



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Integración de la Terapia Dialéctico Conductual en la consulta médico-nutricional para el tratamiento de la anorexia nerviosa

Evolución clínica, conductual y psicométrica a partir de intervenciones
basadas en DBT en un estudio de caso

Estudiante: Esp. Bárbara Sofía Joubert

Legajo: 37390

Directora: Dra. Analía Verónica Losada

Trabajo Final de Integración para acceder al título de
Especialización en Psicología Clínica

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

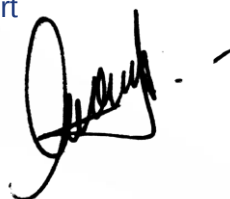
Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [X]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Septiembre 2026

Firma y aclaración del autor: Bárbara Sofía Joubert



Integración de la Terapia Dialéctico Conductual en la consulta médico-nutricional para el tratamiento de la anorexia nerviosa. Evolución clínica, conductual y psicométrica a partir de intervenciones basadas en DBT en un estudio de caso

Integration of Dialectical Behavior Therapy in medical-nutritional consultation for the treatment of anorexia nervosa: A case study on adherence, emotional regulation, and weight recovery

Integração da Terapia Comportamental Dialética em consultas médico-nutricionais para o tratamento da anorexia nervosa: evolução clínica, comportamental e psicométrica após intervenções baseadas na DBT em um estudo de caso

Resumen: El presente Trabajo Final de Integración expone el abordaje de un caso clínico de anorexia nerviosa severa mediante la integración de estrategias breves de la Terapia Dialéctico Conductual en el contexto de la consulta médico-nutricional ambulatoria. El objetivo fue describir la implementación de estas intervenciones y analizar su relación con la evolución clínica, emocional y de adherencia. Se realizó un estudio de caso descriptivo con seguimiento prospectivo de 8 sesiones durante un período de dos meses en una paciente de 19 años con desnutrición con Índice de Masa Corporal (IMC) de 16,2 complicaciones médicas y antecedentes de trastorno obsesivo compulsivo. Se evaluaron variables psicométricas mediante los cuestionarios PHQ-9, DERS-18, EDE-QS, BSQ-16 y BISS. Los resultados evidenciaron que las intervenciones dialéctico-conductuales se asociaron con una mejor adherencia al plan alimentario, lográndose la recuperación ponderal -IMC: 19,99- y la restitución del ciclo menstrual, evitando la hospitalización. Psicométricamente, se observó una remisión marcada de la sintomatología depresiva y de la desregulación emocional. Asimismo, se identificó un patrón diferencial en la imagen corporal, con mejoras tempranas en la percepción momentánea frente a cambios más lentos en la insatisfacción estructural. En conclusión, la incorporación de habilidades de DBT en la práctica clínica nutricional resulta factible y útil para el manejo de la resistencia asociada a la rehabilitación nutricional; no obstante, la persistencia de vulnerabilidad cognitiva residual subraya la necesidad de sostener un abordaje psicoterapéutico a largo plazo para consolidar una recuperación integral.

Palabras claves: Anorexia nerviosa; Terapia Dialéctico Conductual; Nutrición clínica; Regulación emocional; Estudio de caso; Trastorno de la Conducta alimentaria.

Abstract: This capstone project presents the management of a severe anorexia nervosa case by integrating brief Dialectical Behavior Therapy (DBT) strategies into an outpatient medical-nutritional consultation setting. The objective was to describe the implementation of these interventions and analyze their relationship with clinical progress, emotional status, and treatment adherence. A descriptive case study was conducted involving prospective follow-up over eight sessions across two months with a 19-year-old patient presenting with malnutrition (Body Mass Index [BMI] of 16.2), medical complications, and a history of obsessive-compulsive disorder. Psychometric variables were assessed using the PHQ-9, DERS-18, EDE-QS, BSQ-16, and BISS questionnaires. Results showed that DBT interventions were associated with improved adherence to the nutritional plan, resulting in weight recovery (BMI: 19.99) and the restoration of the menstrual cycle, thereby avoiding hospitalization. Psychometric assessment revealed a marked remission of depressive symptoms and emotional dysregulation. Additionally, a differential pattern regarding body image was identified, characterized by early improvements in momentary perception alongside slower changes in structural dissatisfaction. In conclusion, incorporating DBT skills into clinical nutritional practice is feasible and useful for managing resistance associated with nutritional rehabilitation; however, the persistence of residual cognitive vulnerability underscores the need for a sustained, long-term psychotherapeutic approach to consolidate comprehensive recovery.

Keywords: Anorexia nervosa; Dialectical Behavior Therapy; Clinical nutrition; Emotional regulation; Case study; Eating disorder.

Resumo: Este trabalho de conclusão de curso apresenta o manejo de um caso grave de anorexia nervosa por meio da integração de estratégias breves da Terapia Comportamental Dialética (DBT) em

um contexto de atendimento médico-nutricional ambulatorial. O objetivo foi descrever a implementação dessas intervenções e analisar sua relação com a evolução clínica, o estado emocional e a adesão ao tratamento. Realizou-se um estudo de caso descritivo com acompanhamento prospectivo ao longo de oito sessões, durante dois meses, envolvendo uma paciente de 19 anos com desnutrição (Índice de Massa Corporal [IMC] de 16,2), complicações clínicas e histórico de transtorno obsessivo-compulsivo. As variáveis psicométricas foram avaliadas utilizando os questionários PHQ-9, DERS-18, EDE-QS, BSQ-16 e BISS. Os resultados demonstraram que as intervenções baseadas na DBT associaram-se a uma melhor adesão ao plano nutricional, resultando na recuperação de peso (IMC: 19,99) e no restabelecimento do ciclo menstrual, evitando assim a hospitalização. A avaliação psicométrica revelou uma remissão acentuada dos sintomas depressivos e da desregulação emocional. Adicionalmente, identificou-se um padrão diferencial em relação à imagem corporal, caracterizado por melhorias precoces na percepção momentânea, em contraste com mudanças mais lentas na insatisfação estrutural. Conclui-se que a incorporação de habilidades da DBT à prática clínica nutricional é viável e útil para o manejo da resistência associada à reabilitação nutricional; contudo, a persistência de vulnerabilidade cognitiva residual ressalta a necessidade de uma abordagem psicoterapêutica contínua e de longo prazo para consolidar uma recuperação abrangente.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; Terapia Comportamental Dialética; Nutrição clínica; Regulação emocional; Estudo de caso; Transtorno alimentar.

Índice

Introducción.....	5
Objetivo General	13
Objetivos Específicos.....	13
Material y métodos	13
Diseño del estudio.....	13
Participante	14
Encuadre de intervención.....	14
Procedimiento	14
Instrumentos	15
Consideraciones éticas	17
Presentación del Caso	18
Resultados.....	19
Evolución clínica y nutricional.....	20
Evolución conductual durante la intervención	21
Evolución psicométrica.....	21
Discusión	22
Conclusiones	25
Referencias	27
Anexos	31

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) presentan una prevalencia creciente a nivel global, con mayor carga en mujeres jóvenes, grupo al que pertenece la paciente. Un metaanálisis reciente reportó una prevalencia puntual de 5,7% en mujeres y 2,2% en varones, con un incremento sostenido en los últimos 20 años; entre diagnósticos específicos, la Anorexia Nerviosa (AN) se mantiene alrededor de 0,5-1%, la bulimia nerviosa entre 1-3% y el trastorno por atracón (*Binge Eating Disorder*, BED) entre 3-6% de la población general. En Latinoamérica los informes muestran cifras similares, destacándose prevalencias aproximadas de 0,1% para anorexia, 1,1% para bulimia y 3,5% para BED, con un aumento particular de conductas alimentarias problemáticas en adolescentes (Campos del Portillo et al., 2024).

En Argentina, pese a la heterogeneidad metodológica de los estudios, se informan cifras concordantes de 0,1% aproximadamente para Anorexia Nerviosa, 1,1% para bulimia y entre 3-5% para trastorno por atracón, especialmente en población adolescente; además, encuestas nacionales indican que alrededor del 70% de las mujeres refieren insatisfacción corporal y más del 60% manifiesta deseo de adelgazar, factores que representan un terreno de vulnerabilidad para el desarrollo de TCA y resalta la relevancia clínica y social de su abordaje (Campos del Portillo et al., 2024; Gómez-Candela et al., 2018). En este sentido, y frente al aumento de la epidemiología de estas patologías, resulta indispensable desarrollar estrategias orientadas a la prevención primaria y la detección temprana de los factores de riesgo, evitando así que el diagnóstico se realice cuando el trastorno ya se encuentra en estadios avanzados (Losada y Rodríguez Eraña, 2019).

Específicamente, el cuadro clínico abordado en este trabajo corresponde a la Anorexia Nerviosa (AN). De acuerdo con la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2013), esta entidad se diagnostica ante la presencia de los siguientes criterios: restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física; miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo; y una

alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. A su vez, el manual distingue dos subtipos clínicos según la sintomatología de los últimos tres meses: el tipo con atracones/purgas, donde el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas); y el tipo restrictivo, donde el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, describiendo presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. El presente caso se encuadra en este último subtipo, dado el patrón de evitación de carbohidratos y el ayuno prolongado.

Entre los tratamientos con mayor respaldo empírico para los Trastornos de la Conducta Alimentaria se incluyen la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT). En particular, la DBT ha mostrado utilidad en cuadros donde predominan dificultades de regulación emocional, impulsividad y conductas de alivio emocional, como ocurre en la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Safer et al., 2009).

El abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria requiere de intervenciones psicoterapéuticas que cuenten con un sólido respaldo científico. Tal como se destaca en reseñas y compendios clínicos recientes basados en evidencia empírica, la Terapia Cognitivo Conductual se posiciona como uno de los tratamientos de primera línea y con mayor eficacia comprobada para estas patologías (Losada, 2024).

Para comprender su aplicación actual en los TCA, es necesario remitirse a las bases teóricas de la TCC. Históricamente, este modelo terapéutico tiene sus raíces tempranas en las teorías del aprendizaje y el condicionamiento clásico de Pavlov y Watson, así como en el condicionamiento operante de Skinner y el conexionismo de Thorndike (Díaz et al., 2012). En el contexto clínico, el objetivo de la TCC es identificar, cuestionar y reestructurar los pensamientos automáticos y las creencias distorsionadas que generan malestar, promoviendo al mismo tiempo cambios conductuales mediante técnicas específicas (Díaz et al., 2012).

En el caso específico de la Anorexia Nerviosa, la psicopatología central no radica únicamente en la restricción alimentaria, sino en una distorsión cognitiva profunda: la sobrevaloración de la forma corporal, el peso y su control. A diferencia de la población general, que evalúa su valía personal a través de múltiples dominios (como el desempeño académico, las relaciones interpersonales o los pasatiempos), los pacientes con anorexia juzgan su valor casi de manera exclusiva en función de su capacidad para controlar su peso y silueta (Escobar Villegas, 2023; Fairburn et al., 2003).

Frente a esta particularidad, el tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada (TCC-M), fundamentada en la Teoría Transdiagnóstica desarrollada por Christopher Fairburn. Este enfoque postula que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos atípicos comparten una red de mecanismos de mantenimiento interrelacionados (Escobar Villegas, 2023; Fairburn et al., 2003). Además del núcleo psicopatológico de la sobrevaloración del peso, (Fairburn et al. 2003) identificaron que en muchos pacientes existen cuatro mecanismos adicionales que interactúan con el trastorno y obstaculizan el cambio: el perfeccionismo clínico (juzgar la valía en función del logro de estándares extremadamente exigentes), la baja autoestima nuclear (una visión negativa global y generalizada), la intolerancia al estado de ánimo (incapacidad para afrontar emociones intensas) y las dificultades interpersonales.

Para desactivar estos mecanismos, la TCC-M es un tratamiento altamente estructurado y de naturaleza colaborativa que, en pacientes con bajo peso (como en la Anorexia Nerviosa), suele extenderse a lo largo de 40 sesiones distribuidas en cuatro etapas bien definidas (Escobar Villegas, 2023; Fairburn et al., 2003).

- Etapa 1: Formulación del caso y comienzo del tratamiento. Esta fase inicial es crucial para establecer la alianza terapéutica y comprometer a la paciente con el proceso de cambio. En esta etapa se realiza la psicoeducación, se establece un patrón de alimentación regular y se introducen procedimientos potentes como el "pesaje colaborativo" en sesión, para que la paciente aprenda a interpretar las fluctuaciones naturales del peso (Escobar Villegas, 2023; Fairburn et al., 2003).

- Etapa 2: Revisión del progreso y transición. Es una etapa breve de evaluación donde terapeuta y paciente analizan conjuntamente los avances logrados, revisan los registros de automonitoreo y ajustan la formulación del caso, identificando las principales barreras que impiden el progreso (Escobar Villegas, 2023; Fairburn et al., 2003).
- Etapa 3: Abordaje de los mecanismos de mantenimiento. Esta es la fase central y más extensa del tratamiento. Aquí se aplica el núcleo de la reestructuración cognitiva para dismantelar la sobrevaloración del peso y la forma. Se utilizan experimentos conductuales y cuestionamiento socrático para flexibilizar las reglas dietéticas estrictas y abordar las creencias intermedias disfuncionales vinculadas al perfeccionismo, los altos estándares y la necesidad de control. Un objetivo primordial es ayudar a la paciente a desarrollar nuevos esquemas de autoevaluación, fomentando la participación en áreas vitales que habían sido relegadas por la enfermedad (Escobar Villegas, 2023).
- Etapa 4: Finalización y prevención de recaídas. La última fase se enfoca en consolidar los logros alcanzados a lo largo del proceso. Teniendo en cuenta que la trayectoria de recuperación rara vez es lineal, se elabora un plan detallado de mantenimiento donde la paciente aprende a detectar contratiempos tempranos y desarrolla estrategias de afrontamiento anticipadas para sostener los logros a largo plazo (Escobar Villegas, 2023; Fairburn et al., 2003).

Si bien la Terapia Cognitivo Conductual es el tratamiento de elección para gran parte de la sintomatología de los TCA, los hallazgos clínicos revelan que algunos pacientes presentan un subgrupo de características que obstaculizan el cambio. Bajo una perspectiva transdiagnóstica, se postula que los distintos TCA comparten mecanismos de mantenimiento comunes (Fairburn et al., 2003). Dentro de estos mecanismos, se ha identificado que numerosos pacientes padecen de una profunda intolerancia al estado de ánimo, definida como una incapacidad para afrontar de manera adecuada emociones intensas, ya sean negativas o positivas. Frente a esta vulnerabilidad, el uso de restricciones extremas, atracones, purgas o ejercicio compulsivo se convierte en un comportamiento disfuncional

modulador del estado de ánimo, utilizado para neutralizar la conciencia de las emociones intolerables. Para este perfil de pacientes, un enfoque centrado puramente en el cambio cognitivo puede resultar invalidante, lo que hace necesaria la integración de terapias basadas en la regulación afectiva y la aceptación.

La Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectical Behavior Therapy* DBT) se consolida como el tratamiento con mayor respaldo empírico para los trastornos caracterizados por una severa desregulación emocional (Linehan, 1993). La base teórica de la DBT es la Teoría Biosocial, la cual postula que la desregulación emocional es el resultado de la transacción entre una vulnerabilidad biológica y un entorno ambiental invalidante. La vulnerabilidad biológica se expresa mediante una alta sensibilidad a los estímulos, reacciones emocionales intensas y un lento retorno a la línea base de calma. Por su parte, el entorno invalidante se caracteriza por castigar, ignorar o trivializar la experiencia emocional del individuo, enseñándole a desconfiar de sus propios estados internos y a reprimir sus emociones hasta que estas estallan de forma extrema. El corazón de esta terapia es la dialéctica, que busca la síntesis entre dos fuerzas aparentemente opuestas: la aceptación incondicional del paciente en su momento presente y el impulso innegociable hacia el cambio de las conductas destructivas.

A partir de estos postulados, la DBT fue adaptada específicamente para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Safer et al., 2009). Este modelo de regulación de los afectos conceptualiza los episodios de descontrol alimentario no como una falta de voluntad, sino como intentos conductuales de influir, cambiar o controlar estados emocionales dolorosos. En este sentido, la sintomatología alimentaria proporciona un refuerzo negativo al ofrecer un alivio momentáneo frente a la angustia. Para dotar al paciente de estrategias más adaptativas, la DBT para TCA entrena al paciente en tres módulos de habilidades fundamentales: habilidades de Mindfulness (para incrementar la conciencia del momento presente sin juzgar), habilidades de Regulación Emocional (para identificar, nombrar y modificar las respuestas afectivas) y habilidades de Tolerancia al Malestar

(para aprender a soportar el dolor emocional en situaciones de crisis sin empeorar la situación mediante el uso de la comida).

Históricamente, la DBT clásica y sus adaptaciones demostraron ser altamente eficaces para pacientes con síntomas bulímicos y por atracón, cuadros donde prima la impulsividad y la falta de control. Sin embargo, la Anorexia Nervosa presenta un paradigma clínico distinto: se considera el trastorno prototípico del sobrecontrol *-overcontrol-* desadaptativo. Los pacientes con anorexia se caracterizan por una alta sensibilidad a la amenaza, rigidez cognitiva, perfeccionismo severo y una necesidad compulsiva de simetría y estructura. En estos pacientes, se ha identificado que el problema principal no radica en la desregulación impulsiva, sino en una profunda "soledad emocional" derivada del aislamiento social (Hempel et al., 2018).

El sobrecontrol desadaptativo en la anorexia se manifiesta a través de cuatro déficits centrales: baja receptividad y apertura a la retroalimentación novedosa -evitación del riesgo-, un control inflexible -hiperperfeccionismo y comportamiento rígido gobernado por reglas-, una expresión emocional inhibida -rostro plano o expresiones incongruentes con el malestar real-, y una baja conexión social e intimidad con los demás -relaciones distantes y comparaciones sociales constantes-. Desde el modelo neuroregulatorio, la restricción alimentaria se desarrolla como un medio para regular el afecto negativo severo. Tras períodos de intensa restricción, el cerebro percibe el estado metabólico de inanición como una amenaza vital, lo que activa el sistema vagal dorsal; esta activación genera un adormecimiento emocional, inmovilización y una menor sensibilidad al dolor que el paciente experimenta como un alivio (Hempel et al., 2018).

Para abordar directamente este mecanismo de sobrecontrol, recientemente se ha desarrollado la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (RO-DBT) (Avila-Parcet et al., 2025). A diferencia de otros tratamientos que priorizan de forma casi exclusiva la recuperación del peso, la RO-DBT sostiene que el bienestar psicológico a largo plazo no se logra únicamente alcanzando la regulación interna, sino a través de la conexión social. La terapia interviene sobre el sistema de seguridad social del individuo -sistema vagal ventral-, enseñando habilidades de señalización social -

como la adopción de posturas abiertas, gestos cooperativos y expresiones faciales genuinas- que automáticamente desencadenan respuestas neurológicas de seguridad. Al sentirse seguros, los pacientes disminuyen su tensión defensiva, fomentan intercambios sociales flexibles y logran establecer los vínculos íntimos necesarios para su recuperación (Hempel et al., 2018).

La necesidad de integrar enfoques como la RO-DBT en la Anorexia Nervosa está respaldada por la evidencia clínica actual. A pesar de que los tratamientos tradicionales logran la recuperación temporal del peso, la evidencia clínica actual detalla que la mayoría de los pacientes no alcanzan una verdadera recuperación psicosocial y experimentan altas tasas de recaída, documentadas en algunos estudios hasta en un 52% (Avila-Parcet et al., 2025).

La aplicación de estas técnicas se presenta en la actualidad como un protocolo clínico innovador y transdiagnóstico que aborda el déficit nuclear de sobrecontrol, reduciendo la rigidez cognitiva y el aislamiento social. De este modo, busca llenar un vacío crítico en la psicoterapia, priorizando no solo la remisión de los síntomas de restricción, sino fundamentalmente la mejora integral en el bienestar emocional y la calidad de vida de los pacientes con Anorexia Nervosa.

Para el caso clínico presentado, marcado por restricción alimentaria severa, complicaciones médicas y una historia familiar que modeló conductas dietarias estrictas, es coherente integrar la intervención nutricional y médica con técnicas psicológicas centradas en regulación emocional y flexibilización conductual. En la práctica del consultorio médico nutricional, la incorporación sistemática de cuestionarios breves y validados facilita el monitoreo de áreas terapéuticas relevantes y la toma de decisiones interdisciplinarias. Se propone el uso de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale-18* (DERS-18; Gratz y Roemer, 2004) para dificultades en regulación emocional, el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) para síntomas depresivos, el *Eating Disorder Examination Questionnaire–Short* (EDE-QS; Gideon et al., 2016) para conductas y pensamientos alimentarios, y el *Body Shape Questionnaire-16* (BSQ-16; Cooper et al., 1987) junto con la *Body Image States Scale* (BISS; Cash et al., 2002) para evaluar la insatisfacción y la imagen corporal momentánea. Este conjunto de instrumentos se alinea con los objetivos de la TCC y de la DBT, y permite guiar

intervenciones concretas en nutrición —incluyendo la progresión de las comidas, el manejo de suplementos y la negociación del ejercicio— y en psicoterapia, mediante el entrenamiento en habilidades de regulación emocional, la exposición a alimentos temidos y el trabajo sobre creencias rígidas relacionadas con los "alimentos malos".

La relevancia del caso radica en la combinación de gravedad somática, historia familiar y factores relacionales que condicionan la adherencia y la evolución del tratamiento. Se articula una intervención médico-nutricional concreta con una evaluación psicológica prospectiva en una paciente que presentó complicaciones clínicas, entre ellas síncope, derrame pericárdico, amenorrea y osteopenia, así como complicaciones psiquiátricas, con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. La interacción entre la severidad del cuadro físico, la rigidez cognitiva y el contexto familiar ofrece un escenario clínico donde confluyen factores biológicos, emocionales y conductuales que inciden directamente en la evolución terapéutica, permitiendo comprender y abordar la vulnerabilidad de la paciente desde el modelo biosocial de la desregulación emocional (Linehan, 1993).

La originalidad del estudio reside en integrar, de manera prospectiva y durante la consulta nutricional, instrumentos breves y validados para monitorear la regulación emocional, los síntomas depresivos, las conductas alimentarias, la imagen corporal y la ansiedad frente a alimentos específicos. Esta estrategia permite documentar de forma sistemática variables emocionales y conductuales que no pueden observarse únicamente mediante medidas antropométricas, generando datos observacionales clínicos sobre la adherencia, la suplementación y la negociación de la actividad física. A este monitoreo psicométrico se le suma, como factor sumamente innovador, la aplicación directa en la consulta de herramientas de la Terapia Dialéctico Conductual adaptadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Safer et al., 2009). La implementación de intervenciones como el análisis en cadena para desarmar la evitación alimentaria, la validación y el reencuadre dialéctico frente a la reaparición de la menstruación, y el mindfulness para diferenciar la ansiedad anticipatoria del hambre fisiológica, transforma la consulta nutricional en un espacio activo de exposición y regulación emocional

Objetivo General

Describir la implementación de estrategias basadas en la Terapia Dialéctico Conductual durante la consulta médico-nutricional y su relación con variables emocionales, conductuales y de adherencia en una paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Objetivos Específicos

- Evaluar la evolución de las dificultades en regulación emocional y los síntomas depresivos mediante la aplicación de instrumentos validados.
- Analizar los cambios en la preocupación por la imagen y la insatisfacción corporal a lo largo del tratamiento.
- Explorar la relación entre estos cambios emocionales y la adherencia al plan nutricional, incluyendo la progresión alimentaria, la incorporación de suplementación, el cese de la actividad física compensatoria y la disminución de las conductas de control corporal.

Material y métodos

Diseño del estudio

El presente trabajo se enmarca en un estudio de caso, definido metodológicamente como una investigación de corte descriptivo enfocada en el análisis de una única unidad muestral, en este caso, una paciente individual. Específicamente, siguiendo la clasificación de Montero y León revisada por Losada Losada et al. (2022), el diseño se constituye como un estudio de caso intrínseco. Esta categorización responde a que la investigadora se ha encontrado con la unidad muestral en el contexto de su práctica habitual, y el interés primordial radica en la comprensión profunda de la particularidad de este caso clínico. De este modo, se llevó a cabo un seguimiento prospectivo centrado

en la evolución clínica, conductual y emocional de la paciente con trastorno de la conducta alimentaria durante su tratamiento en la consulta médico-nutricional ambulatoria.

Participante

Participante de 19 años con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa. Registró antecedentes de restricción alimentaria severa y complicaciones médicas asociadas, además de antecedentes psiquiátricos de trastorno obsesivo compulsivo. El caso fue reconstruido a partir de registros clínicos y seguimiento en consulta nutricional ambulatoria.

Encuadre de intervención

La intervención se desarrolló en contexto de consulta médico-nutricional ambulatoria, integrando el abordaje nutricional con estrategias psicoterapéuticas breves basadas en principios de Terapia Dialéctico Conductual adaptadas al espacio clínico nutricional. Estas estrategias estuvieron orientadas principalmente a la regulación emocional, la tolerancia al malestar y la flexibilización conductual frente a conductas alimentarias rígidas.

Procedimiento

El seguimiento se realizó mediante consultas nutricionales periódicas durante un período de 2 meses, con un total de 8 sesiones clínicas, durante las cuales se abordaron aspectos relacionados con la progresión del plan alimentario, el manejo de suplementos nutricionales y la negociación de la actividad física. De manera complementaria, se incorporaron intervenciones breves basadas en herramientas específicas de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), tales como el análisis en cadena de la conducta, ejercicios de *mindfulness* interoceptivo, validación emocional, exposición con anclaje sensorial y reencuadre dialéctico, adaptadas específicamente para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria (Safer et al., 2009). Estas estrategias estuvieron orientadas al reconocimiento y

manejo de emociones asociadas a la conducta alimentaria, la tolerancia al malestar frente a alimentos temidos y la modificación de creencias rígidas sobre la alimentación. Durante el proceso terapéutico se registraron cambios clínicos relevantes, así como la evolución de la adherencia al tratamiento, a partir de registros clínicos de cada sesión y de los instrumentos aplicados durante el seguimiento.

Instrumentos

Con el objetivo de monitorear variables emocionales y conductuales relevantes para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, se utilizaron cuestionarios breves y validados. La selección de estas herramientas priorizó versiones con una adecuada adaptación cultural, dado que la simple traducción literal de un instrumento no resulta suficiente; las sintomatologías no se expresan de manera idéntica en todos los contextos y utilizar pruebas sin adaptación previa constituye una práctica que puede invalidar o sesgar los resultados clínicos (Reyes-Rodríguez, 2020). Los instrumentos fueron administrados en tres momentos del seguimiento: evaluación inicial (sesión 1), evaluación intermedia (sesión 4) y evaluación final (sesión 8). Las copias de todas las escalas utilizadas se encuentran adjuntas para su consulta en la sección de Anexos del presente trabajo.

La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* en su versión abreviada (DERS-18) (ver Anexo 1) se empleó para evaluar las dificultades en la regulación emocional. Este instrumento, validado al español en población latinoamericana (Navarro et al., 2021), consta de 18 ítems que se responden mediante una escala Likert del 1 ("casi nunca") al 5 ("casi siempre"). Incluye afirmaciones como "Tengo dificultad para concentrarme cuando estoy angustiada" o "Me es difícil aceptar mis emociones negativas". Los puntajes más altos indican una mayor severidad en la desregulación emocional, identificando déficits específicos en la conciencia, comprensión y capacidad de tolerar el malestar (Gratz y Roemer, 2004).

El *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (ver Anexo 2) se utilizó para la detección y el seguimiento de síntomas depresivos. Se trata de un instrumento de autoinforme validado al español en población chilena (Borghero et al., 2018), que consta de 9 ítems evaluados en una escala de

frecuencia de 0 ("nunca") a 3 ("casi todos los días"). Explora síntomas como tener "poco interés o placer en hacer las cosas" o "sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza". Sus resultados se clasifican según puntos de corte clínicos estandarizados: un puntaje de 5 a 9 indica depresión leve, de 10 a 14 depresión moderada, de 15 a 19 depresión moderadamente severa, y de 20 a 27 depresión severa (Kroenke et al., 2001).

El *Eating Disorder Examination Questionnaire Short* (EDE-QS) (ver Anexo 3) se aplicó para evaluar de forma específica las conductas y los pensamientos patológicos relacionados con la alimentación. Esta herramienta deriva del *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) original, un instrumento que cuenta con validaciones al español en población latinoamericana (Jaramillo-Muñoz et al., 2026). Consiste en una versión breve de 12 ítems desarrollada originalmente por Gideon et al. (2016), que se responde mediante una escala que evalúa la cantidad de días en los que se presentó un síntoma. Presenta preguntas como "¿Ha evitado comer alimentos que le gustan?" o indagaciones sobre la preocupación excesiva por el peso y la figura. La sumatoria total permite monitorear sesión a sesión la severidad general de la psicopatología alimentaria, donde a mayor puntaje, mayor es el nivel de gravedad clínica (Gideon et al., 2016).

El *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (ver Anexo 4) se administró en su versión abreviada de 16 ítems para medir la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso como rasgos estructurales (Cooper et al., 1987). Utiliza una escala del 1 ("nunca") al 6 ("siempre") frente a preguntas como "¿Te has sentido tan mal en relación a tu figura corporal que has llegado a llorar?" o "¿Has evitado ir a eventos sociales porque te has sentido mal con tu figura?". Sus resultados permiten clasificar el nivel de preocupación por la imagen corporal: un puntaje menor a 38 indica ausencia de preocupación, de 38 a 51 preocupación leve, de 52 a 66 preocupación moderada, y más de 66 preocupación marcada o extrema. Cabe destacar que estudios recientes han confirmado la validez y consistencia interna de este cuestionario específicamente en mujeres de población argentina (Nieri y Fuentes Cuiñas, 2020).

Finalmente, la *Body Image States Scale* (BISS) (ver Anexo 5) se utilizó de manera complementaria para evaluar la percepción momentánea de la imagen corporal. Este instrumento,

validado al español en población latinoamericana (Mebarak Chams et al., 2019), consta de 6 ítems que se responden en una escala bipolar de 9 puntos. Por ejemplo, solicita a la paciente que marque cómo se siente "justo en este momento" en un continuo que va desde "extremadamente insatisfecha con mi apariencia física" hasta "extremadamente satisfecha". A diferencia de los otros cuestionarios, en el BISS un puntaje más alto representa una experiencia corporal subjetiva más positiva y saludable. Su utilidad clínica radica en permitir diferenciar la insatisfacción corporal general (evaluada por el BSQ) de los cambios dinámicos y temporales en cómo la paciente experimenta su cuerpo en el momento presente (Cash et al., 2002).

Consideraciones éticas

Para preservar la confidencialidad, los datos identificatorios fueron anonimizados y se modificaron detalles personales no relevantes para el análisis clínico. El caso fue reconstruido con fines académicos y de investigación, respetando los principios éticos de confidencialidad y resguardo de la identidad de la paciente. El modelo de consentimiento informado utilizado se incorpora como Anexo 6.

Presentación del Caso

Se presenta a una paciente, mujer de 19 años, que se desempeña como administrativa en un centro médico y cursa el Ciclo Básico Común de la carrera de abogacía. Proviene de una familia numerosa y religiosa, siendo la anteúltima de seis hermanos. Su entorno familiar presenta dinámicas complejas: el padre, sometido a cirugía bariátrica cuando la paciente tenía ocho años, representa una figura ambivalente en su memoria, asociada a una imagen de fragilidad que le generó un impacto emocional significativo. La madre, con escasa presencia afectiva, delega responsabilidades en los hijos

mayores que la paciente asume con culpa, especialmente al sentirse una carga de los hermanos. La hermana mayor, abogada, cumple un rol de referente materna y fue quien inició una dieta estricta libre de hidratos, lo que desencadenó en la paciente una intensa ansiedad alimentaria y temor hacia ese grupo de alimentos.

La paciente refiere que puede comer con su hermana menor, pero el resto del grupo familiar le genera ansiedad. Se describe como exigente y perfeccionista, con rasgos de control marcados en relación con la alimentación y la imagen corporal. Fue derivada en marzo de 2024 por su médica de cabecera tras presentar episodios sincopales, bajo peso, con un peso de 35,5 kg, una talla de 1,48 m y un Índice de Masa Corporal (IMC) de $16,2 \text{ kg/m}^2$, derrame pericárdico, amenorrea y diagnóstico de osteopenia. Al momento de la consulta realizaba entre una y dos comidas diarias, con alta rigidez frente a las indicaciones nutricionales y mecanismos de control corporal que incluían el uso del espejo, la balanza y la talla de ropa. Además, ejercía un control comparativo sobre la ingesta y el cuerpo de sus amigas.

El abordaje clínico se centró en aumentar progresivamente el número de comidas, prohibir la actividad física y suplementar con multivitamínicos. La paciente mostró adherencia gradual a las indicaciones, aceptando primero tres y luego cuatro comidas diarias. La adecuación nutricional mediante suplemento oral fue aceptada tras la indicación de una posible internación. Durante este período fue evaluada por la guardia de psiquiatría, iniciándose tratamiento con sertralina, con una dosis inicial de 25 mg/día y un aumento progresivo hasta alcanzar los 50 mg/día. Este psicofármaco pertenece al grupo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Estos agentes no poseen indicación ni eficacia demostrada para promover la ganancia de peso de forma directa en la anorexia nerviosa, sino que su prescripción se orienta específicamente al abordaje de la sintomatología obsesiva y ansiosa comórbida que sostiene la rigidez (Campos del Portillo et al., 2023). Al interpretarse el cuadro como compatible con un trastorno obsesivo compulsivo, se mantuvo un seguimiento continuo por parte del equipo de salud mental. Este encuadre permitió recuperar la menstruación, aunque este evento fue vivido con alto impacto emocional. Este encuadre permitió

recuperar la menstruación, aunque este evento fue vivido con alto impacto emocional. Posteriormente, se negoció el reemplazo del suplemento por yogurt y se logró que abandonara el uso de jeans como herramienta de control corporal.

A pesar de los avances, persiste una marcada rigidez cognitiva respecto a los alimentos, con necesidad constante de validación profesional sobre la seguridad de las comidas. Presenta conductas obsesivas en torno a la repetición de alimentos considerados “seguros” y dificultad para flexibilizar su dieta. Cuando se le permite incorporar hidratos, tiende a consumirlos en exceso, lo que genera ambivalencia y culpa, especialmente influenciada por el embarazo de su hermana mayor, quien continúa con una dieta restrictiva. La actividad física fue reintroducida, pero con patrones extremos: semanas de sobreentrenamiento seguidas por períodos de inactividad.

Resultados

Durante el proceso de tratamiento se observó una evolución progresiva del patrón alimentario. Inicialmente predominó una marcada resistencia al incremento de la ingesta, asociada al temor al aumento de peso y a la pérdida de control sobre la alimentación. Posteriormente, la paciente logró sostener una mayor frecuencia de comidas e incorporar progresivamente nuevos alimentos.

A medida que avanzó el tratamiento, se trabajó la adecuación nutricional mediante suplementación oral, que posteriormente pudo ser reemplazada por alimentos convencionales. Asimismo, se observó una disminución gradual de las conductas de control corporal y una mayor flexibilización frente a las indicaciones nutricionales.

En las etapas finales del seguimiento se registró la recuperación del ciclo menstrual y una mejor adaptación a los cambios corporales asociados a la recuperación nutricional, aunque persistieron dificultades relacionadas con la imagen corporal y el temor al aumento de peso.

Tabla 1. Evolución de las variables psicométricas durante el seguimiento

Instrumento	Evaluación inicial	Evaluación	Evaluación final
	(Sesión 1)	intermedia (Sesión 4)	(Sesión 8)
PHQ-9	17	10	4
DERS-18	83	63	43
EDE-QS	31	22	12
BSQ-16	89	72	56
BISS	13	24	35

Nota: PHQ-9, sintomatología depresiva; DERS-18, dificultades en la regulación emocional; EDE-QS, psicopatología alimentaria; BSQ-16, preocupación por la imagen corporal; y BISS, percepción corporal momentánea. En todos los instrumentos, un descenso en los puntajes indica mejoría clínica, a excepción del BISS, donde un puntaje mayor refleja una experiencia corporal más positiva.

Evolución clínica y nutricional

Al momento de la primera consulta, la paciente presentaba un cuadro de desnutrición con un peso de 35,5 kg con un IMC: 16,2kg/m², realizando únicamente entre una y dos comidas diarias, con elevada rigidez alimentaria y temor intenso hacia los hidratos de carbono. A través del tratamiento interdisciplinario se observó una estabilización progresiva del patrón alimentario. Hacia la fase avanzada del tratamiento (sesión 8), la paciente alcanzó un peso de 43.8 kg con IMC: 19,9 kg/m², logrando sostener cuatro comidas diarias con mayor diversidad de alimentos y una mayor flexibilización en las elecciones alimentarias. Asimismo, se observó la reaparición del ciclo menstrual durante el seguimiento.

Evolución conductual durante la intervención

Durante el seguimiento se observó una disminución progresiva de las conductas de evitación alimentaria, una mayor tolerancia a la ansiedad asociada a la ingesta y una reducción de las conductas de control corporal. Asimismo, la paciente logró incorporar alimentos previamente temidos, aumentar la frecuencia de las comidas y abandonar progresivamente estrategias rígidas de monitoreo del peso y la imagen corporal, incluyendo el uso de prendas de vestir como referencia constante de cambios corporales.

Evolución psicométrica

Como se detalla en la Tabla 1, la evaluación psicométrica prospectiva permitió cuantificar la evolución del caso en tres momentos del seguimiento (sesiones 1, 4 y 8). Al contrastar el inicio y el final del tratamiento, los resultados demuestran lo siguiente:

Sintomatología depresiva (PHQ-9). Se observó una reducción de los síntomas depresivos, pasando de 17 puntos en la evaluación inicial a 4 puntos en la evaluación final.

Regulación emocional (DERS-18). El puntaje total descendió progresivamente de 83 a 43 puntos al finalizar el seguimiento, reflejando una disminución de las dificultades en la regulación emocional.

Conducta alimentaria (EDE-QS). La severidad de la psicopatología alimentaria disminuyó de 31 a 12 puntos durante el seguimiento, acompañándose de una reducción de las conductas restrictivas y de la ansiedad asociada a la alimentación.

Imagen corporal (BSQ-16 y BISS). La preocupación por la imagen corporal evaluada mediante BSQ-16 disminuyó de 89 a 56 puntos. Paralelamente, la percepción corporal momentánea evaluada mediante BISS aumentó de 13 a 35 puntos, indicando una mejoría progresiva de la experiencia corporal subjetiva.

Discusión

El tratamiento de la anorexia nerviosa exige un abordaje individualizado donde la recuperación ponderal y la reaparición del ciclo menstrual constituyen indicadores clínicos primordiales de la mejoría del estado nutricional y de la función fisiológica (Campos del Portillo et al., 2024). En el caso presentado, la paciente logró transitar de un IMC indicativo de gravedad moderada (16.2 kg/m^2) a un IMC saludable (19.99 kg/m^2), acompañado por la recuperación del ciclo menstrual, considerada un hito clínico del proceso de rehabilitación nutricional. No obstante, la literatura señala que el proceso de renutrición y los cambios corporales consecuentes suelen generar una intensa resistencia y desregulación emocional en los pacientes. En este escenario, la integración sistemática de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en el consultorio médico-nutricional pareció constituir una estrategia clínica útil para favorecer la adherencia al tratamiento nutricional y el manejo del malestar emocional asociado al proceso de renutrición. El modelo de la DBT para los trastornos alimentarios postula que las conductas de restricción extrema funcionan como un intento desadaptativo de regular emociones intolerables (Safer, et al., 2009). Al incorporar intervenciones de tolerancia al malestar y análisis en cadena directamente en la consulta nutricional, se logró que la paciente pudiera identificar la ansiedad y el miedo subyacente, transitando el malestar de la exposición a los alimentos temidos sin recurrir a la evitación alimentaria. Estas intervenciones se asociaron con una mejor adherencia al plan progresivo de comidas y con la incorporación del suplemento oral, evitando la necesidad de escalar a intervenciones de mayor complejidad, como la hospitalización (Campos del Portillo et al., 2024). Esta modalidad de abordaje resulta consistente con las recomendaciones de las guías clínicas internacionales, como las del Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda, que establecen que el tratamiento ambulatorio especializado debe constituir la primera línea de intervención para la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa, reservando la hospitalización para situaciones de descompensación médica aguda (Hay, et al., 2014).

Un aspecto distintivo del presente caso fue la incorporación de estrategias específicas de Terapia Dialéctico Conductual dentro del espacio de consulta médico-nutricional. Si bien la DBT fue desarrollada como un tratamiento psicoterapéutico estructurado, en este caso sus principios fueron adaptados a intervenciones breves orientadas a facilitar la adherencia nutricional, identificar emociones asociadas a la alimentación, aumentar la tolerancia al malestar durante la exposición a alimentos temidos y promover la flexibilización de conductas rígidas. Esta modalidad favoreció un abordaje interdisciplinario que permitió abordar simultáneamente objetivos nutricionales y emocionales dentro de una misma consulta clínica.

En cuanto a la evolución de la conducta alimentaria, evaluada mediante el cuestionario EDE-QS, se observó una reducción significativa de la severidad psicopatológica, pasando de un puntaje de 31 a 12. Esta mejoría refleja logros conductuales sustanciales para el tratamiento ambulatorio, como el sostenimiento de cuatro comidas diarias y la recuperación ponderal. No obstante, el puntaje residual evidencia que, si bien la restricción alimentaria cedió de forma notoria, persiste el temor a engordar y la necesidad de validación externa sobre los alimentos. Esta disociación temporal entre la mejoría conductual y la cognitiva es un fenómeno clínico ampliamente documentado en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa; las distorsiones cognitivas y el miedo intenso a ganar peso (criterios nucleares del diagnóstico) suelen ser los síntomas que más tardan en remitir, requiriendo intervenciones a largo plazo incluso después de haberse alcanzado un peso saludable (*American Psychiatric Association*, 2013; Campos del Portillo et al., 2024). Este patrón resulta consistente con la evolución habitualmente descrita en la anorexia nerviosa, donde la recuperación ponderal y la modificación de las conductas alimentarias suelen preceder a la remisión de las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso y la figura corporal. En este sentido, la persistencia de esta vulnerabilidad cognitiva residual justifica la necesidad de que la paciente continúe en un proceso psicoterapéutico a largo plazo, resultando un paso indispensable para consolidar una recuperación integral que trascienda la estabilización médico-nutricional inicial.

Al analizar la imagen corporal, los resultados evidenciaron un patrón diferencial de respuesta entre ambas medidas utilizadas. Por un lado, la insatisfacción estructural y profunda, medida a través del BSQ-16, mostró un descenso más lento (de 89 a 56 puntos). Por otro lado, la percepción corporal momentánea, evaluada con el BISS, evidenció una mejoría más temprana (pasando de 13 a 35 puntos). La diferencia en la velocidad de cambio entre ambos instrumentos sugiere que la experiencia corporal inmediata puede modificarse antes que las creencias estructurales sobre la imagen corporal, las cuales suelen ser más estables y resistentes al cambio. Si bien el presente estudio no permite establecer relaciones causales, este patrón de resultados resulta compatible con los efectos esperados de las intervenciones basadas en DBT implementadas durante el seguimiento. Mediante el entrenamiento en habilidades de mindfulness interoceptivo y tolerancia al malestar, la paciente logró anclarse en el momento presente y transitar la experiencia corporal inmediata sin recurrir a conductas de chequeo rígidas, como lo era el uso de determinadas prendas de vestir (Linehan, 1993; Safer, Telch, & Chen, 2009). Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que, aunque las creencias estructurales sobre la imagen corporal tardan más en modificarse (Cooper et al., 1987), el abordaje dialéctico-conductual puede proporcionar herramientas para transitar el malestar corporal sin que éste desencadene conductas de evitación alimentaria.

Finalmente, la evaluación prospectiva de la sintomatología depresiva (PHQ-9) y la desregulación emocional (DERS-18) mostró una marcada reducción de la sintomatología, descendiendo de niveles severos a mínimos (de 17 a 4 puntos en PHQ-9) y de 83 a 43 puntos en DERS-18. Esta evolución paralela entre la recuperación nutricional (el paso de un IMC de 16,2 a 19,99 kg/m²) y la mejoría del estado de ánimo respalda la evidencia clínica de que los síntomas depresivos en los trastornos de la conducta alimentaria son, en gran medida, secundarios y exacerbados por el estado de desnutrición y el ayuno prolongado (Campos del Portillo et al., 2024; Gómez-Candela et al., 2018). Asimismo, la reducción sostenida en los puntajes de desregulación emocional sugiere que la integración de habilidades derivadas de la Terapia Dialéctico Conductual dentro de la consulta nutricional podría haber contribuido al desarrollo de estrategias de regulación emocional,

favoreciendo una disminución de la impulsividad y de la vulnerabilidad emocional asociada al trastorno (Gratz & Roemer, 2004; Safer, et al., 2009).

Este estudio presenta algunas limitaciones. Al tratarse de un estudio de caso único, los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones. Asimismo, la mejoría observada no puede atribuirse exclusivamente a las intervenciones basadas en DBT, dado que la paciente recibió un tratamiento interdisciplinario, que incluyó seguimiento psiquiátrico, tratamiento farmacológico y rehabilitación nutricional. No obstante, este caso ilustra la factibilidad de incorporar habilidades derivadas de la Terapia Dialéctico Conductual dentro de la consulta médico-nutricional y aporta evidencia clínica preliminar que respalda la necesidad de continuar investigando este tipo de intervenciones, especialmente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y elevada desregulación emocional.

Conclusiones

El análisis de este caso clínico demuestra que integrar herramientas de la Terapia Dialéctico Conductual en la consulta médico-nutricional es una estrategia factible y eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa y desregulación emocional. A lo largo del seguimiento, la intervención facilitó la estabilización física de la paciente, logrando la recuperación ponderal y la restitución del ciclo menstrual, en paralelo con una reducción significativa de la sintomatología depresiva y una percepción más positiva de su imagen corporal momentánea.

No obstante, los puntajes psicométricos residuales revelan una clara disociación temporal: la conducta alimentaria y el peso mejoraron de forma notable, pero persistieron la rigidez cognitiva y el temor a ganar peso. Este hallazgo clínico subraya que la rehabilitación nutricional precede a la remisión psicopatológica cognitiva, lo que justifica la necesidad imperativa de dar continuidad a un

proceso psicoterapéutico especializado e interdisciplinario a largo plazo para consolidar los cambios, abordar las dinámicas familiares complejas y prevenir recaídas.

Si bien los hallazgos corresponden a un estudio de caso único y no permiten establecer relaciones causales, aportan evidencia clínica preliminar que respalda la integración de estrategias de DBT en la práctica médico-nutricional y justifican la necesidad de desarrollar futuras investigaciones con muestras más amplias para evaluar su eficacia.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Avila-Parcet, A., Martín-Blanco, A., Gawron, L., Cano, M., De la Peña-Arteaga, V., Carceller-Sindreu, M., Soler, J., Portella, M. J., Faustino, G., Cardoner, N., y Carmona i Farrés, C. (2025).

Evaluating the efficacy of radically open dialectical behavior therapy (RO-DBT) in patients with anorexia nervosa: study protocol for a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 25(403).

Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., y Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Revista Médica de Chile*, 146, 479-486.

Campos del Portillo, R., Palma Milla, S., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., Martínez Olmos, M. A., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., Martín Palmero, M. A., Carrillo Lozano, E., Valero Pérez, M., Campos del Portillo, I., Sirvent Segovia, A. E., Plaza Blázquez, P., de la Cruz López, D. M., & Pita Gutiérrez, F. (2024). Consenso del Grupo de Trabajo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de SENPE (GTCA-SENPE). Evaluación y tratamiento médico-nutricional en la anorexia nerviosa. Actualización 2023. *Nutrición Hospitalaria*, 41(Extra 1), 1–60.

Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as a trait: The development and validation of the Body Image States Scale (BISS). *Eating Disorders*, 10(2), 103–113.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). *The development and validation of the Body Shape Questionnaire*. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494.

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á., y Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. *En Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 29–50). Editorial Desclée de Brouwer.

Escobar Villegas, M. I. (2023). Terapia Cognitivo Conductual en una paciente con Anorexia Nerviosa

[Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional Universidad del Norte.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.

Gideon, N., Hawkes, N., Mond, J., Saunders, R., Toloza, C., & Serpell, L. (2016). Development and psychometric validation of the EDE-QS, a 12 item short form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *PLoS One*, 11(5), e0152744.

Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., Campos del Portillo, R., Virgili Casas, M. N., Martínez Olmos, M. A., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., & Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(Extra 1), 49–97.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008.

Hempel, R., Vanderbleek, E., y Lynch, T. R. (2018). Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 26(1), 92–104.

Jaramillo-Muñoz, J., Naranjo Luque, C., Bernal Cundy, M., & Riveros Munévar, F. (2026). Cuestionario de Evaluación de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Español (S-EDE-Q): adaptación de una versión breve en muestras colombianas. *Retos*, 78, 552-564.
<https://doi.org/10.47197/retos.v78.117329>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.

Losada, A. V. (2024). Reseña del libro Trastornos alimentarios en evidencia. Compendio clínico basado en evidencia sobre trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, por L. D. Patiño Martín y V. Champagn. *Revista Perspectivas Metodológicas*, 1–3.

Losada, A. V., & Rodríguez Eraña, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Ajayu Órgano de Difusión Científica*, 189–210.

Losada, A. V., Zambrano-Villalba, C., y Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *Revista Psicología UNEMI*, 6(11), 13-31.
<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>

Mebarak Chams, M., Tinoco, L., Mejía-Rodríguez, D., Martínez-Banfi, M. L., Preuss, H., Hammerle, F., Vélez, J. I., y Kolar, D. R. (2019). The Spanish Body Image State Scale: Factor Structure,

Reliability and Validity in a Colombian Population. *Frontiers in Psychology*, 10, 2553.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02553>

Navarro, O., Restrepo-Ochoa, D., Rommel, D., Ghalaret, J.-M., y Fleury-Bahi, G. (2021). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale with a Spanish speaking population (DERS-S SF). *Revista CES Psicología*, 14(2), 71-88.

<https://doi.org/10.21615/cesp.5360>

Nieri, L., y Fuentes Cuiñas, A. (2020). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres Argentina. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1).

Reyes-Rodríguez, M. L. (2020). Instrumentos para los trastornos alimentarios validados y adaptados para la población Hispana/Latina en los Estados Unidos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(2), 1-13.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. The Guilford Press.

Anexos

Anexo 1: *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS -18)* - Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

Por favor, lea cada afirmación y marque con un círculo (o una cruz) el número que mejor indique con qué frecuencia se aplica a usted cada situación. Utilice la siguiente escala:

1 - Casi nunca / 2 - A veces / 3 - Aproximadamente la mitad del tiempo / 4 - La mayor parte del tiempo / 5 - Casi siempre

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

1. Pongo atención a cómo me siento.					
2. No sé cómo me siento.					
3. Me cuesta entender mis sentimientos.					
4. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.					
5. Estoy confuso sobre lo que siento.					
6. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones.					
7. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera.					
8. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo.					
9. Cuando estoy molesto, pierdo el control.					
10. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.					
11. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas.					
12. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esa manera.					
13. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme.					
14. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento.					
15. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
16. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera.					
17. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento.					
18. Cuando estoy molesto, tardó mucho tiempo en sentirme mejor					

Anexo 2: *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* - Cuestionario de Salud del Paciente

PHQ-9 versión para adolescentes

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia te han incomodado alguno de los siguientes síntomas durante las últimas **dos semanas**?

(Para cada síntoma marca con una "x" la respuesta que mejor describe cómo te has sentido)

	Nunca (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable o desesperanzado/a?				
2. ¿Has sentido poco interés o placer al hacer las cosas?				
3. ¿Has sentido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?				
4. ¿Te has sentido cansado/a o con poca energía?				
5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o has comido excesivamente?				
6. ¿Te has sentido mal respecto a ti mismo/a o has sentido que tu eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?				
7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Te has movido o hablado tan lento que las otras personas podrían haberlo notado? O al contrario ¿has estado tan inquieto/a que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?				
9. ¿Has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?				

a. En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aunque te sientas a veces bien?

Sí

No

b. Si estás experimentando alguno de los problemas de este cuestionario, ¿cuánto hacen esos problemas que se te dificulte hacer tu trabajo, tus labores en la casa, o llevarte bien con los demás?

Ninguna dificultad

Algo de dificultad

Bastante dificultad

Extrema Dificultad

c. Durante el **último mes** ¿has pensado en algún momento seriamente en terminar con tu vida?

Sí

No

d. **Alguna vez en tu vida**, ¿has tratado de matarte o has hecho un intento de suicidio?

Sí

No

Si has tenido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o has pensado en hacerte daño de alguna manera, por favor convérsalo con el/la profesional que está a cargo de tu caso.

Anexo 3: Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS) - Cuestionario Breve Evaluación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDE-QS) - Versión 12 ítems

Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado las siguientes situaciones o conductas durante los últimos 7 días, marcando con una cruz (X) el número del 0 al 3 que mejor lo represente:

0 = Ningún día / **1** = Entre 1 y 2 días / **2** = Entre 3 y 5 días/ **3** = Todos los días - Casi todos los días (6 a 7 días)

	0	1	2	3
1. ¿Has intentado limitar de forma estricta la cantidad de comida que ingieres para influir en tu peso o figura?				
2. ¿Has pasado largos periodos de tiempo en el día (8 horas o más) sin comer nada para influir en tu peso o figura?				
3. ¿Has pasado mucho tiempo pensando en la comida, en calorías o en dietas de manera que te resultara difícil concentrarte en otras cosas?				
4. ¿Has sentido un miedo intenso a ganar peso o a engordar?				
5. ¿Has tenido un fuerte deseo de perder peso?				
6. ¿Has estado excesivamente preocupada/o por tu figura o por tu peso?				
7. ¿Tu peso o tu figura han sido lo más importante para evaluar cómo te sentís con vos misma/o?				
8. ¿Te has sentido insatisfecha/o con tu peso o con tu figura corporal?				
9. ¿Has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías (sentir que no podías parar de comer)?				
10. ¿Has comido en un periodo corto de tiempo una cantidad de comida inusualmente grande para lo que la mayoría comería en esa situación?				
11. ¿Te has provocado el vómito o has tomado laxantes para controlar tu peso o figura?				
12. ¿Has hecho ejercicio de forma compulsiva o excesiva como medio para controlar tu peso o alterar tu figura?				

Anexo 4: Body Shape Questionnaire (BSQ) - Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) - Versión 16 ítems

Por favor, lea cada pregunta y marque con una cruz (X) el número del 1 al 6 que mejor describa la frecuencia con la que ha experimentado estas situaciones:

1 = Nunca / **2** = Rara vez/ **3** = A veces/ **4** = A menudo/ **5** = Muy a menudo /**6** = Siempre

	1	2	3	4	5	6
¿Te has sentido excesivamente preocupada por tu cuerpo o tu figura en general?						
¿Has sentido un miedo intenso a engordar o a aumentar de peso?						
¿Has evitado asistir a situaciones o eventos sociales porque te sentías mal con tu cuerpo?						
¿Te has sentido insatisfecha con tu figura corporal?						
¿Te has comparado con otras personas y has sentido malestar por tu propio cuerpo?						
¿Has tenido pensamientos constantes sobre tu cuerpo que te dificultan concentrarte en otras cosas?						
¿Has sentido malestar, enojo o tristeza al mirarte al espejo?						
¿Has tenido la sensación de estar "gorda" independientemente de tu peso real?						
¿Has sentido que tu valor personal o autoestima dependen de tu peso o figura corporal?						
¿Has evitado usar ropa ajustada o prendas que resalten tu figura?						
¿Te has sentido incómoda habitando tu propio cuerpo?						
¿Te has preocupado de forma excesiva por partes específicas de tu cuerpo (ej. muslos, caderas, abdomen)?						
¿Has evitado mostrar tu cuerpo (ej. usar traje de baño o en la intimidad) por vergüenza?						
¿Has tenido pensamientos negativos o despectivos hacia tu propia imagen?						
¿Has sentido vergüenza de que otras personas vean tu cuerpo o figura?						
¿Has sentido que la preocupación por tu cuerpo interfiere significativamente en tu vida diaria o en tu rutina?						

Anexo 5: *Body Image States Scale (BISS)* - Escala de Estados de Imagen Corporal (BISS)

Para cada uno de los ítems a continuación, marque con una cruz (X) el número del 1 al 9 que mejor describa cómo se siente **EN ESTE PRECISO MOMENTO**:

1. En este momento me siento... Extremadamente insatisfecha con mi apariencia física [1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9] Extremadamente satisfecha con mi apariencia física.

2. En este momento me siento... Extremadamente insatisfecha con el tamaño y forma de mi cuerpo [1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9] Extremadamente satisfecha con el tamaño y forma de mi cuerpo.

3. En este momento me siento... Extremadamente insatisfecha con mi peso [1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9] Extremadamente satisfecha con mi peso.

4. En este momento me siento... Nada atractiva físicamente [1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9] Extremadamente atractiva físicamente.

5. En este momento me siento... Mucho peor respecto a mi aspecto de lo que me siento habitualmente [1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9] Mucho mejor respecto a mi aspecto de lo que me siento habitualmente.

6. En este momento siento que me veo... Mucho peor que la persona promedio [1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9] Mucho mejor que la persona promedio

Anexo 6: Modelo de consentimiento informado