

María Ballestín Fustero

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: CASO
PRÁCTICO**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Nuria Vázquez Orellana

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2021

INDICE

1. Introducción	3
1.1 Los trastornos de la conducta alimentaria	3
1.2 Anorexia nerviosa	3
1.2.1 Diagnóstico Diferencial Anorexia Nerviosa	5
1.2.2 DSM-V Anorexia Nerviosa	6
1.3 Bulimia nerviosa.....	8
1.3.1 Diagnóstico diferencial.....	9
1.3.2 DSM-V Bulimia Nerviosa	10
1.4 Epidemiología	12
1.5 Etiología	12
1.6 Otras alteraciones de la conducta alimentaria	15
1.7 Tratamiento TCA	23
2. Objetivos	25
3. Metodología	26
4. Resultados	27
5. Conclusiones	34
6. Bibliografía.....	36
7. Anexos.....	39

1. Introducción

1.1 Los trastornos de la conducta alimentaria

Entre los trastornos de la conducta alimentaria se distinguen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (APA, 2014).

Se considera como trastorno alimentario la preocupación excesiva por el físico y el peso corporal, acompañado siempre de angustia y ansiedad. Quienes lo padecen muestran una obsesión por la comida pasando a ser el eje en torno al cual gira su vida. Las características prototípicas de los trastornos de la conducta alimentaria son; alteraciones en la imagen corporal, fluctuaciones en el peso, y sentimientos de baja autoestima (Fairburn y Walsh, 2002)

1.2 Anorexia nerviosa

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por la percepción corporal distorsionada, es decir, quienes lo padecen se perciben como personas con sobrepeso a pesar de encontrarse por debajo de un peso normal. Por otro lado podemos contemplar casos en los que el paciente identificado es consciente de su bajo peso pero, a pesar de ello, no es consciente de la gravedad, consecuencias y riesgos que conlleva.

Entre los diferentes rasgos que caracterizan la anorexia es importante destacar en primer lugar aquello que se conoce como dismorfofobia, es decir, la distorsión por parte del paciente de su esquema corporal. Por otro lado, destaca la pérdida de peso corporal autoimpuesta y significativa que se consigue a través de diferentes procedimientos como la eliminación o reducción de alimentos, en especial los de mayor contenido calórico, la práctica de ejercicio físico excesivo, el uso de medicamentos reductores de apetito o laxantes y la provocación del vómito (Serra, 2015; Quiles et al., 2003; Portela et al., 2012).

Tipológicamente encontramos varios tipos de anorexia nerviosa.

-Anorexia nerviosa primaria: aquella en la que solo existe el miedo a ganar peso.

-Anorexia nerviosa secundaria: se da como resultado de una enfermedad psiquiátrica o depresión

-Anorexia de tipo restrictivo: limita la ingesta de alimentos severamente, principalmente aquellos que contienen mayor contenido de hidratos de carbono y grasas, además, quienes padecen este tipo, realizan ejercicio físico obsesivamente. Es importante saber que durante los episodios de anorexia, los enfermos no recurren a atracones ni purgas pero si pueden acudir a diuréticos o pastillas laxantes.

-Anorexia purgativa y con ingesta compulsiva: este tipo de anorexia se caracteriza porque la persona primero come en exceso y posteriormente se provoca el vómito o ingiere laxantes con la finalidad de eliminar lo ingerido.

Como ya se ha comentado anteriormente, el paciente identificado presenta una percepción errónea de su cuerpo y por tanto esto tiene un impacto grave en su cuerpo a nivel cognitivo y conductual, así como unas consecuencias clínicas a destacar.

Los cambios de tipo cognitivo son aquellos relacionados con el conocimiento que el paciente tiene de sí mismo y del mundo. Estos tipos de alteraciones son tales como distorsiones cognitivas sobre el peso y la ingesta, miedo a aumentar de peso, sentimiento de gordura y percepción distorsionada del cuerpo, auto exigencia por mantener el peso por debajo de lo normal, preocupación constante y obsesiva por la comida, sentimiento de fatiga o cansancio a pesar de la inanición, sentimiento de hinchazón y náuseas después de haber ingerido los alimentos (Raich, 2011).

Por otro lado, los cambios surgidos a nivel conductual pueden clasificarse en dos grupos. En primer lugar los cambios relacionados con la ingesta, los alimentos y el peso como son la baja ingesta o incluso supresión de los alimentos, recuento obsesivo del contenido calórico de los alimentos que consumen, evitación de situaciones en las que la comida se plantea como

obligación, como es el caso de comidas con amigos, cumpleaños o fiestas, preferencia por comer solos sin nadie que les esté observando, consumo de sustancias para bajar de peso, sentimiento de culpabilidad después de ingerir comida. En segundo lugar, cambios en relación a la rutina y a la vestimenta como es la práctica de actividades físicas de manera obsesiva y excesivamente, hiperactividad, posibles episodios de apatía y depresión, alteraciones del sueño, empleo de vestimenta ancha y holgada con la finalidad de esconder la delgadez, sensación constante de frío, irritabilidad y trastornos emocionales o de personalidad.

Tabla 1. Consecuencias clínicas Anorexia Nerviosa

Reducción pulsaciones cardiacas	Piel deshidratada y agrietada
Arritmias	Uñas quebradizas
Baja presión arterial	Pérdida de cabello
Amenorrea: desaparece la menstruación	Problemas con los dientes, aparecen edemas periféricos
Disminución de la masa ósea (osteoporosis)	Hinchazón y dolor abdominal
Anemia	Coloración amarillenta en palmas de manos y pies
Estreñimiento crónico	Mareos y desmayos

1.2.1 Diagnóstico Diferencial Anorexia Nerviosa

Antes de realizar un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, se tienen que descartar otras patologías o problemáticas que, por sus características, podrían producir confusión clínica. Entre estas se encuentran afecciones médicas, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal, bulimia nerviosa y trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (Organización Mundial de la Salud, 1992).

1.2.2 DSM-V Anorexia Nerviosa

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM-V

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

1.3 Bulimia nerviosa

Por otro lado, la bulimia es otro de los trastornos de la alimentación más conocidos y más presentes en la población. Lo que diferencia la anorexia de la bulimia es que esta última sí que provoca deseo de comer. Podría definirse como el desorden alimenticio provocado por la ansiedad de comer junto con la percepción distorsionada y preocupación excesiva del cuerpo.

El paciente identificado presenta una serie de atracones que posteriormente compensa con métodos purgativos cuya finalidad es aliviar la angustia y la culpa (Serra, 2015; Quiles, Terol y Quiles, 2003; Portela, da Costa, Mora y Raich, 2012).

En función del tipo de método purgativo podemos distinguir dos tipos de bulimia.

-Bulimia de tipo purgativo: es el tipo de bulimia más frecuente. Es aquella que utiliza la conducta compensatoria (vómito, laxantes, diuréticos) tras ingerir el alimento.

-Bulimia de tipo no purgativo: las conductas compensatorias son aquellas que implican ayunos o ejercicios físico en exceso.

Sobre estas patologías resulta interesante hablar de la bulimarexia, que se trata de una patología de tipo alimentario que combina manifestaciones anorexicas con fenómenos bulímicos.

Tabla 2. Consecuencias clínicas Bulimia Nerviosa

Deshidratación	Pérdida de masa ósea
Colon irritable	Insuficiencia cardiorrespiratoria
Úlceras o callos en los dedos	Reflujo gastroesofágico
Errosiones en el esmalte de los dientes y caries	Distensión abdominal

1.3.1 Diagnóstico diferencial

Antes de realizar un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, se tienen que descartar otras patologías que, por sus características, podrían producir confusión diagnóstica por la presencia de síntomas comunes. Los principales trastornos que se tienen que descartar son: anorexia nerviosa del tipo atracones o purgas, trastorno por atracones, síndrome de Kleine-Levin, trastorno depresivo mayor con características atípicas y trastorno límite de personalidad.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia

Diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia	
Inicio precoz	Inicio más tardío
Dieta restrictiva	Dieta variable
Peso bajo	Peso con pocas variaciones
Impulsividad baja	Impulsividad
Hiperactividad	Hipoactividad
Amenorrea	Amenorrea 50%
Dieta restrictiva	Dieta restrictiva y grandes ingestas
Pocas conductas autolíticas directas	Más frecuencia de conductas autolíticas
Conductas bulímicas menos de 50%	Conductas bulímicas 100%
Complicaciones clínicas crónicas	Complicaciones médicas agudas
Pocos antecedentes de obesidad previa	Antecedentes de obesidad previa
Control de peso estable: restricción alimentaria	Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes, diuréticos

1.3.2 DSM-V Bulimia Nerviosa

Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa según DSM-V

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

1.4 Epidemiología

En las últimas décadas la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria han ido aumentando. En nuestro país, las cifras se asemejan a las de otros países occidentales. El perfil de los pacientes suele ser, mujer, mayoritariamente adolescentes y nivel socioeconómico diverso (Rosen, 2010).

La proporción mujer/hombre en los trastornos alimentarios es de 10/1 (López y Treasure, 2010). Los síntomas de la anorexia nerviosa se suelen exteriorizar desde los 10 a los 30 años pero la gran incidencia se produce entre los 12 y 18 años.

A diferencia de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa se manifiesta en edades entre 25-40 años. Según estudios realizados en población española, del 4% al 6'4% de la población femenina sufre algún TCA. La prevalencia es del 0'14% al 0'9% para la Anorexia Nerviosa y del 0'4% al 2'9% para la Bulimia Nerviosa (Guinot, 2015).

Las recaídas se producen entre un 5 y un 20% de los casos, lo que dificulta el pronóstico (Lowe et al., 2001)

1.5 Etiología

En los trastornos de la conducta alimentaria intervienen factores que contribuyen a que éstos se originen. Se pueden distinguir factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

En factores predisponentes distinguimos la edad y el sexo, siendo los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes en las mujeres adolescentes (Raich, 2008). Otro factor importante es el canon de belleza establecido por la sociedad. Actualmente, tener un cuerpo delgado se asocia con belleza, salud y riqueza. En la sociedad, adelgazar es sinónimo de éxito y engordar es sinónimo de fracaso, pensando que la delgadez es necesaria para que una mujer tenga éxito en la sociedad (Quiles et al., 2003). Este factor de riesgo está estrechamente relacionado con la insatisfacción corporal que tienen gran parte de adolescentes (Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013).

La insatisfacción corporal es un crucial factor de riesgo ya que las propias actitudes hacia el cuerpo afectan a la conducta, a los pensamientos y a las emociones (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010). En un estudio realizado a universitarios, el 70% de las chicas y el 52,8% de los chicos querían pesar menos. Esto nos indica que la mayor parte de los universitarios no están satisfechos con su aspecto físico a pesar de encontrarse en valores normales de peso (84,2%) (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003).

Por otro lado, los factores genéticos también son factores predisponentes en los TCA. Durante la adolescencia, las alteraciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (Portela et al., 2012). Otros factores de riesgo predisponentes son las características psicológicas como la baja autoestima, que está estrechamente relacionada con la imagen negativa del cuerpo, el perfeccionismo y la ansiedad. En un estudio se pudo observar que las niñas que tenían un nivel bajo de autoestima, obtuvieron puntuaciones altas en preocupación por el peso, el cuerpo y la apariencia física (Asuero, Avargues, Martín y Borda, 2012). Por otro lado, en un estudio se verificó que las altas puntuaciones en ansiedad en chicas adolescentes aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Solano y Cano, 2012). Otros factores predisponentes serían tener un trastorno afectivo, ser introvertido, pertenecer a un nivel social medio-alto, tener familiares con trastornos de la ingesta y obesidad materna (Serra, 2015).

Respecto a los factores de riesgo precipitantes se destacan los acontecimientos vitales estresantes, como son las separaciones o pérdidas; haber experimentado un fracaso personal (académico, en el deporte, en las relaciones interpersonales); padecer alguna enfermedad adelgazante, etc. (Rojo, Conesa, Bermúdez y Livianos, 2006).

La obesidad en la infancia o adolescencia es otro factor precipitante, además de ser causante de ansiedad o depresión (Portela et al., 2012). Los medios de comunicación precipitan ya que se centran en un ideal de belleza inalcanzable, intensificándose en los últimos años (Lameiras, Calado y Rodríguez, 2003). También imponen y valorizan la delgadez del cuerpo y estigmatizan la obesidad.

Por último, entre los factores de mantenedores se destacan las alteraciones psicológicas, el aislamiento social, la falta de apoyo familiar, la malnutrición, las crisis familiares, la realización de ejercicio excesiva, al., 2012)

Tabla 4. Etiología trastornos de la conducta alimentaria

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores mantenedores
Autoestima baja	Separaciones	Alteraciones psicológicas
Ansiedad	Pérdidas	Malnutrición
Factores genéticos	Acontecimientos vitales estresantes	Ejercicio físico excesivo
Edad	Fracasos personales	Crisis familiares
Sexo femenino	Enfermedad adelgazante	Aislamiento social
Trastorno afectivo	Críticas respecto al cuerpo	Falta de apoyo familiar
Obesidad materna	Obesidad tras el cambio corporal en la adolescencia	
Nivel social medio-alto		

1.6 Otras alteraciones de la conducta alimentaria

Vigorexia

La vigorexia es aquella alteración que se caracteriza por la obsesión patológica de tener un cuerpo perfecto y musculado, es decir, quienes padecen este trastorno tienen una preocupación excesiva y obsesionada por su cuerpo (Parent, 2013). Se podría decir que la preocupación por ir al gimnasio se convierte en un trastorno obsesivo compulsivo llegando al punto de provocar, en quienes la padecen, el abandono de las actividades sociales y laborales por la necesidad de entrenar sin descanso, a pesar de las condiciones climáticas. Optan por mantener una dieta rica en proteínas con el fin de verse hipermusculados, tomando anabolizantes o esteroides que ayuden a aumentar sus proporciones musculares (De la Serna, 2004).

Tabla 5. Consecuencias clínicas Vigorexia

Consecuencias clínicas de la Vigorexia	
Lesiones óseas	Distorsión imagen corporal
Lesiones musculares	Obsesión por el ejercicio físico
Problemas cardíacos	Preocupación excesiva por la dieta
Infertilidad	Delirios
Daños hepáticos y renales	Ansiedad
Cáncer de próstata	Cambios bruscos de conducta
Falta de agilidad	

Ortorexia

La ortorexia es un trastorno centrado en una alimentación saludable. El término fue acuñado por Steven Bratman a fines de la década de 1990, quien propuso un test para ayudar al diagnóstico.

Quienes padecen ortorexia se centran principalmente en lo que comen, de esta manera rechazan alimentos como carnes, grasas, hidratos o alimentos que contengan pesticidas o sustancias artificiales. Además dedican mucho tiempo a la elaboración y planificación del menú (Sánchez & Moreno, 2007).

Los síntomas y consecuencias que sufren estas personas, además de la obsesión por la alimentación saludable incluyen, en ocasiones, la desnutrición y pueden llegar a la muerte por inanición (Clifford & Blyth, 2018)

Tabla 6. Consecuencias clínicas Ortorexia

Consecuencias clínicas de la Ortorexia	
Anemias	Trastornos obsesivos compulsivos
Hipervitaminosis	Depresión
Hipovitaminosis	Ansiedad
Carencia de oligoelementos	Hipocondrías
Hipotensión	
Osteoporosis	

Obesidad

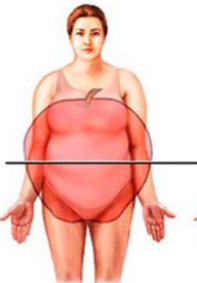
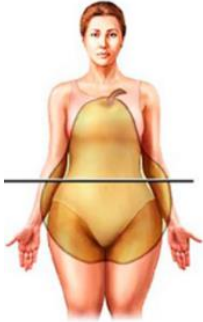
Se define como aquella enfermedad carecterizada por la acumulación de grasa en el cuerpo, incrementandose hasta ser asociado a problemas de salud o incluso causa de mortalidad (Silvestri, E., Stavile, A., & Hirschmann, J. J. (2005). Según nos indica la OMS, cuando el índice de masa corporal de un adulto es igual o superior a 30 kg/m² se considera obesidad.

Según el origen de la obesidad se puede distinguir entre obesidad exógena y obesidad endógena, siendo la primera causada por una alimentación excesiva y la segunda por alteraciones metabólicas (Alcocer, B. S., Valle, A. R. C., & Ceh, J. G. G, 2016)

Por otro lado, según la distribución de la grasa corporal, se clasifica en obesidad androide, es decir, aquella localizada en la zona abdominal superior, cara, cuello y tronco u obesidad ginoide, centrada en el abdomen inferior, caderas y glúteos.

Cabe destacar que, la obesidad de tipo androide es la más común entre los hombres, siendo la ginoide la más frecuente en mujeres (LA, L. C, 1997).

Tabla 7. Tipos de obesidad

Tipo de obesidad	Patrón de distribución	Enfermedades asociadas
 <p data-bbox="331 819 480 853">Androide</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Abdomen -Vientre -Espalda baja 	<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensión arterial -Enfermedades cardiovasculares -Diabetes -Dislipidemia
 <p data-bbox="341 1240 469 1274">Ginoide</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cadera -Muslos -Piernas 	<ul style="list-style-type: none"> -Litiasis vesicular -Varices -Estreñimiento

Es importante, tener en cuenta lo representado en la siguiente tabla

Tabla 8. Índice de Masa Corporal

	Tipo I	Tipo II	Tipo III
IMC	30-34.9	35-39.9	≥40

*IMC: es aquella fórmula utilizada para valorar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona y determinar si el peso está dentro del rango normal o se tiene sobrepeso o delgadez. Para ello, se relaciona la estatura y el peso que tiene el individuo

Tabla 9. Consecuencias clínicas Obesidad

Consecuencias clínicas de la Obesidad	
Dificultades para respirar	Depresión
Apnea del sueño	Aislamiento social
Artrosis	Suicidio
Tumefacción de pies y tobillos	Acoso
Cardiopatías	Baja autoestima
Diabetes	Trastornos de la conducta alimentaria
Alteraciones renales	
Problemas sexuales	
Infecciones	
Problemas oncológicos	

Desnutrición

Esta patología es debida a la falta de nutrientes (hidratos, proteínas y grasas). Este estado nutricional puede ser causado por: disminución de la ingesta calórica, mala absorción de nutrientes, causas psicológicas como depresión o anorexia nerviosa, falta de alimentos o debido a enfermedades (Guarín, M. R., & Rueda, J. G, 2014).

Según la OMS, la desnutrición puede clasificarse en función del porcentaje de peso perdido. Desnutrición de grado I, hay pérdida del 15 al 25% de peso; desnutrición de grado II, hay pérdida del 25 al 40% de peso y desnutrición de grado III, hay pérdida de más del 40% de peso.

Tabla 10. Consecuencias clínicas Desnutrición

Consecuencias clínicas desnutrición	
Enfermedades crónicas	Retraso del crecimiento
Enfermedades cardiovasculares	Disminución de la capacidad intelectual y del aprendizaje
Enfermedades metabólicas	Muerte
<u>Pica o alotriofagia</u>	

Se caracteriza por la ingesta irresistible de sustancias no comestibles, y por tanto, sin ningún valor alimenticio (Ruiz, 2001). Este trastorno es característico de la infancia, sin embargo se puede ver en personas con discapacidad intelectual, autismo, enfermedades mentales o embarazadas (Viguria y Miján, 2006)

Entre otras sustancias, se puede observar el consumo de sustancias como tierra, yeso, pintura, tabaco... o sustancias crudas como arroz, aceite o legumbres (Ruiz, 2001)

Tabla 11. Consecuencias clínicas Alotriofagia

Consecuencias clínicas alotriofagia	
Estreñimiento	
Obstrucción tubo digestivo	
Infecciones parasitarias	
Envenenamiento por sustancias tóxicas	

Rumiación o mericismo

Se trata de un trastorno en el que las personas que lo padecen envían alimentos a la boca que anteriormente ya tienen en el estómago, dándose un remasticación de éstos. Se caracteriza por ser un acto involuntario, es decir, las náuseas y arcadas no son provocadas ni se asocian a otros trastornos gastrointestinales (Soriano, M. C. L., & Cobos, F. J. M, 1992)

Este trastorno se asocia a personas que padecen anorexia nerviosa, y puede deberse a un estado de nerviosismo y estrés después de ingerir los alimentos.

Tabla 12. Consecuencias clínicas Rumiación

Consecuencias clínicas de la rumiación	
Pérdida de peso	Ansiedad
Desnutrición	Depresión
Erosión dental	Estrés
Retraso del crecimiento	

Diabulimia

Este trastorno resulta de los términos diabetes y bulimia, esta presente en enfermos de diabetes tipo I, quienes omiten las inyecciones de insulina con la finalidad de disminuir su peso. Cuando una persona con diabetes tipo I se inyecta la insulina que le corresponde, la glucosa se almacena en los tejidos del cuerpo y se utiliza como fuente de energía. Sin embargo, por el contrario, cuando un paciente con este tipo de trastorno no se inyecta la insulina que necesita, la glucosa se acumula en la sangre y se expulsa a través de la orina, lo que conduce a una pérdida de peso (Romero, S. S, 2014).

Tabla 13. Consecuencias clínicas Diabulimia

Consecuencias clínicas diabulimia
Altos niveles de glucosa en sangre
Gran cantidad de glucosa en la orina
Debilidad
Fatiga
Desequilibrio electrolítico
Bajos niveles de sodio
Fatiga
Alto colesterol

Drunkorexia

Este trastorno se caracteriza por la eliminación de la ingesta de comida después de haber ingerido alcohol. Quienes lo padecen, dejan de comer con la finalidad de compensar las kilocalorías de más que aportan las bebidas alcohólicas. Esta presente en personas que, ya de por sí tienen problemas con el alcohol y que, además, presentan obsesión por su cuerpo. Así pues, las conductas compensatorias son: dejar de comer días después de la ingesta de alcohol o provocar el vómito tras la ingesta de comida. De esta manera podemos ver que en este trastorno se combina la anorexia, la bulimia y el alcohol (Sánchez-SanSegundo, M., Zaragoza-Martí, A., & Ferrer-Cascales, R, 2016).

Tabla 14. Consecuencias clínicas Drunkorexia

Consecuencias clínicas de la drunkorexia	
Hipoglucemia	Daños cardiacos
Cirrosis hepática	Depresión
Déficits nutricionales	Trastornos cognitivos
Daños cerebrales	

Pregorexia

Conocida como "anorexia de la embarazada" ya que está presente en mujeres embarazadas que se muestran obsesionadas por no aumentar demasiado su peso durante el embarazo. En este trastorno no solo sufre la persona que lo padece sino también el bebé que está gestando. Se caracteriza por llevar a cabo una dieta estricta reduciendo la ingesta de calorías y realizando un ejercicio físico excesivo (García-Láez-Camacho, C. M. 2017)

Esta obsesión no solo está presente durante el embarazo sino que también continúa una vez ha finalizado, llevando a cabo toda una serie de planes nutricionales y deportivos para volver recuperar el cuerpo anterior al embarazo (Poulisis, J, 2011)

Tabla 15. Consecuencias clínicas Pregorexia

Consecuencias clínicas de la pregorexia	
Hipertensión	Parto prematuro
Anemia	Alteraciones neurológicas
Arritmias	
Desprendimiento de la placenta	

Sadorexia

Este trastorno es poco conocido ya que se trata de una evolución de la anorexia tradicional llevada al extremo. La sadorexia mezcla los síntomas principales de la anorexia con el masoquismo, es decir, no comer junto con el maltrato físico para evitar así las ganas de comer, consiguiendo una delgadez extrema (G Bermejo, B., Saúl, L. Á., & Jenaro Río, C, 2011).

Tabla 16. Consecuencias clínicas Sadorexia

Consecuencias clínicas de la Sadorexia	
Mareos	Problemas gástricos, hepáticos y renales
Dolores	Depresión
Fatiga	Ansiedad
Problemas cutáneos	Aislamiento social
Infecciones	
Amenorrea	

Permarexia

Se caracteriza por la obsesión de realizar numerosas dietas de manera constante como consecuencia de la disconformidad con el propio cuerpo. Se trata de una obsesión continua por todo lo que se come. Estas personas no solo comen alimentos saludables sino que centran su atención, principalmente, en el valor energético de lo que ingieren. Piensan que la única salida para evitar la ganancia de peso es la realización de todo tipo de dietas.

A diferencia de quienes padecen anorexia o bulimia, estas comen y no vomitan (Encalada, S. C. O., Álvarez, J. L. P., Bonte, A. L. N., & Electrónicos, C, 2017).

Tabla 17. Consecuencias clínicas *Permarexia*

Consecuencias clínicas de la permarexia	
Déficits nutricionales	Ansiedad
Pérdida de masa muscular	Anemia
Trastornos obsesivos compulsivos	Osteoporosis

1.7 Tratamiento TCA

Para el tratamiento de estos trastornos es recomendable un trabajo multidisciplinar que incluya a profesionales de psicología, psiquiatría, nutrición y endocrinología (Borrego Hernando, 2000). Se considera necesario el tratamiento psicológico, siendo la terapia cognitivo-conductual el tratamiento más utilizado. Dentro del tratamiento es importante establecer objetivos como reducir el riesgo de problemas fisiológicos asociados a la anorexia, establecer hábitos de alimentación saludable, alcanzar un peso corporal sano y trabajar la autoestima (Gabbard, 2006).

La terapia cognitivo-conductual que se aplica a los TCA trabaja sobre los pensamientos distorsionados del propio cuerpo, a través de psicoeducación en alimentación, reestructuración cognitiva y exposición de los pacientes a situaciones de riesgo y miedos irracionales (Beck, Rush, 15 Shaw y Emery, 2010). Este enfoque terapéutico trabaja la manera en que el paciente interpreta y evalúa las situaciones que le suceden, lo que influye directamente en sus emociones y conductas (Beck, 2000).

La psicoeducación se basa principalmente en el modelo médico biopsicosocial de los trastornos de salud mental; proporciona al paciente y a la familia una base teórica y práctica comprender y afrontar la enfermedad (Davis, et al., 1997). A su vez, la psicoeducación manifiesta resultados favorables sobre el conocimiento de la patología, expresión de temores, ansiedad y cambios de actitud, que permiten una mejor adaptación de la enfermedad (Davis, et al., 1997; Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010). Esto se produce mediante cambios en las ideas sobre la enfermedad, la unión al tratamiento, el manejo de emociones y la detección precoz de recaídas (McFarlane, 1997).

La terapia familiar también resulta efectiva en los trastornos de la conducta alimentaria, abordándose desde una perspectiva sistémica. Es importante realizar un estudio de la interacción en las familias en pacientes donde se presentan trastornos de la conducta alimentaria, cuyo objetivo principal es identificar factores asociados al origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas alteradas (Ruíz Martínez, 2007).

Salorio, et al. (1999) y Holtkamp, Herpertz Dahlmann, Vloet y Hagenah (2005), eliminan la idea de que la familia es la única fuente de enfermedad y promueven que la inclusión de las familias en el tratamiento favorece notablemente el resultado de este. Las actitudes negativas, junto con la crítica emocional son factores que pronostican las recaídas (Davis, et al., 1997). Sin embargo, las actitudes positivas, los comentarios cariñosos, la aceptación y el apoyo emocional por parte de la familia llevan a mejores resultados (McFarlane, 1997). Así pues, incluir a las familias en el tratamiento resulta favorable; aquellos familiares que entienden el trastorno como una afección médica logran tener mayor paciencia y tolerancia, y aprenden dinámicas y estrategias para colaborar activamente en el tratamiento

2. Objetivos

Objetivo general:

-Conocer los trastornos de la conducta alimentaria en general y concretamente la anorexia nerviosa a través del análisis y abordaje de un caso práctico

Objetivos específicos:

-Realizar un estudio de un caso clínico con el fin de diseñar y establecer un plan de intervención cognitivo-conductual a un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

-Disminuir la sintomatología de un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria mediante una intervención cognitivo conductual

-Crear un modelo de alimentación saludable

-Conseguir una recuperación progresiva

-Desarrollar herramientas para gestionar las emociones mediante la reestructuración cognitiva, trabajo de autoestima y la relajación

-Eliminar y reconstruir creencias irracionales en relación al peso y la comida.

3. Metodología

Las bases de datos usadas tras una búsqueda bibliográfica han sido: SciELO, Google académico, y PubMed. Se han utilizado palabras clave como: "Trastornos de la conducta alimentaria", "Anorexia nerviosa", "Bulimia nerviosa", "Psicología", "Terapia", "Prevalencia", "Factores de riesgo", "Consecuencias", "cognitivo-conductual".

Para la búsqueda de información teórica se han seleccionado artículos científicos, revistas, guías y protocolos en español.

En una primera parte del presente trabajo se ve un desarrollo teórico general sobre los diferentes trastornos de la alimentación y más concretamente sobre Anorexia y Bulimia. En una segunda parte se muestra el caso clínico que, tras días de búsqueda, fue facilitado por una psicóloga de un hospital de Barcelona.

La intervención se compone de diez sesiones en las que se trabajan diferentes aspectos para conseguir una recuperación progresiva. En cada una de las sesiones, tras apuntar el peso de la paciente sin informar del mismo, se explica la dinámica que se va a realizar y se comenta que tal ha ido la semana.

El material utilizado en estas sesiones lo he creado yo misma a través de Canva, una plataforma con herramientas y plantillas para elaborar cualquier tipo de diseño.

4. Resultados

MOTIVO DE CONSULTA

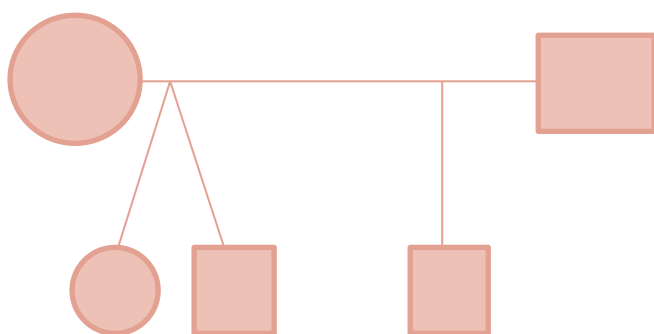
Mujer de 23 años viene a consulta derivada del médico de cabecera por problemas relacionados con la alimentación

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR, LABORAL Y/O ACADÉMICA (PSICOBIOGRAFIA).

El núcleo familiar está compuesto por sus padres, su hermano gemelo y su hermano pequeño (18a). En el piso de arriba viven los abuelos paternos, con los cuales refiere tener una relación distante. Estudios universitarios IBE. En noviembre 2019 empieza trabajo, actualmente ya no trabaja. Actualmente cursa un máster.

Viaje de 4 meses a Asia. Refiere que la problemática empieza en este viaje.

En casa, hace las comidas siempre acompañada (menos el almuerzo que le gusta estar sola) y se lo prepara ella.



SITUACIÓN ACTUAL

Explica que siempre ha sido una persona muy deportista. Durante el grado universitario inicia +- control de la alimentación e imagen. Estuvo realizando un Erasmus y aumentó de peso hasta 65 kg. Inicia control dietista y disminuye peso a 55 kg (reducción importante de hidratos de carbono).

También tiene una lesión de rodilla y tiene que dejar el baloncesto; posteriormente va al dietista para perder peso hasta 57 kg aprox.

Su peso habitual suele aproximarse a 55 kg. En los últimos 2 años oscilaciones del peso y restricción de la ingesta. Niega conductas purgativas ni actividad física vigorosa. Tras acabar el grado realiza un viaje a Asia durante 4 meses con pérdida de peso, 40 kg. A raíz de la situación del estado de alarma y confinamiento (vuelve a casa de sus padres) durante la pandemia mantiene disminución del peso, muy pendiente del cuerpo y de la imagen corporal, sufre episodios de ansiedad. A raíz de comentarios de amigos del entorno por su bajo peso la paciente solicita ayuda.

Presencia adecuada. No tiene síntomas somáticos exceptuando sensación de frío más acusado. No refiere fluctuaciones anímicas, siente tristeza/ rabia por encontrarse en esta situación. Pendiente de iniciar la próxima semana el trabajo en un empresa (administración y finanzas) mediante teletrabajo. Está realizado a la vez un máster.

Peso	47 kg
Altura	1,63
IMC	17,6
Peso ideal	49,2-52,9 kg
Tratamiento farmacológico	Sertralina 100mg/día
Amenorrea	Hace varios meses
Análisis	Alteraciones hormonales

La intervención se inicia tras la sesión de evaluación. Las sesiones son llevadas a cabo desde el enfoque cognitivo-conductual y tienen siempre la misma estructura:

- Revisión del tiempo transcurrido entre sesiones: el sujeto identificado cuenta cómo ha transcurrido la semana y los acontecimientos relevantes, tanto positivos como negativos, que han surgido.

- Revisión del trabajo establecido para casa.
- Trabajo y explicación de los objetivos establecidos para ese día.
- Explicar las tareas para casa para la próxima visita.
- Peso en consulta de la paciente, sin informar directamente del peso.

Sesión 1

En una primera sesión trataremos la importancia de la psicoeducación como factor favorable y fundamental en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Realizaremos una dinámica en la que la paciente tendrá que contestar a una serie de preguntas (ver anexos) que posteriormente comentaremos juntas.

Sesión 2

Prepararemos esta sesión para hablar con la familia, planeamos una terapia familiar. En primer lugar haremos psicoeducación con la familia sobre la anorexia nerviosa. Posteriormente, cada miembro de la familia, firmará una hoja de compromiso en la que se comprometa a dar todo de su parte para que, en equipo, pueda superarse con mayor eficacia el trastorno. Es importante que la familia sepa que las actitudes negativas junto con la crítica emocional son factores que no ayudan a superar el trastorno. Se le indica que actitudes positivas y el apoyo emocional llevan a mejores resultados. Comentaremos a la familia que en una sesión cercana se va a establecer un menú que la paciente deberá seguir.

Por otro lado elaboraremos una serie de normas que se tendrán que cumplir en casa para la buena y pronta recuperación de la paciente. Estas normas serán firmadas como promesa y compromiso familiar. En próximas sesiones comentamos con la paciente como se están desarrollando (ver anexos)

Sesión 3

Durante la tercera sesión trabajaremos la motivación. Para ello realizaremos en consulta una dinámica que consistirá en escribir una carta a sí misma. Tendrá que redactarla expresando sentimientos y percepciones que tenga sobre ella. Además también le indicaremos que escriba los planes e ilusiones que tenga de cara al futuro. ¿Puedes empezar a perseguir estos deseos? ¿Qué te hace reír? ¿Quién te hace reír? ¿Esperas alguna situación con muchas ganas? ¿Qué te gustaría hacer? ¿Te debes algo a ti misma? Tratare de intentar que conecte con lo positivo y sacar a relucir todo lo que tiene dentro y sea necesario para el cambio. Dejaremos estas preguntas abiertas para que las intente responder.

Sesión 4

Se hablará sobre alimentación y nutrición para poner en práctica hábitos de alimentación saludables.

En primer lugar entregare un test a la paciente, que deberá contestar, sobre conocimientos de la nutrición (ver anexos)

En segundo lugar pediremos a la paciente que dibuje, según crea que es, la pirámide de la alimentación. Posteriormente, la compararemos y realizaremos una explicación de la misma (ver anexos). Con esta actividad se pretende que tenga un modelo más claro de lo que es llevar una alimentación equilibrada, comiendo de todo.

Posteriormente, crearemos conjuntamente un menú semanal variado e incluyendo hidratos de carbono, que es un grupo de alimentos que, en personas con trastornos de la conducta alimentaria, más cuesta consumir. En su casa tendrá que poner "sí" o "no" según haya seguido el menú establecido (ver anexos).

Sesión 5

En esta quinta sesión trabajaremos las emociones. Para ellos realizaremos una dinámica llamada la "técnica de las dos sillas" que servirá para trabajar con conflictos internos entre dos partes de la persona: la parte crítica y la parte criticada. Para realizar esta dinámica se usan dos sillas.

El paciente se sentará en una y hace de su parte crítica, diciendo a la silla que tiene frente a ella los mensajes que suele mandarle su parte más crítica (ejemplos: no vales nada, nunca estrás a la altura, vas a fracasar...). Después, le diré a la paciente que se siente en la otra silla, donde hará de la parte criticada, la que recibe la crítica. Ahí, expresa lo que le hacen sentir los mensajes que le manda la parte crítica. También se le pide que exprese qué es lo que necesita de la parte crítica. El paciente irá cambiando de sillas (crítica y criticada) hasta que la parte crítica se suavice, es decir, hasta que el conflicto entre ambas partes se resuelva.

Sesión 6

En esta sesión continuamos con el trabajo de las emociones. La técnica que realizaremos será "El lugar seguro", con la que pretendemos trabajar el control emocional. El lugar seguro es una técnica de visualización que consistirá en dejar a un lado el mundo externo y todo lo que le perturba, pudiendo llegar a imaginar lo que sería para ella un lugar tranquilo y, como su propio nombre indica, seguro. En primer lugar le pediré a la paciente que nos describa un lugar inventado en el que se sienta cómoda. Si le cuesta iremos haciendo preguntas, ¿lo prefieres cerrado o abierto, con naturaleza o sin? ¿A que huele? ¿Qué ves? ¿Hay alguna textura? Como psicóloga, necesitare acompañar a la persona ayudándole a evocarle en el aquí y en el ahora.

Es importante saber que hay que tener cuidado con el ritmo ya que debe ser lento y el tono de voz tiene que ser bastante monótono y suave para que ayude y transmita tranquilidad. Le acompañaré para que vaya evocando y sintiendo este lugar. Le preguntaré y le invitaré a que acompañe esta situación con su respiración.

Si le cuesta visualizarlo le podré ayudar a que lo pinte en una hoja con pinturas o incluso construirlo (cojines, pañuelos, sillas, figuras...) Posteriormente lanzaré preguntas, ¿Cómo está tu cuerpo? ¿Qué sensaciones tienes? ¿Qué emociones surgen cuando estas en este espacio?

Es importante anclar una palabra, es decir, preguntar a la paciente ¿qué palabra asociarías a este lugar? Así, como psicóloga, cuando quiera que vaya a este lugar, nombrare la palabra. Le pediré que para anclar la palabra piense en aquella que le transmita más tranquilidad. Cuantas más veces imaginen su lugar seguro, la red neuronal se hará más accesible y cada vez será más fácil llegar.

Sesión 7

En esta sesión trataremos de reconstruir creencias irracionales en relación al peso y la comida.

Para ello realizaremos una actividad en la que la paciente, tras leer una serie de afirmaciones en la relación con la comida, dirá cual es verdadera y cual es falsa (ver anexos). Posteriormente, comentaremos cada una de ellas reconstruyendo las creencias irracionales sobre la comida.

Sesión 8

En esta sesión hablaremos de la influencia de la publicidad, que implica una baja aceptación corporal, juzgando el cuerpo con los criterios de belleza que imponen la sociedad y los medios de comunicación.

La actividad consistirá en llevar a cabo un análisis de la manipulación de la imagen de la mujer en la publicidad (ver anexos)

Sesión 9

Durante la sesión trabajaremos la respiración diafragmática y la relajación. Estos ejercicios los practicaremos por primera vez en consulta y además pediré a la paciente que, posteriormente, los practique en casa una vez al día.

Para la respiración diafragmática es importante buscar un lugar tranquilo, cómodo y silencioso para comenzar la práctica. Indicaremos a la paciente que se ponga una mano en el pecho y otra sobre el estómago para estar segura que lleva el aire a los pulmones sin mover el pecho. La clave estará en coger aire y llévalo hacia el estómago sin mover el pecho. Le indicamos que aguantamos el aire en esa posición y que posteriormente suelte el aire lentamente, hundiendo el estómago.

Una vez maneje la técnica podemos hacerlo contando:

- Coge aire contando hasta 4.
- Aguanta el aire contando hasta 4.
- Suelta el aire contando hasta 8.

Por otro lado realizaremos una dinámica de relajación en la que, con música relajante le iré dando indicaciones para poder relajar todos sus músculos y conectar con su cuerpo. Esta parte será grabada con notas de voz para que pueda reproducirla en casa cuando necesite relajarse.

Le daremos una ficha en la que deberá apuntar cómo se ha sentido tras practicarlo en casa. Una vez rellenado comentaremos en consulta cada uno de los días apuntados.

Sesión 10

En esta sesión trabajaremos la autoestima, realizando una serie de actividades dinámicas en consulta.

En primer lugar le pasaremos el test de autoestima de Rosenberg para explorar la autoestima personal de la paciente (ver anexos)

Para trabajar la autoestima se realizarán tres dinámicas. Se comenzará con la técnica del "soy yo", entregando a paciente un folio donde ponga 20 veces "soy yo". La dinámica consiste en completar cada una de las frases poniendo únicamente características positivas suyas. La siguiente parte de la tarea será entre la paciente y psicóloga. Cada una tendremos que "vendernos" a nosotros mismas. Una hará el papel de vendedor y otro el de comprador, después se cambiarán los papeles.

Finalmente se comentarán las dificultades que se han tenido al desarrollar la tarea y se hará una reflexión sobre lo aprendido.

La segunda dinámica será la técnica del árbol. Se pedirá a la paciente que dibuje un árbol en un folio. Éste deberá ser dibujado con sus raíces, tronco, hojas, ramas y frutos. En las raíces que componen el árbol se escribirá aquello que sea fuente principal de estabilidad en su vida; en el tronco las cualidades positivas que se asocie a si misma; en las ramas los aspectos que crean que tienen que mejorar y por último, en los frutos y hojas los logros y objetivos que ha conseguido a lo largo de su vida. Posteriormente, le pediré que me lo explique en voz alta durante la sesión de terapia.

Continuando con la autoestima se trabajará una actividad llamada técnica del bote de las caricias. Se le pedirá que elabore un bote de las caricias. Así pues, deberá elaborar un bote y decorarlo tal y como se sienta identificada. Este bote se lo llevará a casa y se le pedirá que cada día que se diga o haga algo positivo lo escriba en un post-it y lo meta en el interior del bote. Pasadas unas semanas le pediremos que traiga el bote a terapia y compartiremos todos los post-it que haya en el interior.

5. Conclusiones

Los trastornos de la alimentación son un grave problema que ha surgido y se ha ido potenciando a partir de la publicidad y de los medios de comunicación social, con principal hincapié en lo que respecta a modelos y estereotipos corporales.

Es importante comprender que los trastornos de la alimentación son una enfermedad. Es frecuente que el enfermo tarde en modificar sus conductas, esto no hay que entenderlo como una falta de voluntad sino como un síntoma de la enfermedad.

Las mujeres adolescentes son el porcentaje mayor de trastornos de la alimentación, concretamente de anorexia nerviosa. Actualmente se han visto casos en los que la barrera de la adolescencia se ha roto, llegando a padecerse en la etapa infantil.

El impacto negativo que tienen estos trastornos en la calidad de vida puede persistir de manera crónica ya que, pese a la recuperación, existen consecuencias que pueden quedarse de por vida.

Al profundizar sobre los trastornos de la alimentación se ha visto que son varios, sin embargo se han profundizado dos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, haciendo principal énfasis en el primero debido a ser el diagnóstico del caso clínico. Estos trastornos pueden ser tratados con éxito, siendo la terapia cognitivo conductual la más utilizada y necesitando periodos largos de tratamiento con equipos multidisciplinarios.

La prevención de estos trastornos es muy importante, por lo que se considera fundamental la realización de programas de prevención en colegios e institutos para frenar el aumento de casos en la población infantil y adolescente.

Respecto a la realización de las sesiones he podido comprobar que planear una sesión requiere tiempo y recursos para poder hacer la terapia dinámica. He optado más por el uso de actividades que por la administración de test ya que me parece más dinámico y productivo para la paciente.

Me gustaría comentar que, pese a ser un caso de anorexia nerviosa con todo lo que supone y sus complicaciones, la paciente ya tenía conciencia de problema y es ella quien solicita ayuda, esto es un punto a favor a la hora de llevar a cabo la terapia.

Una vez realizadas las sesiones planteadas en el presente trabajo veríamos como va evolucionando. Si los resultados son favorables dejaríamos periodos más largos de tiempo entre sesión y sesión.

6. Bibliografía

Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo, 7*.

Alcocer, B. S., Valle, A. R. C., & Ceh, J. G. G. (2016). Prevalencia de obesidad exógena en Hombres y Mujeres de 20 a 45 años de edad en la Comunidad de Alfredo V. Bonfil durante el periodo del 1 de enero al 30 de octubre del 2014. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS, 5(9), 1-18*.

Amores, B. M. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Informació psicològica, (116), 79-94*.

Botello, M. E. H., Guerra, G. J., & Corona, C. B. (2018). La familia y su interacción con la anorexia. *Tus psicólogos en CDMX: Irradia Terapia*.

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1997). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Gedisa.

Encalada, S. C. O., Álvarez, J. L. P., Bonte, A. L. N., & Electrónicos, C. (2017). La publicidad en internet y la presencia de trastornos alimenticios en los adolescentes. In *Memorias del tercer Congreso Internacional de Ciencias Pedagógicas: Por una educación inclusiva: con todos y para el bien de todos* (pp. 890-897). Instituto Superior Tecnológico Bolivariano.

G Bermejo, B., Saúl, L. Á., & Jenaro Río, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia dos "malas compañías" para las jóvenes de hoy.

García-Láez-Camacho, C. M. (2017). Influencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria durante el embarazo: una revisión de la literatura.

Guarín, M. R., & Rueda, J. G. (1999). La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatr, 28, 293-citation_lastpage*.

Guarín, M. R., & Rueda, J. G. (2014). Trastornos del comportamiento alimentario. *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*, 327-387.

Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.

Jáuregui-Lobera, I., & Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 140(1), 98-107.

LA, L. C. (1997). Obesidad.

LOBERA, I. J. (2004). ANOREXIA NERVIOSA. EL TRABAJO CON LA FAMILIA. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(2), 127-128.

López, D. S. G. Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal.

Matellanes Palacios, C., & Matellanes Palacios, M. (2016). Desnutrición por ayuno prolongado en pacientes con anorexia nerviosa: mecanismos adaptativos y consecuencias. Revisión de la literatura-Puesta al día.

Mejía, H. D. C., Díaz, A. D., Sierra, C. M., & Monsalve, J. G. M. (2003). Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo—estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*, 17(1), 33-45.

Ochoa, N. C., Ramos, E. C., Méndez, A. J. G., & Alamilla, E. K. M. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.

Reich, G., von Boetticher, A. A., & Cierpka, M. (2016). Terapia familiar psicodinámica de la anorexia nerviosa. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (27), 69-75.

Romero, S. S. (2014). Tratamiento dietético-nutricional en trastornos de la conducta alimentaria con diabetes mellitus. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (20), 2198-2214.

Sala, J. R. (2008). *Anorexia nerviosa: perfil familiar. La incidencia de la familia en la enfermedad* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades.)

Sánchez-SanSegundo, M., Zaragoza-Martí, A., & Ferrer-Cascales, R. (2016). Drunkorexia y Binge Drinking: nuevos patrones de conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 22(1), 36-41.

Silvestri, E., Stavile, A., & Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Importancia de su identificación dentro de un enfoque interdisciplinario*.

Smith, M.C., Pruitt, J. A., Mann, L.M., & Thelen, M. H. (1986). Actitudes y conocimiento con respecto a la bulimia y a la anorexia nerviosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 545-553.

Soriano, M. C. L., & Cobos, F. J. M. (1992). Rumiación y vómitos: etiología, prevención y tratamiento. *Análisis y modificación de conducta*, 18(58), 257-277.

Valdanha, É. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. D. (2013). La anorexia nerviosa y la transmisión transgeneracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 16(1), 71-88.

Velásquez, V. V., & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.

7. Anexos

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				



Normas familiares

-La chica no decide que quiere comer. Tiene que seguir la dieta establecida en terapia.

-Se le sirve en el plato la ración de comida. Ella no se sirve.

-Durante la comida se evita la TV y los móviles.

-Durante las comidas no se permite hablar de temas relacionados con los alimentos (composición, kcal..), comida e imagen.

-La chica no cocinará ella sola.

-No se permitirá tener báscula en al vivienda

-No se harán comentarios de si está más guapa o menos



FIRMAS FAMILIARES

Blank area for family signatures.

DINÁMICA PSICOEDUCACIÓN

Lista de pros y contras actuales del cambio
¿En que mejoraría tu vida si...?

Lista de pros y contras futuros del cambio
¿Qué te gustaría que pasara dentro de unos años?

¿Qué pienso?

¿Qué quiero pensar?

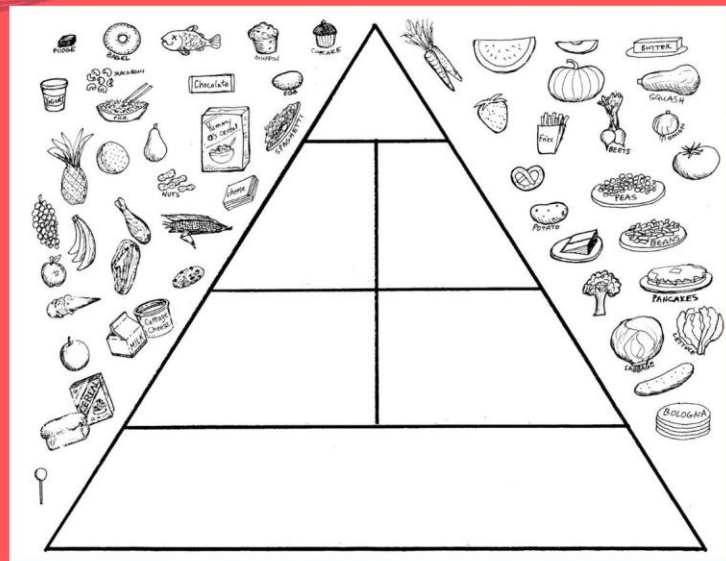
¿Qué siento?

¿Qué quiero sentir?

Psicóloga María Ballesterin



¿CÓMO CREES QUE VAN DISTRIBUIDOS LOS ALIMENTOS?





MENÚ SEMANAL

	Desayuno	Comida	Cena
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

El domingo no fijamos menú, puede tener comidas familiares.

REGISTRO ALIMENTACIÓN



DÍA	HORA	ALIMENTOS	PENSAMIENTOS ANTES	PENSAMIENTOS DESPUÉS

Psicóloga María Ballester



¿QUÉ OPINAS?

Verte y no reconocerte, descubrir que tu imagen está en manos de personas que tienen un sentido de la belleza absolutamente irreal. Imagino que era necesario resaltar el azul cobalto del vestido, quitar algunos pliegues del mismo y subir los niveles de luz para hacer brillar más mi piel, pero no entiendo la necesidad de retocar mi cuerpo hasta dejarme casi en la mitad de lo que soy, alisar mi piel y alargar mi cuello hasta convertirme casi en una muñeca sin expresión.

No es la primera vez que pasa, pero esto sobrepasa los límites de la realidad y me avergüenza.

La foto de la derecha fue sacada con mi móvil directamente del ordenador en la sesión de fotos, yo al completo, sin trampa ni cartón, Inma entera, la de al lado es una invención, es eso que se supone que debería ser... los "cánones" de belleza que "deberíamos" seguir, no me acompleja, no lo entiendo como una señal de lo que lo debería ser, sencillamente me indigna como mujer y me hace reflexionar muy seriamente hacia dónde vamos y reivindicar con fuerza la necesidad de decidir y defender lo que somos, lo que queremos ser independientemente de modas, estereotipos o cánones de belleza (Inma Cuesta)

¿QUE AFIRMACIÓN ES VERDADERA? ¿Y FALSA?

Lo que más hay que comer son vitaminas

Su carencia produce enfermedades, pero el exceso es perjudicial



Debemos eliminar los hidratos de carbono de la dieta para perder peso

Nunca deben eliminarse los hidratos de carbono de la dieta. Lo que se recomienda es reducir los hidratos de carbono simples: pasteles, caramelos, refrescos



El pan engorda excesivamente

El pan pertenece al grupo de los cereales, es una fuente importante de hidratos de carbono



Comer huevos todos los días está prohibido porque tiene mucho colesterol

El huevo es un alimento muy nutritivo y equilibrado. Compuesto de proteínas, lípidos, vitaminas (A, D, B12, y E) y sales minerales. Es uno de los productos de mayor valor nutricional.



Hay alimentos que engordan y otros que adelgazan

Hay que comer de forma equilibrada y en las proporciones adecuadas



La grasa siempre es mala para la salud, sea del tipo que sea

La grasa es necesaria para absorber las vitaminas A, E, D y K, llamadas vitaminas liposolubles, es un aislante del frío y ayuda a mantener la piel y el cabello en condiciones saludables.



FALSO: Comer sal engorda

VERDADERO: La sal no engorda, ya que es un mineral y por tanto no aporta energía. La sal sí que puede retener líquidos, por eso no es recomendable abusar de ella.



Registro respiración y relajación

Día

Cómo me he sentido

Test conocimientos sobre nutrición

NUTRICIÓN

¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- Tres: desayuno, comida y cena.
- Con hacer una comida principal es suficiente.
- Dos: comida y cena.
- Ninguna de las anteriores.

2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Vitaminas.
- Ninguna de las anteriores.

3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
- Ninguna de las anteriores.

4. Los hidratos de carbono están en...

- Carne magra, pescado, pollo.
- Huevo.
- Aceites y mantequilla.
- Pan, patatas, pasta, cereales.

5. A la semana hay que comer...

- Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- Huevos todos los días.
- Hay que tomar pocas legumbres.
- Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
- Ninguna de las anteriores.

6. El desayuno debe consistir en...

- Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
- No hace falta hacerlo.
- Es sólo para mayores.
- Basta con un vaso de leche al levantarse.
- Una pieza de fruta.

7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso)...

- Son perjudiciales para la salud.
- Engordan.
- Son vegetales.
- Van mal para los huesos.
- Son de consumo diario.

8. Las frutas y verduras han de tomarse...

- Con poca frecuencia.
- Lo menos posible, pues son de mal sabor.
- Sin lavar.
- Varias veces al día.
- Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

9. El agua ha de tomarse...

- Antes de las comidas.
- Después de las comidas.
- Durante las comidas.
- Poca porque engorda.
- A cualquier hora.

10. El pan ha de tomarse...

- Poco porque engorda.
- Todos los días.
- Blanco
- De molde.
- Ninguna de las anteriores.