



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROPUESTA DE UNA TERAPIA
PARA UNA MUJER OBESA DE 28 AÑOS**

Trabajo previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

AUTORA: JUANA CAROLINA DÁVILA LOYOLA

DIRECTOR: MASTER GERARDO PEÑA CASTRO

CUENCA –ECUADOR

2010

A mis hijos:
Alejandra
Diego Andrés y
Nicolás

AGRADECIMIENTO

A mi esposo e hijos, que me han brindado un apoyo incondicional para continuar con mis proyectos; a mis padres, quienes, con su ejemplo, han sabido inculcar en mí el espíritu de responsabilidad y dedicación.

A mi director de tesis, Máster Gerardo Peña Castro, por su apoyo, orientación y comprensión en el desarrollo y culminación de este proyecto.

ABSTRACT ESPAÑOL

La presente investigación del caso de una mujer obesa de 28 años pretende construir una propuesta terapéutica recopilando toda la información necesaria para comprender el problema de la paciente, cómo se originó dicho problema y por qué sigue teniéndolo en la actualidad.

Esta propuesta consiste en que nosotros como terapeutas participemos en la conducta de la paciente, pero responsabilizándola y haciéndola protagonista a ella de sus actos, utilizando una serie de estrategias y habilidades con el fin de ayudar a cambiar actitudes y comportamientos respecto a su conducta alimentaria adictiva; pero, sobre todo, manteniendo este nuevo estilo de vida y concienciándola de que la conducta no sólo hace referencia a lo que se hace, sino también a lo que se piensa y a lo que se siente.

ABSTRACT ENGLISH

This case study of a 28-year-old obese woman aims to build a therapeutic proposal gathering all the required information to understand the patient's problema; such as how the problema originated and why she continues to have it.

This proposal puts the therapists as active participants in the behavior of the patient while making her responsible for her own actions. This therapy uses a variety of strategies and skills with the objective of helping change her attitude and conduct in relation to her compulsive eating behavior; but above all, helping her to maintain this new lifestyle and making her conscious that behavior doesn't just refer to what you do but also what you think and feel.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Abstract en español.....	iii
Abstract en inglés.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO 1 LA OBESIDAD

1.1. DEFINICIÓN.....	3
1.2. CLASIFICACIÓN.....	4
1.2.1. Tipos de Obesidad.....	4
1.3. ETIOLOGÍA.....	4
1.3.1. Genética.....	4
1.3.2. Socioeconómica.....	5
1.3.3. Metabólica.....	5
1.3.4. Psicológica.....	5
1.3.5. Sociocultural.....	6
1.3.6. Sedentarismo.....	6
1.3.7. Neuroendocrina.....	6
1.3.8. Medicamentosa.....	7
1.3.9. Nutrición altamente calórica	7
1.4. ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE LA OBESIDAD.....	7
1.4.1. Criterio Diagnóstico.....	9
1.4.2. Diagnóstico Diferencial.....	10
1.5. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL.....	11

1.6. EFECTOS.....	12
-------------------	----

CAPITULO 2 DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

2.1. HISTORIA CLINICA.....	14
2.2. ENTREVISTA CON LOS FAMILIARES.....	19
2.3. BATERÍA DE TESTS Y RESULTADOS.....	19
2.4. INFORME PSICODIAGNÓSTICO.....	25

CAPITULO 3 PROPUESTA DE UNA TERAPIA BASADA EN LA ENTREVISTA

MOTIVACIONAL Y SUS RECURSOS

3.1.REVISIÓN BIBLIOGRAFICA DE LA TERAPIA.....	26
3.2.ESCOGER LAS ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA.....	30
3.2.1. Construir una motivación para el cambio.....	30
3.2.2. Utilizando los resultados de la evaluación.....	31
3.2.3. Afrontando la resistencia.....	33
3.2.4. Fortaleciendo el compromiso para el cambio.....	35
3.3. PLAN TERAPÉUTICO.....	39

CONCLUSIONES.....	43
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	45
--------------------------	-----------

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Vamos a presentar el caso de una mujer obesa de 28 años de edad, ella es madre de familia, casada, con tres hijos. Su problema es frustrante, tanto para ella, como para el médico y psicólogos que la han tratado. Su etiología se ha considerado como multifactorial, ya que participan factores genéticos, endocrinológicos, metabólicos, ambientales y psicológicos. Esta obesidad que ella presenta se considera un factor de riesgo para su salud, lo cual se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad, estos temas serán vistos con mayor claridad en el capítulo 1.

Los tratamientos que ella ha realizado durante algunos años atrás han sido llenos de dificultades y fracasos, ya que los resultados en gran medida son dependientes del autocontrol y la motivación que presenta la paciente; al no obtener un cambio permanente en su estilo de vida, ha presentado una gran frustración y desesperanza.

Es muy importante la repercusión que la obesidad tiene sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social. La paciente presenta una pobre imagen de sí misma y expresa sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, presenta dificultades para hacer amigos. La discriminación desencadena en ella actitudes antisociales, que la conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava la obesidad.

Ella ha tenido que enfrentarse a la discriminación, ocasionando que coma compulsivamente, presentando un largo historial de desórdenes alimentarios que se caracterizan por los atracones y las variaciones de peso. En el capítulo 2 se realizará una historia clínica completa, con su batería de reactivos aplicados y entrevista a

familiares, para proceder a un diagnóstico exacto de su enfermedad y así poder plantear en el capítulo 3 una propuesta con la que se pretende que la paciente alcance una motivación justa y vista desde el punto de ella como necesaria para lograr un autocontrol en sus impulsos, utilizando las mejores estrategias de la entrevista motivacional para su caso específico.

CAPÍTULO 1 LA OBESIDAD

Muchos estudios aceptaron durante años una causalidad psicológica en la obesidad, manifestada en particular por la sobrealimentación. Esta perspectiva ha cambiado por completo. Los problemas psicológicos de los obesos son vistos ahora más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza y no como una causa de obesidad.

1.1. DEFINICIÓN

La obesidad se define como un exceso de almacenamiento de energía en forma de grasa, que se manifiesta por un peso inadecuadamente elevado, cuando este es comparado con el de sujetos de la misma edad y sexo, es una enfermedad crónica con repercusiones negativas para la salud, y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 25 unidades.

La obesidad humana es una condición heterogénea y multifactorial en cuya aparición están implicados numerosos factores etiológicos, entre los que la herencia y el medio ambiente juegan un importante papel. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>, según la Organización mundial de la salud)

1.2. CLASIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud:

La obesidad se mide a partir de indicadores de sobrepeso, como el índice de masa corporal (peso en kilogramos sobre talla en metros al cuadrado).

- Obesidad de Clase I -IMC de 29.9 a 34.9
- Obesidad de Clase II -IMC de 35 a 39.9
- Obesidad de Clase III -IMC de 40 ó más

1.2.1. Tipos de obesidad

De acuerdo a Jorge Braguinsky, la distribución de la grasa corporal posee los siguientes tipos:

- Obesidad androide: Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.
- Obesidad ginecoide: Predomina en abdomen inferior, caderas, nalgas y glúteos. Es más frecuente en mujeres.

1.3. ETIOLOGIA

1.3.1. Genética

El 80% de los hijos de 2 padres obesos son obesos, el 40% de los hijos de un matrimonio cuando uno de la pareja es obeso, sufre de esta enfermedad y solo el 10% de las personas son obesas cuando ninguno de sus padres lo es.

Un hecho contundente es que los hijos adoptan los malos hábitos de los padres, muchos niños se encuentran comiendo la misma cantidad de comida de un adulto y quizás la obesidad en los niños inicia con una madre que se complace al ver a sus hijos comer en forma abundante.

Los genes involucrados en la obesidad pueden considerarse como predisponentes y pudieran estar actuando uno o varios de ellos.

1.3.2. Socioeconómica

Estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales.

1.3.3. Metabólica

El uso energético de las calorías varía considerablemente entre una persona y otra. Algunas personas son más eficientes en lo que se refiere a la utilización de calorías para poder mantener la temperatura corporal y para llevar a cabo los procesos metabólicos.

1.3.4. Psicológica

Se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes

obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales.

Se considera que los cambios psicológicos en la obesidad, son una consecuencia y no una causa de la misma.

1.3.5. Sociocultural

Definitivamente todo el entorno que nos rodea es una gran influencia para desarrollar la obesidad. Todo el entorno social gira alrededor de la comida y la bebida. Muchas veces la comida es un “premio” al comportamiento, o el “mejor cierre” para un buen negocio.

1.3.6. Sedentarismo

El sedentarismo es una de las principales causas de la obesidad, y está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo.

El hecho de incrementar la actividad física hace que el cuerpo tenga que utilizar más calorías y logra que el balance calórico del cuerpo sea más favorable.

1.3.7. Neuroendocrina

- Obesidad de origen en el hipotálamo.
- Enfermedad de cushing (niveles altos de cortisol).
- Hipotiroidismo (baja de niveles de tiroides).
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Deficiencia de hormona de Crecimiento.

1.3.8. Medicamentosa

Los antidepresivos de origen tricíclico han demostrado un aumento de grasa y una ganancia de peso importante, presentando obesidad.

Los tratamientos largos a base de corticoides han demostrado un aumento de grasa y de peso, también presentando obesidad.

1.3.9. Nutrición altamente calórica

Definitivamente el consumo de más calorías que las que nuestro cuerpo requiere provoca que el balance calórico vaya acumulando más calorías y por cada 7 500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumenta 1 kg. de peso, y esto conduce a un cuadro de obesidad.

Todas estas causas son obtenidas de google académico:
(<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/obesidad/obesidad07.html>)

1.4. ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE LA OBESIDAD

Al parecer el DSM-IV:

Este trastorno se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo.

Algunos individuos manifiestan que sus atracones están desencadenados por estados de ánimo disfóricos, como depresión y

ansiedad. Otros se ven incapaces de identificar desencadenantes concretos, pero si pueden manifestar una sensación inespecífica de tensión, que el atracón consigue aliviar. Otro grupo de individuos otorga una cualidad disociativa al atracón (sensación de embotamiento o de estar drogado). Finalmente, muchas personas se pasan todo el día comiendo sin horarios ni desencadenantes definidos.

Los individuos con este patrón alimentario que son vistos en los centros asistenciales presentan grados variables de obesidad. La mayoría de los sujetos se han sometido a dietas en numerosas ocasiones y se confiesan desesperados por las dificultades que entraña el control sobre la ingesta de comida. Algunos continúan intentándolo, mientras otros han abandonado cualquier intención de realizar una dieta debido a sus continuos fracasos. En las clínicas de adelgazamiento los individuos con este trastorno muestran, como media, en comparación con los que no lo presentan, un mayor grado de obesidad y una mayor fluctuación de peso a lo largo de su vida.

Estos individuos pueden declarar que el trastorno interfiere en sus relaciones interpersonales, su trabajo o su capacidad para aceptarse y agradarse a si mismos. Si los comparamos con individuos con igual peso que no padecen el trastorno, en el primer grupo de constatan porcentajes superiores de autoaversión, descontento de la propia imagen, depresión, ansiedad, preocupación por el cuerpo y mayor susceptibilidad ante los demás. También puede haber una mayor

prevalencia de trastorno depresivo mayor, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la personalidad.

1.4.1. Criterio diagnóstico

El DSM-IV considera:

Criterios de investigación para el trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

- (1) ingesta, en un corto período de tiempo (p.ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo bajo circunstancias similares.
- (2) Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto esta comiendo)

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

- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
- (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
- (3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
- (4) comer a solas por esconder su voracidad

(5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. (745, 746, 747, 748)

1.4.2. Diagnóstico diferencial

Según el DSM-IV:

Bulimia nerviosa

A diferencia de la bulimia nerviosa, en la que se emplean estrategias compensatorias inadecuadas para contrarrestar los efectos nocivos de los atracones, en el trastorno que aquí se describe no es frecuente el empleo de tales estrategias.

Trastorno depresivo

En el trastorno depresivo mayor son frecuentes los episodios de sobreingesta, que generalmente no suelen llegar a atracones. Los atracones como trastorno aislado solo deben diagnosticarse cuando el individuo manifiesta que, durante los episodios de sobreingesta, experimenta una sensación subjetiva de pérdida de control

acompañada de tres de los síntomas recogidos en el Criterio B. muchos individuos sienten malestar a causa de episodios de sobreingesta que no son propiamente atracones.

1.5. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Cada eje concierne a una área distinta de información que puede ayudarnos a los clínicos al planteamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados.

EJE I: Trastorno de la conducta alimentaria no especificada. [307.50]

Este eje describe todos los trastornos clínicos u otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

EJE II: No hay diagnóstico. Características de personalidad obsesivo-compulsivo y características de personalidad dependiente.

El eje II incluye los trastornos de personalidad y el retraso mental, también puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.

EJE III: Obesidad tipo II.

En el eje III se indican las enfermedades médicas actuales que son relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto.

EJE IV: Ninguno.

En el eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales.

EJE V: EEAG=65(actual).

El eje V incluye la opinión de nosotros como clínicos acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para plantear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

1.6. EFECTOS

La relación de la mujer con su cuerpo se ha ido modificando con el cambio de su imagen de mujer-madre, confinada en su casa, por la de mujer-madre-modelo social, lo cual determina una mayor exigencia que parte de su necesidad de autoestima, pero también de las presiones externas. En los últimos tiempos la muy fuerte presión social y cultural sobre el cuerpo femenino lleva a la preocupación por el peso, al dietismo y a la disconformidad con el propio cuerpo, que pueden presentarse hasta en un 90% de las mujeres en nuestra cultura. La influencia de los medios de comunicación desde la infancia determina que cada vez más niñas y adolescentes absorban el mensaje de que un cuerpo armonioso y delgado les facilitará los caminos afectivos y laborales. (Braguinsky, La obesidad 163)

Por muchos años la obesidad fue considerada como un trastorno con fuertes determinantes conductuales manifestados psicopatológicamente en sobrealimentación. Se creía que los obesos comían en respuesta a sentimientos negativos como frustración, tristeza o inseguridad, y la comida era vista como proveedora de bienestar en ausencia de otras fuentes de consuelo. Esta visión ha cambiado 180 grados, cuando se observa más la psicopatología en

los obesos, esta se ve más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza, que como una causa de la obesidad. (244)

Con este capítulo podemos entender que la obesidad es una enfermedad seria que pone en riesgo la vida del ser humano, y como esta se ve afectada en diferentes ámbitos de este caso clínico.

Mientras el peso sea más elevado, más difícil controlarlo y este sigue en aumento. Existen muchas causas por las cuales se presenta, pero sobre todo lo importante que es entender como esta se produce en el caso de esta mujer que vamos a evaluar más adelante, y que sepamos diferenciar como profesionales de otros diagnósticos como la bulimia nerviosa.

CAPITULO 2 DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

2.1. HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

Nombres y apellidos: Mujer de 28 años con obesidad

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 5 de junio de 1981

Sexo: Femenino

Edad: 28 años 11 meses

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Profesión: QQDD

Fecha de elaboración de la historia: 9 de abril del 2010

Motivo de consulta

Paciente acude a consulta refiriendo problemas en su actitud respecto a la alimentación y su efecto en su vida cotidiana. Expresa que ha empezado a presentar problemas físicos y le preocupa ya que ella todavía es una mujer joven.

Fuente de información: Mixta y confiable

Padecimiento Actual

Es una mujer de 28 años de edad, casada, madre de familia de 3 hijos, dedicada a su hogar, actualmente presenta problemas en su actitud respecto a la alimentación y el efecto que tiene en su vida cotidiana.

Sus padres, hijos y esposo se encuentran preocupados por esta situación ya que cada día ven como su peso aumenta gradualmente y ella presenta una gran desmotivación respecto a afrontar su problema.

Se ha caracterizado siempre por ser una persona alegre, animada, dedicada a su familia y organizada. La obesidad que ella presenta es crónica y actualmente le esta causando una gran ansiedad y frustración, como también problemas físicos, y con su ambiente social.

La obesidad que ella presenta desencadena problemas psicológicos como es la falta de seguridad personal, carencia de felicidad, falta de autocontrol, falta de armonía con la familia, dificultad para vestir, falta de autoestima, dificultad para asistir a eventos sociales, dificultad con la pareja, falta de motivación, exceso de placer hacia la comida y sobre todo una gran desmotivación.

Interrogatorio de aparatos y sistemas

Existe problemas en el sueño, ella comenta que el doctor le ha dicho que si no se logra controlar el peso se podría producir una apnea del sueño, ya que algunos síntomas ya se han presentado, como en algunas ocasiones se levanta con taquicardia y con una gran angustia, ella pensaba que era ansiedad pero el doctor le diagnostico lo anteriormente mencionado.

El apetito dice ella que es excelente pero que en muchas ocasiones come una gran cantidad de comida a pesar de no tener apetito que ella mismo se asusta y que se siente llena pero con un gran malestar, expresa que en muchas ocasiones come a escondidas porque sus padres y esposo se asustan. Al preguntarle si se purga, realiza ayuno o ejercicio físico después de estos atracones ella dice que ha intentado algunas ocasiones pero que no puede. Las funciones excretorias son normales.

Antecedentes personales patológicos

En la infancia se presentan muchos berrinches a causa de que se le ha quiso controlar en la alimentación pero ella rechazada totalmente ese control, la madre expresa que muchas veces trataba de compensar dándole gusto en todo lo que ella pedía debido al poco tiempo que pasaba con ella ya que trabajaba porque sus padres se divorciaron y la madre le mantenía sola. Su lenguaje y desarrollo fueron normales.

Menstruo a los 11 años de edad, su período debido a su obesidad es irregular cada seis meses y el ginecólogo le dijo que se debía a su constante aumento de peso.

Presenta síntomas asmáticos, rinitis y sinusitis alérgica pero dice que cada vez que baja de peso todo esto desaparece.

Antecedentes heredo-familiares

El padre actualmente también presenta obesidad y la madre sobrepeso, dice ella que al padre le diagnosticaron algún trastorno de personalidad hace años, la paciente dice que el padre tiene un carácter muy difícil y que por eso su madre le pidió el divorcio, al hablar de todo esto ella comienza a llorar.

Condición socio-económica

Es muy buena la casa donde vive es propia y cuenta con todos los servicios básicos.

Psicobiografía

Es hija única de sus padres biológicos, pero tiene una hermana por parte de madre de 19 años y otra por parte de padre de 13 años. La madre dice que fue una hija muy deseada porque ella en esas épocas estaba muy enamorada de su ex esposo,

se cuidó mucho en su embarazo ya que anteriormente ya había perdido un bebé, y trato de que este período sea muy tranquilo a pesar de las continuas peleas con el padre de la paciente. El parto fue normal, y la madre dice que fue una niña muy normal en su desarrollo.

Núcleo Familiar: El padre biológico vive en Estados Unidos dice que su relación no es muy buena porque nunca le ve y habla muy pocas veces, que él es un hombre muy difícil de carácter. Su madre a los 7 años de la paciente contrae matrimonio la paciente dice que al comienzo sintió muchos celos pero que el nuevo esposo supo ganarse el cariño ella siempre le ha dicho papa, porque él siempre ha estado a su lado apoyándola en todas las circunstancias. Dice que su hogar siempre fue perfecto que hubo mucha armonía y cuando nació su hermana nunca sintió celos porque ella siempre tuvo su lugar.

Primera infancia: Lactó hasta el año de edad, siempre durmió en su propia cama. La madre dice que siempre fue muy social, cariñosa.

Niñez o etapa escolar: Al entrar al kínder siempre le fue difícil despegarse de su madre dice que lloraba porque le extrañaba mucho, fue un período donde los padres se divorciaron y ella dice que no entendía muy bien lo que ocurría que no le gustaba irse con su padre sola la paciente dice que ella cree que ahí empezó sus primeros síntomas de ansiedad. A los 10 años de edad nace su hermana por parte de madre dice la paciente que ella nunca ayudó mucho a la crianza de su hermana ya que sus padres no querían que ella se sintiera incómoda pero ella actualmente cree que esto no fue correcto ya que ella era su hermana y tenía que colaborar.

Adolescencia: Era una buena estudiante, ella expresa que le afectaba mucho su sobrepeso por fiestas y ropa pero que en lo posible maneja bien las situaciones, tuvo

algunos novios. A los 17 años se encuentra embarazada de su novio que actualmente es su esposo, le afecto mucho su embarazo al inicio ya que dice que ella era muy inmadura aún, se casaron y les fue muy bien hasta el día de hoy expresa.

Nivel de instrucción: Actualmente es una profesional pero se dedica al cuidado de sus hijos por lo que aún están pequeños.

Vida social: Su vida social se ha visto muy afectada por su obesidad ya que se siente mal, no tiene ropa que ponerse y se siente avergonzada hacia el resto de su incremento tan notorio de peso, por eso no sale mucho y se ha encerrado mucho en actividades solo con sus hijos y esposo, cree que por la frustración debido a su descontrol en la alimentación le ha causado muchos conflictos con sus padres, ya que ellos siempre le están insistiendo que baje de peso.

Personalidad Premórbida: La actitud consigo misma es muy castigadora es especial con lo referente a su obesidad, se siente desmotivada y presenta deseos por bajar de peso pero a la vez con mucha desesperanza porque es mucho peso el que tiene que perder.

Sus puntos positivos es que es muy colaboradora, honesta y se abre con gran facilidad, está dispuesta a intentar lo que sea para que le ayuden con su problema.

Conducta durante la realización de pruebas

Se muestra durante la aplicación de los tests colaboradora, expresiva, de estado de ánimo sereno, realiza las pruebas con agilidad, prisa.

2.2. ENTREVISTA CON LOS FAMILIARES

Al entrevistar a la madre ella se muestra muy abierta y colaboradora, expresa que lo único que ella quiere es que su hija baje peso para que pueda tener una mejor calidad de vida que ella se da cuenta que su hija sufre mucho pero que a la vez no toma esa decisión firme de bajar de peso, también dice que ellos se han esforzado mucho económicamente para ayudarla con tratamientos físicos y psicológicos pero que ella empieza muy entusiasmada y luego se desmotiva.

Al entrevistar al padrastro el se encuentra un poco molesto ya que dice que el no entiende como su hija no quiere cuidarse que asumido una posición muy cómoda y que solo da gusto a su paladar sin importarles todo el daño físico y emocional que se esta haciendo, sin contar con lo más importante que son sus hijos y esposo, pero que lo único que quiere es apoyarla para crear en ella una motivación y esta la impulse a cambiar su vida.

El momento de entrevistar al esposo el se muestra muy calmado y expresa sus sentimientos de amor hacia ella pero la apoya en lo que ella decida, comenta que el no es muy colaborador en las dietas ya que le encanta comer fuera y el no tiene problemas de sobrepeso, dice que lo único que quiere es que ella sea feliz y ve que actualmente su obesidad le esta afectando en muchos aspectos de la vida de la paciente.

2.3. BATERÍA DE TEST Y RESULTADOS

Test de frases incompletas de Rotter:

Es un test proyectivo que consta de una serie de 40 palabras o frases que inician una oración que debe completar el sujeto, las cuales se comparan con las que

aparecen en el cuaderno de corrección del test, puntuándose según sus indicaciones de 0 a 6. La suma total de puntos sería un indicador del grado de adaptación del sujeto.

Resultado:

Puntaje 125, el grado de conflicto que presenta esta por sobre la norma, lo que sugiere conflictos y desajustes psicológicos, especialmente relacionados a la imagen corporal (peso), sentimientos de culpa e inseguridad sobre las actitudes dirigidas hacia el futuro, ansiedad.

HTP:

Es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de nuestra personalidad.

Con los dibujos recreamos cuál es la manera de vernos a nosotros mismos, así como la forma que verdaderamente nos gustaría ser. Cada dibujo constituye un autorretrato proyectivo a diferente nivel: con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen muy cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana. En el de la casa proyectamos nuestra situación familiar y en el del árbol el concepto más profundo de nuestro Yo.

Resultado:

Correcta identificación sexual

Sensibilidad defensiva, necesidad de mantenerse apartada (interacción social)

Rasgos de personalidad dependiente

Evasión, inhibición, introversión, egoísmo

Dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales

Narcisismo, refinamiento, esmero, rasgos histriónicos

Explosividad, impresionabilidad, carga y descarga instantánea de afectos

Sentido de complacencia, tacto hacia los demás

Preocupaciones somáticas

Irritabilidad, agresividad, alto nivel de energía, actitud de mando

Impaciencia, prisa, ansiedad

Rasgos obsesivos compulsivos

Tradicionalismo, pasividad

Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria 8.1.5 (ACTA):

El objetivo de este cuestionario es el de evaluar la actitud frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 59 ítems, distribuidos en 6 subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída. El ACTA es un instrumento fácil de administrar con adecuada fiabilidad y

validez, cuyo empleo dentro del enfoque motivacional puede aportar información de utilidad en cuanto al conocimiento del proceso terapéutico.

Resultado:

Precontemplación: 10, refleja un bajo insight, rechaza tener una enfermedad

Contemplación: 34, sugiere alto grado de ambivalencia (reconoce que tiene un problema pero no hay decisión para cambiar)

Decisión: 31, siente la necesidad de cambio

Acción: 30, actitud dirigida a modificar o cambiar

Mantenimiento: 9, evaluación de los cambios logrados, bajo.

Recaída: 19, percepción subjetiva del empeoramiento, moderado.

Motivación: 44, poca motivación hacia la resolución de su situación

Escala de Evaluación de la imagen corporal de Gardner:

Se trata de un cuestionario de 11 siluetas, la silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a la izquierda tienen puntuaciones negativas de (-1 a -6) y las situadas a la derecha obtienen puntuaciones positivas de (1 a 6).

Primero la paciente señala con una “P” la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una “D” la silueta que desearía tener.

Posteriormente nosotros señalamos con una “R” su estimación de la imagen corporal real de la paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el índice de insatisfacción de la imagen corporal, y la diferencia

entre la imagen percibida y la real se considera el índice de distorsión de la imagen corporal.

Resultado:

El índice de satisfacción con la imagen corporal es insatisfactorio

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido la paciente durante los últimos cinco años, dicho cuestionario es fácil de hacer y de corregir, y aunque no sirve para hacer diagnósticos oficiales, porque puede dar falsos positivos, sí sirve para tener una idea de qué tipos de trastornos de la personalidad tiene la persona, y descartar la existencia de trastornos de la personalidad.

Resultado:

Los puntajes alcanzados en el cuestionario revelan la presencia de rasgos de personalidad dependiente (6), además la presencia notoria de rasgos histriónicos y obsesivo compulsivo.

Inventario de trastornos de la alimentación 8.1.1. (EDI):

Evalúa los síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, se utiliza en personas que presentan un trastorno de alimentación. Mide 11 escalas, obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social.

Resultado:

Se aprecian rasgos psicológicos y comportamentales comunes a un trastorno por atracón o mejor llamado “descontrol alimentario”, o una posible bulimia nerviosa.

Sintomatología bulímica 14 = Percentil 67

Impulso a la delgadez 14 =Percentil 68

Insatisfacción corporal 15 = Percentil 71

Test de Bulimia de Edimburgo 8.1.3 (BITE):

Es un test que sirve para medir si se alimenta de forma anormal y tiene riesgo de sufrir una bulimia. Se trata de una escala autoadministrada en forma de afirmaciones con 33 apartados y en cada pregunta se ha de elegir una sola respuesta, se valora en una escala entre 1 y 0 puntos, correspondiendo al número que hay detrás de la contestación que el paciente elige, se anotan los puntos que se van sumando a medida que se realiza el cuestionario.

Resultado:

De acuerdo a los puntajes obtenidos podemos apreciar un comportamiento muy alterado (25), posible bulimia nerviosa.

Grado de severidad, 10 gravedad significativa.

Escala de Hamilton para evaluar ansiedad:

La escala consta de 14 cuestiones, cada una con una puntuación de 0 a 4, esta se efectúa mediante una entrevista voluntaria, preguntando al paciente acerca de los síntomas aparecidos la semana precedente. Mide la gravedad de los síntomas de la

ansiedad, como ansiedad, tensión, estado del ánimo deprimido, palpitaciones, dificultad para respirar, trastornos del sueño, inquietud y síntomas físicos.

Resultado:

Puntaje 15 ansiedad moderada.

2.4. INFORME PSICODIAGNÓSTICO

Se aprecia la prevalencia de rasgos de personalidad dependiente, matizada con rasgos histriónicos y obsesivo compulsivos, un estado emocional ansioso, la presencia de sentimientos de inseguridad, inferioridad y de culpa, además se evidencia una conducta impulsiva, actitudes y sentimientos que aparentemente influyen en una relación distante con su ambiente social y una tendencia al aislamiento. Pensamiento de curso normal, inteligencia normal.

Hay que recalcar la presencia importante de signos y síntomas psicológicos propios de un trastorno por atracón.

En este capítulo 2 realizamos una completa historia clínica de la paciente, aplicando una batería de tests adecuados para un diagnóstico correcto y corroborando con entrevistas a familiares, con esto se logro tener más claro los aspectos de la vida de ella y centrarnos en cuales han sido sus fallas para continuar con la propuesta terapéutica.

CAPITULO 3 PROPUESTA DE UNA TERAPIA BASADA EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y SUS RECURSOS

3.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA TERAPIA

Las personas muchas veces se encuentran paralizadas ya que persisten en patrones de conducta que les dañan a sí mismas y a las personas que les rodean, esta conducta adictiva busca la gratificación a corto plazo generando un daño a largo plazo, esto es una condición crónica con gran tendencia a la recaída. Existen muchas personas con dificultades en la toma de decisiones esto es un gran problema de falta de motivación.

La entrevista motivacional está destinada a ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar, esta centrada en el paciente, aquí el terapeuta combina elementos de enfoques directivos y no directivos.

Algo que está muy presente en las conductas adictivas es el conflicto entre la indulgencia y la restricción. La entrevista motivacional ofrece validez a las experiencias y perspectivas subjetivas del paciente y evita la persuasión basada en la discusión, esta es de gran ayuda ya que permite escuchar, reconocer y practicar la aceptación de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del paciente. Hay que tener muy en cuenta los riesgos y responsabilidades que esto implica ya que el paciente adquiere un gran poder en la terapia.

La confrontación debe ser el objetivo no un estilo, este forma parte del proceso de cambio y por lo tanto es parte del proceso de ayuda, ya que verse a uno mismo y la situación por la que está atravesando es el primer paso para el cambio.

“ La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro”. (Miller. Rollnick, La entrevista motivacional 37)

La realidad de cualquier proceso de cambio es que la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable, la recaída es un acontecimiento normal o un estado más del cambio, entonces se podría decir que cada recaída acerca más al paciente a la recuperación, esto no quiere decir que se estimula al paciente a la recaída pero si es una perspectiva realista para evitar que se desmotiven o se derrumben cuando se produce una recaída.

La primera etapa de la rueda del cambio es la precontemplación, es decir, que la persona sabe que tiene un problema aunque no es consciente de el. Luego sigue la contemplación, aquí la persona considera y rechaza el cambio a la vez, aquí el terapeuta ayuda a que la balanza sea más pesada a favor al cambio, la tercera etapa es la determinación, esta es considerada como una ventana para una oportunidad, la cuarta etapa es la de acción, las personas consideran como la etapa de inicio, sin embargo la intención de cambiar no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo, la quinta etapa es la de mantenimiento, aquí consiste en mantener el cambio conseguido y prevenir la recaída, si se presenta la recaída la tarea del individuo es de empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes de permanecer inmóvil en dicha etapa. Como dijimos en un inicio las recaídas son normales pero aquí el terapeuta juega un

papel fundamental ya que es el encargado que el paciente no se desmoralice y continúe el cambio.

Es de gran importancia que el terapeuta aumente la motivación respecto al cambio brindando estrategias:

Ofreciendo Consejo: Un consejo en el momento preciso y dado de una forma adecuada tendrá un efecto impresionante, pero este debe identificar claramente el problema, explicar porque el cambio es importante y recomendar un cambio específico.

Eliminando obstáculos: Se deben identificar los obstáculos que podrían obstaculizar la terapia, como factores económicos, cuidado de hijos, transporte, etc., también puede darse el caso que una persona tenga miedo que el cambio produzca consecuencias adversas sobre su vida.

Ofreciendo alternativas: Los pacientes deben de sentir libertad y responsabilidad de una elección personal.

Disminuyendo la deseabilidad: Un patrón de conducta que persiste a pesar de las consecuencias negativas se mantiene por otros incentivos positivos, se debería aclarar primero estos incentivos positivos para luego poder disminuirlos, anularlos o compensarlos. En este período la familia juega un papel fundamental ya que si estas personas le facilitan continuar con el problema haciendo que este parezca normal, ignorándolo o protegiendo a la persona de las consecuencias, el cambio es menos probable que se produzca. Si las personas que le rodean le expresan su preocupación, le ofrecen ayuda y nombran las consecuencias negativas del problema entonces la motivación para el cambio aumenta.

Practicando la empatía: La empatía no es una tendencia a identificarse con las experiencias de la persona, sino es una habilidad que se puede aprender y el objetivo es el de comprender el significado de los demás a través del uso de la escucha reflexiva.

Ofreciendo un feedback: A veces el paciente no sabe donde se encuentra, y no tienen suficiente información de su situación actual, este conocimiento es crucial en la motivación para el cambio, las preocupaciones de familiares y amigos es un feedback, el terapeuta debe proporcionar información sobre el problema actual, sus consecuencias y riesgos.

Aclarando los objetivos: El feedback no es suficiente solo, se debe comparar con algún otro patrón, algunas conductas son consideradas normales dentro de algunos grupos por eso es importante que se pueda ver el objetivo de una manera realista y alcanzable.

Ofreciendo ayuda activa: Como terapeuta debemos estar interesados de forma activa y afirmativa en el proceso de cambio del paciente. Aunque el paciente es el que decide, el terapeuta influye en gran manera como tomar la decisión. A veces los pacientes dejan de acudir a las sesiones, el terapeuta debería llamar o enviar una nota, con el riesgo de que el paciente pierda un poco la responsabilidad, pero el objetivo común de los dos es que la terapia continúe.

Comprender la ambivalencia que presenta una conducta adictiva, es un estado de la mente en la que la persona tiene sentimientos conflictivos simultáneos sobre algo. Aquí se produce un apego, es como una dependencia psicológica llegando a depender de la comida porque les ayuda a relajarse, a sentirse a

gusto, a olvidar, a hablar con las personas, o asentirse mejor, con el tiempo se hace difícil enfrentarse sin la conducta adictiva.

El aumento de la autoestima es un prerrequisito necesario para que surja la motivación para el cambio, en las conductas adictivas se ven muchas veces acompañadas de alguna alteración de los procesos de autocontrol, lo que se desea es ayudar a fortalecer las habilidades para que el paciente avance en las etapas de precontemplación y contemplación, a una fase de disponibilidad para el cambio. (38- 76)

3.2. ESCOGER LAS ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA

3.2.1. Construir una motivación para el cambio

El objetivo general en esta primera etapa es el de construir una motivación para el cambio, el paciente en esta etapa se encuentra en la etapa de contemplación o precontemplación.

“Las actuaciones del terapeuta incluso en una sola sesión tendrán una poderosa influencia sobre la resistencia del paciente y sobre los efectos a largo plazo” (Miller y Sovereign, 1989)

Con este enfoque lo que se pretende crear es la propia motivación del paciente, entonces debemos tener en cuenta que el paciente no puede asumir un rol pasivo de receptor del consejo de un experto. También es importante que el terapeuta no etiquete ya que puede provocar una resistencia innecesaria, si el terapeuta presiona con demasiada rapidez a fin de centrar la discusión en la adicción el paciente es probable que se distancie o se ponga a la defensiva. Otro tema a tratar es de quién es la culpa del problema?, el terapeuta deberá cortar este sentimiento de culpabilidad, ya que lo importante no es el culpable, sino más bien

que es lo que le preocupa y que se puede hacer para resolverlo. (Miller. Rollnick, La entrevista motivacional 93 -100)

Las personas que acuden a terapia tienen muchas expectativas, por eso desde un inicio se debe proporcionar al paciente una simple estructura de la terapia en general.

Durante la primera fase es importante que el terapeuta cree una atmósfera de aceptación y confianza, estimulando al paciente que hable la mayor parte del tiempo y creando preguntas abiertas que no den respuestas cortas, en la segunda fase se trata de escuchar reflexivamente, es decir, se intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir, en la tercera fase esta afirmar, es de mucha utilidad afirmar y apoyar al paciente durante el proceso terapéutico, se realiza en forma de comentarios positivos frases de aprecio y comprensión, en la cuarta fase es la de resumir la información de forma periódica, cabe integrar otras fuentes de información como miembros de la familia, y al terminar la primera sesión, es útil ofrecer un resumen general decidiendo que se debe incluir y que se debe destacar, en la quinta fase es la de provocar afirmaciones automotivadoras como el reconocimiento del problema, la expresión de preocupación, intención de cambiar y el optimismo. Es importante que el paciente comente los puntos positivos y negativos de su conducta actual, que recuerde como era su vida antes de que surgiera este problema, como ve su vida después de la terapia al lograr superar el problema. (101-120)

3.2.2. Utilizando los resultados de la evaluación

Los objetivos de esta evaluación son: identificación de problemas, poder llegar a un diagnóstico, saber si el paciente está preparado para iniciar un cambio,

comprender a la persona de una manera global y determinar que tipo de tratamiento es el más adecuado. (Jacobson, 1989).

Se debe utilizar los resultados de la evaluación como parte de la entrevista motivacional, se proporciona al paciente un resumen de todos los datos obtenidos, es muy importante realizar una evaluación correcta ya que un tratamiento no funciona igual para todos los casos.

Según Rollnick:

- El paciente debe realizar autorregistros de lo que come a diario, durante un período previo y a lo largo del tratamiento.
- Debe haber una revisión de los problemas que surgen en la vida de la persona y si se consideran relacionados con la sobreingesta de alimentos.
- Se debe analizar conjuntamente con el paciente los estímulos o situaciones concretas que preceden a la conducta (antecedentes) y los acontecimientos que siguen típicamente a la conducta (consecuencias). Este análisis funcional es importante para comprender la motivación del paciente para seguir con esta conducta dañina.
- Se debe averiguar los problemas de los familiares biológicos ya que esto influye notablemente en el paciente.

Existen dos grandes enfoques para la evaluación directa de la motivación según Miller y Rollnick:

Balance decisional

Se centra en los beneficios percibidos por el paciente versus los daños de su conducta actual, se construye una hoja de balance decisional en una hoja sencilla y el

paciente enumera los pros y los contras de seguir con estos atracones, así como las razones a favor y en contra del cambio, esta tarea influenciará sobre la motivación, ya que la motivación es un estado o proceso dinámico, más que un rasgo estático de la personalidad.

Disponibilidad para cambiar

Consiste en preguntar al paciente directamente sobre su deseo o su disponibilidad para cambiar, aquí existe varios conceptos implicados: el juicio de la persona respecto a una necesidad, la percepción de la posibilidad de que ocurran unos cambios, la auto-eficacia de la persona para el cambio y la intención manifestada por la persona para cambiar en el futuro, o dentro de un período específico.

Un feedback personalizado de los resultados obtenidos a partir de medidas y test objetivos será una información persuasiva para poder convencer a los pacientes de que no se encuentran donde deberían estar.

3.2.3. Afrontando la resistencia

Un objetivo importante en la entrevista motivacional es evitar que surja o que aumente la resistencia, la resistencia del paciente es un problema del terapeuta, ya que una elevada resistencia está asociada con un abandono del tratamiento, los pacientes que han sido derivados por otros recursos muestran mayor resistencia que los pacientes que acuden por iniciativa propia. (Chamberlain, 1984)

Si el terapeuta siente la resistencia del paciente lo primero que se debe hacer es cambiar las estrategias que se están utilizando.

En pocas palabras la resistencia no es más que una forma de decir del paciente: “Espere un minuto, no opino como usted, no estoy de acuerdo con usted”, el terapeuta en este momento debe retroceder, descubrir donde se encuentra el paciente, y trabajar desde ese punto.

Miller y Rollnick proponen algunas estrategias para manejar la resistencia:

- La devolución simple: Una buena estrategia es responder a la resistencia con una resistencia, un simple reconocimiento del desacuerdo del paciente, de sus emociones o de su percepción puede permitir un análisis posterior más que una defensividad, y así se evitará la trampa de la confrontación-negación.
- Devolución amplificada: Un enfoque relacionado y muy útil para retornar al paciente lo que ha dicho es a través de una forma extremista de lo que el paciente lo ha hecho.
- La devolución de los dos aspectos de la ambivalencia: Consiste en reconocer lo que el paciente ha dicho y en añadirle la otra parte de su ambivalencia.
- Cambio de tema: Consiste en desviar la atención del paciente de lo que parece un bloque inmóvil en medio del camino de progreso hacia el cambio.
- Acuerdo con un giro: Se ofrece un acuerdo inicial, pero con un leve giro o cambio de dirección.
- Enfatizar la elección y el control personal: Cuando las personas piensan que su libertad para elegir está siendo amenazada, tienden a reaccionar afirmando su libertad, lo mejor para evitar esto es dejar en claro al paciente que al final el mismo es el que determina lo que ocurre.

- **Reformulación:** Esta se hace a través de la información que ha comentado el paciente, esto es muy útil en una situación en la que el paciente refiere argumentos que sirven para negar un problema personal.
- **Paradoja terapéutica:** Esta es arriesgada y requiere una habilidad considerable, pero esta coloca al paciente en una posición en la que la oposición o la resistencia ante el terapeuta provocan un movimiento en una dirección beneficiosa.
- **Manejando las faltas a las visitas:** El terapeuta debe decir al paciente de forma directa que quiere volver a verle al margen de lo que decidan hacer, que está interesado por ella y que quiere ayudarle sin importar lo mal que parezca que vayan las cosas. El paciente falta a las sesiones porque se muestra ambivalente con respecto a continuar o no el proceso de cambio, aquí el terapeuta debe intervenir.
- **El drama del cambio:** A menudo la resistencia es el tema central, de aquí surgen las motivaciones y las luchas, el verdadero arte de la terapia se somete a examen en el reconocimiento y manejo de la resistencia.

3.2.4. Fortaleciendo el compromiso para el cambio

En este momento el paciente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. En esta etapa existe un sentido de compañerismo con el paciente y el terapeuta se convierte en una guía del paciente, existiendo en esta etapa algunos imprevistos:

- **Subestimar la ambivalencia:** La mayoría de decisiones para cambiar no se toman de pronto, de una vez por todas, las personas entran a menudo en una

etapa de acción con bastante ambivalencia, realizan los primeros pasos de tanteo mientras que aún no están seguros del camino que pueden seguir, en ocasiones parecen haber evolucionado bien a lo largo del camino, solo para dar vuelta y retroceder. Se debe mantener el mismo cuidado y estilo que caracteriza la primera fase, es más durante todo el proceso terapéutico.

- **Sobreprescripción:** El peligro que aquí se presenta es el de prescribir un plan que es inaceptable para el paciente, infringiendo el tono centrado en el paciente de la entrevista motivacional, arriesgándose a deshacer el progreso que se ha realizado. En la primera etapa el énfasis que se pone es en la responsabilidad y elecciones personales, esta se extiende a esta segunda fase negociando las estrategias para cambiar.
- **Directividad insuficiente:** El riesgo contrario es el de proporcionar muy poca orientación al paciente, el objetivo es canalizar la motivación del paciente a través de un plan de cambio que sea moldeable y de fortalecer el compromiso del paciente para llevar a cabo el plan.

De acuerdo a Miller y Rollnick:

La recapitulación

Es la transición entre la etapa 1 y 2 consiste en resumir una vez más la situación actual del paciente. El objetivo de este resumen es el de resumir tantas razones como sea posible, mientras que simultáneamente se reconoce la resistencia o ambivalencia del paciente. La recapitulación se aplica como una preparación final para la transición hacia el compromiso, y lleva directamente hacia la formulación de unas preguntas clave.

Las preguntas clave

De acuerdo a la entrevista motivacional no se les dice a los pacientes que es lo que tienen que hacer, sino más bien se les pregunta que es lo que quieren hacer, el tiempo aquí no es importante, las preguntas se deben formular cuando el paciente se encuentra en el punto álgido de la concienciación del problema. Así, es importante reconocer cuándo se ha conseguido llegar el terapeuta al punto álgido con el paciente.

Estas preguntas son abiertas y se las formula inmediatamente después de la recapitulación.

Las respuestas del paciente a las preguntas clave surgen, como antes, con la reflexión, esto sirve para clarificar los pensamientos del paciente y estimular un análisis posterior. La reflexión también se usa de forma selectiva a fin de reforzar las afirmaciones automotivadoras que son realizadas y de hacer frente a la resistencia que pueda surgir.

Negociar un plan

Primero se establece objetivos, luego se considera las opciones y después se establece el plan.

- **Establecer objetivos:** Se podría ofrecer el mejor consejo pero el paciente siempre es libre de aceptarlo o rechazarlo. Es mucho mejor mantener una alianza de trabajo intensa con el paciente y empezar con objetivos hacia los cuales el se muestre más entusiasta para continuar progresando.

Muchas veces nosotros como terapeutas queremos que el paciente inicie una dieta saludable y ejercicio frecuente, pero para el paciente es difícil,

entonces se puede negociar con el sobre los fines de semana, reuniones, etc.

- **Considerar las opciones de cambio:** Se debe comentar una variedad de opciones a partir del cual el paciente escoge, comentándole al paciente que si alguna opción no funciona no se desanime, que se tomará otro enfoque más adecuado para el.
- **Llegar a un plan:** Se utiliza una hoja de plan de cambio, que resume las respuestas del paciente:
 - Razones más importantes por las que quiero cambiar
 - Mis objetivos principales para mi mismo
 - Planifico hacer estas cosas a fin de conseguir mis objetivos
 - Los primeros pasos que tengo previsto realizar a la hora de cambiar
 - Otras personas me podrían ayudar a la hora de cambiar
 - Deseo que mi plan tenga resultados positivos

El final del juego

El resumen del plan le conducirá al tema del compromiso, esto implica conseguir la aprobación del paciente y la aceptación del plan, y también decidir los pasos inmediatos que hay que llevar a cabo. El conyugue u otra persona querida puede estar presente en la sesión, el compromiso se lleva a cabo con el consentimiento y conocimiento de la persona. Cuanto más comente el paciente el plan que tiene con otras personas más se fortalecerá el compromiso, además así se recibirá la ayuda y apoyo de los demás.

3.3. PLAN TERAPÉUTICO

APLICACIÓN

Individual y familiar.

La familia juega un papel fundamental ya que deberá brindarle todo el apoyo necesario con respecto a alimentación, porciones y ejercicio físico.

La duración de las sesiones será de 60 minutos cada una, las mismas que se realizarán el primer mes una cada semana, el segundo, tercer, cuarto y quinto mes se realizará una sesión cada quince días y el sexto y séptimo mes una sesión una vez al mes, cumpliendo así las 14 sesiones planeadas.

CONTENIDO DE LAS SESIONES

- Sesión # 1:

Se deberá simplemente escuchar en la primera cita mostrando interés y validez a las experiencias, opiniones y motivaciones de la paciente.

- Sesión # 2:

Obtención de datos para la historia clínica.

- Sesión # 3:

Entrevista con los padres y el cónyuge.

- Sesión # 4:

Aplicación de reactivos.

- Sesión # 5:

Aplicación de reactivos.

- Sesión # 6:

Reconocimiento por parte de la paciente de su situación, haciéndole notar que este es el primer paso para el cambio, y que si se presentaran recaídas, estas son un estado normal del cambio.

- Sesión # 7:

Plantear estrategias para el cambio.

- Rutina de ejercicio físico. (ofreciendo consejo).
- Adecuando un horario para que no falte a las sesiones y que el cuidado de los hijos no intervenga en su ejercicio físico. (eliminando obstáculos).
- Creando un menú junto a un nutricionista, con opción de un día libre de la dieta. (creando alternativas).
- Anotar en una hoja todas las recompensas de bajar de peso, ejercicios de relajación. (disminuyendo la deseabilidad).
- Plantear el objetivo de peso de una manera real y alcanzable. (aclarando objetivos).

- Sesión # 8:

Cita con el cónyuge y la paciente, firmando un compromiso y olvidándose de la culpabilidad, dando a conocer la terapia en general, y así evitar que las expectativas de la paciente no decaigan.

Realizar la hoja de plan de cambio.

- Sesión # 9:

Práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones que provocan mucha ansiedad y se produce los atracones.

Realizar un registro en casa de lo que come a diario, anotando los pensamientos que le vienen antes y después del atracón. (hoja de balance decisional).

- Sesión # 10:

Revisión de las estrategias aprendidas.

Comentarios positivos, frases de aprecio y comprensión.

Resumir toda la información y darle a conocer a la paciente que si algo no está funcionando se tomará otra alternativa.

- Sesión # 11:

Incitar a la paciente hablar de los puntos positivos y negativos de su conducta actual, comentando como ve su vida antes del problema y como ve su vida después de la terapia.

- Sesión # 12:

Resumir nuevamente toda la información hasta ahora recibida, pero con los familiares (con el consentimiento de la paciente), y los resultados que se han logrado.

- Sesión # 13

Preparar a la paciente para el cierre de sesiones.

- Sesión # 14

La paciente adquiere un compromiso con nosotros que seguirá con el plan de ejercicios y dieta, y nuestro compromiso será que estaremos llamándola ocasionalmente para conversar acerca de su nuevo estilo de vida.

Para la realización de la terapia se cuenta con un lugar de consulta en el cual se puede brindar una atención individual, de pareja o familiar, donde existe total confidencialidad.

El consultorio debe brindar un ambiente agradable, de privacidad y seguridad para los usuarios.

El ambiente físico debe contar con una adecuada ventilación e iluminación.

Se contará con la batería de tests necesarios para cada caso.

El peso más específico e importante en el mantenimiento de estos atracones es el gran placer que la mujer obtiene de la comida. Se puede notar claramente que la motivación (al ser el elemento necesario para poner en marcha el motor de cambio), es su familia y el objetivo es que ella pueda desarrollar una motivación intrínseca y necesaria para la disminución de peso.

CONCLUSIONES

- Este trabajo ha sido de gran utilidad, ya que se pudo verificar que la obesidad es una enfermedad progresiva, en donde aparecen muchos problemas físicos, emocionales y sociales.
- Se pudo constatar el comportamiento de la paciente con su familia y como esta se ve afectada seriamente, por su falta de motivación.
- Gracias a la entrevista con familiares y a la gran empatía que hubo con la paciente se pudo elegir una correcta batería de tests y recolectar gran información, siendo de mucha utilidad para poder identificar las debilidades y fortalezas que ella presenta, logrando un diagnóstico correcto y ofreciendo una óptima propuesta terapéutica.
- Después de realizar un diagnóstico correcto, nosotros como terapeutas plantearnos como objetivo no cometer los mismos errores de terapias anteriores, confundiendo el diagnóstico con una bulimia nerviosa, pero sobre todo con estas estrategias terapéuticas conseguir un futuro exitoso, pero sobre todo constante ya que todo cambio causa temor y resistencia en las personas, sobre todo en ella que estos hábitos han estado presentes durante muchos años.
- La realización del plan psicoterapéutico está orientado a colaborar en el control y reducción de peso, el manejo adecuado de la ansiedad y situaciones conflictivas, reorientando el concepto sobre si misma, fortaleciendo la motivación al mejoramiento y la autorrealización, ya que la paciente presenta un trastorno por atracón o un síndrome de descontrol alimentario produciendo una obesidad tipo II y siendo esta enfermedad la principal causa de todos sus problemas psicológicos.

- Con el control y mantenimiento de un peso saludable la mayoría de conflictos desaparecerán, ya que la paciente continuamente recalca la inconformidad con su cuerpo y la gran adicción que presenta a la comida.
- En períodos que se ha logrado reducir el peso ella dice haber estado estable, motivada y con un gran control sobre otros aspectos de su vida diaria.

BIBLIOGRAFIA

American Psiquiatric Association. “DSM-IV”, Barcelona, Masson S.A., 2002.

BRAGUINSKY, Jorge. **“Obesidad”**. Buenos Aires, Paidós, 2006.

Folleto # 1, **“Trastornos de alimentación”**, Universidad Favaloro, Hospital Universitario, Buenos Aires, 2006.

Folleto # 2, **“Trastornos de alimentación”**, Universidad Favaloro, Hospital Universitario, Buenos Aires, 2006.

Folleto # 3, **“Trastornos de alimentación”**, Universidad Favaloro, Hospital Universitario, Buenos Aires, 2006.

IGLESIAS, Mara. **“Las mejores dietas del mundo”**, Madrid, Ojos de Papel Ediciones S.L, 2003.

KANFER, Frederick. GOLDSTEIN, Arnold. **“Como ayudar al cambio en Psicoterapia”**, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1987.

LABANCA, Rosa. **“Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento”**, Buenos Aires, Saota, 2000.

LAHEY, Benjamin B. **“Introducción a la Psicología”**, Buenos Aires, Mc Graw Hill, 1999.

MILLER, William R. ROLLNICK, Stephen. **“La entrevista motivacional”**, Buenos Aires, Paidós, 1999.

CITACIONES INTERNET:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/16131/15541>

http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=kiOw-

[BWaZBAC&oi=fnd&pg=PA1239&dq=obesidad+%2Bentrevista+motivacional&ots=A916ZYFZtl&sig=RQ8IfDSszU9gB2-](http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=kiOw-BWaZBAC&oi=fnd&pg=PA1239&dq=obesidad+%2Bentrevista+motivacional&ots=A916ZYFZtl&sig=RQ8IfDSszU9gB2-)

[sk_PwyCNHfcM#v=onepage&q=obesidad%20%2Bentrevista%20motivacional&f=false](http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=kiOw-BWaZBAC&oi=fnd&pg=PA1239&dq=obesidad+%2Bentrevista+motivacional&ots=A916ZYFZtl&sig=RQ8IfDSszU9gB2-sk_PwyCNHfcM#v=onepage&q=obesidad%20%2Bentrevista%20motivacional&f=false)

<http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>

<http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Whh0jhVQFGIC&oi=fnd&pg=PA149&dq=DEFINICION+DE+OBESIDAD%2BPsicologia&ots=P48V14XTc8&sig=pe4SDmJG16YhqeQDtDoqCEMifqI#v=onepage&q=&f=false>

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/obesidad/obesidad07.html>

ANEXOS

Anexo N° 1: Test de frases incompletas de Rotter.....	1
Anexo N° 2: HTP.....	3
Anexo N°3: Cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria 8.1.5 (ACTA).....	6
Anexo N°4: Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner 8.1.4.....	8
Anexo N°5: Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV.....	9
Anexo N°6: Inventario de trastornos de la alimentación 8.1.1. (EDI).....	11
Anexo N°7: Test de bulimia de Edimburgo 8.1.3. (BITE).....	13
Anexo N°8: Escala de Hamilton para evaluar ansiedad.....	14

TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE "ROTTER"

APELLIDOS: NOMBRES:
 EDAD: Años 28 Meses 11 NIVEL DE INSTRUCCIÓN superior
 OCUPACION DDDD FECHA DE HOY 12 de abril 10

- 11.- ME GUSTA estar en paz y motivado
- 22.- LA EPOCA MAS FELIZ hace 2 años y medio
- 43.- QUISIERA Bejar de peso
- 54.- AL REGRESAR A MI CASA Como
- 55.- LAMENTO no haber aprovechado oportunidades anteriores
- 26.- AL ACOSTARSE desazono
- 27.- LA JOVEN enamorada
- 28.- LO MEJOR mi familia
- 49.- LO QUE ME MOLESTA comer y no controlarme
- 210.- LAS PERSONAS me quieren
- 211.- UNA MADRE incondicional
- 412.- LO SIENTO los palabras que hieren
- * 6 13.- MI MAYOR TEMOR que mi esposo se muera o mis padres
- 214.- EN LOS CURSOS INFERIORES era divino
- 415.- NO PUEDO bejar de peso
- 216.- LOS DEPORTES le encanto a mi hija
- 417.- CUANDO ERA NIÑO no me gustaba mucho
- 418.- MIS NERVIOS hacer cosas nuevas
- 419.- LOS OTROS JOVENES se divertir
- 520.- SUFRO cuando uno de peso o tengo deudas
- * 6 21.- FRACASE muchas de veces
- 222.- LA LECTURA me hace reflexional
- 423.- MI CABEZA un poco desordenada
- * 6 24.- EL FUTURO Incierto
- 425.- NECESITO Ayuda
- 226.- SALIR CON LAS JOVENES a disfrutar

- 227.- ESTOY MEJOR... cuando bajo de peso
- 228.- ALGUNAS VECES... me siento frustrado
- *229.- LO QUE ME DUELE... que los hagan daño a mis hijos
- 230.- ODIÓ... la mentira
- 231.- EN LA ESCUELA... más o menos
- 232.- SON MUY... buenos
- 233.- LA ÚNICA MOLESTIA... mi peso
- 234.- DESEO... estar saludable
- 235.- MI PADRE... Andrés
- 236.- YO EN SECRETO... quiero ser exitoso laboralmente
- 237.- YO QUIERO... estar estable
- 238.- EL BAILE... me fascina y relaja y motivo
- 239.- MI MAYOR ANSIEDAD... A quedarme en mi familia
- 240.- LA MAYORIA DE LOS JOVENES... se divierten

PUNTAJE TOTAL: 125

APRECIACION SICOLÓGICA:

El puntaje revela la presencia de un
 desajuste psicológico, hecho que merece ser orientado
 áreas de aceptación, relacionados al concepto de auto-
 apreciación, ocasionados por el peso, sentimientos de culpa
 e inseguridad sobre las actitudes hacia el futuro,
 ansiedad

EL INVESTIGADOR

Andrés

- DG = Vigor, seguridad,
Esfuerzo no mantener la integridad del yo (consciente)
- PC = Sensibilidad defensiva, necesidad de mantenerse apartado.
- SL = Inseguridad, necesidad de apoyo, inferioridad
- VA = Escisión, procura aislarse de los qn los rodean
Dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales
Introversión; Escisión, inhibición.



- P. caridos
- U. caridos
- Desamparo



TE Alto nivel de energía, actitud de mando.

TR= Poca impaciencia, vivacidad

TC= Tarea, precisión, obediencia, comprensión de instrucciones

TD= Instintividad, Fijación

TA= Espontaneidad, imprevisibilidad, caos y
descarga instantánea de afectos.

CA= Sentido de complacencia y de fuerza, todo
Apego a las rutinas.

- 100 años

- BCA= Simpatía forzada, búsqueda de aprobación, infantilismo.
OC= Escasa visión del mundo, Esusión.
ON= Unido con el complejo de castración
OC= Represividad.
BAR= Fortalecimiento de relaciones con el ambiente
DR= Infantilidad, escasa habilidad manual.
B= Personalidad dependiente
PAC= Preocupaciones somáticas.
DZ= Rasgos obsesivos compulsivos.



-12-10040

8.1.5. Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

Instrucciones: A continuación se señalan una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser habituales para ti. Piensa en cada una de ellas y señala con una cruz sobre la casilla que mejor corresponda a tu situación en los últimos días. Posiblemente muchas de las experiencias descritas no se ajusten bien a tu estado actual, en este caso es preferible que señales en la columna correspondiente al «NO/NUNCA».

	No/Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Hay momentos en que consigo no tener mi pensamiento en la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No tengo ningún problema, lo único que ocurre es que no me dejan en paz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy capaz de comer algo «extra» pensando en salir de mi enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me aterroriza el efecto que la comida produce en mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Puedo estar relajada y contenta aun cuando tengo que comer en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Puedo vestirme sin que me angustie cómo me queda la ropa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aunque me insistan, no voy a cambiar ninguno de mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahora ya puedo decir que he pasado esta enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En mi mente hay dos personas: una la enferma que siempre me domina y otra la sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Puedo mirar mis obsesiones como algo que ya es del pasado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Los demás están exagerando todo lo que me ocurre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Para salir con mis amigos me influye si vamos o no a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Dudo sobre si los demás llevarán razón respecto a mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Deseo que me dejen en paz con el peso y la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Temo que lleguen la horas de las comidas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No tengo ninguna enfermedad, sólo que no quiero estar gorda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Aunque quiero, no puedo cambiar mis hábitos de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Después de estar mejor me han vuelto mis obsesiones con la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Querría superar mis obsesiones pero sin cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Espero que algún día se cansen de decirme que estoy enferma y necesito ir al médico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Por fin puedo decir que ya estoy curada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. He empezado a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dependo de los demás para empezar a cambiar mi conducta alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otra vez he empezado con miedo a la comida o a los atracones y vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cada vez me encontraría peor si siguiera con mi problema alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26. Estoy intentando hacer lo que me dicen para curarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27. Procuro evitar situaciones que entorpecen mi curación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Puedo comer de todo sin sentir ningún recelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ahora no, pero algún día tendré que decidirme a librarme de mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30. Tengo dudas sobre si tendré de verdad una enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 1 2 3 4

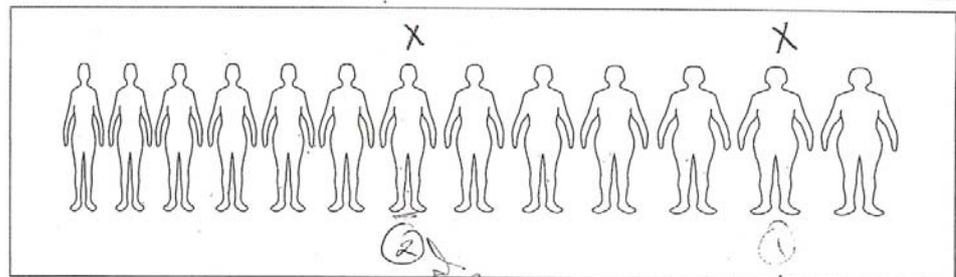
8.1.5. El Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

2

	No/Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Si/Siempre
31. En un futuro me gustaría empezar a solucionar mis problemas con mi alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32. No voy a cambiar mis hábitos alimentarios porque me lo diga el médico o mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
33. Aún no le he decidido, pero si quisiera, empezaría a hacer lo que me dicen que haga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
34. Me preocupa que mi salud esté afectada por mis hábitos de comida, pero ya cambiaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
35. Leo toda la información que me puede ayudar a curarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36. Aunque aún no le he hecho, sé lo que tendría que hacer para resolver mi trastorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37. Llevo una temporada otra vez más obsesionada con mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me veo totalmente dominada por mis obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. No tengo por qué cambiar mis hábitos alimentarios, pertenecen a mi forma de vivir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tendría que empezar a dejar a un lado mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41. Estuve mejor, pero he vuelto a estar muy preocupada con la dieta y el aspecto físico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Me cuesta cambiar mi conducta pero sigo esforzándome por lograrlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Más adelante empezaré a comer como me están pidiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44. Para solucionar mis obsesiones he cambiado algunas costumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
45. Pienso que es peligrosa mi forma actual de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
46. Me alegra cuando puedo dominar mis obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
47. Me esfuerzo en pequeños detalles para superar mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
48. El miedo a ganar peso me paraliza para poder cambiar mi dieta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. He vuelto a encontrarme como al principio de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50. Para sentirme mejor, algún día empezaré a solucionar mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
51. Ahora me vuelve a preocupar más que antes que pueda ganar peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
52. Me alegra cualquier progreso que me mejore de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
53. Me pregunto si la solución a mi estado estaría en perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
54. Quiero dejar atrás este problema pero aún no me veo con fuerzas para superarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Puedo mantenerme comiendo de todo o sin tener atracones ni vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Es absurdo que quieran obligarme a cambiar mis hábitos alimentarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar todavía a luchar contra mi problema	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Pensé que me había curado pero otra vez he vuelto a empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
59. No tengo ningún problema de salud, sólo que me gusta controlar mi peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los ítems numerados en negrita (12, 15 y 25) puntúan en sentido inverso.

8.1.4. Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner



- 14 nivel foto

- Crear las imágenes con el grado de exposición

1- Frecuencia honestidad - 100%

2- Papis - 100%

3- Peso

4- Estabilidad emocional de los hijos

5- Valores y principios con los que se vive

6- Vida Social

Insatisfacción corporal moderada

- Nivel

→ 000351

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices:

El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- | | | |
|--|---|-------|
| 1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida..... | V | F X |
| 2. Confío en la gente que conozco..... | V | F X |
| 3. No soy minucioso con los detalles pequeños..... | V | F O |
| 4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser..... | V | F L |
| 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo..... | V | F H |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí..... | V | F Y |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco..... | V | F Y |
| 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas..... | V | F L |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia..... | V | F X |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles..... | V | F H |
| 11. Nunca me han detenido..... | V | F X |
| 12. La gente cree que soy frío y distante..... | V | F X |
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas..... | V | F X |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo..... | V | F X |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí..... | V | F N |
| 16. Mé siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales..... | V | F X |
| 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea..... | V | F H |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien..... | V | F X |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas..... | V | F O |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo..... | V | F A |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás..... | V | F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero..... | V | F X |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente..... | V | F O |
| 24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas..... | V | F X |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito..... | V | F X |
| 26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando..... | V | F H |
| 27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo..... | V | F X |
| 28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente..... | V | F X |
| 29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos..... | V | F X |
| 30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente..... | V | F X |
| 31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales..... | V | F X |
| 32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas..... | V | F O |
| 33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo..... | V | F D |
| 34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto..... | V | F F Y |
| 35. No me gusta ser el centro de atención..... | V | F V H |

301.50 Misticismo = 6
 301.82 Licite = 5
 301.4 Obsesivo-Compulsivo = 6
 301.5 Dependencia = 6

36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel V. F ✓
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo V. F ✓
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí V. F ✓
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente V. F ✓
40. A menudo me siento vacío por dentro V. FL ✓
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más V. F ✓
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo V. FD ✓
43. Tengo ataques de ira o enfado V. FL ✓
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear" V. F ✓
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer V. FH ✓
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo V. F ✓
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas V. FA ✓
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero V. F ✓
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana V. FD ✓
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables V. F ✓
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida V. FE ✓
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente V. F ✓
53. Soy muy emocional y caprichoso V. FL ✓
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas V. FO ✓
55. Sueño con ser famoso V. F ✓
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias V. F ✓
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz V. F ✓
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas V. F ✓
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera V. FO ✓
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales V. F ✓
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido V. FN ✓
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente V. FD ✓
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas V. F ✓
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo V. F ✓
65. Prefiero asociarme con gente de talento V. FN ✓
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación V. F ✓
67. No suelo mostrar emoción V. F ✓
68. Hago cosas para que la gente me admire V. F ✓
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos V. F ✓
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico V. F ✓
71. Me siento cómodo en situaciones sociales V. F ✓
72. Mantengo rencores contra la gente durante años V. FP ✓
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo V. FD ✓
74. Me resulta difícil no meterme en líos V. F ✓
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje V. F ✓
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho V. FE ✓
77. Tengo amigos íntimos V. F ✓

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación
(Eating Disorder Inventory, EDI)

	N	R	AV	AM	II	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Como cuando estoy disgustado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Me atraco de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gustaría ser más joven	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pienso en seguir una dieta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
10. Me siento ineficaz como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
16. Me aterroriza ganar peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Confío en los demás	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
18. Me siento solo/a en el mundo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Prefiero ser adulto que niño	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
23. Me comunico fácilmente con los demás	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
24. Me gustaría ser otra persona	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Exagero o aumento la importancia del peso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27. Me siento inadaptado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo amistades íntimas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
31. Me gusta la forma de mis nalgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
34. Tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación
(Eating Disorder Inventory, EDI)

2

	N	R	AV	AM	H	S
37. Me siento seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Pienso en atracarme de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
39. Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41. Tengo una pobre opinión de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44. Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Después de haber comido poco me siento hinchado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50. Pienso que soy una persona útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercárseme o entablar amistad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Me siento interiormente vacío/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Como o bebo a escondidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Mis metas son excesivamente altas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
64. Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N, nunca; R, raramente; AV, algunas veces; AM, a menudo; H, habitualmente; S, siempre.

8.1.3. Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE)

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SI	<input type="radio"/> NO																																								
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SI	<input type="radio"/> NO																																								
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SI	<input type="radio"/> NO																																								
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SI	<input type="radio"/> NO																																								
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5) ✓ 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1)																																									
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nunca</th> <th>Raramente</th> <th>1 vez/semana</th> <th>2-3 veces/semana</th> <th>Diariamente</th> <th>2-3 veces/día</th> <th>5 veces/día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pastillas para adelgazar</td> <td><input type="radio"/> 0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Diuréticos</td> <td><input type="radio"/> 0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Laxantes</td> <td><input type="radio"/> 0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Provocar el vómito</td> <td><input type="radio"/> 0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>			Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día	Pastillas para adelgazar	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7	Diuréticos	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7	Laxantes	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7	Provocar el vómito	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día																																			
Pastillas para adelgazar	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7																																			
Diuréticos	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7																																			
Laxantes	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7																																			
Provocar el vómito	<input type="radio"/> 0	2	3	4	5	6	7																																			
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	<input type="radio"/> SI	NO																																								
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SI	<input type="radio"/> NO																																								
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
25. Si es así, cuando termina de «atracones», ¿se siente usted «miserable»?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?	Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) ✓ 2-3 veces al día (6)																																									
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atraco»?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
30. ¿Come alguna vez en secreto?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SI	<input type="radio"/> NO																																								
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?	<input type="radio"/> SI	NO																																								
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	<input type="radio"/> SI	NO																																								

CENTRO SEMBRAR
ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

REGISTRO No.	NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA
		16/04/10
CAUSA PRIMARIA DE LA CONSULTA		RECOMENDADO POR

INTRUCCIONES: Esta Lista es para ayudar al Médico en la Evaluación de cada Paciente en cuanto al Grado de Ansiedad y Estado Patológico. Por favor, haga su Evaluación de acuerdo con los siguientes valores:

Aucente = 0 Leve = 1 Moderado = 2 Grave = 3 Grave, Totalmente Incapacitado = 4

PATOLOGÍA		VALORES	PATOLOGÍA		VALORES
ESTADO ANSIOSO	Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado irritabilidad	2	SISTEMA SOMÁTICO (SENSORIAL)	Tinnitus, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensación de prurito	0
TENSION	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, imposibilidad para relajarse.	3	SINTOMAS CARDIO-VASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de desmayo, arritmia	0
TEMORES	De la oscuridad, de extraños, de ser dejado sólo, de animales, del tráfico, de las multitudes.	0	SINTOMAS RESPIRATORIOS	Opresión o constricción torácica sensación de ahogo, suspiros, disnea	1
INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño sueo interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	0	SINTOMAS GASTRO-INTESTINAL	Dificultad al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso estreñimiento.	0
Intelectual (Comprens.)	Dificultad de concentración Memoria pobre.	1	SINTOMAS GENITO-URINARIOS	Polaquiuria, micción urgente, amenorrea, menorragia, frigidez eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia.	3
ESTADO DEPRESIVO	Perdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar temprano, transposición de sueño y vigilia.	1	SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO	Sequedad bucal, rubor, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefaleas por tensión, erectismo piloso	1
SISTEMA SOMÁTICO (MUSCULAR)	Dolor y mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez tics mioclónicos, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	2	COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del ceño, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliba, eructos, tics, midriasis, exoftalmia.	1
TOTAL					15

Existe en estado de Ansiedad moderado