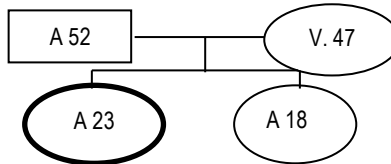


INFORME CLÍNICO
3763

Fecha de Inicio: 12/04/12
Nº Sesiones de evaluación: 4

1. DATOS BIOGRÁFICOS:

- ✓ **Nombre de la paciente:** A.L.R
- ✓ **Sexo:** Mujer
- ✓ **Edad:** 23
- ✓ **Nacionalidad:** Española
- ✓ **Estudios:** Licenciada en farmacia
- ✓ **Situación laboral:** Estudiante de máster y trabajo en laboratorio farmacéutico
- ✓ **Estado civil:** Soltera (Actualmente mantiene una relación sentimental)
- ✓ **Estructura familiar:** Vive en Madrid con su hermana. Sus padres viven en el domicilio familiar en Alicante.



2.1 Motivo de consulta:

El paciente acude a la Unidad Clínica del Master aconsejada por su pareja actual, M. La paciente refiere tener problemas con la comida y un nivel muy elevado de ansiedad, por lo que solicita ayuda para ordenar su vida de nuevo.

2.2. Exploración inicial

A. muestra un funcionamiento adecuado en las principales áreas psicológicas (memoria, orientación, atención y lenguaje) y mantiene un buen cuidado personal y actividad psicomotora normalizada. Participa activamente durante la evaluación, entiende los compromisos e implicaciones de la terapia y está dispuesta a trabajar. Durante las primeras sesiones de evaluación, se observa conducta verborreica y un alto nivel de activación en la paciente.

Objetivos de la paciente	Objetivos de los terapeutas
<ul style="list-style-type: none">- Normalizar mi vida- Aprender a priorizar- No exigirme más de lo que puedo dar- Disfrutar del momento. Olvidarme del y si...- Recuperar mi alegría- Volver a dormir tranquila- Pensar en la comida como algo natural y positivo- Volver a sentirme fuerte y recuperar mi carácter	<ul style="list-style-type: none">- Disminuir activación fisiológica- Dotar a la paciente de HH autocontrol y afrontamiento del estrés- Mejorar estado de ánimo- Disminuir pensamientos anticipatorios- Disminuir la preocupación constante por el peso y la comida- Disminuir miedo intenso a engordar- Modificación de creencias disfuncionales y eliminación de sesgos cognitivos- Mejora y aceptación de su imagen corporal

3. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS PROBLEMAS:

3.1 Parámetros de la conducta:

Rumiaciones:

- ✓ **Topografía:** la paciente refiere pensar continuamente en la comida, en su peso, en el desagrado que le produce actualmente su imagen corporal, y en el deterioro personal que considera que ha sufrido desde que abandonó el tratamiento hormonal.
- ✓ **Estímulos precipitantes internos:** sentirse culpable, apática, cansada, pensar en la comida, que ella antes era más fuerte, que ya no tiene carácter, sentirse llena, vulnerable, fracasada, pensar en que su vida está totalmente desordenada, pensamientos anticipatorios (“seguro que he vuelto a subir de peso”, “No voy a ser capaz”), realizar comparaciones con chicas más delgadas, aburrimiento, pensar en lo que necesita para que su vida sea perfecta.
- ✓ **Estímulos precipitantes externos:** demandas en el trabajo y en sus estudios, la hora de la comida, ver una chica más delgada, que la ropa no le valga, comer con otras personas, desnudarse.
- ✓ **Frecuencia:** diaria
- ✓ **Intensidad:** 10/10
- ✓ **Duración:** variable, en función de las tareas que deba realizar. Desde minutos hasta varias horas.

Alta activación:

- ✓ **Topografía:** la paciente refiere ser una persona muy activa, que siempre tiene que estar realizando alguna actividad. Por otra parte, la paciente refiere sentir un elevado grado de activación fisiológica
- ✓ **Estímulos precipitantes internos:** pensar en las tareas que debe hacer, aburrimiento, sentirse culpable, llena, pensar en el desorden en que se encuentra su vida, pensar que necesita más, que no es suficiente.
- ✓ **Estímulos precipitantes externos:** demandas del trabajo y los estudios, la hora de la comida, desorden en su casa, que la ropa no le valga, comer con otras personas
- ✓ **Frecuencia:** diaria
- ✓ **Intensidad:** 8/10 (al levantarse) 7/10 (durante el resto del día, desde que comenzó a trabajar y está con su nueva pareja, antes de esto 10/10) y 5/10 (por la noche).
- ✓ **Duración:** todo el día.

RUMIACIONES [1]. ELEVADA ACTIVACIÓN MOTORA [2]

ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<p>VARIABLES PREDISONENTES REMOTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobrepeso desde la infancia (1) - Auto exigencia (1,2) - Perfeccionismo (1,2) - Hiperactividad (2) <p>PRÓXIMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erasmus (1,2) - Relación ex pareja F. (1, 2) - Gimnasio como vía de escape (1) - Dieta restrictiva+ atracones(1,2) - Bajar de peso (1, 2) - Efecto rebote de las hormonas (1) - Venir a Madrid (1,2) <p>VARIABLES DESENCADENANTES INTERNAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentirse vulnerable (1) - Sentimiento de fracaso (1) - Pensar que puede conseguir más (1, 2) - Sentimiento de desorden en su vida (1, 2) - Pensamientos sobre la comida (1,2) - Sentirse culpable (1,2) - Cansancio (1) - Pensar en las tareas que tiene que hacer (2) - Pensamientos anticipatorios (1, 2) - Apatía (1) - Aburrimiento (1, 2) - Pensar que antes era más fuerte y tenía más carácter (1, 2) - Sentirse llena (1,2) - Compararse con chicas más delgadas (1) - Pensar en lo que le falta para conseguir lo que quiere (1,2) <p>EXTERNAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandas trabajo y estudios (2) - Hora de comer (1) - Ver una chica delgada (1) - Que la ropa no le valga (1) - Que la casa esté desordenada (2) - Comer con otras personas (1) 	<p>NIVEL FISIOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de peso (1,2) - Nudo en el estómago (2) - Dolor de cabeza (1,2) - Presión en el pecho (2) - Problemas de sueño (2) - Fatiga (2) - Dolor muscular (2) <p>NIVEL COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos relacionados con la pérdida de peso: “¿Llegaré a volver a perder peso?” “Si me esfuerzo llegaré a 52kg”, (1,2) - Pensamientos acerca del cuerpo: “No me gusta mi cuerpo”, “Me veo gorda” (1) - Pensamientos anticipatorios: temor de no saber qué pasará cuando llegue a los 52kg, (“y si cuando llego me vuelvo a descontrolar...”) (1) - Errores de pensamiento (“tengo que”) (1,2) - Sensación de pérdida de control (1,2) - Percepción autoeficacia (2) - Sensación de control (2) <p>NIVEL MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiperactividad (2) - Ordenar de forma metódica (2) - Seguir dieta saludable (1,2) - Salir a andar (1,2) - Llorar (1) <p>NIVEL EMOCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracaso (1) - Rabia (1) - Miedo a no perder peso (1) - Apatía (1) - Tristeza (1) - Labilidad emocional (1,2) 	<p>A CORTO PLAZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso (R-) (2) - Aumento de activación fisiológica (C+) (1) - Realización de tareas (R+) (2) - Disminución del Estado de Animo (C-) (1) - Problemas de sueño (C-) (1,2) - Disminución de red social (C-) (1,2) - Percepción autoeficacia (R+) (2) - Sensación de control (R+) (2) - Euforia (R+) (2) - Disminución autoestima (C-) (1) - Incremento de la autoestima (R+) (2) - Apatía (C-) (1,2) <p>A MEDIO Y LARGO PLAZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución des adaptativa de conflictos (C+) (1, 2) - - Aumento sentimiento de ineficacia (C+) (1) - Incremento de la ansiedad (C+) (1, 29) - Aislamiento social (C-) (1, 2) - Problemas con la pareja (C-) (1,2) - Fracaso en estudios y trabajo (C-) - Baja autoestima (C-) (1) - Disminución del Estado de Animo (C-) (1) - Perdida reforzadores (C-) (1, 2) - Cronificación de los síntomas (1,2)

4. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

4.1 Factores de predisponentes:

- **Sobrepeso desde la infancia:** La paciente refiere que desde niña siempre ha tendido al sobre peso, llegando incluso a tener un nivel muy elevado de colesterol a los 9 años, momento a partir del cual, comienza a mantener una dieta más saludable. A. refiere que durante su infancia aunque deseada estar más delgada, su imagen tampoco suponía un problema para ella, pues se aceptaba tal como era.
- **Auto exigencia, perfeccionismo, hiperactividad:** A. se define como una persona que desde niña ha sido muy exigente consigo misma, muy metódica en todo lo que hace y que necesita mantenerse ocupada (*"No puedo estar simplemente viendo la tele, además tengo que estar haciendo algo con el ordenador o limpiando"*). Desde siempre le ha gustado dar lo mejor de sí misma y ponerse metas muy elevadas. Por ejemplo, durante su estancia en el Colegio Internacional, la paciente se matriculó de 3 idiomas y muchas más asignaturas que el resto de sus compañeros. Pidió que le cambiaran de prácticas durante el master, porque consideraba que ella podía dar mucho más de sí misma. A. refiere que para ella nunca es suficiente, que siempre quiere más.

4.2 Factores precipitantes:

- **Viaje Erasmus, relación ex pareja y gimnasio:** la paciente refiere que su viaje a Erasmus resultó un fracaso, ya que no fue capaz de quedarse, de regreso a casa se sentía fracasada, con bajo estado de ánimo y desilusionada. Su madre le aconsejó que se apuntara al gimnasio como método de desahogo, lo que empezó a funcionar para la paciente ya que además de utilizarlo para evadirse del malestar provocado por este fracaso, lo utilizó también como medio para evadirse de su pareja de entonces, F. quien A define como muy controlador e insistente. La paciente refiere que al principio ir al gimnasio era un desahogo, pero que con el tiempo, comenzó a ser una obligación.
- **Pérdida de peso, dieta restrictiva y atracones:** con su rutina de gimnasio, la paciente comienza a perder peso, por lo que empieza a verse mejor y a querer adelgazar aún más. De esta manera, comienza a incrementar aún más su actividad física y a mantener una dieta restrictiva, apareciendo en este momento los atracones, dado el consumo energético por el exceso de ejercicio físico.
- **Llegada a Madrid y retirada del tratamiento hormonal:** la paciente refiere que la llegada a Madrid supuso un momento duro, por la necesidad de adaptarse y el ritmo de vida. Pero además, a este hecho se suma que la retirada del tratamiento hormonal (que según la paciente le había generado muchos efectos secundarios: sudoración, dolores de cabeza...) le genera un efecto rebote, provocando un incremento de peso muy brusco.

4.3 Historia, aparición y curso del problema

La paciente refiere que desde niña, siempre ha mantenido cierto sobre peso, llegando incluso a tener un nivel de colesterol muy elevado a los 9 años, motivo por el cual, comienza a mantener una dieta sana. A. refiere que aunque deseara estar más delgada, su imagen no suponía un problema, pues se aceptaba tal como era. Tenía un concepto de sí misma muy positivo, porque se consideraba una persona eficaz, activa y con carácter, a la que le gustaba dar lo mejor de sí misma, esforzándose al máximo por conseguir los mejores resultados. Nunca se ha sentido presionada por nadie, considera que sus padres siempre la han apoyado en todas sus decisiones.

El viaje a París, por su beca Erasmus, suponía un nuevo reto, que finalmente no fue capaz de superar, tuvo que regresar tras 2 semanas, sintiéndose fracasada. De vuelta a casa, la paciente refiere sentirse triste y desanimada durante varias semanas, hasta que su madre, le anima a apuntarse al gimnasio como forma de desahogo. Además esta actividad le sirve para evadirse también de la relación que mantiene con su pareja de entonces, F. ya que la paciente se siente poco apoyada por él tras su vuelta de París, y no está conforme con esta relación desde hace tiempo, por la diferencia de expectativas entre ambos, y porque se siente agobiada por él. La paciente refiere que en un principio el gimnasio es una vía de escape y es lo único que es capaz de controlar en referencia a la relación con F, pero que más tarde, tras comprobar que va perdiendo peso y empieza a encontrarse más a gusto con su imagen, pasa a ser una obligación, comenzando además a mantener una dieta muy restrictiva, ayunando durante varios días. Es en este momento cuando la paciente comienza a tener también atracones. Según refiere la paciente, llegaba un momento en que el agotamiento físico era tal, que sentía que su cuerpo no le respondía y necesitaba energía, y entonces recurría al atracón (frutas, ensaladas). Hasta este momento (verano, 2010), la paciente no considera que tenga ningún problema, aunque su madre si que le avisa de que está restringiendo demasiado su alimentación y está perdiendo mucho peso.

Ya en 5º de carrera, en Febrero de 2011, la paciente pierde la menstruación y su madre decide llevarla al médico para que le realicen una analítica, pero el médico considera que es fruto del estrés, por el ritmo de vida de la paciente y sus estudios. Pero ya en Marzo de 2011, su madre decide llevarla al ginecólogo, ya que continúa sin tener la menstruación y tras varias pruebas y comprobar que esta situación se mantiene y la paciente no aumenta de peso, se

le administra un tratamiento hormonal en agosto de 2011, hasta aproximadamente Enero de 2012. La paciente refiere que este tratamiento no le sentaba bien, por los efectos secundarios que sufría, tales como dolor de cabeza, sofocos, cambios de humor, etc.

Una vez retirado el tratamiento, se produce un incremento brusco de peso en la paciente, lo que genera un profundo malestar en A. ya que además está tratando de adaptarse a su nueva vida en Madrid, ha roto finalmente con F. y no se encuentra a gusto con sus prácticas del Master. Trata de solucionar esto retomando su rutina de ejercicio excesivo y dieta estricta, con la aparición nuevamente de atracones, lo que deriva en una desorganización total de su vida (comía solo una vez al día, se acostaba muy tarde y se levantaba muy temprano hiper activada, cambios de humor, agotamiento físico, etc.). Tras comenzar sus nuevas prácticas (con las que se encuentra más a gusto) e iniciar una nueva relación sentimental con su pareja actual, M, la paciente disminuye su malestar y se da cuenta de que no puede continuar de esta manera, por lo que animada por su pareja decide buscar ayuda, acudiendo a una nutricionista, para que le enseñe a comer de forma saludable y también acudiendo a la unidad del master para según refiere A. calamar su ansiedad y volver a ser la que era antes.

4.4 Línea de vida:

Positivo	Edad	Negativo
<i>Nacimiento de A</i>	5	
<i>Festival del cole</i>	6	<i>Enfermedad tío</i>
	7	<i>Cambio de colegio</i>
<i>Comunión</i>	8	<i>Periodo preparación comunión</i>
<i>Primer caballo</i>	10	
<i>1º de ESO. Muy divertido</i>	12	<i>Enfermedad abuela</i>
	13	<i>2º ESO. Tutor demasiado exigente</i>
<i>3º ESO. Buena relación amigos y compañeros</i>	14	<i>Agobio con los exámenes. Muy exigente conmigo misma</i>
<i>Cambio al Colegio Internacional</i>	15	<i>Cambio al Colegio Internacional</i>
<i>Fin del colegio</i>	17	
<i>Comienzo de la carrera, carnet conducir</i>	18	
<i>Me apunto al gimnasio como medida de desahogo, funcionó/ viaje a Barcelona/ empiezo a perder peso. Me veía bien</i>	21	<i>Vuelta de Paris, no puedo quedarme Empiezo a obsesionarme con bajar de peso</i>
<i>Termino la carrera/ corto con mi novio/ mi madre cambia de puesto/</i>	22	<i>Pierdo el periodo/ Prácticas en farmacia Hormonas</i>
<i>Me vengo a vivir a Madrid/Conozco a mi nuevo novio/ Empiezo el Máster/ Prácticas en 2º Empresa</i>	23	<i>Empiezo a engordar/ Obsesión/ Prácticas 1º empresa</i>

5 OTRAS ÁREAS

5.1 Autocontrol

La paciente refiere no ser capaz de controlar sus preocupaciones constantes sobre la comida, el peso o su imagen una vez que aparecen, aunque es capaz de concentrarse en otras tareas. No obstante, A. refiere cada vez le cuesta más concentrarse. En cuanto a las pautas de alimentación, la paciente está mostrando un elevado autocontrol al cumplir con la dieta que le ha marcado la nutricionista, no saltándose ninguna comida ni ningún alimento, como por ejemplo los hidratos de carbono.

5.2 Aspectos motivacionales:

La paciente se encuentra muy motivada al cambio, mostrándose atenta y participativa durante las sesiones, realizando todas las tareas encargadas y cumpliendo con los horarios y pautas aconsejadas.

5.3 Apoyo social:

A. Cuenta con una buena red de apoyo, como son su familia y su pareja, especialmente, además vive con su hermana pequeña, a quien considera un apoyo fundamental. Por otra parte, cuenta con un buen grupo de amistades, aunque por motivos de trabajo y estudio no puede mantener el contacto tanto como desearía.

5.4 Situación y estilo de vida:

La paciente se levanta de lunes a viernes a las 7:00 de la mañana, trabaja de 9 a 14, hora a la que come, después continua trabajando de 15 a 18,00, hora a la que acude a sus clases del Master hasta las 21:00. Llega a casa sobre las 22.00, cena alrededor de las 22.00 y se acuesta a las 00.30 aproximadamente. Los fines de semana, se levanta sobre las 9.00, y tras desayunar, dedica el resto de la mañana a ordenar la casa y hacer la compra. Después por las tardes, dedica el tiempo a realizar tareas del master y suele salir con sus amistades o su pareja, dar un paseo y acudir los domingos a misa de 19 a 20.

5.5 Tratamientos anteriores

La paciente refiere no haber recibido tratamiento psicológico anteriormente. Recibió tratamiento hormonal desde Marzo de 2011 hasta Enero de 2012 y actualmente está acudiendo a una nutricionista, para mantener una alimentación equilibrada.

5.6. DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL SEGÚN DSM-IV -TR

Eje I: 50.9. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
Eje II: Ausente
Eje III: Ausente
Eje IV: Ausente
Eje V: EEAG: 70

Diagnóstico diferencial:

- **Anorexia nerviosa:** A pesar de que cumple con los criterios para el diagnóstico, en la actualidad no tiene un peso inferior al 85% esperable, no presenta amenorrea ni recurre a los atracones o conductas compensatorias, como sí lo hizo anteriormente.
- **Bulimia nerviosa:** En la actualidad la paciente no presenta atracones ni conductas compensatorias.
- **Trastorno por atracón:** Actualmente la paciente no presenta episodios de sobre ingesta ni realiza conductas de control del peso inadecuadas tras comer pequeñas cantidades de comida.

6. FORMULACIÓN DEL CASO:

6.1 Hipótesis de origen

Dado el sobrepeso infantil, por el cual tiene que mantener una dieta equilibrada, y el elevado nivel de auto exigencia y perfeccionismo, la paciente interioriza el concepto del ideal delgado.

Ante el fracaso de su viaje a París (Beca Erasmus) y el deterioro de la relación con F. la paciente comienza a acudir al gimnasio como desahogo, teniendo como consecuencia la pérdida de peso. Este hecho es reforzado positivamente por los halagos de su entorno, la satisfacción corporal al verse más cerca de ese ideal interiorizado y por la sensación de control que experimenta, lo que a su vez está reforzando el mantenimiento de ese ideal delgado. Todo esto, unido a su elevada auto exigencia y perfeccionismo, hace que la paciente desee perder más peso, por lo que comienza a restringir su dieta (ayuno) y a incrementar el ejercicio físico.

El aumento de la actividad física unido a la falta de nutrientes, hacen que el organismo se debilite, tendiendo como respuesta natural, a la búsqueda de proteínas e hidratos, que en la paciente se traduce como atracones, ante los que A. se siente culpable, y trata de compensar con ayuno y ejercicio físico, instaurándose así un círculo vicioso, que termina con la pérdida de menstruación, y el posterior tratamiento hormonal para recuperarla.

Tras la retirada del tratamiento hormonal, se produce un incremento brusco de peso, que la paciente trata de compensar con ayuno y ejercicio físico, volviendo nuevamente al atracón. Pero dado su nuevo ritmo de vida (máster, prácticas y trabajo) la paciente no puede mantener este circuito, y no consigue bajar de peso, lo que lleva a constantes rumiaciones sobre su imagen, la comida y el peso, además de un incremento en la activación fisiológica y motora, esto último, principalmente debido a las demandas del master y a su propia auto exigencia y perfeccionismo.

6.2 Hipótesis de mantenimiento

La auto exigencia, su perfeccionismo y el elevado nivel de actividad de la paciente influyen negativamente en su activación, tanto fisiológica como motora, incrementándola. Las obligaciones, las demandas del master y del trabajo, también contribuyen a que esa activación se mantenga elevada e influya positivamente en su rendimiento, ya que impulsa a estar más atenta y activa. Por lo tanto, A. tiene sensación de control sobre su vida, sus actividades y la comida, disminuye el peso y se siente segura de sí misma, con una autoeficacia y autoestima elevados.

Por otro lado, esa auto exigencia y perfeccionismo fortalecen las creencias irracionales de delgadez, manteniendo el problema, que se manifiestan en rumiaciones acerca de la comida, del peso y la imagen. Estas rumiaciones aparecen todos los días y cuando considera que no tiene un peso y un cuerpo con el que ella se siente a gusto baja el estado de ánimo y la autoestima. Tanto la activación como las rumiaciones influyen el sueño de la paciente, con continuos despertares durante la noche, un aislamiento social y apatía ante la realización de actividades.

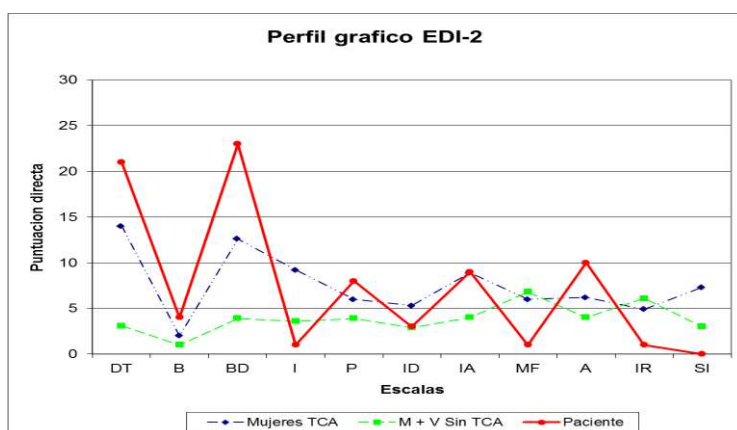
Por tanto las rumiaciones se mantendrían en actualidad debido a que persiste la internalización del ideal delgado, y la elevada auto exigencia y perfeccionismo, así como la elevada activación a consecuencia de lo explicado anteriormente.

6.3 Contraste de hipótesis: Instrumentos de evaluación

- ✓ **Entrevista semiestructurada de Muñoz**
- ✓ **Línea de Vida:** con el objetivo de ordenar cronológicamente las fechas clave para el inicio y el mantenimiento del problema. (ver apartado 4.4.)
- ✓ **Registro situación-pensamiento/emoción-conducta:** Con el objetivo de explorar la secuencia funcional de pensamientos, conductas y emociones que están operando en los ataques de pánico y demás problemáticas.
- ✓ **Autorregistro de Actividades semanales:** Para averiguar su patrón de actividades diarias. (ver punto 5.4)
- ✓ **BDI-II:** Puntuación obtenida: 10. Lo que indica que la presencia de sintomatología depresiva es **mínima**.
- ✓ **Rosenberg:** La paciente obtiene una puntuación de 33, lo que indica según esta prueba, una **autoestima alta**.
- ✓ **BSQ:** Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios y discrimina a la población clínica de la población normal. La paciente obtiene una puntuación de 168/304
- ✓ **BITE:** cuestionario que trata de detectar los síntomas bulímico y valorar su severidad incluyendo todos los criterios del DSM. La paciente obtiene una puntuación en la escala de síntomas de 25, lo que indicaría un patrón de comportamiento alterado según esta prueba.
- ✓ **ISRA:** Para evaluar el tipo de ansiedad que sufre el paciente (cognitiva, fisiológica y motora) en diversas situaciones (evaluación, fóbica, interpersonal y cotidiana):

Ansiedad	PD	Percentil	Apreciación
Cognitiva	55	40	Ans. Moderada
Fisiológica	16	25	Ans. Moderada
Motora	38	45	Ans. Moderada
Total	109	30	Ans. Moderada
Evaluación	49	30	Ans. Moderada
Interpersonal	2	5	Ans. Mínima
Fóbica	5	5	Ans. Mínima
Cotidiana	9	45	Ans. Moderada

- ✓ **EDI-2:** Para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia a y a la bulimia nerviosa. A continuación se presenta la gráfica de resultados:

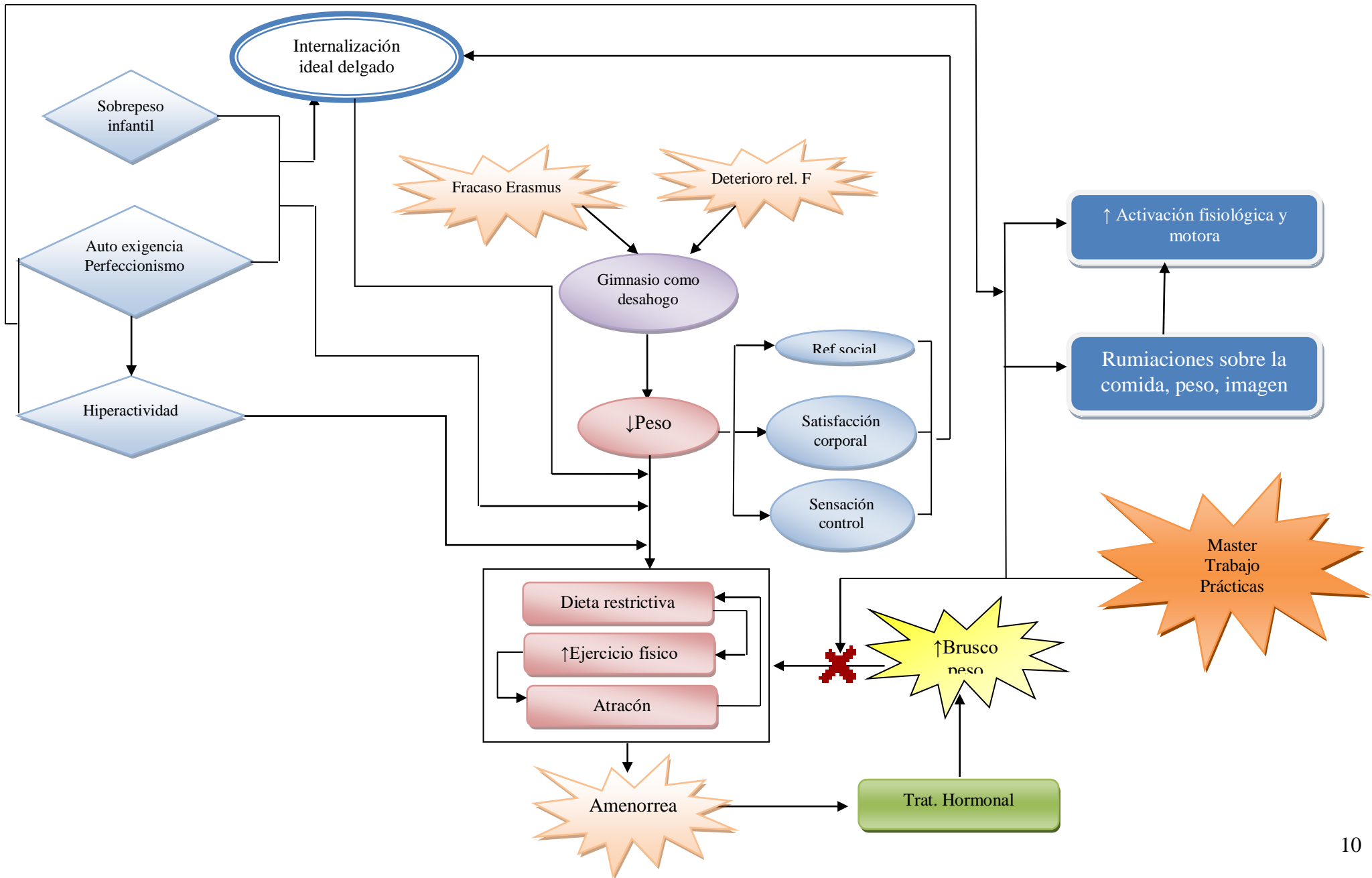


Escalas	Centil
Tendencia a la delgadez (DT)	99
Bulimia (B)	67
Insatisfacción corporal (BD)	80
Ineficacia (I)	14
Perfeccionismo (P)	69
Desconfianza interpersonal (ID)	41
Conciencia interoceptiva (IA)	52
Miedo a la maduración (MF)	13
Ascetismo (A)	82
Impulsividad (IR)	23
Inseguridad social (SI)	8

7. Programa de tratamiento:

Objetivos	Técnicas	Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la comprensión del problema, adherencia y preparación al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Devolución de información e hipótesis ✓ Explicación del plan de tratamiento 	1 Sesión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el peso y el estado nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicoeducación sobre los TCA: Teoría de set point biológico ✓ Contrato conductual 	1 Sesión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organización de la vida diaria ✓ Mejora del estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organización del tiempo, planificación de objetivos a C, M y L plazo. ✓ Planificación de actividades agradables 	2 Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la activación fisiológica ✓ Dotar a la paciente de HH autocontrol y afrontamiento del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicoeducación acerca de la ansiedad ✓ Respiración diafragmática ✓ Control E y programa de conductas alternativas ✓ Técnica solución de problemas ✓ Entrenamiento en Auto instrucciones 	3 Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modificación de creencias disfuncionales y eliminación de sesgos cognitivos ✓ Disminuir pensamientos anticipatorios 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestructuración cognitiva: Modelo ABC, sesgos cognitivos y Técnica de las 4 preguntas ✓ Identificación de PAN's y elaboración de pensamientos alternativos ✓ Para de pensamiento + Tiempo basura 	4 Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejora de la autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventario de mi misma ✓ Árbol de logros y cualidades ✓ Lectura de cartas ✓ Registro de cualidades y puesta en práctica durante la semana 	2 Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir la preocupación constante por el peso y la comida ✓ Disminuir miedo intenso a engordar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en el cambio perceptivo ,emotivo, cognitivo y conductual: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reestructuración cognitiva (creencias irracionales sobre la imagen, peso) ○ Exposición con prevención de R ○ Diseño de experiencias positivas y de placer con el cuerpo, ejercicios sensoriales, actividades placenteras, diseño de cumplidos hacia el propio cuerpo, etc. 	5 Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repaso de las técnicas aprendida ✓ Identificar situaciones de riesgo y programar soluciones alternativas 	2 Sesiones

HIPÓTESIS DE ORIGEN



HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

