



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención para pacientes con trauma  
psicológico y Bulimia Nerviosa

**Autora**

Sonia Beatriz Cotut

NIA:774709

**Director**

Víctor Martínez Loredo

**Grado de Psicología**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel**

**Curso 2021-2022**



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel**

**Universidad Zaragoza**

## Índice

Resumen .....	4
Abstract.....	4
1. Introducción .....	5
2. Objetivos .....	8
3. Metodología .....	9
3.1. Marco Teórico.....	9
3.2. Destinatarios .....	9
3.3. Instrumentos.....	10
3.4. Procedimiento .....	11
4. Cronograma.....	11
5. Sesiones.....	12
6. Evaluación de recursos disponibles y viabilidad.....	20
6.1. Recursos humanos .....	20
6.2. Recursos materiales .....	20
7. Evaluación de la intervención .....	21
8. Resultados esperados.....	22
9. Conclusiones .....	22
10. Referencias .....	24
ANEXO I. Criterios para diagnosticar TEPT según el DSM-IV-TR .....	27
ANEXO II. Escala Trauma de Davidson (DTS).....	29

ANEXO III. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3).....	30
ANEXO IV. Hoja de registro diario de alimentación.....	34
ANEXO V. Contenidos Sesión 2.....	35
ANEXO VI. Diario de conductas purgativas.....	36
ANEXO VII. Registro A-B-C .....	37
ANEXO VIII. Registro Preguntas de Desafío .....	38
ANEXO XIX. Evaluación participante .....	39

## **Resumen**

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por la presencia de síntomas que afectan a la adecuada funcionalidad del individuo en varias áreas como la social, la familiar o la laboral. Entre aquellos factores que explican este trastorno, estudios demuestran que existe relación con factores del TEPT, puesto que el haber sufrido un trauma podría mantener ciertos comportamientos propios del episodio bulímico. Es evidente que gracias a años de investigación se ha podido llegar a tratamientos eficaces para ambos trastornos. Sin embargo, se ve que no existe ningún tratamiento específico para esta población subclínica y es por ello por lo que el objetivo del siguiente trabajo es realizar una intervención integrada para personas que presentan un trastorno alimentario de tipo bulímico que hayan experimentado sucesos traumáticos, es decir, estar diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

## **Abstract**

Bulimia Nervosa is characterized by the occurrence of symptoms which affect the functionality of the individual in several areas including social, family and work. Research has shown a relationship between PTSD factors, since suffering a trauma could maintain specific behaviors typical of the bulimic episode. Obviously, thanks to years of investigations, it has been possible to reach effective treatments for both disorders. However, there is no specific treatment for this subclinical population and that is why the aim of the following project is to develop a combined intervention for people with a bulimic eating disorder who have experienced traumatic events, i.e., being diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

## 1. Introducción

En la actualidad, se está produciendo un aumento significativo en el número de casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ya sea por los canales mediáticos o por factores inherentes a la propia psicopatología. Según The American Journal of Clinical Nutrition el número de casos de TCA se ha duplicado en los últimos años. Se ha visto que la prevalencia ha incrementado en un 4,4% entre los años 2000 y 2018 (Ibsen et al., 2019) siendo más frecuentes en mujeres que en hombres y no habiendo diferencias significativas entre países industrializados. En el área clínica se aplica a aquellos episodios que se caracterizan por episodios de ingesta de grandes cantidades de comida constituida generalmente por un elevado índice calórico, asociada a una pérdida de control. Seguidamente la persona se ve abrumada por fuertes sentimientos de malestar y culpa, llegando a recurrir a acciones compensatorias de tipo purgativas para evitar un aumento de peso (Perpiñá, 2008). Según Fairburn y recogido en el manual de Belloch (2008), las tres características esenciales que definen el episodio bulímico son: (1) pérdida subjetiva de control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados, (2) conductas compensatorias destinadas al control del peso corporal y, (3) preocupación excesiva por la figura y peso corporal, llevada incluso al extremo. Se estima que la prevalencia de este trastorno el año pasado se encontraba entre 0,41- 2,49% en España (Martín et al., 2021).

La edad de inicio de la bulimia nerviosa (BN) es la adolescencia, siendo ésta una etapa crítica ya que es cuando se están produciendo cambios a nivel físico, psíquico y social. Además, se pueden observar una serie de factores que la potencian y la mantienen, es decir, sirven como indicativo del desarrollo y evolución del trastorno. Entre los factores de riesgo se encuentran los **temperamentales** (preocupación por el peso o ansiedad) o los **ambientales**, (disponibilidad de ciertos alimentos o el género) (APA, 2014). Según autores como Sagardoy et al. (2014) existen diferentes factores asociados a los trastornos

alimentarios como la baja autoestima, la inseguridad, los trastornos afectivos y los sucesos biográficos críticos que actuarían como factores precipitantes. Del mismo modo, las vivencias estresantes y los trastornos emocionales se considerarían factores predisponentes.

La relación entre experiencias traumáticas y el surgimiento de un TCA está siendo cada vez más estudiada. Sin poner de manifiesto una relación causa-efecto, sí que se ha visto que determinados factores como la disociación, dificultades en la regulación emocional y un elevado comportamiento autocrítico juegan un papel mediador, tal como se observa en una revisión sistemática realizada por los autores Rabito-Alcón, Baile y Vanderlinden (2021) en la que se analizaron 18 artículos para determinar la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia y la aparición de todo tipo de TCA. Se llegó a la conclusión de que el trauma podría estar funcionando como un mecanismo de defensa por el cual la persona evita la confrontación con la experiencia traumática, poniéndose de manifiesto un papel protector del trauma ante la conducta contraproducente del TCA.

En otro estudio realizado por los autores Tagay, Schlottbohm, Reyes-Rodríguez et al. (2014), se evaluó la frecuencia de los eventos traumáticos y el TEPT comórbido en mujeres con TCA analizándose la sintomatología postraumática y el papel de los recursos psicosociales. De una muestra de 103 pacientes mayores de 18 años, se encontró que un 25,5% de pacientes con BN cumplían los criterios para un diagnóstico de TEPT. Los instrumentos utilizados fueron el Essen Trauma-Inventory (ETI), especialmente las subescalas de evitación y disociación, el SOC-13 para evaluar el sentido de coherencia y el Social Support Questionnaire (SSQ).

La relación que existe entre TEPT y BN a nivel de sintomatología, así como los rasgos desadaptativos que se han podido desarrollar a partir de la vivencia traumática, son

indicativos de que hay que indagar en la historia de vida del paciente y tratar el malestar emocional que pueda estar potenciando el curso de la BN, siempre teniendo en cuenta la incapacidad que tiene el paciente para expresar sus propias emociones (alexitimia) (Pavía, 2011). Es importante trabajar en estas variables, ya que una inadecuada regulación emocional incrementa las conductas del episodio bulímico con el fin de acabar con los sentimientos de angustia, o como forma de manejar el malestar afectivo que se está produciendo en la persona (Sagardoy et al., 2014).

En la literatura se pueden encontrar varios modelos de tratamiento estandarizados y contrastados que muestran resultados eficaces. El principal autor que se va a tomar en consideración para el desarrollo de esta intervención es Christopher Fairburn, autor de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la BN. A pesar de ser un tratamiento establecido como eficaz, hay que mencionar que cuenta con una serie de limitaciones. La más significativa es que, la TCC no acaba con los síntomas de un gran número de pacientes que se someten a dicha intervención. En un estudio se encontró que sólo el 35% de los pacientes dejaban de cumplir criterios diagnósticos para la BN (Agras et al., 2000). Por lo tanto, se tendrá que aplicar a los restantes otro tipo de intervención, o una forma más individualizada para cada paciente como indican los autores Bernardino y Elia Roca (2001). Para explicar la baja eficacia del tratamiento estándar para la BN, así como el gran porcentaje de personas que no logran un cambio significativo, se pueden tener en cuenta una serie de variables que podrían estar interfiriendo, como los ya mencionados sucesos biográficos críticos, con una importante carga traumática, o síntomas propios del TEPT como la evitación de la experiencia traumática.

En conclusión, se tendrá en cuenta la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), pues este trastorno se caracteriza por la presentación de síntomas

específicos en respuesta a una reacción emocional (generalmente miedo intenso) al haber sido expuesto a uno o varios eventos traumáticos. Dichos síntomas serían los **emocionales** (anhedonia, cogniciones negativas), **comportamentales** (evitación, reexperimentación) o **disociativos** (APA, 2014). Se ha visto gracias al estudio ESEMeD que la prevalencia del TEPT en España en cuanto a población general es del 1,95% a lo largo de toda la vida (Haro et al., 2006). El TEPT cuenta con tratamientos validados que según el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) serían la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), la Terapia cognitivo-conductual (TCC), o la Terapia de exposición prolongada (TEP) (NICE, 2018). Para el diseño de esta intervención se utilizarán técnicas de la TPC cuyo objetivo último es hacer que el paciente recupere el control sobre su vida mediante la reconducción de sus pensamientos y el afrontamiento de los sucesos traumáticos, tal como explican Resick, Monson y Chard (2008).

Teniendo en cuenta que existen tratamientos eficaces y con una adecuada fiabilidad para los trastornos mencionados, se observa que no existe un tratamiento integrado para tratar ambas cuestiones en conjunto. Por lo tanto, tras las conclusiones sacadas de la revisión bibliográfica, el objetivo del presente trabajo es diseñar una intervención para personas con Bulimia Nerviosa y Trastorno de Estrés Postraumático.

## 2. Objetivos

El programa de intervención tiene como objetivo principal atender el malestar emocional de pacientes con Bulimia Nerviosa, al tratar de romper las conductas perjudiciales típicas de la bulimia mediante el tratamiento de la evitación de la experiencia traumática o la disociación, así como la exposición al trauma. Además, como objetivos específicos se podrían considerar: 1) extinción de las conductas de atracón del individuo,

2) eliminar las conductas purgativas tratando la evitación del trauma y 3) enseñar formas más sanas de lidiar con el malestar emocional para una mayor autorregulación.

### **3. Metodología**

#### **3.1. Marco Teórico**

Para el desarrollo de este programa de intervención se va a partir de las bases de los protocolos estandarizados ya existentes para los TCA, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de Fairburn y varias técnicas para el tratamiento del TEPT incluidas en la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) como forma de hacer consciente los pensamientos problemáticos que puedan estar interfiriendo en las conductas autodestructivas. Existen diferentes teorías que respaldan la sintomatología que se va a tratar en el desarrollo de esta intervención, como es el caso del condicionamiento clásico, donde los síntomas fisiológicos como el miedo, o los síntomas intrusivos se asocian a estímulos aversivos propios de la experiencia traumática. De esta manera, por el esfuerzo de eludir los síntomas angustiosos, la conducta de evitación estaría reforzada negativamente (Guerra y Plaza, 2009). Respecto a la problemática que ocupa la intervención, la conducta de comer podría estar reforzada negativamente por la evitación del trauma respecto a la vivencia traumática.

#### **3.2. Destinatarios**

Este programa va dirigido a pacientes diagnosticadas con Bulimia Nerviosa y TEPT mayores de 18 años que se encuentran en un curso de larga evolución sin tratamiento previo. En cuanto a rasgos sociodemográficos, se realizará independientemente de su cultura, nacionalidad, condición física, sexual y socioeconómica. Las pacientes que se beneficiarán de este programa serán aquellas derivadas de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental (USM) de Aragón. Por lo

tanto, se ha planteado intervenir en una unidad específica, como lo es la UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) que se encuentra en Zaragoza. A pesar de destinar el programa a una población concreta, se estima que otros grupos de personas pueden resultar beneficiados de forma indirecta como todo el equipo profesional encargado de llevar a cabo la intervención y los familiares de las pacientes, que pasarán a adoptar más conocimientos acerca de la problemática, así como más concienciación de la situación por la que están pasando. Es importante contar con el apoyo de la familia a la hora de intervenir, pues es el principal núcleo de apoyo social percibido.

### **3.3. Instrumentos**

Para determinar en qué manera se están cumpliendo las expectativas del programa, así como la eficacia del mismo, se aplicará una batería de cuestionarios en dos momentos temporales diferentes (T1 y T2, antes y después de la intervención) que muestran una adecuada fiabilidad y validez. Por un lado, se pasará la *Davidson Trauma Scale* (DTS) (Davidson, Malik y Travers, 1997) para observar en qué medida se están dando los síntomas de TEPT en la fase de pretratamiento. Este cuestionario consta de 17 ítems que representan la sintomatología recogida en los criterios que se establecen en el DSM-IV para dicho trastorno: el criterio B (ítems 1-4 y 17), el criterio C (ítems 5-11) y criterio D (ítems 12-16) (ANEXO 1). El paciente debe contestar en una escala tipo Likert (0=nunca; 4=diariamente) tanto a la frecuencia como a la gravedad, por lo que habrá dos resultados para cada subescala. Los autores propusieron como punto de corte un resultado de 40 en la prueba para diagnosticar el trastorno (Bobes et al., 2000). Asimismo, llegaron a la conclusión de que es especialmente eficaz para determinar los cambios en el tratamiento.

Además, para evaluar el curso y evolución de la BN en sus aspectos más sintomatológicos contestarán al *Eating Disorders Inventory-3* (EDI-3) (Garner, 2004) en

forma de autorregistro que consta de 91 ítems con formato tipo Likert (0=nunca; 5=siempre) que presenta varias subescalas específicas para trastornos alimentarios además de índices psicológicos. Para determinar la validez de la prueba y discriminar la aleatoriedad se han incorporado escalas como la impresión negativa y la inconsistencia (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, Lizana & Aravena, 2017).

### **3.4. Procedimiento**

Se prevé implementar el programa en un espacio específico donde se trabaje con esta población clínica más detenidamente, por lo que se ha escogido la UTCA como un centro idóneo para el desarrollo de la actividad. Aquellas pacientes que han sido diagnosticadas con ambos trastornos pasarán a ser usuarias de este programa de intervención, tras haber realizado el respectivo análisis funcional de la conducta problema. La primera sesión se establece como primer contacto para conocer la situación, se tomarán algunos datos personales y se pasará la forma T1 de evaluación. En esta primera sesión se explicarán las intenciones de la intervención y se procederá al desarrollo de las sesiones. En la última sesión con cada paciente se pasará la forma T2 de la evaluación de la intervención y se comentarán las expectativas que se han obtenido. Finalmente, se realizarán sesiones de seguimiento durante los próximos meses como forma de observar el mantenimiento del cambio.

## **4. Cronograma**

Desde el momento en el que se derivan aquellas pacientes con BN y TEPT, éstas formarán parte del programa de intervención, cuya duración total será de 4 meses donde las sesiones serán de 90 minutos de duración. La estructura y organización de las sesiones se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. *Cronograma de las sesiones*

	<i>Semana</i>	<i>Contenido</i>
Etapa 1	Semana 1	Sesión 1/ T1
	Semana 2	Sesión 2
	Semana 3	Sesión 3
	Semana 4	Sesión 4
Etapa 2	Semana 5	Sesión 5
	Semana 6	Sesión 6
	Semana 7	Sesión 7
	Semana 8	Sesión 8
	Semana 9	Sesión 9
	Semana 10	Sesión 10
	Semana 11	Sesión 11
Etapa 3	Semana 12	Sesión 12
	Semana 13	Sesión 13
	Semana 14	Sesión 14 / T2

## **5. Sesiones**

La estructura del programa se compone de 14 sesiones agrupadas en tres etapas diferentes con una duración de 90 minutos la sesión. En la primera etapa se trabajarán aspectos conductuales de la bulimia y del TEPT; en la segunda etapa, se trabajarán tanto aspectos cognitivos como aspectos emocionales con relación al trauma. La tercera etapa constará de sesiones de mantenimiento del cambio y seguimiento por parte del profesional. En las tablas 2, 3 y 4 se muestran los contenidos dichas sesiones clasificadas por etapas.

Tabla 2. *Cronograma Etapa 1*

ETAPA 1
---------

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1ª y 2ª Sesión	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera toma de contacto</li> <li>- Explicación intervención y problemática</li> <li>- Monitorización ingesta</li> <li>- Introducción Autorregistro</li> <li>- Relato de impacto</li> <li>- Administración T1</li> </ul>
3ª Sesión	Control de estímulos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control estímulos en la ingesta</li> <li>- Búsqueda conductas alternas</li> <li>- Patrón ingesta regular</li> <li>- Lista actividades agradables</li> <li>- Consecuencias purgas</li> </ul>
4ª Sesión	Exposición	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición en imaginación</li> <li>- Técnicas de relajación</li> <li>- Lista tareas que evoquen pensamientos problemáticos</li> </ul>

Tabla 3. *Cronograma Etapa 2*

ETAPA 2		
<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
5ª Sesión	Pensamientos intrusivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación pensamientos problemáticos</li> <li>- Introducción registros A-B-C</li> <li>- Técnica <i>control del pensamiento</i></li> </ul>
6ª y 7ª Sesión	Puntos de estancamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación puntos de estancamiento</li> <li>- Registro Preguntas de Desafío</li> <li>- Autoculpa</li> </ul>
8ª y 9ª Sesión	Distorsiones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Errores de razonamiento</li> <li>- Mitos de la BN</li> <li>- Lista tareas que evoquen pensamientos problemáticos</li> <li>- Autoafirmaciones</li> </ul>
10ª Sesión	Emociones y Sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación en Mindfulness</li> <li>- Potenciación Apoyo Social</li> <li>- Estrategias regulación emocional</li> <li>- Conclusiones</li> </ul>

11ª Sesión	Seguimiento familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista familiar</li> <li>- Seguimiento pautas establecidas</li> <li>- Impresiones</li> <li>- Actividades actuales</li> </ul>
------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 4. *Cronograma Etapa 3*

ETAPA 3		
<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
12 y 13ª Sesión	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo expectativas</li> <li>- Prevención de recaídas</li> <li>- Mantenimiento del cambio</li> </ul>
14ª Sesión	Fin intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresiones intervención</li> <li>- Administración T2</li> <li>- Conclusiones</li> </ul>

A continuación, se presenta el desarrollo de dichas sesiones:

### **Sesiones 1 y 2. Presentación**

*Objetivos:* conocer la finalidad de la intervención; creando un clima de confianza o rapport entre psicólogo y paciente, realización del pre-test (T1) comprendido por dos escalas de evaluación, monitorización de la ingesta y verbalización del trauma.

*Duración:* 90 minutos

*Materiales:* 2 escalas: DTS (ANEXO II) y EDI-3 (ANEXO III) y hoja de registro diario de alimentación (ANEXO IV).

Las dos primeras sesiones constarán de una primera toma de contacto entre el profesional de psicología que se encargará de llevar a cabo este programa y la paciente, pues, se trata de establecer un clima de confianza donde la paciente tenga su propio espacio en el que sentir seguridad y poder ser escuchada desde el respeto y la

comprensión. En este primer contacto se tomarán datos personales como el genograma familiar. Se explicará la finalidad del programa, y se preguntará al paciente cuáles son sus expectativas con dicha intervención. Se hará una breve explicación sobre síntomas comunes de la BN y del TEPT y una breve explicación de síntomas como la evitación (pensamientos, lugares, personas, actividades, falta de emociones, etc.).

Se pasará a la monitorización de la ingesta, mediante la cumplimentación de una hoja de autorregistro de la ingesta que rellenará semanalmente. Además, hacia la sesión 2 se le pedirá la elaboración de un Relato de Impacto de sus experiencias traumáticas, es decir, una tarea práctica en la que el paciente ha de escribir sobre cómo sus experiencias han incidido en sus creencias acerca de sí misma y de los demás; así como se explicarán qué reacciones ante el trauma llevan al TEPT y cómo se relacionan con la bulimia (ANEXO V).

### **Sesión 3. Control de estímulos**

*Objetivos:* concretar pautas de acción para un mayor control de los estímulos asociados a la ingesta, búsqueda de conductas alternativas a las conductas de vómito, establecer un patrón de ingesta regular y conocer las consecuencias de las conductas purgativas y cuándo éstas tienen lugar.

*Duración:* 90 minutos

*Materiales:* diario de conductas purgativas (ANEXO VI)

En esta sesión tendrá lugar una concienciación sobre la conducta purgativa, se explicarán sus efectos dañinos a nivel físico y de salud y cómo este tipo de conductas no logran resultados eficaces. Concienciar, además, que sólo la ingesta regular podrá reestablecer los niveles adecuados en sangre para lograr un mayor bienestar, así como la

reducción de las conductas de atracón. De este modo se tratará de introducir un patrón de ingesta conformado de 5 comidas diarias (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena) con no más de 3 horas de intervalo entre una y otra, y se seguirá con los autorregistros. En esta sesión se trabajarán aspectos conductuales de la ingesta, se explicará en qué medida su conducta está relacionada con el ambiente, y, cómo la presencia de personas en el momento de la ingesta puede ayudar a controlar los estímulos aversivos. Estas medidas de control de estímulos incluyen no realizar otras actividades durante la ingesta o comer siempre en el mismo lugar de la casa. Se buscarán alternativas al vómito en el momento del pico de la angustia. En esta sesión, se llevará un seguimiento de los autorregistros anteriores, así como se llevará a cabo una lista de actividades agradables como sustitución del episodio bulímico. Se introducirá el diario de registro de conductas purgativas como instrumento de medida de pensamientos y sentimientos que acaecen en el momento del episodio bulímico, así como de la frecuencia de éste.

#### **Sesión 4. Exposición**

*Objetivos:* disminuir las reacciones intensas ante estímulos relacionados al trauma y dotar de apoyo para aumentar la capacidad de afrontamiento de aquellos estímulos aversivos asociados a la problemática.

*Duración:* 90 minutos

Durante esta sesión se trabajarán técnicas como la exposición en imaginación con el fin de aumentar la capacidad de afrontamiento y la disminución de reacciones fisiológicas como el miedo intenso o sentimientos de angustia. En esta sesión se trabajará además técnicas de relajación que se aplicarán en aquellos momentos de mayor angustia antes de realizar una conducta de atracón. De esta manera se logrará la disminución de estas conductas además de un mayor autocontrol a la hora de enfrentarse a dichas

situaciones. Finalmente, se trabajará conjuntamente en la realización de un listado de actividades agradables para reforzar las emociones positivas.

### **Sesión 5. Pensamientos intrusivos**

*Objetivos:* promover técnicas que faciliten un mayor control de los pensamientos o síntomas intrusivos y concienciar sobre conexión entre emociones, sentimientos y pensamientos.

*Duración:* 90 minutos

*Materiales:* registro A-B-C (ANEXO VII)

Esta sesión seguirá la línea de la anterior, pues se pretende aumentar la concienciación de la paciente de cómo sus pensamientos inciden directamente en su conducta. En esta sesión se introduce el registro A-B-C para manifestar la conexión entre los sucesos, los pensamientos y las emociones relacionados con el trauma además de técnicas como *control del pensamiento* para paliar aquellos pensamientos automáticos que estén afectando de manera directa o indirecta en su conducta de alimentación. Esta técnica permite evocar de forma voluntaria el síntoma intrusivo con el fin de detenerlo y tener mayor control sobre él (Guerra y Plaza, 2009).

### **Sesiones 6 y 7. Puntos de estancamiento**

*Objetivos:* conocer qué son los puntos de estancamiento e identificar los propios de la paciente y modificación de creencias previas.

*Duración:* 90 minutos

*Materiales:* notas de punto de estancamiento y registro Preguntas de Desafío (ANEXO VIII).

Esta sesión consta de una explicación sobre los puntos de estancamiento, es decir, la relación que existe sobre las creencias previas y las creencias tras el suceso traumático. Incidir sobre los puntos de estancamiento de la paciente constituye el primer paso para la reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales que se tienen acerca de la bulimia. Se pedirá a la paciente que escriba sus posibles puntos de estancamiento para, posteriormente, analizarlos durante la sesión. Además, se introducirá el registro de Preguntas de Desafío, un registro que permite cuestionarse sus creencias problemáticas extraído del manual de Resick y Monson (2008).

### **Sesiones 8 y 9. Distorsiones cognitivas**

*Objetivos:* conocer y reducir los errores de procesamiento y observar cómo los suyos propios influyen en sus conductas y enseñar mitos de la bulimia.

*Duración:* 90 minutos

En las dos siguientes sesiones se trabajarán los errores de procesamiento o distorsiones cognitivas y cómo éstas distorsionen influyen en sus propias creencias, siguiendo las sesiones anteriores, se trabajarán aspectos cognitivos para erradicar las creencias irracionales respecto a la comida relacionadas con la vivencia de la experiencia traumática. Por lo que se explicarán distorsiones típicas de la BN como la abstracción selectiva o la sobregeneralización. Además, esta sesión será de educación respecto a su problemática, incidiendo sobre algunos aspectos que se consideran mitos o creencias contraproducentes del trastorno alimentario.

### **Sesión 10. Emociones y sentimientos**

*Objetivos:* trabajar nociones básicas de Mindfulness para dotar de habilidades de regulación emocional, así como educar sobre diferencia entre emociones y sentimientos

e identificarlas en situaciones cotidianas.

*Duración:* 90 minutos

En esta sesión se trabajarán nociones sobre el manejo de las emociones, empezando con psicoeducación para trabajar las diferencias que existen entre emociones y sentimientos y cómo al ser reacciones que no se mantienen estables en el tiempo no definen su persona. Se trabajarán aspectos del Mindfulness como forma de dotar de más estrategias para paliar el malestar emocional, así como la identificación de emociones diarias y en qué medida se corresponden con las situaciones que experimentan.

### **Sesión 11. Seguimiento familia**

*Objetivos:* obtener información a través de la familia para una mayor concienciación familiar.

*Duración:* 90 minutos

En esta sesión se llevará a cabo una entrevista familiar para recoger información acerca del proceso de la intervención fuera del ámbito de la consulta. Se preguntará sobre expectativas que tienen, sobre cómo ven a la paciente durante el transcurso de los últimos dos meses y sobre cuál es su actividad diaria en las últimas semanas.

Las últimas tres sesiones constarán de sesiones de seguimiento para determinar en qué medida sus expectativas están siendo realistas, así como para un mantenimiento del cambio. En la sesión 12 y 13 se tendrán en cuenta aspectos para la prevención de recaídas. En la sesión 14 se administrará la forma T2 de evaluación de la intervención y un cuestionario para recoger su opinión y se comentarán algunas conclusiones sobre el fin de la intervención.

## **6. Evaluación de recursos disponibles y viabilidad**

Este proyecto de intervención será subvencionado por el Servicio Aragonés de Salud y la Diputación del Gobierno de Aragón gracias a la aprobación del mismo de acuerdo con la legislación vigente. En cuanto al análisis de viabilidad, las técnicas empleadas, así como los recursos a utilizar están basados en la evidencia, ofrecen garantía en los resultados del tratamiento. El presupuesto estimado para la implementación de este programa es de 12000 euros para efectuar la contraprestación del servicio por parte del psicólogo/a, así como para los materiales empleados en el transcurso de la intervención. Por lo tanto, la realización de este programa resulta viable en términos económicos y de localización puesto que no supone la obtención de materiales de gran coste ni la instalación de un espacio de trabajo. Un aspecto que podría dificultar la viabilidad sería contar con un psicólogo clínico especialista en trastornos de la conducta alimentaria, puesto que es una profesión en la cual la demanda excede a la oferta y no se cuentan con los profesionales suficientes a nivel nacional. Además, se utilizarán una serie de recursos que se explican a continuación.

### **6.1. Recursos humanos**

En cuanto a recursos humanos, se contratará un psicólogo especialista de área con formación necesaria para llevar a cabo el programa y que atenderá a cada paciente una vez por semana.

### **6.2. Recursos materiales**

En cuanto a los recursos materiales que se detallan en la tabla 5, aparecen tanto instalaciones y mobiliario, así como material fungible que se emplearían en el transcurso del programa.

Tabla 5. *Recursos materiales*

<i>Instalaciones/Mobiliario</i>	<i>Material fungible</i>
Sala habilitada para consultas en la UTCA del hospital N <sup>a</sup> Señora de Gracia	Cuestionarios DTS y EDI-3
Sala de espera	Autorregistro alimentación
Camilla	Diario conductas purgativas
Sillas	Registro A-B-C
	Hoja Preguntas de discusión
	Bolígrafos
	Folios
	Gel hidroalcohólico

## **7. Evaluación de la intervención**

Uno de los aspectos esenciales a la hora de implantar un programa de intervención es conocer en qué medida se están cumpliendo los objetivos. Para ello se realiza la evaluación de los resultados y como se ha mencionado en el apartado de instrumentos metodológicos se cuenta con un pre-test (T1) realizado la primera semana de la intervención y un post-test (T2) realizado la última semana de la intervención. Se busca comprobar si los participantes han obtenido una puntuación inferior la segunda vez que realizan la prueba, lo cual sería un indicativo de que la intervención está dando resultado. De esta manera el profesional puede observar si el programa resulta adecuado y útil.

Además, también se ha de evaluar los procesos llevados a cabo en la intervención para valorar los efectos que está teniendo el programa. Respecto a la procedencia de los evaluadores, se realizaría una evaluación mixta realizada tanto por el propio profesional como por un evaluador externo al programa, para obtener una información más objetiva. Por otro lado, se realizará una evaluación al final del programa donde se recogerá la opinión de los participantes, así como sugerencias de mejora (ANEXO XIX).

## **8. Resultados esperados**

En base a la literatura analizada sobre la relación entre las conductas bulímicas y síntomas relacionados con la vivencia de experiencias traumáticas, se espera que en la administración de la batería T1 obtengan resultados que apoyen el diagnóstico de presentar BN y haber experimentado una experiencia traumática. De esta manera, al implantar este programa integrado es que las pacientes acaben con las conductas contraproducentes propias del trastorno alimentario, así como una mayor gestión del malestar emocional tras haber trabajado la exposición y concienciación del trauma que, de forma cíclica, mantenía estas conductas. Si el programa resulta eficaz se espera que en la segunda administración de pruebas o T2 las pacientes obtengan puntuaciones inferiores para considerar que, respecto a su condición médica, ya no presenten los síntomas característicos para ninguno de los dos trastornos y que, éstas, sean inferiores respecto a la T1. Además, a largo plazo se espera que las pacientes consigan extrapolar las cuestiones trabajadas durante las sesiones con el objetivo de prevenir las recaídas en el futuro, puesto que, estarán dotadas de las herramientas necesarias para ello.

## **9. Conclusiones**

El aumento de casos de TCA, así como la baja eficacia del tratamiento estándar para trastornos como la BN, plantea la existencia de factores que mantienen la sintomatología y que van más allá de la idealización de la delgadez o la preocupación del peso. En este sentido, se ha de poner más énfasis en la dimensionalidad de los trastornos mentales y entender que los procesos básicos se han de ver como un conjunto que actúan en sintonía. Es por ello, que la intervención presentada, trata de cuestionarse que el patrón conductual de la bulimia abarca más que el hecho de llevar a cabo conductas perjudiciales para la salud y tratar de incidir directamente en las causas subyacentes. Sin embargo, la

efectividad del programa se podría ver mermada por la existencia de otros factores asociados a la conducta alimentaria sin una evidencia clara de experimentación traumática o, incluso podrían quedar fuera del programa aquellas pacientes que por el propio efecto del trauma psicológico se activara un mecanismo de defensa por el cual la persona no recuerde la existencia de tales vivencias. A pesar de estas limitaciones, cabe mencionar que prima el bienestar del paciente y que, con una adecuada alianza terapéutica, se mejore la calidad de vida para recuperar una adecuada funcionalidad.

## 10. Referencias

- Agras, W., Walsh, T., Fairburn, C., Wilson, G. & Kraemer, H. (2000). A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 459-466  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.459>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Belloch, A., Bonifacio, S., & Francisco, R. (2008). *Manual de psicopatología*. Vol. 1 McGraw-Hill-Interamericana.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. & Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. (“Instrucciones Escala de Trauma de Davidson - VSIP.INFO”) *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana Calderón, P., Aravena Winkler, M. & Haemmerli Delucchi, C. (2017). Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 847-855.
- Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D., ... & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 27(1), 153-160.
- Garner, D. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Guerra, C., & Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), 103-129 <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2009.17130>
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.

- Ibsen, D., Jakobsen, M. & Overvad, K. (2019). Statistical models in nutritional epidemiology: more focus on the interpretation and argumentation for variable selection. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 110(6), 1510-1510.
- Martín, P., Martínez, J., Valecillos, A., García, L., Berasaluce, M. & Díaz, P. (2021). Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(4), 230-239.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE (2018). *Guideline 116. Post-traumatic stress disorder* [Archivo pdf]  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- Pavía, G. (2011). Bulimia Nerviosa, ¿trastorno o criterio? Revisión etiológica de la bulimia nerviosa: a propósito de un grupo de apoyo. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(1), 1-32.
- Perpiñá, C. (2008). *Trastornos alimentarios*. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) (2008). *Manual de psicopatología*. Vol. 1 (pp. 403-421) McGraw-Hill-Interamericana.
- Rabito-Alcón, M., Baile, J. & Vanderlinden J. (2021) Mediating Factors between Childhood Traumatic Experiences and Eating Disorders Development: A Systematic Review. *Children* 8(2), 114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
- Resick, P., Monson, C. & Chard, K. (2008). *Cognitive processing therapy veteran/military version: Therapist Manual*. Department of Veterans' Affairs.
- Roca, E., & Roca, B. (2001). *La bulimia nerviosa y su tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn* [Archivo pdf]  
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/articulo2.pdf>
- Roca, E. (octubre-noviembre de 1999) *Manual de T.C.C de Fairburn para la Bulimia Nerviosa* (Traducción Elia Roca) Curso “Habilidades del terapeuta y análisis de casos” [Archivo pdf]  
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/ManTerapeutaFairburn.pdf>

Sagardoy, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A., & Morales, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19-37.

Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders*, 22(1), 33-49.

## **ANEXO I. Criterios para diagnosticar TEPT según el DSM-IV-TR**

---

### **F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)**

---

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

---

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

---

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
  3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
  4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
  5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
  6. Restricción de la vida afectiva (*p.ej., incapacidad para tener sentimientos de amor*)
  7. Sensación de un futuro desolador (*p.ej., no esperar obtener un empleo, casarse, formar una familia, o, en definitiva, llevar una vida normal*).
- 

**D.** Síntomas persistentes de aumento de la actividad (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
  2. Irritabilidad o ataques de ira
  3. Dificultades para concentrarse
  4. Hipervigilancia
  - 5 Respuestas exageradas de sobresalto
- 

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C Y D) se prolongan más de 1 mes.

---

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

---

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses.

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses.

---

*Especificar si:*

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

---

## ANEXO II. Escala Trauma de Davidson (DTS)

Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

### Frecuencia

0 = Nunca  
 1 = A veces  
 2 = 2-3 veces  
 3 = 4-6 veces  
 4 = A diario

### Gravedad

0 = Nunca  
 1 = A veces  
 2 = 2-3 veces  
 3 = 4-6 veces  
 4 = A diario

		Frecuencia	Gravedad
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3	¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?		
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).		
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?		
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos/metas?		
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14	¿Ha estado irritable o ha tenido exceso de ira?		
15	¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido “en”?		
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

### ANEXO III. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3)

*Instrucciones: Las siguientes afirmaciones describen actitudes sentimientos y comportamientos relacionados con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.*

*En cada afirmación tiene que decidir si lo que se escribe le pasa a ud.:*

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

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo comer cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
5	Suelo hartarme de comida.	0	1	2	3	4	5
6	Me gustaría ser más joven.	0	1	2	3	4	5
7	Pienso en ponerme a dieta.	0	1	2	3	4	5
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	0	1	2	3	4	5
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	0	1	2	3	4	5
10	Me considero una persona poco eficaz.	0	1	2	3	4	5
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
14	La infancia es la época más feliz de la vida.	0	1	2	3	4	5
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
16	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
17	Confío en los demás.	0	1	2	3	4	5
18	Me siento solo en el mundo.	0	1	2	3	4	5
19	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	0	1	2	3	4	5
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.	0	1	2	3	4	5
22	Preferiría ser adulto a ser niño.	0	1	2	3	4	5

23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.	0	1	2	3	4	5
24	Me gustaría ser otra persona.	0	1	2	3	4	5
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.	0	1	2	3	4	5
27	Me siento incapaz.	0	1	2	3	4	5
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.	0	1	2	3	4	5
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	0	1	2	3	4	5
30	Tengo amigos íntimos.	0	1	2	3	4	5
31	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	0	1	2	3	4	5
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	0	1	2	3	4	5
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	0	1	2	3	4	5
36	Me fastidia no ser el mejor en todo.	0	1	2	3	4	5
37	Me siento seguro de mí mismo.	0	1	2	3	4	5
38	Suelo pensar en darme un atracón.	0	1	2	3	4	5
39	Me alegra haber dejado de ser un niño.	0	1	2	3	4	5
40	No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.	0	1	2	3	4	5
41	Tengo mala opinión de mí.	0	1	2	3	4	5
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos.	0	1	2	3	4	5
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.	0	1	2	3	4	5
47	Me siento hinchado después de una comida normal.	0	1	2	3	4	5
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.	0	1	2	3	4	5
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
50	Me considero una persona valiosa.	0	1	2	3	4	5
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste asustado o enfadado.	0	1	2	3	4	5
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	0	1	2	3	4	5
53	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se	0	1	2	3	4	5

	acerca demasiado.						
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	0	1	2	3	4	5
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	0	1	2	3	4	5
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	0	1	2	3	4	5
59	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	0	1	2	3	4	5
61	Como o bebo a escondidas.	0	1	2	3	4	5
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	0	1	2	3	4	5
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	0	1	2	3	4	5
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	0	1	2	3	4	5
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	0	1	2	3	4	5
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	0	1	2	3	4	5
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.	0	1	2	3	4	5
69	Suelo sentirme a gusto la mayor parte de las situaciones de grupo.	0	1	2	3	4	5
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.	0	1	2	3	4	5
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.	0	1	2	3	4	5
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente.	0	1	2	3	4	5
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.	0	1	2	3	4	5
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.	0	1	2	3	4	5
76	La gente comprende mis verdaderos problemas.	0	1	2	3	4	5
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	0	1	2	3	4	5
78	Comer por placer es signo de debilidad moral.	0	1	2	3	4	5
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.	0	1	2	3	4	5
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	0	1	2	3	4	5
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	0	1	2	3	4	5
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.	0	1	2	3	4	5
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad.	0	1	2	3	4	5
84	Tengo la sensación de que todo sabe mal.	0	1	2	3	4	5
85	Tengo cambios de humor bruscos.	0	1	2	3	4	5

86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.	0	1	2	3	4	5
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor.	0	1	2	3	4	5
89	Sé que la gente me aprecia.	0	1	2	3	4	5
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.	0	1	2	3	4	5
91	Creo que realmente sé quién soy	0	1	2	3	4	5

**ANEXO IV. Hoja de registro diario de alimentación**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Desayuno							
Almuerzo							
Comida							
Merienda							
Cena							
Bebidas día (agua, refrescos...)							
Actividad física							

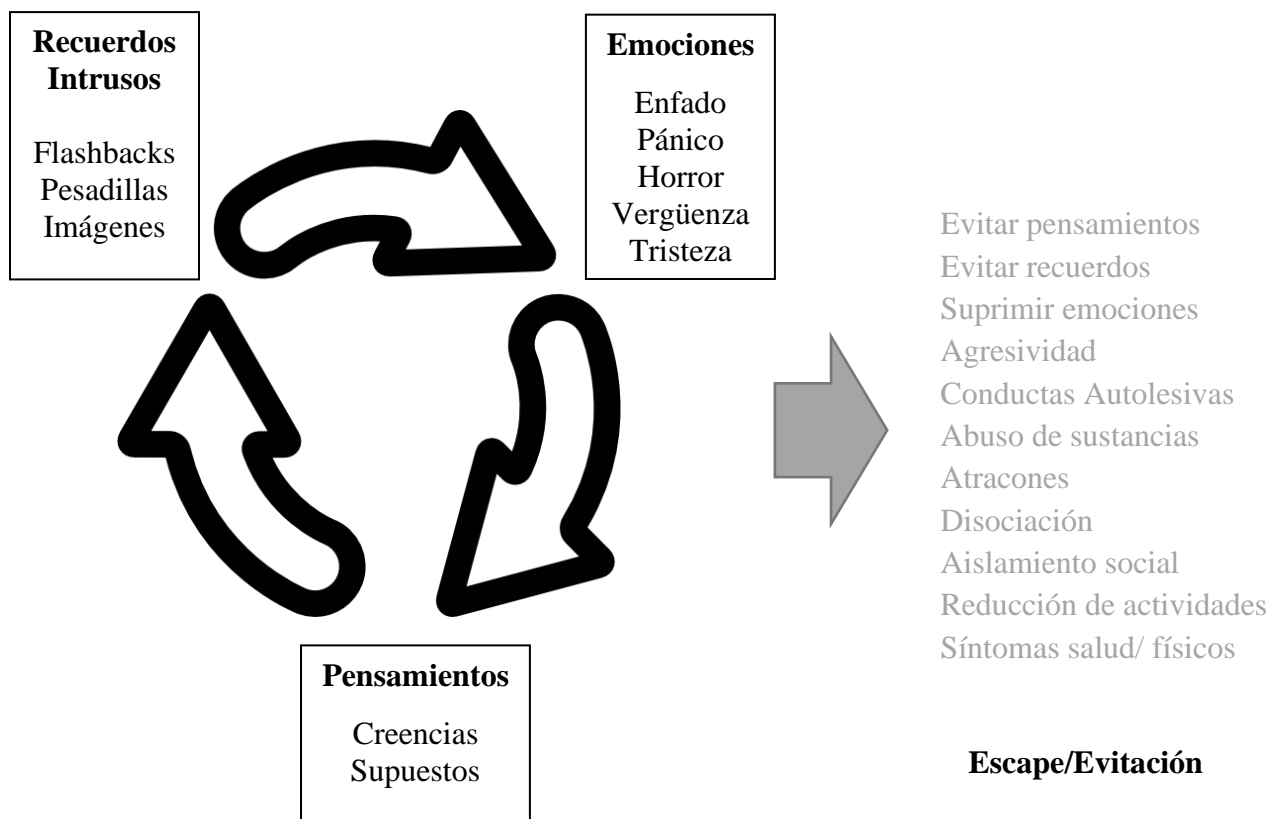
## ANEXO V. Contenidos Sesión 2

### Relato de Impacto

Una de las tareas de procesamiento cognitivo que se realizan a fin de hacer consciente en qué medida un suceso traumático incide en la vida del paciente es la de “Relato de Impacto”. Según el manual de Resick y Monson se introduce la tarea de la siguiente manera:

*“Por favor, escribe al menos una página sobre qué crees que te sucedió este acontecimiento traumático. No se trata de escribir cosas específicas sobre el suceso traumático. Se trata de escribir sobre los efectos que este acontecimiento traumático ha tenido en tus creencias sobre ti mismo, sobre los otros y sobre el mundo respecto a seguridad, confianza, estima e intimidad.”*

### Reacciones ante el trauma que llevan al TEPT según Resick y Monson



**ANEXO VI. Diario de conductas purgativas**

MOMENTO DEL DÍA ¿Cuándo empezó?	SITUACIÓN (Lugar, acompañantes, etc.)	ANTECEDENTES ¿Qué estaba pasando?	CONDUCTA PURGATIVA	INTENSIDAD DEL IMPULSO (Del 1 al 10)	CONSECUENCIAS (¿Qué sucedió después? ¿Qué pensaste?)

**ANEXO VII. Registro A-B-C**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

A ACONTECIMIENTO ACTIVADOR	B INTERPRETACIÓN	C CONSECUENCIA

¿Son realistas los pensamientos que he puesto en “B”? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\*INSTRUCCIONES: En la columna “C” se corresponde con aquella emoción que siento en un determinado momento. Esta emoción va seguida de un pensamiento sobre mí mismo: ¿Qué me digo a mí mismo? Se ve reflejado en la columna “B”. La columna “A” se corresponde con la situación en la que dicho pensamiento ha tenido lugar.*

## **ANEXO VIII. Registro Preguntas de Desafío del manual de Resick y Monson**

*INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista de preguntas para ayudarle a desafiar sus creencias problemáticas o poco adaptativas. No todas las cuestiones serán apropiadas para las creencias que elija desafiar. Responda tantas cuestiones como pueda para la creencia que haya elegido desafiar.*

Creencia: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esa idea?

**A FAVOR:**

**EN CONTRA:**

2. ¿Su creencia es un hábito o está basada en hechos?
3. ¿Sus interpretaciones están demasiado alejadas de la realidad para ser verdaderas?
4. ¿Su pensamiento está expresado en términos de “todo o nada”?
5. ¿Está utilizando palabras o frases exageradas o muy extremas? (*p.ej.: siempre, para siempre, nunca, necesito, debo, no puedo, cada vez*).
6. ¿Está sacando la situación fuera de contexto y centrándose solo en un aspecto del suceso?
7. ¿Es fiable la fuente de información?
8. ¿Está confundiendo la **baja** probabilidad con la **alta** probabilidad?
9. ¿Están sus juicios basados en emociones más que en hechos?
10. ¿Se está centrando en factores irrelevantes?

## ANEXO XIX. Evaluación participante

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*A continuación, se presentarán una serie de cuestiones sobre el programa de intervención en el que ha participado. Esperemos que haya sido de su agrado y que haya podido notar una mejora. Valoramos su más sincera opinión. Muchas gracias.*

1. Marque con un círculo el grado de satisfacción con el trabajo realizado.

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2. Marque con un círculo si cree que han sido útiles los aspectos trabajados en las sesiones.

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

3. Marque con un círculo si considera que su trabajo ha hecho que mejoraran varios aspectos de su vida en los últimos meses.

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

4. Observaciones propias que le gustaría destacar.

---

---

---