivencias más positivas. La *racionalización* consiste en justificar la pérdida, partiendo del resultado final (muerte, ruptura...) se va comprendiendo lo ocurrido de atrás hacia delante. La *aceptación* implica el cierre emocional de la pérdida, despidiéndose de ella sin cuentas pendientes. Y, por último, pueden aparecer etapas como la de *gratitud* o *perdón*, que desencadenan el reencuentro con uno mismo y la apertura a nuevos vínculos sin sentir remordimiento o culpa.

Worden (2022) propone otra visión de las fases del duelo. Enfoca el duelo como un proceso de resolución de una pérdida, natural y espontáneo, pero desde una visión más activa por parte del doliente. Así, divide el duelo en tareas y no en fases, de modo que para avanzar a la próxima tarea es necesario haber cumplido la anterior. La primera de ellas es la de *aceptación de la realidad*, que coincide con la última etapa de la clasificación tradicional de fases emocionales del duelo. Este autor considera la aceptación como el primer paso indispensable para dar el siguiente: *elaborar el dolor* conectando con las emociones. La *adaptación* es la tercera tarea, más práctica o logística que las anteriores, consiste en volver a funcionar, tanto en el mundo externo como en el interno. Y, por último, la tarea de *construir nuevos vínculos* sin experimentar culpa. Es decir “hola” sin remordimientos.

En conclusión, el duelo es un proceso necesario y natural. Conlleva sentimientos, pensamientos y emociones de valencia negativa, que remueven sensaciones desagradables. Por tanto, no supone un estado completo de salud y bienestar, pero no se trata de una enfermedad. No es fácil ni placentero, pero no por ello ha de ser patológico.

### *1.5.Hipótesis y relevancia del caso*

El caso expuesto en el presente estudio cuenta con una gran relevancia clínica, pues trata tres problemáticas actuales muy extendidas en occidente: el apego emocional a la comida, el *burnout* y el duelo. Las dos primeras podrían considerarse dos enfermedades sociales, en las que se usa el trabajo o la alimentación para esconder un vacío con el que la persona no quiere conectar. Precisamente, esta es la hipótesis principal del caso, que la paciente evita conectar con inseguridades y con la sensación de soledad. Cuando conecta, comienza a experimentar ansiedad y para escaparse de ella, la calma con atracones y con horas en el trabajo, huyendo de lo que está sintiendo. Por ello, resulta fundamental potenciar su autoestima y fortalezas.

### *2.Diseño*

Este estudio se realiza en Landana Terapia, dentro del marco de prácticas curriculares de la Universidad Pontificia de Comillas. Es una clínica privada de psicología de reciente apertura en Tres Cantos, de abordaje humanista integrativo. Para el alumnado en prácticas se establece de noviembre a mayo un programa de terapia a bajo coste. El caso expuesto en este estudio se corresponde con una paciente atendida en este programa, que ha autorizado su realización. El diseño de este estudio es, por tanto, de caso único. El caso es tutorizado por Ana García Mañas en supervisiones quincenales.

La terapeuta del caso es una estudiante de segundo curso del Máster de Psicología General Sanitaria en prácticas. Ha recibido formación del enfoque predominante en Landana Terapia: Análisis Transaccional. Asimismo, la clínica ha ofrecido aprendizaje práctico en sesiones clínicas y supervisiones de casos en los que se analizan las problemáticas de los pacientes desde esta perspectiva.

En este estudio, se presenta el caso, la intervención y tratamiento aplicados, así como los resultados obtenidos, de una paciente de 31 años que acude bajo la demanda de estrés laboral y atracones. Recibe terapia individual y participa en un taller grupal de nutrición saludable en el mismo centro. Acude a un total de veintiocho sesiones individuales hasta la fecha, aproximadamente la mitad online y la otra mitad presenciales, en función de su disponibilidad. La terapeuta ha finalizado las prácticas curriculares en el centro, pero las sesiones con esta paciente se prolongarán en formato online o a domicilio.

### *3. Metodología de Evaluación*

Para la evaluación del caso se han empleado procedimientos y fuentes de datos tanto cualitativas como cuantitativas. En las sesiones iniciales, destinadas fundamentalmente a la evaluación y la exploración del motivo de consulta, se obtiene información referida a la infancia, sistema familiar y acontecimientos vitales relevantes mediante la línea de vida y la entrevista clínica no estructurada [véase ANEXO I]. Asimismo, con las tarjetas de autocuidado, la paciente se identifica en aquellas rutinas que desempeña relativas a la higiene, sueño, alimentación, ejercicio, autocuidado emocional y social. Por otro lado, para establecer la línea base de la frecuencia de conductas como la de los atracones por la noche, y para identificar la rapidez con la que ingiere los alimentos y la cantidad de estos se emplea metodología cuantitativa: los autorregistros [véase ANEXO II]. Este procedimiento también se ha usado para que la paciente determine la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad que experimenta a lo largo de la semana, así como la presencia o no de pensamientos intrusivos y rumiaciones a la hora de levantarse.

Se tomaron medidas cualitativas de seguimiento durante la intervención, por medio de entrevista clínica no estructurada, y medidas cuantitativas postratamiento, repitiendo los

autorregistros. Del mismo modo, se toman medidas de los factores comunes durante la intervención, tales como satisfacción con la terapia, consolidación de la alianza terapéutica y adherencia al tratamiento.

La paciente continúa en la misma terapia, aunque hayan finalizado las prácticas curriculares, trabajando actualmente cuestiones de autoestima, autoestima corporal y estrés laboral. Se realiza un seguimiento de aspectos del proceso terapéutico como duelo, ansiedad y apego emocional a la comida, por medio de entrevista, observándose una mejora considerable desde el inicio de la terapia.

#### *4. Presentación del caso*

Lola es una chica de 31 años, extrovertida, emocional y con una alta capacidad de *insight*. De pequeña soñaba con convertirse en bailarina, pero tras una lesión y años más tarde, descubrió otra de sus pasiones: la producción audiovisual. Estudió realización y producción y desde hace ocho años trabaja en la misma empresa en la que la contrataron de prácticas. Vive sola en un piso en un barrio céntrico de Madrid. Disfruta de su independencia y tranquilidad junto a sus dos cobayas. Es muy casera y familiar. Una de sus aficiones es pasar tiempo con su hermana y sus padres haciendo planes en familia. Le gusta también quedar con sus amigas del barrio “de toda la vida”, aunque quedan una vez al mes por sus horarios ajetreados.

El motivo por el que Lola acude a consulta son los atracones a media noche. Manifiesta una necesidad intensa y compulsiva de comer después de la cena. Define la ingesta como rápida y voraz, y en cantidades superiores a las que le proporcionan saciedad. Los alimentos son galletas es su mayoría, pero también patatas, frutos secos, yogures y chuches. La paciente refiere, además, que en los últimos meses está experimentando una ansiedad elevada que se traduce en

dificultad para conciliar el sueño, hambre excesiva, migrañas, apatía, irritabilidad y falta de motivación. Este malestar afecta a su funcionalidad en los ámbitos laboral, social y personal. Afirma que el trabajo potencia esta situación, pues está sometida a un estrés muy elevado y cambio constante de horarios, lo que le dificulta el establecimiento de una rutina. Es productora en una empresa audiovisual desde hace ocho años. La ausencia de un patrón diario de ritmos, sumado al estrés laboral, desencadena episodios de ansiedad, especialmente durante las noches. Para aliviar estas crisis, tiende a consumir grandes cantidades de comida después de cenar o a medianoche, cuando ya está acostada. Además del malestar físico, siente malestar psicológico, pues la culpa por el atracón aparece inmediatamente tras la ingesta. Conforme avanzan las sesiones, salen a la luz dos duelos que aún permanecen abiertos: el de su primo y el de su expareja. Si bien este no era el motivo inicial de consulta, el duelo permanece muy presente durante todo el proceso terapéutico, llegando a acaparar el protagonismo de las primeras sesiones.

##### *5. Antecedentes*

La familia de Lola está compuesta por su padre, su madre y su hermana, dos años menor que ella. Las críticas y las discusiones eran dos realidades muy presentes en el contexto familiar desde que era pequeña. Recuerda su infancia como *una niña que no pudo ser niña*. Estaba parentalizada en su casa, ya que su madre tuvo que encargarse de los cuidados de su abuela cuando ella aún estaba en el colegio. Esta situación potenció una madurez a una edad más temprana de la media, y una sensación de soledad y falta de mirada que se mantiene viva a día de hoy. Afirma que no se acuerda de momentos de especial cariño entre sus progenitores, solían mostrarse distantes entre ellos e inmiscuirse en conflictos con frecuencia. Asimismo, estos conflictos estaban muy presentes a la hora de las comidas. Sus padres la animaban a no comer

determinados alimentos, o a reducir la cantidad de los mismos, porque “tenía que adelgazar”. Lola no recuerda por qué motivo, pero desde niña vivía en un constante “este no es el peso que debería tener”. A pesar de ello, forman una familia muy unida, con los límites internos un tanto rígidos, pues se comportaban como una unidad cuando las niñas eran pequeñas, sin dejar que las decisiones o rutinas de la familia extensa penetrasen en el núcleo familiar. Incluso, hace seis años rompieron la relación con la familia materna desde una discusión que surgió entre Lola y su tío. Ella lo expresa como un malentendido entre ambos, una *bola que creció*, y de la que acabó formando parte también el padre de Lola, que salió en su defensa, y a raíz de ese momento se cortó la comunicación con sus tíos y primos, pero no con sus abuelos. Con su familia paterna, sin embargo, la relación es muy estrecha, a pesar de que vivan a trece horas en avión. Su familia paterna reside en Chile, allí nació y creció el padre de Lola, y la familia continúa vinculada con sus orígenes, pues mantienen contacto telefónico semanalmente y las navidades pasadas fueron a visitarlos. En febrero del año pasado, el primo de Lola falleció de cáncer. Esto supuso un duelo para la paciente que todavía sigue en proceso de sanación.

Con Amaia, su hermana, siempre ha tenido una relación muy estrecha, refiere que han permanecido unidas tanto en las celebraciones como en las adversidades. Los conflictos entre sus padres han propiciado esta unión entre ambas. En la actualidad, suelen quedar una vez por semana y están presentes la una en la vida de la otra. Amaia tiene pareja estable, con la que convive, y está embarazada de cuatro meses. Lola les presta su ayuda cuando lo requieren, y mantiene una relación muy cercana también con su cuñado.

### *5.1. Antecedentes personales*

Lola recuerda que cuando era niña quería ser bailarina. Acudía dos tardes por semana a clases de baile y lo disfrutaba intensamente. Sin embargo, afirma con ojos tristes que tras una lesión en el tobillo nunca volvió a bailar. Tuvo que transcribir su guion de vida. En el colegio sufría

acoso escolar por parte de sus compañeros, comenta que la ridiculizaban por su peso. Esto reducía su motivación para estudiar e ir a clases. Encontró en su grupo de catequesis un entorno seguro y de confianza, en el que poder apoyarse. Con apenas doce años, comenzó a salir con sus amigos y a consumir tabaco. Sus padres, ocupados con el trabajo y con sus discusiones, le aportaban independencia. Después de la enseñanza obligatoria, cursó realización y producción, y la contrataron en la empresa en la que desempeñó las prácticas curriculares, en la que continúa en la actualidad.

A los catorce años, inició su primera relación sexoafectiva. Refiere que fue un noviazgo tortuoso, ya que él tenía pensamientos y conductas posesivas misóginas, hasta tal punto que se enfadaba con ella si se vestía con minifalda o si se maquillaba. Además, sufrió maltrato físico y psicológico en esta relación, que se prolongó durante tres años. En este momento de su vida, le detectaron colon irritable a raíz de la ansiedad. Tras la ruptura, sintió alivio y liberación. Cuatro años después, comienza una relación amorosa con otro chico. Asegura que esta fue sana y enriquecedora, aunque terminó porque “se acabó el amor”, y ella además no aceptaba que él consumiera droga todos los días. A los pocos meses, mantiene su última relación, repleta de cariño, pero también de adicción, inseguridad e infidelidades. Su pareja, Lucas, solía salir por las noches y consumir grandes cantidades de alcohol. Después, cuando llegaba a casa, Lola le cuidaba y él olvidaba lo ocurrido al día siguiente. En una ocasión, ella descubrió que Lucas la estaba encubriendo una infidelidad online con una chica. Esto dio lugar a una discusión que casi acaba en ruptura. Lola decidió perdonarle, pero con una herida de inseguridad que todavía está cicatrizando. Se posicionaba en el lugar de la salvadora, y Lucas, se victimizaba a raíz de su adicción al alcohol. Tras este conflicto, se repitieron las discusiones y el malestar en la pareja hasta que, en una ocasión, la última que permitió Lola, Lucas tomó más alcohol del que su cuerpo podía tolerar y esa misma noche, se acostó con otra chica. Ella se armó de autoestima y decisión y le echó de su casa. Convivían juntos, aunque Lola era la inquilina del piso. A partir

de entonces, han intentado establecer contacto cero, pero él siempre vuelve. Han tratado de transformar su vínculo de expareja en amigos, sin demasiado éxito, ya que Lucas ansía una relación con ella de nuevo.

## *5.2. Antecedentes médicos y psicológicos*

Además del colon irritable que le detectaron con dieciséis años a raíz de la ansiedad, durante su primer noviazgo, en el que estuvo sometida a maltrato y estrés, la han diagnosticado hiperhidrosis. Se trata de una enfermedad que incrementa la actividad de las glándulas sudoríparas, y, con ello, la secreción de sudor. Lola asegura que resultaba muy incómodo para ella dar la mano a otra persona al saludarla, pues se avergonzaba de la humedad de sus manos. Hasta hace tres años, que se operó y resolvió esta dificultad. Refiere sentirse muy feliz desde entonces, y mucho más cómoda en el ámbito laboral, en el que los apretones de manos están a la orden del día. Por otro lado, inició sus visitas a la consulta psiquiátrica de la sanidad pública desde hace quince años. Allí, etiquetaron sus nervios, preocupaciones, apatía, dificultad para dormir y hambre como trastorno de ansiedad generalizada, recetándolo antidepresivos y ansiolíticos que continúa tomando a día de hoy.

Por último, ocurrió un suceso traumático hace ocho años, cuyas consecuencias permanecen latentes en la actualidad. Se trata de un accidente en un taxi. Lola experimentó una crisis de pánico, pues el taxista perdió el control del vehículo. La paciente sufrió daños físicos y psicológicos. Tras este aparatoso accidente, permaneció de baja durante cuatro meses, y surgió en ella un miedo a conducir y a lo referido a las carreteras y coches hasta tal punto, que abandonó la autoescuela en la que se estaba preparando para aprobar el permiso de conducir. Asegura que esto supone un obstáculo en su trabajo, pues, aunque se adapta viajando en transporte público o en vehículos de compañeros, le gustaría tomar las riendas y acercarse ella misma a su destino.

### 5.3. *Guion de vida*

¿Cuál es el hilo conductor que guía la vida de Lola? El plan de vida que comenzó en su infancia es que ella no iba a ser igual que su familia. En su casa eran frecuentes las discusiones entre sus padres, la fusión familiar y las prohibiciones y restricciones de comida para ella. Desde pequeña, empezó a forjarse un guion en el que la protagonista era una adolescente rebelde en búsqueda de sensaciones, y con una necesidad de cariño y protección que no había encontrado en su hogar ni en su colegio. Quería sentirse viva, pero nunca sola. Sufrió *bullying* en el colegio, y sus padres no le permitían tomar ciertos alimentos o le echaban en el plato menos cantidad de comida que a su hermana. Con doce años empezó a fumar, y a los catorce, tuvo su primera relación sexoafectiva. Encadenó varias relaciones, en la primera de ellas sufrió maltrato físico y psicológico, y la última resultó muy tortuosa emocionalmente. Estas circunstancias han reforzado su guion de *mejor mal acompañada que sola*. En la actualidad, continúa fiel a este guion, pues, aunque no tiene pareja estable, son frecuentes los encuentros esporádicos con su expareja.

Su estado del yo que más predomina es el de *Niña Adaptada Rebelde*, no liberándose de la causa que le oprime, sino repitiendo patrones de interrelación con sus parejas. Este estado permanece muy presente al final de las sesiones, cuando conecta con su miedo al abandono y trata de alargar la despedida. Además, toma la posición existencial de “yo estoy mal, tú estás bien”, mostrándose inferior y en desventaja, especialmente ante sus jefes y compañeros. Esto concuerda con el papel que suele adoptar en el triángulo dramático: *víctima*, tanto en el trabajo como en sus amistades y relaciones amorosas. Invita a que la cuiden y la salven, y en ocasiones, toma esta posición como una manera de procrastinación, al colocarse de forma pasiva no es agente ni percibe tener el control, por lo que no se enfrenta a decisiones que le generan malestar.

En resumen, una niña que solo quería ser bailarina fue obligada a crecer a un ritmo mucho más rápido que el que sus pies y su corazón podían seguir. A pesar de ello, Lola se adaptó. Desamores, dudas, expectativas frustradas y años después se convirtió en una adulta funcional, pero, visto desde las gafas del análisis transaccional, con una niña herida que toma el control en ocasiones.

## *6. Evaluación inicial*

Durante las primeras sesiones se realiza una evaluación inicial del estado de la paciente para conocer la línea base de la que se parte en el proceso terapéutico. Esto resulta imprescindible, pues a partir de ello se establecen los objetivos y las técnicas empleadas para alcanzarlos. Esta evaluación se ha realizado mediante técnicas cualitativas como entrevista clínica no estructurada o tareas como línea de vida, y de otras cuantitativas como autorregistro.

De la entrevista clínica se obtiene información sobre el motivo de consulta y la problemática expresada por la paciente. Lola refiere que experimenta ansiedad todos los días, incitada por pensamientos acerca del trabajo, tales como acumulación de llamadas en un día, fechas de entrega que se acercan superando todos los límites de velocidad, o reuniones a las que no ha sido invitada. Experimenta una ambivalencia en el terreno laboral, pues en ocasiones determina que sus superiores no la tienen en la consideración que desearía, y al mismo tiempo, afirma encontrarse desbordada de proyectos. Comenta que el departamento de producción, al que pertenece, se caracteriza por estas exigencias temporales e inestabilidades horarias que tanto repercuten en su estilo de vida. Estos episodios de ansiedad se producen especialmente en las noches. Sus estrategias de afrontamiento abarcan desde técnicas de respiración, relajación y meditación hasta atracones nocturnos que le generan culpabilidad y sensación de pesadez. Estos atracones ocurren después de la cena o un par de horas tras acostarse. Se prolongan unos

cinco años atrás en el tiempo, esto coincide aproximadamente con el inicio de su independencia de la convivencia familiar.

La línea de vida [véase ANEXO III] ofrece datos acerca de acontecimientos relevantes que han ocurrido, con valencia positiva o negativa, y que afectan a su modo de pensar, sentir y actuar en el presente. Los que refleja que más impactan cuando acude a sesión son la muerte de su primo en julio de 2022, la ruptura con su expareja en verano de 2021, y el accidente de tráfico hace ocho años. Se encuentra en fases avanzadas del duelo, pero aún no ha cerrado ninguno de los dos. El miedo a conducir continúa latente, hasta el punto que no ha retomado las clases de la autoescuela.

Por último, por medio de los autorregistros [véase ANEXO II] se obtiene información cuantitativa que facilita el establecimiento de la línea base que se mencionaba al comienzo del apartado. Así, se parte de episodios de ansiedad diarios, atracones de tres a cuatro veces por semana, con cantidades de comida que oscilan entre tres y seis galletas, media bolsa de pipas, uno o dos yogures y dos o tres puñados de chuches. Además, se registra la hora a la que la paciente sale de la cama cuando teletrabaja, que ronda entre las diez y las doce, cuando programa la alarma a las ocho de la mañana para ser productiva durante el día. Refiere que le “pesa” comenzar el día y dar el primer paso, la invade la apatía, baja motivación y estado anímico depresivo. Solo quiere seguir en posición horizontal sumida en pensamientos intrusivos sobre pedirse o no la baja por estrés laboral y qué hacer para dar sentido a una sensación de vacío y soledad que se apodera de ella.

Con todo ello, una vez establecido el punto de partida y los objetivos que quiere conseguir Lola, se recopilan todos los datos y se formulan hipótesis que expliquen el origen y mantenimiento de la problemática, desglosándola en las conductas, emociones, pensamientos

y contextos a los que afecta. Y, una vez más, desde la mirada del Análisis Transaccional, se identifica en esta formulación los estados del yo que predominan en la paciente.

## *7. Formulación del caso*

La explicación de este caso se realiza desde las “5P”. Se trata de un modelo de formulación de casos en el que se plantean cuatro factores que rodean el caso, todos ellos comienzan con la letra P (predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores) y la quinta P es el problema.

### *7.1. Factores predisponentes*

Se localizan *factores predisponentes* en el entorno de Lola y en ella misma que favorecen la llegada de la problemática actual. Estos factores se ubican temporalmente en la infancia, como la fusión familiar o restricciones con la comida, que potencian su necesidad de diferenciación de su familia de origen y de las prohibiciones por medio de los atracones, reivindicando su libertad. Aquí toma el mando el estado del yo *Niña Rebelde*. Sería interesante buscar una alternativa a esta diferenciación familiar más saludable y funcional para ella. El acoso escolar pertenece también a este tipo de factores, abriendo la herida del miedo al rechazo que ha evolucionado a inseguridades que todavía no han cicatrizado. Asimismo, cabe señalar otros factores predisponentes de la adolescencia y la juventud como la vivencia de maltrato en una relación, en la que ocupaba el papel de *víctima*; o la posición de *cuidadora* en sus noviazgos, ya que dos de sus parejas han sufrido adicciones, su segundo novio a la droga y el último, al alcohol. Esto, junto con la falta de mirada de sus padres en la infancia, generan las bases de un apego inseguro ambivalente, con deseos de formar una relación y recibir cuidado y cariño, pero evitándola a toda costa para no sufrir de nuevo.

### 7.2. Factores precipitantes

El segundo tipo de factores son los *factores precipitantes*: aquellas circunstancias del entorno o de la paciente que propician la aparición de sus quejas o motivos de consulta. En este grupo se incluye el estrés laboral al que está sometida, la fase de tristeza y de rabia de los duelos por su primo y su expareja, y la indecisión de pedir o no la baja por *burnout*. Uno de los mecanismos que emplea la paciente para evitar conectar con el malestar de tomar una decisión es el de la procrastinación. Estos factores motivan un estado de apatía y bajo estado anímico que genera en Lola dificultades no solo para salir de la cama, también para tomar decisiones. Sin embargo, este malestar funciona, a su vez, como un reforzador negativo, pues mientras se extienda esta tristeza en el tiempo, la paciente tiene una excusa para no enfrentarse a la ansiedad que le supone la toma de decisiones. Por ello, la procrastinación de tomar una decisión es también un factor que mantiene el problema, además de un precipitante.

### 7.3. Factores perpetuadores

Los factores que mantienen el problema conforman la tercera P: *factores perpetuadores*. Un ejemplo serían las exigencias y comentarios descalificadores que continúan emitiendo la madre y la abuela de Lola respecto a su físico, aludiendo a su peso y a sus hábitos alimentarios. La paciente sigue necesitando diferenciarse de ellas, alejándose de sus restricciones alimentarias y de su mirada juzgadora. Asimismo, la situación de estrés laboral constante y permanente perpetúa los episodios de ansiedad, síntomas depresivos y los atracones nocturnos.

### 7.4. Factores de protección

Hasta ahora se han analizado los factores que rodean y alimentan el malestar, pero existen fortalezas, relaciones personales y contextos beneficiosos para Lola: los *factores de protección*. Dos de los más importantes para ella son de mucho pelo y pocas palabras: sus cobayas. Le

aportan cariño y tranquilidad al llegar a casa, además de compañía. En algunas sesiones online mostraban apoyo a su dueña apareciendo en la pantalla. Pero hay factores de protección en su vida que caminan sobre dos patas, como su hermana. Con ella mantiene un vínculo sano y estrecho, ambas se sostienen y corregulan cuando lo necesitan. Cuenta con varios amigos y amigas de la juventud y del trabajo, con los que queda algunos fines de semana para desconectar y actualizarse. Asimismo, la relación con su jefe más cercano es positiva, suponiendo uno de sus pilares emocionales en el ámbito laboral. Algunas fortalezas de Lola que van a favor de la corriente terapéutica son la motivación por el cambio, el sentido del humor, el optimismo, la independencia económica, la gratitud y un autoconocimiento elevado. Además, ha aprendido y pone en práctica técnicas de relajación, respiración y meditación para afrontar momentos de malestar, pues su recorrido en consultas psicológicas se remonta a casi quince años atrás.

### 7.5. *Problema*

Por último, la quinta P a analizar es el *problema*. La paciente refiere que le han diagnosticado Trastorno de Ansiedad Generalizada en la seguridad social, y recetado antidepresivos y ansiolíticos. Este diagnóstico se traduce en este caso en la presencia recurrente de pensamientos intrusivos referidos al trabajo, apatía y bajo estado anímico por las mañanas los días laborales, episodios de ansiedad por las noches, dificultad para conciliar el sueño, cambios en los niveles de hambre y saciedad, cansancio y tristeza. Todos estos síntomas están relacionados con un aspecto de su vida: el trabajo. Por ello, integrando la evaluación inicial y el marco teórico adoptado se concluye que la paciente experimenta estrés laboral elevado que ha desencadenado en *burnout*. Se le conoce como “síndrome del trabajador quemado”, y representa precisamente cómo ese fuego o ilusión inicial por un trabajo se ha reducido a cenizas debido al desgaste psicológico por las condiciones laborales (Maslach, 2009). Por ello, el Trastorno de Ansiedad

Generalizada se clasificaría en trastorno diferencial, ya que, aunque cumple prácticamente todos los criterios recogidos en el DSM-V, sus alteraciones en los ámbitos laboral y social se explican mejor por el estrés laboral. Las reticencias a establecer esta etiqueta se deben a que el malestar ha sido provocado en los dos últimos años por su situación en el trabajo y la ausencia de rutina y descansos. Es decir, se cumplen los criterios A, B, C, D y E, pero no el F, no por la existencia de un trastorno mental, sino social.

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente en los últimos seis meses, en relación con diversos contextos o actividades → Sí
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación → Sí
- C. La ansiedad o preocupación se asocian a tres o más de los síntomas siguientes:
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta → Sí
  - Facilidad para fatigarse → Sí
  - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco → Sí
  - Irritabilidad → Sí
  - Tensión muscular → No
  - Problemas de sueño → Sí
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento → Sí

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica → Sí

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental → No, se explica mejor por *burnout*.

Asimismo, los síntomas depresivos se explican, además de por el *burnout*, por la presencia de dos duelos todavía en proceso de sanación. Siguiendo la clasificación de las fases del duelo de Zurita y Chías (2014), Lola se encuentra en la fase de tristeza en el duelo de la muerte de su primo. Experimenta una cancelación del interés por el mundo exterior y una inhibición de toda productividad, especialmente por las mañanas. Además, su estado oscila entre apatía y una angustia calmada, desde la serenidad. Se trata, por tanto, de una *tristeza blanca*, no desde la preocupación y los nervios, sino desde la tranquilidad. Sin embargo, en el duelo de la ruptura de su expareja se ubica en la fase de rabia. Está conectando con el traspaso de límites y con la protesta de no haber recibido en la relación lo que consideraba que se merecía.

Por último, aunque la presencia de atracones nocturnos se relacione con el estrés laboral experimentado por la paciente, encaja en la categoría diagnóstica de Trastorno por Atracón del DSM-V. Se cumplen los siguientes criterios:

A. Episodios recurrentes de atracones. En este caso, de cantidades superiores a la que ingeriría la mayoría de las personas en situaciones familiares. Destaca, además, la sensación de falta de control → Sí

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal → Sí

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno → Sí

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente →

No

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere → No

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado → Sí

C. Malestar intenso respecto a los atracones → Sí

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses → Sí. En este caso, se producen entre tres o cuatro veces a la semana durante los dos últimos años aproximadamente, por lo que es de gravedad moderada.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio-inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa → Sí. El trastorno diferencial es la bulimia, ya que no se emiten conductas compensatorias.

En conclusión, la problemática observada en la paciente, con todos los factores que la potencian y la protegen, se resume en *burnout*, duelo y trastorno por atracones.

### 8. Tratamiento y curso

Las técnicas empleadas en este caso siguen la perspectiva humanista integrativa, y se basan en el enfoque del Análisis Transaccional (Berne, 1981). La justificación de la elección de este tipo de intervención responde a la formación clínica de la terapeuta y a su personalidad, ya que experimenta más comodidad en este terreno. Ha recibido formación en este enfoque por el centro de Landana Terapia mediante lecturas, sesiones clínicas y supervisiones semanales. Asimismo, emplea el enfoque integrador, adaptándose a las necesidades y preferencias de la

paciente y al tipo de problemática presentada. De este modo, utiliza técnicas cognitivo-conductuales como respiración abdominal o relajación muscular progresiva para el manejo de la ansiedad, o autorregistros como fuente de información; pero también emplea técnicas del modelo humanista como silla vacía o Sistemas de Familia Internos. Las técnicas humanistas funcionan acorde a la paciente, ya que es más emocional que racional, tiene un alto nivel de introspección y conecta en sesión con sus emociones, pudiendo explorar y trabajar con ellas.

Los objetivos principales del tratamiento son el entreno en estrategias para el manejo de la ansiedad y estrés laboral, la elaboración del duelo por la muerte de su primo y la ruptura con su expareja, el incremento de autoestima general y autoestima corporal, potenciar sus fortalezas y la reducción de los atracones.

Asimismo, se han trabajado los atracones y la autoestima corporal de forma intensiva en un taller en grupo impartido por la terapeuta a un total de seis pacientes del centro, entre los cuales se encuentra la paciente del caso. Los objetivos de este taller son enseñar los nutrientes y dónde encontrarlos, transmitir la importancia de escuchar al cuerpo e iniciar los cambios desde el amor y educar en el *mindful eating* o comer conscientemente saboreando tranquilamente los alimentos. Además, se proporciona material a los pacientes referido a recetas ricas y saludables, mitos sobre la alimentación y una tabla nutricional [véase ANEXO VII].

La siguiente tabla contiene la fecha de cada una de las sesiones enumeradas, los objetivos específicos de cada una y las técnicas empleadas para lograrlos.

<b>FECHA</b>	<b>Nº</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>
25/11/2022	1	Encuadre terapéutico Evaluación inicial	Entrevista clínica no estructurada. [véase ANEXO I]
05/12/2022	2	Evaluación inicial	Línea de vida [véase ANEXO III]
11/12/2022	3	Evaluación inicial	Línea de vida
16/12/2022	4	Evaluación inicial	Línea de vida Tarea: poner los adornos de Navidad.
19/12/2022	5	Canalizar y expresar la rabia contenida	Trabajo con la rabia: rayar un cuaderno con un bolígrafo verbalizando en voz alta los comentarios de su familia referidos a su físico que le enfadan
26/12/2022	6	Elaborar el duelo por la muerte de su primo	Ejercicios de duelo: le propongo que traiga una foto con su primo para expresar el dolor asociado a la pérdida y elaborar el duelo. Tarea: escribir una carta de despedida a su primo.
04/01/2023	7	Elaborar el duelo por la muerte de su primo	Validación emocional Reflejo empático
11/01/2023	8	Explorar atracones: identificar origen y malestar	Explorar la sensación de vacío con entrevista clínica no estructurada. Explorar la historia familiar referida a la comida [véase ANEXO IV]. Tarea: establecer unos límites de cantidad o frecuencia de ingesta de alimentos por la noche a los que se tiene que comprometer.
18/01/2023	9	Explorar atracones: identificar origen y malestar	Explorar qué ocurre antes, durante y después de los atracones con entrevista clínica no estructurada. Tarea: Autorregistro [véase ANEXO II]
25/01/2023	10	Identificar y reducir pensamientos intrusivos	Entrenamiento autógeno de Schultz para reducir la ansiedad. Tarea: Proceso de conciencia y normalización (establecer una hora determinada para dedicarla a pensar en estas preocupaciones, con el objetivo de que no la distraigan el resto del día).
01/02/2023	11	Seguimiento de la frecuencia y malestar de los atracones	Tarea: tirar a la basura la misma cantidad de comida que aquella que sobrepase los límites que determinó en la sesión anterior. Tarea: Extinción de comentarios de la familia (no responder ni atacar ante estos comentarios).

10/02/2023	12	Asertividad	Psicoeducación. Recaltar la importancia de los límites para el autocuidado. Tarea: Establecer unos límites en el terreno laboral y familiar.
15/02/2023	13	Asertividad	Validación emocional. Explorar soluciones nuevas para implantar los límites en su entorno. La paciente refiere que no se han cumplido, se siente enfadada con ella y agobiada por el trabajo.
22/02/2023	14	Asertividad	Técnica sándwich. Redactar una posible contestación a su jefe expresando las necesidades de la paciente.
02/03/2023	15	Elaborar el duelo por la ruptura con su expareja	Exploración de relaciones previas. Exploración de su situación actual y situación ideal con su expareja. Psicoeducación: fases del duelo, identificar en cuál se encuentra (oscila entre la rabia y la tristeza blanca).
08/03/2023	16	Elaborar el duelo por la ruptura con su expareja	Ejercicios de duelo: expresar el dolor asociado a la ruptura y plantear la posibilidad de contacto cero. Tarea: tomar decisiones egoístas.
15/03/2023	17	Toma de decisiones Reducir la procrastinación	Silla vacía. Oscila en el estado de <i>yo niña</i> y <i>yo padre crítico</i> para tomar la decisión de pedirse la baja o no por el estrés laboral, el <i>yo adulto</i> no media entre ellos [véase ANEXO V]. Tarea: Activación conductual. Salir de casa al menos una vez al día durante diez minutos.
22/03/2023	18	Toma de decisiones Reducir la procrastinación	Psicoeducación: la tristeza funciona como procrastinador para que no tome una decisión y no se exponga a ese malestar. Tarea: Trasladarle a ella el control y responsabilidad de su vida. La tarea es que se ponga ella misma una tarea. Decide que es descubrir dos películas a la semana.
29/03/2023	19	Aprendizaje de estrategias para el manejo del estrés y la ansiedad	Respiración abdominal
05/04/2023	20	Identificar partes vulnerables y protectoras	IFS: Terapia Sistemas de Familia Interna. Identificar exiliados (partes vulnerables que se ocultan, surgidas en la infancia), directivos y bomberos (conductas que mantienen ocultos a los exiliados).
12/04/2023	21	Identificar partes vulnerables y protectoras	Validación emocional y aceptación de las partes exiliadas.

19/04/2023	22	Establecer un compromiso con las rutinas	Tarea: comprometerse con una hora a la que salir de la cama y un descanso en el trabajo de media hora para comer.
26/04/2023	23	Responsabilizarse de la toma de decisiones	Tarea: que se ponga ella misma una tarea esa semana. Decide que es dedicarse un rato para ir a la peluquería.
03/05/2023	24	Fortalecer la autoestima corporal	Psicoeducación: evolución del canon de belleza a lo largo del tiempo Agradecimiento a las partes del cuerpo por su funcionalidad Tarea: Cambiar la voz que habla a sus estrías, la tonalidad y el contenido
10/05/2023	25	Incrementar la autoestima	Psicoeducación: escalones de la autoestima [véase ANEXO VI] Tarea: tomar conciencia de en qué escalón se encuentra en su día a día y qué necesita para subir al siguiente.
17/05/2023	26	Incrementar la autoestima	Psicoeducación: pilares de la autoestima [véase ANEXO VI] Tarea: tomar conciencia de los pilares más sólidos y los que necesitan fortalecerse en su día a día.
24/05/2023	27	Potenciar el autoconocimiento y la autoestima	Tarjetas de autoconocimiento sobre autoestima, relaciones familiares, recursos y fortalezas.
31/05/2023		Feedback terapia	Evaluación de necesidades de la paciente. Preguntar feedback de técnicas que le han ayudado a progresar. Revisión de objetivos terapéuticos. Tarea: Metáfora de la montaña. Dibujar una montaña. Identificar los obstáculos superados en el camino, las cimas a las que quiere llegar, recursos que tiene en su mochila y en qué parte de la montaña se ubica.
14/06/2023	28	Autocuidado	Validación emocional: importancia de descansar. No asociar pedirse la baja con sinónimo de fracaso. Tarea: tomar decisiones egoístas.

### 9. Resultados del tratamiento

Tras la aplicación de las técnicas mencionadas y la intervención durante el proceso terapéutico se observan mejoras en diversos ámbitos de la vida de la paciente.

En primer lugar, Lola refería al inicio de la terapia la presencia de episodios de ansiedad recurrentes de tres a cuatro veces por semana, que podían ir seguidos o no de un atracón. Actualmente, las crisis de ansiedad se han reducido a una o dos a la semana. A pesar de esta mejora, todavía se está trabajando en terapia el manejo de la ansiedad, pues no muestra un cambio de un rango disfuncional a otro funcional, ya que estos episodios continúan dificultando el sueño o la concentración.

En relación con los atracones, uno de los motivos principales de consulta, se aprecia una reducción considerable. La técnica de tirar a la basura la comida que exceda los límites establecidos ha funcionado como intención paradójica. Es decir, otorgar el permiso a comer lo que se desee, pero con un castigo si se sobrepasa, invita a no sobrepasar la cantidad de comida con la que se ha comprometido. Alguna semana, Lola acudía a consulta reconociendo que no había cumplido y había tenido que tirar comida, pero se había sobrepasado en cantidades inferiores a lo que comería en uno de los atracones que manifestaba al comienzo de la terapia. Por tanto, en este ámbito se observa un cambio del rango disfuncional al rango funcional, ya que Lola afirma que siente mayor autocontrol con la comida y más capacidad para gestionar la ansiedad. No obstante, el trastorno por atracones aún está presente y es importante continuar potenciando su autocontrol, autoestima, entreno en manejo de la ansiedad y establecimiento de rutinas y horarios.

Técnicas de enfoque humanista como la silla vacía y el trabajo de la autoestima han permitido que Lola acepte progresivamente algunas partes de su cuerpo y de su personalidad. Esto no implica que de repente le empiecen a gustar, simplemente las habla de otra forma, con más cariño y menos juicio, desde el estado de *yo Adulto* y no del *yo Padre Crítico*. Además, el trabajo con los escalones y pilares de la autoestima ha potenciado su autoconocimiento y reconocimiento de fortalezas y recursos.

La elaboración del duelo de su primo es probablemente el objetivo alcanzado con sobresaliente. Al comienzo del proceso terapéutico, apenas podía hablar de él sin conectar con la angustia. Actualmente, lo sigue recordando desde la tristeza, pero también desde la calma y la tranquilidad, aceptando su muerte. La sesión de despedida funcionó realmente como una despedida simbólica. Apenas pudo acudir al entierro presencialmente, ya que vivía al otro lado del océano. Pero rituales como ver el funeral telemáticamente, apoyarse en su familia, y escribirle una carta de despedida, diciéndole lo que no pudo, han favorecido cerrar la herida, que continúa cicatrizando. Sin embargo, el duelo de su expareja aún está abierto y apenas se han observado avances en su relación. Continúan viéndose, aunque con menos frecuencia. Lola ha establecido unos límites con él para comenzar una relación de amistad, sin encuentros sexuales esporádicos ni plantearse la idea de volver a formar una relación. Pero la práctica no es tan sencilla como la teoría. El siguiente paso que estamos tratando de dar es conseguir que cada uno recoja sus pertenencias de la casa del otro, e iniciar un contacto cero que se prolongue más de un mes, que es lo que han estado como máximo sin enviarse mensajes.

Por último, ha tomado decisiones egoístas en el ámbito laboral, tales como quedarse en casa si tiene migrañas o teletrabajar si experimenta ansiedad. Hace unos meses, acudía puntualmente todos los días a su puesto de trabajo en la oficina, sin escuchar a su cuerpo. Actualmente, se prioriza a ella. Asimismo, ha empleado sus estrategias de comunicación asertiva en varias conversaciones en las que ha expuesto a su jefe que se siente saturada y que necesita que contrate a una persona más en su departamento porque no está dispuesta a continuar con semejante nivel de estrés. Además, gracias a la psicoeducación en la importancia del autocuidado, solicitar la baja por *burnout* implica connotaciones positivas. Al comienzo de las sesiones verbalizaba que no estaba dispuesta a tirar la toalla. Pero a día de hoy refiere que probablemente lo necesite para descansar y recuperarse y ha contactado con una abogada laboralista que le facilite cuestiones burocráticas.

## 10. Discusión

El caso expuesto en este estudio trata principalmente de un tema: *las enfermedades sociales*. Esto alude a los perjuicios que puede generar una sociedad enferma en una persona sana. Las prisas, los medios de comunicación, la presión por encajar en cánones de todo tipo (estéticos, económicos, personales, románticos...) repercuten en las personas, cambiando la mirada con la que observan el mundo y a sí mismas. Somos seres sociales, individuos que influyen en el entorno y son influidos por este. En concreto, las enfermedades sociales que afectan a la paciente de este caso son dos: el *burnout* y la *gordofobia*.

En un sistema en el que la importancia radica en el capital producido al final del día, es difícil que la productividad no cause agobios en los trabajadores. No alcanzar los objetivos exigidos por la empresa no es fácil de procesar, pues implica desviarse de la norma. Las demandas, responsabilidades y expectativas pueden sobrepasar las capacidades o la salud de los empleados, generando estrés crónico laboral que desencadena el *burnout*. Esto conlleva daños físicos y psicológicos en la paciente tales como dolor de cabeza, insomnio, irritabilidad o dificultad en la concentración y en la toma de decisiones. Parece que lo más sensato sería dedicarse al autocuidado, pero no lo es en este contexto. El estrés laboral supone una enfermedad psicosocial en la sociedad del bienestar. No aparece en ningún manual de trastornos mentales, pues se trata de una enfermedad estructural (Gil y Moreno, 2005).

La *gordofobia* es la otra enfermedad social a la que se enfrenta la paciente del caso. Se trata de una discriminación por el peso y la talla de las personas que no se ajustan a los estándares normativos de belleza y se basa en la idea de que ser gorda es sinónimo de ser enferma, perezosa, poco atractiva o inferior. La *gordofobia* puede implicar consecuencias negativas para la salud como autoestima baja e inestable, depresión, ansiedad o trastornos de la alimentación. En el caso expuesto, se observa una autoestima baja, episodios de tristeza intensos, crisis de

ansiedad y trastorno por atracones. Asimismo, la paciente sufrió acoso escolar, repercutiendo negativamente en su autoestima y habilidades sociales. No significa que todo ello sea causado por la *gordofobia*, pero este fenómeno social funciona como un factor precipitante y mantenedor de este tipo de malestar y de situaciones. El cambio para comenzar a amarse y armarse se hace desde el amor, nunca desde el odio o el miedo (Jiménez, 2021). Verbalizaciones como “tengo que perder peso”, “debo ir al gimnasio tres veces por semana” o “me tengo que quitar de comer esto o aquello” son contraproducentes, pues invitan a seguir un canon establecido, no a quererse y aceptarse. Los hábitos se crean desde el amor a una misma, tomando conciencia de las necesidades y deseos propios y escuchando al cuerpo. Y esta enfermedad social se cura desde la educación, el respeto a la diversidad corporal y la sensibilidad y reconocimiento del derecho de toda persona a vivir en su cuerpo sin ser juzgada por él.

Respecto a las fortalezas del caso expuesto destacaría la perspectiva con la que ha sido evaluado y tratado. El Análisis Transaccional de Eric Berne (1981) plasma el conflicto emocional experimentado por la paciente, pues oscila entre el estado de *yo Niño* y *yo Padre Crítico* sin un *yo Adulto* que mediara entre ambos y lograra un equilibrio. Asimismo, el enfoque humanista integrativo ha permitido adaptarse a los objetivos acordados en terapia y a las necesidades de la paciente. Esta perspectiva integradora ha permitido adoptar un enfoque más cognitivo-conductual en el entreno de estrategias para el manejo de la ansiedad y la toma de decisiones; una perspectiva psicodinámica en el análisis de las relaciones objetales que mantiene la paciente, estudiando su anhelo de apego; un modelo más sistémico observando con una mirada más amplia los sistemas de los que forma parte, los límites de estos y cómo se ve influida por ellos y, por último, desde el humanismo se han empleado técnicas como reflejo empático, línea de vida o la silla vacía para conectar con las emociones y validarlas, trabajar la autoestima y asuntos no resueltos.

Sin embargo, el estudio cuenta con limitaciones que dificultan la generalización de resultados o la réplica de este. Algunas de ellas son la subjetividad de la evaluación e intervención, ya que predominan técnicas cualitativas. La información ha sido obtenida por medio de la palabra, no de números, por lo que las mejoras observadas no son demostradas cuantitativamente. Esto puede restar eficacia al tratamiento, ya que hay diversos factores que pueden explicar los resultados, tales como la alianza terapéutica, el paso del tiempo, el mero hecho de acudir a terapia, o factores extraterapéuticos como amistades y concentración en la actividad laboral, trasladando la mirada de sí misma hacia fuera. No obstante, algunos autores arrojan este argumento por tierra, defendiendo que las técnicas cualitativas en un profesional cualificado no han de ser más subjetivas o precientíficas que las cuantitativas (Scandroglio et al, 2010). Por otro lado, aunque se ha registrado la línea base de conductas disfuncionales como los atracones o pensamientos intrusivos mediante autorregistro, todavía no se han tomado medidas postratamiento, pues la terapia continúa en la actualidad de forma online. Es decir, el proceso aún no ha finalizado.

Por último, extraigo tres conclusiones de este estudio de caso:

- La necesidad de autoafirmación de la paciente de diferenciarse de la familia de origen abusando de las restricciones o prohibiciones de la infancia. En este caso, la forma de diferenciarse es mediante la comida.
- No tiene sentido establecer un tiempo determinado para conseguir los objetivos propuestos, pero sí es importante delimitar qué técnicas emplear y a qué dedicar las sesiones para alcanzar la meta. Establecer un guion de qué se pretende con la terapia resulta crucial para no ir a ciegas, así como seguir un orden aproximado en la consecución de los objetivos. Pero forzar su cumplimiento en un plazo muy cerrado y no flexible puede resultar contraproducente tanto para la terapeuta como para la

paciente. Asimismo, es eficaz dedicar alguna sesión a recibir *feedback* de cómo se siente la paciente con la terapia, qué necesita y qué le sobra, para formar un tándem, mantener la confianza y consolidar la alianza terapéutica.

- La terapia es eficaz para trabajar la problemática presentada por la paciente y fomentar su crecimiento personal, pero en terapia no se arregla el mundo. Hay enfermedades psicosociales motivadas y mantenidas por el sistema que solo se curan desde la educación y la sensibilidad.

## REFERENCIAS

American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

Berne, E. (1981). *Análisis transaccional en psicoterapia: Una psiquiatría sistémica, individual y social*. Editorial Psique.

Gil, P. R., y Moreno, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide, 36-37.

Jiménez, J. (2021). *Otra nutrición es posible*. Zenith.

Karman, S. (2010). *El triángulo dramático de Karpman: Cómo transcender los roles de perseguidor, salvador o víctima*. Gaia Editorial.

Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor*. Editorial Luciérnaga.

Martorell, J.L. (2000). *El guion de vida*. Desclée de Brouwer.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 11(32), 37-43.

Scandroglio, B., López, J. S., Blanco, F. y Gutman, I. R. (2010). Una aproximación a las prácticas cualitativas en psicología desde una perspectiva integradora. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 131-142.

Stewart, I. y Joines, V. (2022). *AT hoy: Una nueva introducción al Análisis Transaccional* (8ª ed.). Editorial CCS.

Worden, J.W. (2022). *El tratamiento del duelo* (5ª ed.). Paidós Ibérica.

Zurita, J. y Chías, M. (2014). *El duelo terapéutico* (4ª ed.). Niño libre.

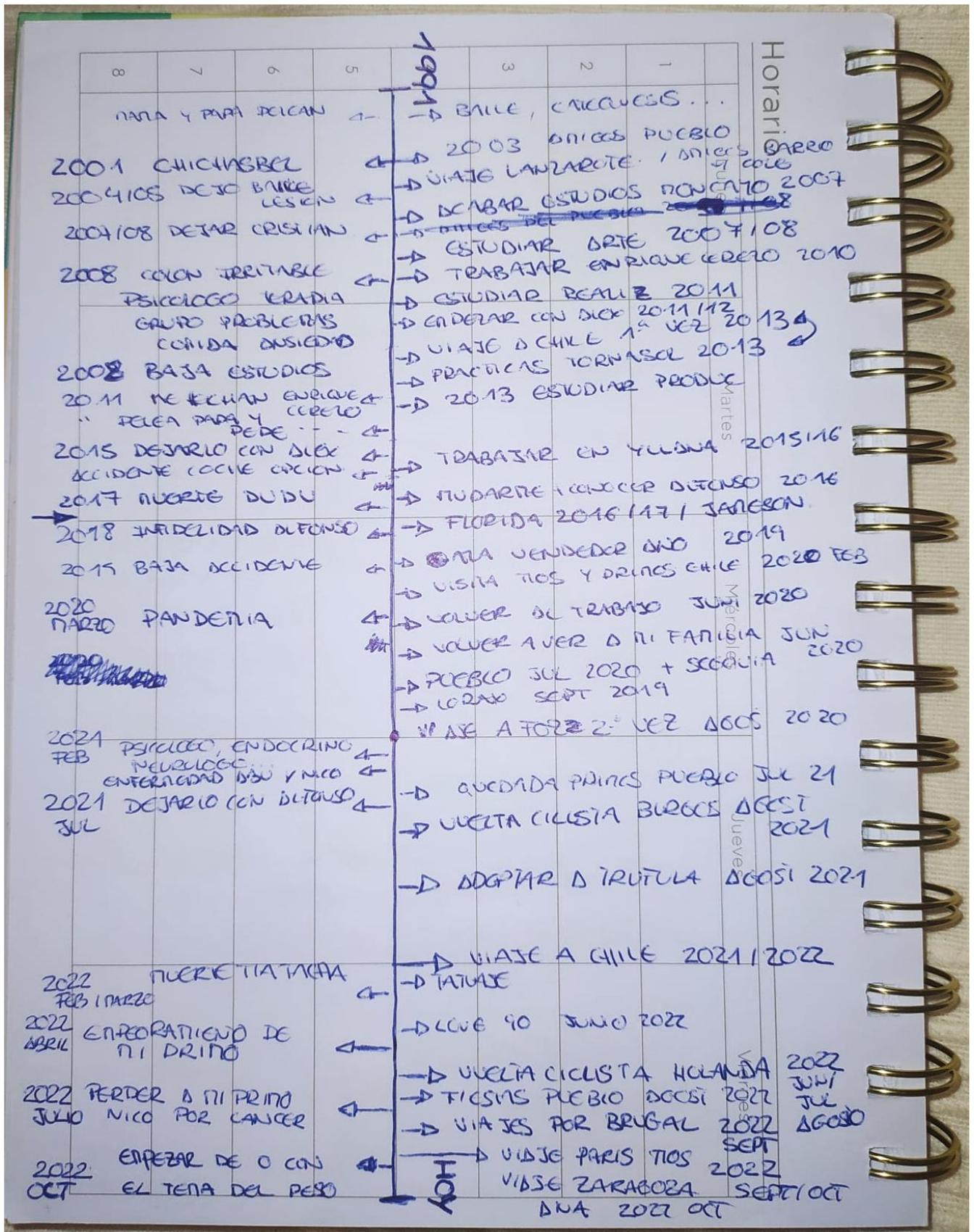
## **ANEXO I: Entrevista clínica no estructurada**

- Si te visualizas de aquí a seis meses, ¿qué cambios te gustaría conseguir?
- ¿Qué esperas de mí como terapeuta? ¿Y de la terapia?
- ¿Qué objetivos te has propuesto en este proceso terapéutico?
- ¿Cuál ha sido el motivo que te ha empujado a venir a terapia?
- ¿Qué tiempo te dedicas a ti misma y qué te gusta hacer por y para ti?
- ¿Has acudido a otros psicólogos anteriormente?
- ¿Qué consideras que no te funciona?
- Cuando experimentas ansiedad, ¿empleas recursos para calmarte?, ¿cuáles?
- Define tu horario y rutinas en un día laboral. ¿Y en uno festivo?
- ¿Qué mejoras has observado en ti desde el día que nos conocimos?
- ¿A qué crees que se debe que hayas reducido la cantidad de alimentos que consumes durante un atracón?
- ¿Crees que las dos estamos compenetradas en cómo enfocamos los objetivos?

## ANEXO II: Autorregistro de Atracones

DÍA/HORA	ANSIEDAD PRE	ANSIEDAD POST	EMOCIONES PRE	EMOCIONES POST
20 enero 00:30	8	6	Angustia, agobio, rabia, tristeza	Culpa, calma
23 enero 1:00	7	5	Aburrimiento, soledad	Culpa, tristeza, desmotivación
25 enero 00:30	7	4	Tristeza, agobio	Tranquilidad
31 enero 22:30	8	5	Ansiedad, agobio, preocupación	Decepción, tristeza, tranquilidad
1 febrero 22:30	7	5	Enfado, agobio	Culpa, agobio
8 febrero 00:00	7	4	Angustia, agobio, estrés, soledad	Tristeza, calma
16 febrero 22:00	6	3	Agobio	Culpa, tranquilidad

ANEXO III: Línea de vida



#### **ANEXO IV: Historia familiar con la comida**

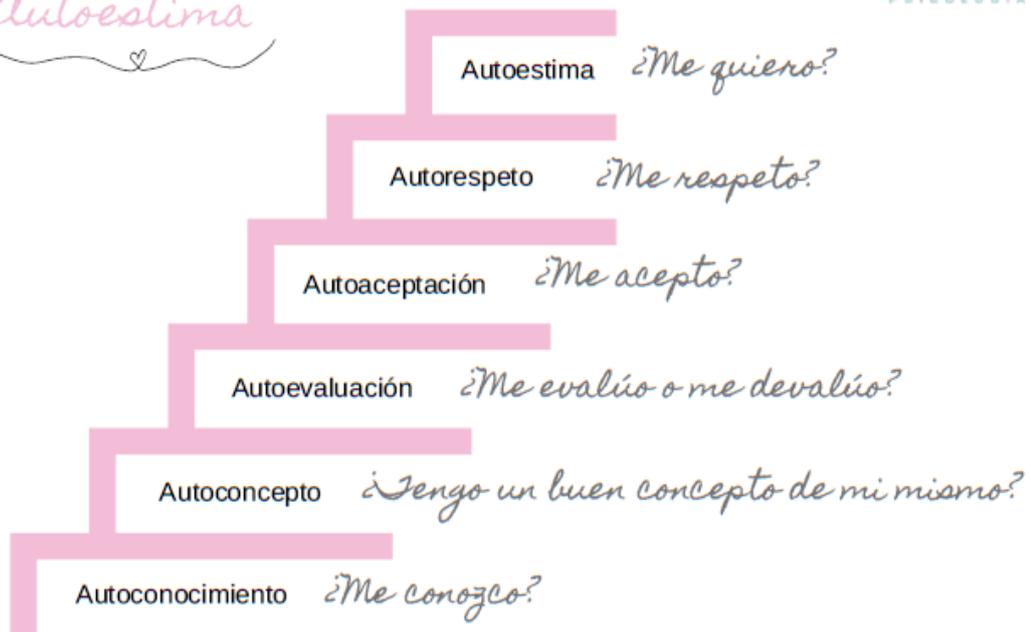
- Prohibiciones y restricciones con la comida en la infancia por parte de sus padres.
- Preocupación de los padres por el aspecto físico.
- Dietas y control de la comida.
- Acoso escolar por el peso.
- Comparaciones entre el peso de las dos hermanas, poniendo menos cantidad de comida en el plato de la paciente.
- Necesidad de la paciente de autoafirmación diferenciándose de su familia de origen mediante la comida.

## ANEXO V: Silla Vacía

Terapeuta	Paciente
Después de haber realizado estas respiraciones y haber conectado con esta posición (estado del <i>yo Padre Crítico</i> ), tómate tu tiempo para expresar cómo te sientes. Puedes establecer una conversación con ella (estado del <i>yo niño</i> ) si quieres también.	Tengo que dar más. Tengo que dar más. Y siento que no llego, pero tengo que seguir. Tengo mañana dos reuniones, el finde un evento importante... Igual trabajo 14 horas, pero tengo que seguir. (...)  Y claro que sé que puedo pedirme la baja, pero prefiero pedir unos días de vacaciones y ya. Me niego a tirar la toalla. (...)
¿Qué necesitas de ella (estado del <i>yo niño</i> )?	Necesito que dé más, que siga mi ritmo, que no se queje tanto.
Vale, ahora vamos a cambiar a esta otra silla. Y vamos a respirar y a conectar con esta posición (estado del <i>yo niño</i> ).	No puedo más. Ya está bien. Es que llevo sin ir a la peluquería meses, o sin pintarme las uñas, sin recoger la casa (...). Estoy cansada de este ritmo, quiero llorar, no salir de mi casa... No tengo fuerza ni para salir a tomar algo.
¿Qué necesitas de ella (estado del <i>yo Padre Crítico</i> )?	Necesito que me deje descansar, parar... De verdad que no puedo más. Necesito que me cuide, que piense más en mí que en el trabajo.
Bien, vamos a volver a cambiar a esta otra silla, para expresar de nuevo qué has sentido, si estás dispuesta a cambiar y a ceder sus peticiones.	Sé que es duro, sé que estoy presionando. De verdad que lo sé. Pero es que si no llego está mi trabajo en juego, mi vida, mi dinero (conecta con la tristeza y comienza a llorar).
¿Qué estás sintiendo?	Estoy triste, estoy cansada por supuesto. Voy a intentar relajarme un poco, dejarte descansar y darte tiempo. (...). Y claro que quiero cuidarte, pero siento que no tengo tiempo ni energía, que tengo que estar pendiente de demasiadas cosas. Pero voy a intentarlo, voy a intentar relajarme y darnos tiempo a las dos.
Bien, vamos a ponernos por última vez en esta silla. Y coméntale, cómo estás, cómo te hace sentir que vaya a ceder un poco.	De verdad que quiero creerte, pero siento que me cuesta. Te pones siempre tan nerviosa y me exiges tantísimo que me cuesta la salud. Pero quiero creerte, que nos vas a dejar descansar a las dos.

## ANEXO VI: Contenidos del Trabajo de la Autoestima

### La escalera de la Autoestima



Conciencia



*Vivir  
consciente  
mente*

Aceptación



*Aceptarse  
a sí mismo*

Responsabilidad



*Ser  
responsable de  
uno mismo*

Autoafirmación



*Practicar la  
auto-  
afirmación*

Propósito



*Vivir con un  
propósito*

Integridad



*Practicar la  
integridad  
personal*

## ANEXO VII: Material Taller de Nutrición Saludable



### MITOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN

#### MITO



#### REALIDAD



El desayuno es la comida más importante del día

No hay ningún dato nutricional que lo justifique. Pero podemos hacer de él la comida más importante del día. ¿Cómo? Elegiendo alimentos que nos proporcionen nutrientes de calidad: zumos y batidos naturales, bol de yogur natural con trozos de fruta, avena, tostadas o cereales integrales.



Los hidratos de carbono engordan por la noche

La tolerancia a los nutrientes varía a lo largo del día. En el caso de los hidratos de carbono, la actividad de la insulina por la mañana no es la misma que por la noche. No obstante, no hay una razón nutricional por la que sea desaconsejable comer hidratos por la noche, pues probablemente el gasto energético por la mañana sea mayor y la sensación de hambre menor. Es más importante que los hidratos sean de calidad antes que tomarlos en función de cuestiones horarias.

Los adultos necesitan tomar leche y otros lácteos para obtener calcio



La especie humana es la única entre los mamíferos que consume leche después de la lactancia. Aunque no se han encontrado efectos perjudiciales, no es necesaria la inclusión de lácteos en la dieta, puesto que se puede obtener el calcio de otras fuentes como alubias, garbanzos, almendras, repollo, col, semillas de sésamo...

No es seguro llevar una dieta vegetariana



El vegetarianismo y veganismo son decisiones personales que han sido juzgadas como dietas incompletas. Sin embargo, como cualquier otra dieta bien diseñada proporciona todos los nutrientes necesarios (salvo la vitamina B12). Se restringen los alimentos de origen animal, pero se obtienen los mismos nutrientes con la incorporación de otros, de origen vegetal.

Tomar un poco de alcohol al día es bueno para el corazón



Una mentira repetida mil veces se acaba convirtiendo en una verdad. Esto ha ocurrido con este mito. Por un lado, el vino tiene compuestos antioxidantes beneficiosos para reducir factores de riesgo cardiovascular, pero esta actividad se limita al laboratorio. Por otro lado, estudios observacionales encuentran que la gente que bebe alcohol de forma moderada tiene mejor salud. Sin embargo, correlación no implica causalidad, puede deberse a otros factores como que tienen mejor vida social y salud mental.

Una monodieta es una manera saludable y rápida de perder peso

Las monodietas resultan poco saludables porque no se cubren los macronutrientes, vitaminas y minerales que necesita el organismo. La pérdida de peso se debe a una reducción de las reservas de glucógeno, agua, músculo y de un poco de grasa. Generan sensación de hambre y efecto rebote.



Beber agua durante las comidas engorda



El agua es un alimento que no aporta calorías, pero tampoco las quema. Es imprescindible beber entre 1,5 y 2 litros al día., el cuerpo no guarda ese agua, por lo que es imprescindible reponerla.

# ¡MANOS A LA COCINA!



## ENSALADAS RÁPIDAS Y SALUDABLES PARA HACER TU ALMUERZO MÁS AMABLE



### ENSALADA DE GARBANZOS

#### INGREDIENTES

- Garbanzos cocidos (pueden ser de bote)
- Cúrcuma
- Cebolleta
- Lechuga
- Lombrada
- Opcionales: lo que tú quieras. Esta ensalada queda genial con pipas, queso feta, tomates secos o levadura nutricional (le da sabor a parmesano y es muy nutritiva)

#### PREPARACIÓN

Corta las verduras. Calienta el horno y asa los garbanzos durante 10 minutos con aceite de olive virgen extra y cúrcuma. Esto hará que tus garbanzos queden crujientes. Deja que se enfrien o añádelos calentitos a las verduras. Mezcla, aliña (aquí hemos utilizado una mezcla de aceite de olive virgen extra, sal, semillas de sésamo y limón) y a disfrutar.

### ENSALADA DE LENTEJAS

#### INGREDIENTES

- Lentejas cocidas (pueden ser de bote)
- Aceitunas negras
- Rabanitos
- Pepino
- Cebolleta, puerro o apio
- Germinados variados
- Semillas de sésamo

#### PREPARACIÓN

Corta las verduras como prefieras, añade las lentejas cocidas, aliña como prefieras (aquí hemos utilizado una mezcla de aceite de olive virgen extra, sal, semillas de sésamo y mostaza) y ya tienes tu ensalada.



### LENTEJAS SALTEADAS

#### INGREDIENTES

- Lentejas cocidas (pueden ser de bote)
- Aceitunas negras
- Rabanitos
- Pepino
- Cebolleta, puerro o apio
- Germinados variados
- Semillas de sésamo

#### PREPARACIÓN

Corta las verduras y saltéalas durante 5 minutos (las verduras deben quedar algo crujientes para que conserven sus propiedades nutritivas). Enjuaga las lentejas ya cocidas y saltéalas con las verduras 2 minutos. Al sacarlas del fuego, puedes añadir perejil o cilantro picado; listo!



# ¡MANOS A LA COCINA!



## RECETAS VEGGIES Y SANAS PARA TODAS LAS CENAS DE TU SEMANA

### TORTILLA MEDIA LUNA CON AGUACATE



Imagen de "Hoy comemos sano" (Inés Basterra)

#### INGREDIENTES:

- 2 huevos
- 1/3 cucharadita de curry en polvo
- Sal y pimienta
- Espinacas frescas
- Aguacate
- Queso brie
- Semillas tostadas
- Salsita yogur: unas gotas de zumo de limón + ralladura de limón + sal y pimienta

#### PREPARACIÓN:

Bate los huevos con el curry, sal y pimienta. Haz la tortilla en una sartén con un poco de aceite a fuego medio. Cuando se cueza, retira de la sartén y coloca encima las espinacas, el aguacate y el queso. Doble la tortilla sobre sí misma. Pon semillas tostadas para darle un toque crujiente y la salsita de yogur.

### PIZZA CON BASE DE BRÓCOLI

#### INGREDIENTES:

- Base: 1 brócoli (la parte de los arbolitos) + 200 gr mozzarella + 1 huevo + sal y pimienta + orégano
- Pizza: salsa de tomate + los ingredientes que quieras.

#### PREPARACIÓN:

Ralla el brócoli con un robot y mezcla con la mozzarella rallada y el resto de ingredientes. Coloca la masa en una fuente de horno con papel vegetal y vete dándole forma redonda con las manos presionando bien. Coloca encima todos los ingredientes que quieras y mete al horno a 200° unos 15 minutos.



Imagen de "Hoy comemos sano" (Inés Basterra)

### HAMBURGUESAS DE BERENJENAS

#### INGREDIENTES:

- 1 berenjena
- 200 gr lentejas cocidas
- 150 gr arroz cocido
- 1 cucharadita de comino molido
- 1 cucharadita pimentón (dulce o picante)
- 3 cucharadas de salsa de soja
- 2 cucharadas de harina de avena.

#### PREPARACIÓN:

Trocea pequeño la berenjena y métela en un bol al microondas 15 minutos. Mezcla todos los ingredientes de la burger y dale forma con la mano. Dora en la sartén y monta tu hamburguesa.



Imagen de "Hoy comemos sano" (Inés Basterra)

# ¡MANOS A LA COCINA!



**ESTAS CREMAS SON DE TU BANDO  
SI NO QUIERES CANSARTE MASTICANDO**

## CREMA DE CALABACÍN Y TRIGUEROS CON AVELLANAS TOSTADAS



Imagen de "Hoy comemos sano" (Inés Basterra)

### INGREDIENTES:

- 1 cebolleta
- 2 calabacines blancos
- 1 manojo de espárragos trigueros
- Agua
- Sal y pimienta
- Un puñado de avellanas crudas

### PREPARACIÓN

Rehoga la cebolleta picada con un poco de aceite. Añade el calabacín troceado y los trigueros (reserva algunas puntas para decorar). Sal y pimienta. Cubre con agua, tapa y cocina 15 minutos. Retira el líquido antes de triturar y añade poco a poco hasta dejar la textura que más te guste. Pica tosco las avellanas, tústalas en la sartén y sirve por encima con las puntas de espárragos salteadas.

## CREMA DE ZANAHORIAS ASADAS Y LECHE DE COCO

### INGREDIENTES:

- Base: 1 brócoli (la parte de los arbolitos) + 200 gr mozzarella + 1 huevo + sal y pimienta + orégano
- Pizza: salsa de tomate + los ingredientes que quieras.

### PREPARACIÓN

Ralla el brócoli con un robot y mezcla con la mozzarella rallada y el resto de ingredientes. Coloca la masa en una fuente de horno con papel vegetal y vete dándole forma redonda con las manos presionando bien. Coloca encima todos los ingredientes que quieras y mete al horno a 200° unos 15 minutos.



Imagen de "Hoy comemos sano" (Inés Basterra)

## CREMA DE CHAMPIÑONES

### INGREDIENTES:

- 1 puerro
- 250 gr de champiñones
- 1/2 ajo
- AOVE
- Sal
- Caldo de verduras
- 2 quesitos

### PREPARACIÓN

Pochamos con un poquito de aceite el puerro (sólo la parte blanca). Cuando empiece a estar tierno, añadimos los champiñones a trocitos, ajo picado y sal. Pochamos durante 10 minutos. Añadimos caldo de verduras sin llegar a cubrir, un dedo por debajo, y dejamos cocinar durante 10 minutos más. Transcurrido el tiempo, incorporamos dos quesitos y trituramos todo con la batidora. Para hacer la crema más fina, podemos pasarla por un chino. Decoramos con un poquito de perejil.



Imagen del blog PequeRecetas

# ¡MANOS A LA COCINA!

COGE DELANTAL Y ENCHUFA LA AIRFRYER  
PARA COCINAR COMO NADIE



## DADOS DE CALABAZA ASADA CON QUESO FETA Y GRANADA



Imagen del Blog CocinaConCarisma

### INGREDIENTES:

- 400 gr de calabaza
- 1/2 granada
- 20-30 gr de queso feta
- Miel (opcional)
- Sal
- Aceite
- Pimienta negra

### PREPARACIÓN

Abre la calabaza, retira las semillas y pélela. Corta en dados medianos, ponlos en un bol y añade sal, aceite y pimienta. Remueve bien. Cocina la calabaza 20-25 minutos a 195°, moviendo la cesta en mitad de la cocción. Una vez cocinada, añadir la granada, el queso feta y la miel (opcional) por encima.

## COLIFLOR CON BECHAMEL GRATINADA

### INGREDIENTES:

- 1/2 coliflor
- 1 vaso de leche o bebida vegetal
- AOVE o mantequilla
- 2 cucharadas de harina de avena (o común)
- Sal
- Nuez moscada
- Pimienta negra
- Queso rallado
- Orégano

### PREPARACIÓN

Corta la coliflor en arbolitos y pica el tallo central. Hiérvela en agua con sal unos 5-7 minutos. Para la bechamel, añade la harina en una sartén con aceite y remueve. A continuación, añade la leche y remueve con una varilla para que no salgan grumos. Añade sal, nuez moscada y pimienta. Introduce la coliflor en la airfryer con la bechamel y queso gratinada 8-10 minutos a 190°.



Imagen del Blog DirectoAlPaladar

## CHIPS DE VERDURAS

### INGREDIENTES:

- Verduras al gusto (calabacín, boniato, zanahoria, patata...)
- Sal
- Pimienta negra
- AOVE (opcional)

### PREPARACIÓN

Lava las verduras y córtalas en rodajas muy finas con un pelador. Precalienta la freidora 5 minutos a 150°. A continuación, vierte las chips bien especiadas por la cesta. Cocinar 15 minutos a 150°, dando la vuelta para conseguir una cocción uniforme. Dejar enfriar para que terminen de ponerse crujientes.



Imagen del Blog FreidorasDeAire

# ¡MANOS A LA COCINA!

## ENDULZA TUS MAÑANAS Y SOBREMESAS SIN AZÚCAR EN LAS RECETAS



Imagen del Blog RecetasGratis

### PORRIDGE DE AVENA

#### INGREDIENTES:

- Media taza de copos de avena
- Una taza de leche de avena
- 1 cucharada sopera de sirope de ágave o miel
- Fruta al gusto (plátano, frambuesas...)
- Frutos secos (nueces, almendras...)
- Opcional: cacao puro

#### PREPARACIÓN

Añade la leche de avena y el endulzante a los copos de avena y calienta en el microondas durante 2 minutos. Remover y volver a calentar medio minuto. Añadir la fruta y frutos secos al gusto, la canela y unas gotas de chocolate (opcional).

### BIZCOCHO DE PLÁTANO Y CHOCOLATE

#### INGREDIENTES:

- 2 plátanos maduros
- 2 huevos
- 4 cucharadas de cacao en polvo sin azúcar
- 1/2 cucharadita de levadura
- 1 cucharadita de canela
- Opcional: Nueces

#### PREPARACIÓN

Batir todos los ingredientes en la batidora  
Introducir la mezcla en un recipiente apto para el microondas  
Cocinar en el microondas unos 5-6 minutos, dependiendo de la potencia  
Dejar enfriar un poco y ¡listo! Se pueden añadir nueces por encima.



Imagen del Blog Fitness&Chicness

### PUDIN DE CHIA

#### INGREDIENTES:

- Semillas de chía
- Yogur de coco
- Dulce de dátiles (dátiles + agua, batido hasta formar un puré) o mermelada de frutas del bosque (arándanos, frambuesas... pueden ser congeladas) o cualquier otra fruta que te guste.

#### PREPARACIÓN

Remoja una cucharada sopera de semillas de chía en agua durante 10 minutos. Remueve de vez en cuando para que sea más rápido. Mezcla con yogur de coco y una cucharada de dulce de dátiles o mermelada. Añade por encima las frutas.



Imagen del Blog VeggieFest

# NUTRIENTES

## HIDRATOS DE CARBONO

- **COMPOSICIÓN:** carbono, hidrógeno, y oxígeno (en proporciones 6/12/6)
- **FUNCIÓN:** aporte energético (4kg/gr)
- **TIPOS Y ALIMENTOS:**
  - **Simples (azúcares):** fácil absorción. Se encuentran en verduras, frutas, legumbres...
  - **Complejos:** de absorción lenta. Se encuentran en tubérculos, cereales integrales, frutos secos...
  - **Fibras dietéticas:** no se pueden digerir, pero su consumo es importante para regular el tránsito intestinal, la microbiota y la sensación de saciedad. Se encuentra en cereales integrales, frutas, verduras, semillas, legumbres...



## PROTEÍNAS

- **COMPOSICIÓN:** carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y, en algunos casos, azufre.
- **FUNCIÓN:** crecimiento y reparación de tejidos, producción de enzimas y hormonas. Son el principal componente estructural de células, tejidos, órganos y músculos. Si los carbohidratos y grasas no aportan suficiente energía, se usan las proteínas (4kcal/gr)
- **TIPOS Y ALIMENTOS:**
  - **Proteína de origen animal:** carnes magras, huevos, lácteos y pescados magros.
  - **Proteína de origen vegetal:** legumbres y derivados (soja, garbanzos, lentejas, cacahuete), cereales integrales, frutos secos, semillas crudas, tostadas y molidas (chía, cáñamo, calabaza...).



## GRASAS

- **COMPOSICIÓN:** carbono, hidrógeno y oxígeno. Son insolubles en agua
- **FUNCIÓN:** Energética (9kcal/gr), síntesis de hormonas, estructura de membranas celulares, absorción de vitaminas liposolubles y funcionamiento del cerebro
- **TIPOS Y ALIMENTOS:** La grasa puede ser almacenada o estructural. En función de sus componentes, las grasas se clasifican en:
  - **Ácidos grasos insaturados:** presentes en productos de origen vegetal y pescados grasos.
  - **Ácidos grasos saturados:** grasas de animales terrestres y de origen vegetal como aceite de coco. No es tan importante para la salud si la grasa es insaturada o no, sino su procedencia de materia prima de calidad.



## VITAMINAS



Imagen del Blog Ileria

## SALES MINERALES

- **Calcio.** Función: ayuda en el mantenimiento de la salud ósea, en la coagulación sanguínea, en el sistema nervioso y la prevención cardiovascular. Alimentos donde se encuentra: tofu, almendras, garbanzos, soja, lentejas, brocoli, queso fresco y curado, sardinas, anchoas
- **Hierro.** Función: transporta oxígeno a través de todo el cuerpo. Alimentos: acelgas, coles, espárragos, brotes de soja, semillas de sésamo, almejas, berberechos
- **Yodo.** Función: es esencial para formación de la hormona tiroidea. Alimentos: sal yodada
- **Zinc.** Función: regula los niveles hormonales y otras sustancias del interior del cuerpo. Alimentos: germen de trigo, pipas y semillas, cereales de grano entero o integrales, frutos secos, quinoa, lentejas, guisantes, quesos, carnes rojas

