



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Malma Medina, Marlon Randy

Asesor:

Venegas Dioses, Hugo Fernando
(ORCID: 0000-0002-4522-4097)

Jurado:

Hervías Guerra, Edmundo Magno

Solano Melo, Cristian

Injante Mendoza, Raúl

Lima - Perú

2022

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

1-A ALARCON CUADROS TERESA - OFICIO N° 075-2022- OGGE -AS-FAPS-UNFV

Fecha del Análisis:

03/03/2022

Operador del Programa
Informático:

Salazar Chamba Sofia Teresa

Correo del Operador del
Programa Informático:

ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje:

2 %

Asesor:

Hugo Fernando Venegas Dioses

Título:

"TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA"

Enlace:

<https://secure.arkund.com/old/view/123428218-861143-902381#q1bKLVayijbQMdQx1jHRMY3VUSrOTM/LTMtMTsxLTIWYmTAzMDQwNzQxs7QwNjUyMzMwNzarBQA=>

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA

NERVIOSA

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Terapia Cognitivo Conductual

Autor(a):

Alarcón Cuadros, Teresa Lizeth

Asesor:

Venegas Dioses, Hugo Fernando

ORCID: 0000-0002-4522-4097

Jurado:

Hervías Guerra, Edmundo Magno

Solano Melo, Cristian

Injante Mendoza, Raúl

Lima- Perú

2022

Pensamiento

“Camina siempre por la vida como si
Tuvieses algo nuevo que aprender y
Lo harás ”.

Vernon Howard

Dedicatoria

A mis padres Litta Cuadros Santos y Carlos Alarcón Retes por brindarme amor, escucha, esquema de vida y modelos a seguir; por ser mi apoyo incondicional en todo tiempo.

Agradecimientos

Agradezco a dios, quién conoce todos mis anhelos, y hoy los veo realizados, a mi familia por su apoyo incondicional, y a la Universidad Nacional Federico Villarreal por permitirme concretar este anhelo.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes Nacionales	15
1.2.2 Antecedentes Internacionales	16
1.2.3 Fundamentación Teórica	17
1.3 Objetivos	22
1.4 Justificación	23
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	24
II. Metodología	26
2.1 Tipo y diseño de Investigación	26
2.2 Variables de Investigación	26
2.3 Participante	26
2.4 Evaluación Psicológica (Caso clínico Psicológico)	27
2.4.1 Observación Psicológica	27
2.4.2 Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)	27

2.4.3 Test o Pruebas Psicológicas aplicada	38
2.4.4 Informe Psicológico Integrador	48
2.5 Intervención	54
2.5.1 Objetivos Terapéuticos	54
2.5.2 Plan de intervención	55
2.6.3 Programa de intervención	59
III. Resultados	97
3.1 Resultados pre y post intervención	97
3.2 Discusión de Resultados	108
IV. Conclusiones	112
V. Recomendaciones	113
VI. Referencias	114
VII. Anexos	119

Índice de Tablas

N°	Título	Pág.
1	Resultados de las escalas del Inventario de Trastorno Alimentarios	44
2	Resultados de la escala de Actitudes y Síntomas EAT- 26	47
3	Propuesta de Modelo de Plan de Evaluación e Intervención Previsto	55
4	Auto registros de Actividades- Emociones	65
5	Análisis Funcional para la Reestructuración Cognitiva	66
6	Ficha de Auto registro entregado	69
7	Ficha de Auto registro	70
8	Ficha de Auto registro de la Técnica Columna Paralela	72
9	Listado de Actividades Agradables	74
10.	Planificación de Actividades durante la semana	75
11	Auto registro de Dominio- agrado	76
12	Lista del menú de Reforzadores	78
13	Ejercicio de la técnica de Prueba de Hipótesis	86
14	Pasos para el proceso de la Técnica de la Solución de Problemas	90
15	Auto registro del proceso de la Técnica de la Solución de Problemas	91
16	Ejercicio de Reestructuración Cognitiva	93
17	Ejercicio de la Técnica Paradoja de la Aceptación	94
18	Listado de Frases para las Auto instrucciones	95
19	Resultados del Pretest Del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI	97

20	Resultados del Pretest Del Cuestionario de Habilidades Sociales- Minsa	98
21	Resultados del Pretest de la Escala de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación EAT- 26	98
22	Resultados del pretest Del Inventario de Trastornos Alimentarios. EDI 2	99
23	Línea Base: Registro de conducta: Frecuencia	99
24	Lista de Chequeo - Frecuencia Semanal de la línea base	100
25	Registro semanal de intensidad (0-10) de emociones de la usuaria. Línea Base	101
26	Registro de las USA iniciales del Proceso de Intervención	102
27	Resultados del post test Del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI	102
28	Resultados del post test Del Cuestionario de Habilidades Sociales- Minsa	103
29	Resultados del post test de la Escala de actitudes y síntomas de los Trastornos de Alimentación EAT- 26	103
30	Registro de las USA finales del Proceso de Intervención	104
31	Registro de Pensamientos Automático	104
32	Registro de Intensidad de las Emociones a la finalización de la intervención	106
33	Registro de Conductas al Término de la Intervención	107

Índice de Figuras

N°	Título	Pág.
1	Contrato Terapéutico	60
2	Díptico informativo (Anverso)	62
3	Díptico informativo (Reverso)	63
4	Auto registro de Sensaciones en el Organismo	67
5	Auto registro de Emociones	68
6	Auto registro de Pensamientos	68
7	Tipo de Distorsiones Cognitivas	88
8	Listado de Frases para las Auto Instrucciones	95

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo reducir la sintomatología de la anorexia nerviosa mediante la aplicación de un modelo de intervención cognitivo conductual que permita instaurar patrones alimentarios saludables, modificar las creencias distorsionadas relacionadas a la sobrevaloración de peso y apariencia física para lograr así un mejor desenvolvimiento individual en una adolescente de 14 años, quién acude por primera vez al C.S.M.I en el distrito de Comas-Lima. El tipo de investigación fue aplicado con diseño experimental de caso A.B.A. Durante la evaluación se elaboró la historia clínica, se aplicó el Inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI- 2), La escala de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación (EAT- 26), el Inventario Clínico para adolescentes de Millón- MACI. El plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual, constó de 14 sesiones, con frecuencia semanal. Se emplearon técnicas tales como psicoeducación, reestructuración cognitiva, escala de dominio- placer, coste de respuesta, programación de actividades, entrenamiento en gestión de emociones, detención del pensamiento, entrenamiento en relajación, en resolución de problemas y mantenimiento preventivo. Posterior a ello, de acuerdo a la evaluación de seguimiento se logró instaurar un repertorio conductual funcional y saludable en la ingesta de alimentos e identificar y reducir las creencias irracionales de la menor. Al finalizar la fase de tratamiento e ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para casos de anorexia nerviosa.

Palabras claves: adolescente, anorexia nerviosa, intervención cognitivo- conductual.

Abstract

The objective of this study was to reduce the symptoms of anorexia nervosa through the application of a cognitive behavioral intervention model that allows establishing healthy eating patterns, modifying distorted beliefs related to overvaluation of weight and physical appearance in order to achieve better individual development. in a 14-year-old adolescent, who attends the CSMI for the first time in the district of Comas-Lima. The type of research was applied with an experimental design of the A.B.A. case. During the evaluation, the clinical history was prepared, the Eating Disorder Inventory (EDI-2), the Scale of Attitudes and Symptoms of Eating Disorders (EAT-26), the Clinical Inventory for adolescents of Million-Maci. The intervention plan from the cognitive behavioral model consisted of 14 weekly sessions. Techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, mastery-pleasure scale, response cost, activity scheduling, emotion management training, thought stopping, relaxation training, problem solving and preventive maintenance were used. Subsequently, according to the follow-up evaluation, it was possible to establish a functional and healthy behavioral repertoire in food intake and to identify and reduce the irrational beliefs of the minor. At the end of the treatment phase, the effectiveness of the techniques used for cases of anorexia nervosa is ratified.

Keywords: adolescent, anorexia nervosa, cognitive-behavioral intervention

I. Introducción

El caso que se presenta se trata de una adolescente de 14 años que presenta anorexia nerviosa. Después de una primera fase del registro de la conducta para la obtención de la línea base respectiva y del análisis funcional correspondiente, se aplicó una intervención cognitivo conductual, con técnicas como psicoeducación, columnas paralelas, programación de actividades, dominio- placer, coste de respuestas, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson, así como prueba de hipótesis, solución de problemas y de gestión de emociones, paradoja de la aceptación, auto registro, auto instrucciones y auto reforzamiento. Con lo que se logró una significativa reducción de la conducta relacionada a la anorexia nerviosa. Se exponen en el primer apartado la descripción del problema, las investigaciones relacionadas al caso tanto nacionales como internacionales, el marco teórico referido a las variables de estudio, los objetivos, la justificación y el impacto esperado del presente estudio de caso.

En el apartado dos se desarrolla la metodología aplicada que consta de la historia psicológica, la aplicación de instrumentos psicométricos y los informes correspondientes, los objetivos del plan de intervención y el desarrollo del programa de intervención.

El tercer apartado contiene los resultados del estudio en el que se puede apreciar gráficamente el contraste entre las frecuencias de la conducta en las fases de línea base, y la etapa de la evaluación del tratamiento durante cada sesión, también los resultados del pre y post test de la aplicación de los instrumentos psicométricos y finalmente, la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

1.1 Descripción del problema

En la adolescencia, la percepción por la imagen social, la figura física y el peso se incrementan, lo cual puede llegar a tener un impacto muy significativo en la confianza, seguridad y autoestima del adolescente. En esta etapa el adolescente busca muchas maneras de conseguir un estado de equilibrio emocional; es aquí donde se vuelve muy vulnerable y adopta conductas no saludables en pro de su “bienestar”, como los malos hábitos de comida que pueden conducir a trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Éstos se caracterizan por ser una alteración psicológica que tiende a distorsionar la percepción de la forma y peso corporal (Raich, 2001). Estos trastornos de la conducta alimentaria, son considerados como un problema de salud mental que, en los últimos años, su incidencia es cada vez a edades más tempranas, de acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS, 2004), es la tercera causa de muerte de adolescentes, teniendo estadísticas en aumento. (Gayou et al., 2014).

En la realidad peruana, según los estudios realizados manifiestan que el mayor índice de trastorno de la conducta alimentaria, es la Anorexia Nerviosa más que la Bulimia. Encontrándose en riesgo los adolescentes de desarrollar algún trastorno alimenticio. Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM, 2008). Notablemente el incremento de las cifras y el inicio más temprano de los casos de anorexia nerviosa se puede deber a que en las sociedades actuales los referentes de belleza son mujeres u hombres de tipología delgada o musculosa, tanto en el ámbito nacional como internacional, motivando a los adolescentes a identificarse con ellos, sumado a ello, el encontrarse en una etapa de cambios físicos y búsqueda de su identidad.

Para Erickson (1993) en el conflicto de la identidad la percepción de quién es, los cambios físicos marcados, cognitivos y modificaciones en las expectativas sociales se vuelve una preocupación primordial para el adolescente.

Para esta problemática que cada vez viene incrementándose, existe una influencia en la sociedad de los medios de comunicación, los cuales transmiten la delgadez como sinónimo de belleza para el género femenino y una imagen corpulenta para el género masculino, lo cuál se puede ver reflejado en la difusión de los realites de competencia, en ídolos coreanos, en donde se transmiten tales estereotipos, llegando con mayor facilidad y cada vez a edades más tempranas en adolescentes, quienes crecen con la idea revalorizada del físico como sinónimo de atractivo.

Cabañero et al. (2016), reafirma lo mencionado, señalando que los estereotipos de género transmitido por los medios de comunicación, generan insatisfacción corporal, evidenciándose de forma distinta en ambos géneros, sin embargo, existe una mayor presión en las mujeres en función de su peso.

Tal información genera un mayor impacto en los adolescentes, debido al proceso de cambios físicos y emocionales que se encuentran atravesando como parte de su desarrollo, mostrándose susceptibles a los comentarios que se puedan dar sobre ellos.

Rosabal et al. (2015), agregan que si tales cambios se dan de forma brusca, rápida, repentina o demorada pueden generar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Por lo cual, se plantea la necesidad de aplicar un programa de enfoque de Intervención cognitivo – conductual para disminuir las cifras de los trastornos alimenticios, especialmente en la anorexia nerviosa.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente en base de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como: Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc y otros, encontramos que es escasa la información relacionada con la variable de estudio, sin embargo, tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

Aliaga y Lizardo (2020) presentaron y discutieron el caso de una paciente mujer de 19 años cuyo IMC llegó a 11 y que lamentablemente falleció mientras recibía atención hospitalaria. En el artículo, se revisaron las principales complicaciones médicas de la anorexia, remarcándose la necesidad de considerar los parámetros pertinentes para una atención hospitalaria oportuna que pueda evitar desenlaces fatales.

La investigación de Martínez (2020) buscó realizar el estudio de los Trastornos Alimentarios y la Familia, en Lima Metropolitana, quién sostiene que la terapia familiar, psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual (TCC) son las intervenciones cuyos modelos favorecen al tratamiento de los Trastorno de la conducta alimentaria, mejorando el pronóstico de los pacientes a corto plazo.

Velásquez (2018) investigó un caso de Trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa, concluyendo que en el tratamiento de estos cuadros es esencial el tratamiento y seguimiento de un equipo multidisciplinario, siendo necesario resaltar el servicio de Psiquiatría y psicoterapia cognitivo conductual.

Además, Honorio (2015) en su estudio de un caso psicológico de depresión y anorexia, realizado en un hospital ubicado en Lima Metropolitana, buscó demostrar que la terapia cognitivo conductual brinda resultados favorables, tanto para la paciente como para la familia.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

De acuerdo a los antecedentes internacionales, Morales y Galván (2021) en México mencionaron que la anorexia nerviosa es considerada en la actualidad como enfermedad de gran impacto por su asociación con la desnutrición, que se presenta principalmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Es una enfermedad multifactorial con gran influencia del medio cultural. Los aspectos biológicos, familiares y personales. Ningún sistema corporal se salva de las secuelas adversas de esta enfermedad, especialmente a medida que la anorexia nerviosa se vuelve más grave y crónica.

Casado (2013) investigó un caso de Bulimia y Anorexia Nerviosa, mencionando que la intervención cognitiva conductual ha demostrado mayor eficacia y eficiencia en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

Beltrán (2011) mencionó en su estudio que entre las principales aproximaciones terapéuticas con evidencia empírica en el tratamiento de los trastornos alimentarios se encuentra la terapia cognitivo-conductual.

Calvo (2010) realizó un estudio referente al tratamiento y seguimiento bajo el modelo cognitivo- conductual en la anorexia nerviosa, a un grupo de 37 pacientes. Demostrando que, la intervención bajo el modelo cognitivo conductual, es útil en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

Chinchilla (2003) concluyó que el mejor abordaje para los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente para la anorexia nerviosa y anorexia atípica, es el cognitivo conductual.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Concepto de los trastornos alimenticios. Se define a los trastornos alimenticios como aquella alteración en el comportamiento relacionado con la alimentación, el cuál se caracteriza por una extrema preocupación por la imagen y el peso corporal, su evolución es crónica y su etiología multifactorial, pues traen consigo consecuencias físicas y afectan el funcionamiento psicosocial del individuo. (Vilca, 2018).

Estas alteraciones se encuentran relacionadas con un control excesivo en la ingesta de alimentos, quién la padece tiende a presentar miedo a perder el control y a engordar, como consecuencia, el individuo realiza esfuerzos por controlar el peso y la silueta corporal. Entre los tipos más comunes de trastorno de alimentación, se encuentran la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa las cuáles aparecen tanto en adolescentes como en adultos.

1.2.3.2. Clasificación de los trastornos alimenticios. Existen diversos tipos de trastornos alimenticios, tales como: Anorexia Nerviosa, Anorexia Nerviosa atípica, Bulimia nerviosa, Bulimia nerviosa atípica, Otros trastornos de la ingestión de alimentos y Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado. Pero para efectos de este trabajo académico se considerará a la Anorexia nerviosa y a la Bulimia Nerviosa.

A. Anorexia Nerviosa. Anorexia, viene del Griego “orexia” que significa falta de apetito y del latín “nervus”, que quiere decir nervioso, dando como resultado a un trastorno de inapetencia de origen nervioso, sin embargo, quién lo padece, sí tiene ganas de ingerir alimentos en las primeras fases; pero es reprimida por el individuo por medio de su fuerza de voluntad, ya que en la búsqueda de lograr el peso deseado, empieza a tener una percepción errónea de su cuerpo que le hace verse más obeso, lo que le produce temor y/o resistencia a la comida, generando que evite alimentarse.

Este trastorno de la conducta alimentaria suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, no obstante, en los últimos años, de acuerdo a las investigaciones realizadas se evidencia que está siendo desencadenado a edades más tempranas. Por ello, en la actualidad, se observa el incremento en el estudio de este padecimiento, considerándose así un grave problema de salud mental que es caracterizado por la incapacidad de mantener un cuerpo saludable normal en relación al peso, debido a la obsesión por la delgadez.

Consigno, quien la padece presenta otras alteraciones conductuales para así, perpetuar e incrementar la pérdida de peso tales como: purgas, dietas, ejercicio excesivo o ayuno; observándose que lo más importante para ellos es perder cada vez más y más peso, por lo que las personas niegan su bajo de peso, careciéndose de conciencia de la enfermedad (Toro, 2008).

Es clasificado principalmente en dos tipos: Anorexia restrictiva, en este tipo se evidencia disminución de ingesta de alimentos, sin embargo, no se evidencia alteraciones conductuales, tales como: comer compulsivamente, purga, inducirse al vómito, uso de diuréticos y/o laxantes, hacer ejercicios de forma excesiva, u otros.

También, encontramos la Anorexia Purgativo y/o con ingesta compulsiva, en este tipo se evidencian comportamientos compensatorios tales como; comer compulsivamente, purgarse, inducirse el vómito, uso de diuréticos y/o laxantes, hacer ejercicios de forma excesiva y otros.

B. *Bulimia Nerviosa.* Este tipo de trastorno alimenticio, está caracterizado por la presencia de atracones recurrentes y conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, de esta manera quién la padece evita la ganancia de peso. Entre ellas, la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayunos y ejercicio excesivo. Presentándose como promedio dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

Es clasificado principalmente en dos tipos: tipo purgativo; quién lo padece se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso durante el episodio de bulimia nerviosa, y de tipo no purgativo; quién lo padece emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, tales como el ayuno o el ejercicio intenso, sin embargo, no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso, durante el episodio de bulimia nerviosa.

1.2.3.3. Factores Predisponentes de la Anorexia Nerviosa. Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una etiología multicausal (factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares).

A. Factores individuales: Caracterizado por características individuales de la persona quién la padece, las cuáles dividen a los factores individuales en biológicos y psicológicos. Respecto a lo biológico, relacionado al género, edad, herencia genética y en algunos casos antecedentes de obesidad. Respecto a lo psicológico, relacionado a los indicadores de la personalidad, baja autoestima, sentimientos de insuficiencia, episodios depresivos, ansiedad, valores morales enfocados hacia el cuerpo y la figura corporal. (Gorab, 2005).

En relación a la anorexia nerviosa, se considera que hay presencia de una alta frecuencia de conductas perfeccionistas y obsesivo- compulsivas que suelen permanecer estables en un tiempo prolongado.

B. Factores familiares. Conformada por situaciones generadas dentro del contexto familiar, de acuerdo a García (2008), hace mención que, entre los principales factores, está presente la influencia de comentarios desagradables acerca del aspecto físico o la sobrevaloración de éste entre los miembros de la familia. Observándose también, la dependencia emocional, sensibilidad a las apariencias y/o búsqueda de aprobación, valores morales estéticos dominantes, estilo parental de sobreprotección, antecedentes de familiares con trastornos afectivos, trastornos adictivos, desvinculación u otros, son también los principales desencadenantes de los trastornos alimenticios.

C. Factores Socioculturales. De acuerdo a García (2008), menciona que en la sociedad, los medios de comunicación audiovisual, tales como, los programadas televisivos o los canales de YouTube, imparten modelos estereotipados de un aparente prototipo de perfección corporal en la mujer. Todo ello, provocaría la internalización de la preocupación por lograr un cuerpo delgado como también, la insatisfacción induciendo a conductas de dieta.

1.2.3.4. Consecuencias. Si bien de acuerdo a las investigaciones, en la actualidad la anorexia nerviosa es considerada como una problemática relacionada a la salud mental, donde la consecuencia más grave es la mortalidad y suicidio, también se evidencian otras alteraciones endocrinas, cardiovasculares, complicaciones gastrointestinales, hepáticas, neurológicas, infecciones, en la reproducción humana (infertilidad, bebés pequeños, hijos enfermizos, raquitismo, osteoporosis, erosión dental), también en el sistema nervioso (posibles déficit de aprendizaje, memoria, análisis viso- espacial), seguido de problemas psicológicos (episodios depresivos, ansiedad, déficit en habilidades sociales, entre otros). Todas las antes mencionadas se catalogan como las principales consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria.

1.2.3.5. Teoría explicativa acerca de la Anorexia Nerviosa. De acuerdo con el Modelo de Fairburn y Shafran (2003), la anorexia nerviosa se encuentra la presencia de un sistema disfuncional de autoevaluación definido por la sobrevaloración de la figura física, el peso corporal y su control; a lo que se denominan como “núcleo psicopatológico”.

Este sistema disfuncional genera y mantiene una serie de conductas inadecuadas y disfuncionales en la ingesta de alimentos, el cual está subyacente a cogniciones. (Fairburn et al., 2003).

Por ello, se dice que en la anorexia nerviosa hay presencia de la necesidad de autocontrol en general y una valoración de sí misma en relación al peso y figura corporal. Ello proveniente del perfeccionismo, baja autoestima y sentimiento de ineficacia, como también los cambios de la pubertad, observándose el incremento de influencia de los estereotipos que la sociedad imparte en relación a la dieta para controlar la figura y el peso corporal.

Este autor menciona que estas variables genera más probabilidad la restricción de alimentos y la dieta restrictiva, que al presentarse en un tiempo prolongado proporciona un efecto inmediato de la sensación de autocontrol, donde generaría en el individuo el control exhaustivo de su peso corporal.

Y con el éxito de ello se convertirá en un estímulo reforzador muy potente que además evita el afrontamiento de otros problemas. Ello generaría, que determinada conducta se convierta muy resistente al cambio, sobre todo para aquellas personas que la integran como parte de su identidad individual. Ello conlleva una serie de consecuencias y cambios psicológicos y físicos, provocando hipervigilancia, en donde el individuo magnifica las imperfecciones y que lo llevará por un tiempo prolongado, con el tiempo ello llega a ser aversiva, produciéndose un incremento de las preocupaciones, de creencias irracionales

sobre éste, lo que a su vez conduce a experimentar sesgos atencionales e interpretativos hacia toda la información que tiene que ver con las ingestas, el peso y la figura.

Se evidencia que la sociedad estimula la idea sobrevalorada de la delgadez y la evitación del sobrepeso, fomentando la idea de realizar juicios en términos de peso y figura.

Por otro lado, al producirse la disminución de la pérdida de peso, se empieza a restringirse más la ingesta alimentos, iniciándose conductas nuevas como el ejercicio físico excesivo, el vómito auto inducido y uso de laxantes y diuréticos que va a contribuir a mantener el Trastorno de la conducta alimentaria.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Reducir la sintomatología de la anorexia nerviosa mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2 Objetivo Específicos

- Disminuir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos, a través de la psicoeducación, técnicas de respiración abdominal, relajación de Jacobson y técnica de detención del pensamiento.
- Reducir la intensidad, frecuencia y duración de respuestas emocionales con la psicoeducación, la programación de actividades y el entrenamiento en autoinstrucciones.
- Disminuir los pensamientos negativos a través de la reestructuración cognitiva, técnica de las tres columnas y prueba de hipótesis.
- Incrementar el nivel de actividad mediante la programación de actividades, la técnica de dominio- agrado, técnica de coste de respuestas.
- Aumentar recursos de afrontamiento, mediante la técnica de solución de problemas, autoregistro, auto instrucciones, auto reforzamiento, Paradoja de la aceptación.

1.4 Justificación

En este caso clínico se presenta un plan de intervención psicoterapéutico desde el modelo cognitivo conductual con la finalidad de modificar las conductas de riesgo asociadas a la anorexia; establecer un sistema de refuerzos adecuados incorporando actividades alternas y gratificantes que en dificultad progresiva permitan la adquisición de un repertorio conductual funcional y saludable en la ingesta de alimentos, debido al aprendizaje de nuevas habilidades para la gestión de emociones, toma de decisiones y resolución de problemas. Estas modificaciones contribuirán de manera significativa en la formación de una alimentación consciente que permita a la adolescente desterrar estereotipos relacionadas a la sobrevaloración de su imagen física y peso corporal.

Por ello, en el presente trabajo, de acuerdo a la información recopilada durante el proceso de evaluación respecto a la sintomatología de la paciente, se emplearán estrategias para los distintos niveles de respuestas (fisiológico, emocional, cognitivo y conductual), enfocadas en la disminución de los niveles actuales de ansiedad significativos, generada por tensión y estrés, incluyendo sentimientos de intranquilidad, enojo, culpa, preocupaciones constantes frente a las conductas relacionadas con la comida, el peso y dietas, miedo intenso a engordar y aprehensión, como también, encontrándose actitudes y conductas alimentarias de evitación del consumo de alimentos y de un déficit en el autocontrol.

Debido a ello, se considera necesario realizar la intervención bajo el Modelo Cognitivo Conductual, pues bien, según Casado (2013) la intervención cognitiva conductual ha demostrado mayor eficacia y eficiencia en el abordaje en los trastornos de la conducta alimentaria.

A la vez Chinchilla (2003), considera que el mejor abordaje para los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente para la anorexia nerviosa y anorexia atípica, es el cognitivo conductual, el cuál se centra en identificar y modificar las características cognitivas, emocionales y conductuales de estos trastornos.

Sé pretenderá el logro de estos objetivos a través de las técnicas tales como psicoeducación, reestructuración cognitiva, escala de dominio- placer, coste de respuesta, programación de conductas alternas, entrenamiento en gestión de emociones, detención del pensamiento, entrenamiento en relajación (respiración abdominal), entrenamiento en resolución de problemas y mantenimiento preventivo.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, dada la convergencia de aspectos culturales, ideales de belleza, búsqueda de aprobación y aceptación.

Autores como Gowers y Shore (2001), mencionan que en ésta etapa de vida, la preocupación por el peso y figura se incrementan y la exigencia por lograr estas metas puede ser difícil para muchos adolescentes lo que podría tener un impacto significativo en la confianza y la autoestima.

De acuerdo a Fairburn et al. (2003), En la ingesta de alimentos se mantiene una serie de conductas inadecuadas y disfuncionales, las cuales están subyacentes a cogniciones.

Por lo mencionado anteriormente y teniendo como punto de referencia el aumento de problemas de conductas alimentarias detectados en adolescentes en estos últimos años, presentado además cada vez a edades más tempranas con este plan se busca aportar a la comunidad científica de manera significativa estableciendo una línea de tratamiento eficaz

y oportuna en adolescentes con anorexia nerviosa, como también, la realización de programas preventivos, para disminuir las cifras de los trastornos alimenticios en general.

II. Metodología

2.1 Tipo y diseño de investigación

Aplicada porque su fin es práctica ya que toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado, (Kerlinger, 2002).

El diseño del presente estudio de investigación es de tipo experimental (pre experimental), porque se caracteriza por ser un sujeto único, es decir, carece de grupo de control. En el estudio se busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de anorexia nerviosa en una adolescente de Lima Metropolitana. Se utilizará el modelo A.B.A, se describe la fase A como línea base. B en el tratamiento y A como evaluación final.

2.2 Variables de Investigación

2.2.1. Variable Dependiente: Anorexia Nerviosa

Que es medido por el inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)

2.2.2. Variable Independiente: Terapia cognitivo conductual

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, se basa en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para hacer frente a sus problemas. Se encuentra conformada por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica luego de una evaluación de la sintomatología del paciente.

2.3 Participante

Único, constituido por una persona de sexo femenino, de 14 años de edad y de un distrito de Lima Metropolitana afectada por sintomatología concordante con un cuadro de anorexia nerviosa.

2.4. Evaluación Psicológica (Caso Clínico Psicológico)

2.4.1 Observación Psicológica

Paciente de sexo femenino, tez trigueña, contextura delgada, con una estatura de 1.60 cm y peso de 42 kg aproximadamente, aparenta una edad cronológica de 14 años.

Presenta un arreglo y cuidado personal adecuado. Viste de manera aliñada y ropas acorde a la estación. Se encuentra lúcida y orientada en tiempo, persona y espacio. Tiene un discurso coherente y sin alteraciones en el curso. Emplea un lenguaje comprensible, fluido, con tono y volumen de voz adecuado.

Durante el desarrollo de las sesiones establece contacto visual, tiende a adoptar una postura semi encorvada, muestra una actitud de colaboración, aunque inicialmente no tiene iniciativa al diálogo, limitándose a responder las preguntas formuladas; posteriormente, muestra mayor apertura, interés y expresa de manera espontánea sus dudas e inquietudes. Asiste a las consultas acompañada de su madre, con regularidad y puntualidad según las sesiones programadas.

2.4.2 Historia psicológica

Apellidos y Nombre	: Andrea S.S
Edad	: 14 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 07 de junio del 2005
Estado Civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Grado de instrucción	: 3° secundaria
Religión	: Evangélica
Distrito de Procedencia	: Comas
N° de hermanos	: 1

Posición que ocupa	: 2/2
Composición familiar	: Madre y Hermana mayor
Referente	: Madre y paciente
Fecha de evaluación	: 12, 19 y 25 de Julio del 2019
Fecha de 1ª Intervención	: 4 de Agosto del 2019
Fecha de Informe	: 27 de Julio del 2019
Entrevistador	: Lic. Teresa Alarcón Cuadros
Lugar de entrevista	: CMI Laura Rodríguez
Informantes	: La paciente y madre

Motivo De Consulta. Madre de la menor, refiere: “Desde hace 1 año, mi hija no quiere comer nada de alimentos ni grasas, todo lo que preparo dice que engorda y que tiene muchas calorías. De niña no era así, ahora tengo que estar detrás de ella para que coma, le tengo que insistir y escoger lo que tiene que comer durante el día, porque sino no come, bota la comida o la esconde en su cuarto. Me dice que sé siente gorda, que ya no quiere comer, ha disminuido mucho de peso, ahora pesa 42 kilos, ha disminuido 12 kilos, Ella ha sido gordita de pequeña, deseaba que adelgace, porque la familia de su papá la molestaban mucho, pero ahora ya me preocupa demasiado, la veo cada vez más delgada”.

“Su hermana mayor y yo no la entendemos, no sé qué hacer con ella. Compara los alimentos que ella ingiere con los de su hermana”, sé encierra en su cuarto durante el día”, “dice que le exigimos mucho, que queremos que engorde”. “Es el segundo mes que tiene un retraso en los días de inicio de su ciclo menstrual mensual, ella es regular y ahora hace siete días que aún no le viene su periodo menstrual”.

Paciente, menciona: “Mi mamá quiere que coma todo lo que me sirve y yo no quiero, sé molesta, me grita, anda detrás de mí no me deja en paz”. Antes yo comía mucho, mi mamá y mi abuela me decían “tanto comes” “estás gorda”, “tú eres la gordita de la familia” “mira cómo estás” mira a tu hermana está flaquita y bonita”. y ahora me sirve un montón, es demasiado, me siento culpable de lo que como, siento que, si como lo haré en grandes cantidades y no podré detenerme, no quiero y me da miedo estar gorda”. “Me gusta cómo se ven las actrices coreanas, soy fans de shared Folder (coreana). Ellas son delgadas y bonitas. “Yo soy ancha y no me gusta mi cuerpo”. “me veo horrible”, “porque no soy flaca” Veo mi cuerpo como cambia, y me asusta me veo fea”. No me acuerdo cuándo, pero empecé a ver seguir los canales de YouTube de los grupos coreanos, también veía videos de dietas, tipos de comida, ejercicios y empecé a comer más sano. Pero mi mamá no me entiende, se molesta y al final discutimos.” “En estos dos últimos meses realizo ejercicios (énfasis en abdominales) de lunes a viernes por 20 minutos, antes era más de 30 minutos, pero ahora mi mamá me ha puesto un límite y me supervisa el tiempo de ejecución”. Situación que la enoja (8) porque piensa “mi madre exagera, no me entiende y soy un problema”.

Problema Actual. La paciente refiere que desde “hace 5 meses todos los días tiene discusiones con su madre y la hermana mayor al momento de las comidas (desayuno, almuerzo y cena). Debido a la inconformidad que expresa respecto a la cantidad que le sirve percibe como excesiva y a la negativa de consumir ciertos alimentos (carbohidratos, grasas)”. Motivo por el cuál, la madre ha modificado sus horarios de alimentación para que en la medida de lo posible pueda supervisarla, ya que al estar sola en casa no come o esconde la comida.

Menciona que “ha bajado de peso, tiene poco apetito, dolores de cabeza, calambres corporales y experimenta cansancio durante las actividades diarias que realiza en casa”.

Al momento de comer, tiene pensamientos tales como: “Es un martirio la hora de la comida”, “no disfruto comer”, “cuántas calorías tendrá esto”, “estoy gorda”, “me asusta subir de peso”, “no quiero estar como antes”, “estoy muy llena”, “mi mamá me sirve demasiado”, “mi mamá no me comprende”, “me tratan como si fuera una niña”, “Soy la peor”, “Decepciono mucho a mi mamá”, “la mejor siempre es mi hermana”.

Ante lo cuál siente culpa (9), ansiedad (8), enojo (7), frustración (6), llanto (5) tendiendo a discutir con su madre.

Durante la ingesta de alimentos toma mucha agua, coge el celular y revisa las calorías que tiene lo que está ingiriendo, está pendiente de los movimientos de su madre con la intencionalidad de encontrar alguna posibilidad, que le permita esconder la comida.

Agrega que en el transcurso del día se cuida, no come nada entre comidas, se priva de cosas que se le antojan (chocolates y dulces), rechaza lo que su hermana le invita, y en tiempo de clases, lo que sus amigas le invitaban, revisa las calorías que tienen los alimentos y productos para evitar subir de peso, revisa páginas de dietas estrictas, Frente a ello, sus tías paternas le dicen: “tienes mucha fuerza de voluntad”, “has cambiado mucho” “estás una barbie”, “se te ve muy bien”, “estás mejor que antes”, y la abuelita paterna, expresa:” estás igualita a tu hermana”, ”estás mejor ahora”, “antes eras muy gordita”.

“En estos dos últimos meses realizo ejercicios (énfasis en abdominales) sólo de lunes a viernes por 20 minutos, debido a que mi madre me ha puesto un límite y supervisa el tiempo de ejecución. Situación que la enoja (8) porque piensa que su madre exagera, que no la entiende y que ella es un problema”.

Recuerda que “hace meses hacia ejercicios todos los días por dos horas, dice que antes disfrutaba más cuando hacía ejercicios, sobre todo cuando salía a correr. Pero que ahora hace ejercicios porque no quiere engordar, quiere tener el abdomen plano y marcado, verse bien con cualquier ropa que use y sentirse cómoda con su cuerpo”.

En casa trata de estar la mayor parte del tiempo en su cuarto, debido a que su madre cuando la ve en casa suele llamarla para que ingiera algún alimento. Menciona: “Mi mamá ni bien me ve caminando por la casa, me llama y me pregunta si no he escondido nada, si tengo ganas de comer y me da cualquier cosa que ve cerca”. También evito salir a la casa de algún familiar los fines de semana porque ya me dirán algo sobre mi peso, y siempre hay algo que comer delante de toda mi familia. Agrega: “Les encanta comer cosas chatarras, con mucha grasa, yo no quiero comer eso, no me dejan pedirme una sopa y si me aceptan, quiere que me coma los fideos, tampoco me dejan que sólo tome una infusión”.

Reconoce que su madre y su hermana mayor se preocupan por ella, que piensan que está muy delgada, que se puede enfermar y eso le da tristeza (6) porque piensa “soy un problema”, “es mi culpa que mi madre se preocupe”, “mi madre sé siente mal por mí”, “si mi padre estaría con vida estaría muy enojado y triste”,

Desarrollo Cronológico Del Problema. La paciente recuerda que a los 8 años su madre, y abuela paterna ocasionalmente le hacen comentarios sobre su apetito. Su abuela paterna, solía decirle: “ya comiste”, “estás comiendo mucho”, “Si repites vas a engordar”. Y su madre: “No comas mucho”, “Cuando realices educación física tus amigas correrán más rápido que tú, podrán realizar ejercicios, volatines, cruzarán el taburete y tú no podrás cruzar”, tú te quedarás atrás”. Ante ello, pensaba: “es una broma”, “les gusta molestar”, “mi abuela prefiere más a mi hermana que a mí”.

La paciente menciona que dicha situación no tuvo ningún impacto en su conducta, ni modificó sus hábitos alimenticios.

A los 12 años, fallece su padre, y por la tristeza que tenía, empieza a desear salir con las amigas, percibe en su cuerpo los cambios físicos de la adolescencia, específicamente el crecimiento de las mamas, ensanchamiento de las caderas y aumento en la talla. Al respecto, pensaba: “Se me notan mucho los bustos”, “mis piernas están más gruesas”, “se me ve

gruesa”, “mis brazos están muy anchos y mi espalda también”, mis amigas no se ven como yo”.

Ante esta situación experimentaba incomodidad (8) y vergüenza (9). Por lo que evita quitarse la chompa al estar presente con otras personas, pese al calor y tiende a colocarse en los bustos la faja de gimnasio empleada por su madre. Pues recuerda que desde pequeña continuamente escuchaba decir a su madre “si subo de peso la ropa se me ve mal, me veo fatal”.

Refiere que debido a la inconformidad que experimentaba con su físico, empieza a modificar su estilo de vestir y busca ocultar con ropas más grande las formas de su cuerpo. Menciona que su madre y su hermana no se percataron de lo sucedido.

A los 13 años recuerda que le impacta muchísimo un comentario que realiza su abuela paterna. Menciona: “Un día que fue a la casa de visita me dijo: ¿Por qué no eres como tu hermana? ella es flaquita, su cuerpo es bonito”. Refiere que ese comentario la hizo sentir incómoda (8), enojada (9) y triste (6).

Agrega: “No le dije nada, agache la cabeza, me puse roja y no le hablé, me fui a la cocina y me puse a llorar”. Pensaba: “¿Por qué me tiene que compararme siempre con mi hermana?”, “Ella es siempre la perfecta”.

“A partir de ese momento empecé a sentir envidia y coraje hacia mi hermana, mi madre creo que lo percibió, pero ante cualquier pregunta lo negaba y minimizaba delante de ella, le respondía que está equivocada en la percepción que tiene de los hechos”.

Menciona que el transcurso de ese mismo año, con sus amigas de colegio se hace seguidora de los grupos coreanos. Empieza a seguir noticias y canales relacionados a los ídolos coreanos, sus rutinas de belleza, estilo de vida y dietas. Menciona: “Todas las chicas coreanas tienen una piel perfecta, limpia, son bonitas, se cuidan muchísimo, son súper delgadas y con un cuerpo muy bonito, todo lo que usan les queda perfecto”.

Agrega que a partir de su interés por los ídolos coreanos empieza a preocuparse por su apariencia física. Pensaba: “soy voluptuosa”, “me veo muy ancha”, “se me ve muy tosca”, “no me gusta mi cuerpo”, “a ellas se les ve ágil”, “se les ve bonita siendo delgada”.

Dicha inconformidad con su cuerpo la lleva a modificar sus hábitos alimenticios. Agrega: “Empecé a prepararme jugos, a comer verduras, a no comer dulces”. Pensaba: “Tengo que bajar de peso”, “estoy muy gorda”, “quiero verme bien”, “sentirme cómoda con mi cuerpo”.

Señala que su madre no muestra ninguna queja, ya que incorpora verduras y frutas en su alimentación diaria.

Después de un mes, al notar cambios positivos en su cuerpo, decide buscar en YouTube las dietas que realizan los ídolos coreanos. Por ello, reduce las porciones de su comida, evita ingesta de carbohidratos, grasas y algunos cereales. Añade: “Empecé a verme más delgada y eso me gustaba”. Pensaba: “quiero tener mi abdomen plano”, “quiero marcar mis abdominales”, “tengo que bajar de peso”. “no quiero verme gorda”, “si engordo mis amigas no me aceptarán”.

Adicionalmente inicia una rutina diaria de ejercicios, con una duración de 2- 3 horas, que incluía correr, ejercicios abdominales y cardio. Dichos cambios son percibidos por la madre como parte de una alimentación sana y estilo de vida saludable.

Menciona que a finales de ese año, amistades cercanas y familiares realizan comentarios a su madre respecto a su pérdida de peso. Agrega: “La gente le decía a mi mamá que estaba muy delgada, le preguntaban si estaba enferma, si me había pasado algo”.

Por ello, a inicios del 2019 ante preocupación de su madre acude a control médico para descartar anemia u otra patología. Los chequeos realizados arrojan resultados estándares. Pese a ello, su madre le restringe el consumo de jugos, obliga a incluir en su

alimentación todo tipo de alimentos, supervisa sus horas de comida y empieza a servirle los alimentos.

En este contexto, la paciente empieza a esconder diariamente los alimentos. Señala: “Escondía la comida en bolsas, en servilletas, lo guardaba en mi ropa que era ancha, lo escondía en mi mochila para votarlo en el colegio”. Pensaba: “me sirve demasiado”, “no quiero engordar”.

Refiere que, en junio del 2019, su madre descubre en su mochila las bolsas de comida, mientras se encontraba cepillándose los dientes. Agrega: “Se enojó conmigo, me dijo que la había decepcionado, me miró y se fue”. Pensó: “está molesta conmigo”, “no quiero hacerla sentir mal”, “no quiero ser un problema”. Agrega que sintió culpa (7) y tristeza (6).

Señala que, a partir de ese acontecimiento, la madre, le prohíbe salir a correr, restringe su tiempo de ejercicios a 20 minutos y sólo de lunes a viernes.

Refiere que en la atención con la psicóloga es interrogada sobre posibles conductas de purga o inducción al vómito. Agrega: “me preguntó varias cosas, ahí fue la primera vez que escuché hablar de lo que era un laxante”.

Menciona que posterior a la cita con la psicóloga busca información en internet sobre laxantes y en el transcurso de los días compra un laxante a la salida del colegio. Pensó: “Necesito uno porque estoy comiendo mucho”, “no quiero engordar”, “ya no es fácil esconder la comida”.

Paciente señala que “ese mismo día, madre descubre en su mochila la botella de laxante. Agrega: “Mi mamá me gritó, me dijo que no podía seguir así, que no estaba bien lo que estaba haciendo”. Sentí culpa (8), ansiedad (8) y rabia (7).

Historia Personal

a) **Pre-natal.** Madre de la paciente menciona: “Fue un embarazo no planificado ni deseado por ambos, sin complicaciones médicas, asistí a todos los controles médicos en una posta cercana a mi domicilio en compañía de mi madre”, “mantenía una dieta balanceada sin carbohidratos ni grasas, me agradaba cuidar mi figura, iba al gimnasio hasta antes de la gestación”. Su estado de ánimo oscilaba con frecuencia, presentando recurrentes episodios de tristeza, en ocasiones con emisión de llanto por las frecuentes discusiones con la pareja”.

b) **Peri- natal .** El parto fue normal, sin complicaciones, con 39 semanas de embarazo y un peso de 3 kilos aproximadamente, talla 50 cm aprox. Con color amarillento de la piel.

c) **Primeros años de vida.** En relación a la psicomotricidad, mencionó, “hubo periodos cortos del gateo, no me gustaba que se ensucie la ropa”, Se sentó a los 6 meses, caminó al año y 6 meses, sin periodos frecuentes de caídas.

La lactancia fue exclusiva de leche materna, no mostrando inconvenientes, siendo el destete a los dos años de edad aproximadamente. Luego de ello, usó biberón por periodo corto que fue sustituido por el toma - todo sin dificultad.

Emite sus primeras palabras al año y dos meses, a los 2 años expresa frases de dos oraciones y a los tres años su lenguaje expresivo y comprensivo fue emitiéndose cada vez con más claridad.

Utilizó pañal hasta el año y 6 meses, menciona: “Yo no tenía paciencia, mi Mamá es quién le enseñó a pedir sus necesitar e ir al baño.”

Padeció enfermedades comunes de la infancia (resfríos frecuentes), sin otro antecedente relevante.

d) Conductas inadecuadas más relevantes. Después del fallecimiento del padre, a los 12 años, la conducta de Andrea cambio. Según refiere la madre, “la menor deseaba interactuar más tiempos con sus amigas, empezó a ingerir poca cantidad de alimentos, por lo cuál la madre preparaba los alimentos en sustancias líquidas como jugos, marcianos y sopas”. La paciente mostró conductas de hacer caso omiso a indicaciones, se resistía, gritaba, a veces llora fuertemente para evitar que su madre le brinde una norma a realizar. Al inicio, la madre y familiares le prestaban atención, posteriormente, le dejaron de prestar atención, enfocándose en el trabajo.

e) Educación. Andrea es una alumna promedio, con un rendimiento escolar sobresaliente desde 1° de primaria a 2° de secundaria, en la actualidad, su rendimiento escolar es promedio, asiste a clases en su horario regular, sin presencia de faltas ni tandanzas.

Sé describe como responsable y ordenada en sus estudios, Agrega: “Me gustaba tener buenas notas, me esforzaba por salir bien en mis exámenes y presentar todos mis trabajos a tiempo. A veces me desespero porque siento que no avanzo como debería, me parece que ahora estoy más tiempo viendo videos en YouTube”.

f) Desarrollo psicosexual. A los 13 años inicio el ciclo menstrual regular. Hasta la actualidad, menciona “no he tenido relaciones sexuales porque siempre he recibido supervisión de parte de mis padres, también, tengo temor al embarazo, recuerdo lo que mi madre me dice: “si sales embarazada te vas de la casa”. Además, a sí misma se decía: “quiero ser profesional, y si quedo embarazada, no podré lograrlo”

g) Accidentes y Enfermedades. Sin antecedentes de accidentes, ni enfermedades crónicas en su vida.

h) Dinámica familiar. El seno familiar está constituido por madre y hermana mayor, es la hija menor, padre falleció hace dos años. La madre tiene 45 años, es docente, motivo por el cuál está ausente en casa de 08:00 am a 5:00 pm.

Andrea la describe la relación con su madre como cercana y conflictiva, la percibe como una persona autoritaria y a veces permisiva, servicial, perfeccionista, altamente crítica con ella. Menciona:” Siempre discutimos, me reclama excesivamente sobre los alimentos que debe de consumir, siento que no me comprende, no me escucha, todo tiene que ser como ella dice y quiere”.

El Padre falleció a los 55 años, por accidente laboral, cuando la paciente tenía 12 años. Era obrero minero, horario laboral 24 x 7, motivo por el cuál estaba ausente en el entorno familiar.

La menor describe la relación con su padre distante pero agradable, menciona “Cuándo él llegaba a casa me sentía feliz, compartí mucho con él”.

La hermana mayor, tiene 21 años, es estudiante de la carrera de administración de empresa, describe la relación como distante, ya que, comparte poco vínculo de cercanía y comunicación con la paciente. Menciona: “tenemos intereses diferentes, a ella no le gusta los coreanos, de niña jugábamos, pero ahora ella interactúa más tiempo con sus amistades y mi mamá”.

i) Antecedentes psiquiátricos de la familia. Ausencia de antecedentes psiquiátricos en la familia. Madre de la menor refiere que, en la adolescencia tuvo periodos de tristeza el cuál recibió intervención psicológica.

2.4.3. Test o pruebas Psicológicas aplicadas

Informe De Inventario Clínico Para Adolescentes De Millon- Maci

Nombres y Apellidos	: Andrea A.Z.
Sexo	: Femenino
Edad	: 14 años
Fecha de Nacimiento	: 07 de junio del 2005
Grado de instrucción	: 3ero de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Número de hermanos	: Hija menor
Religión	: Evangélica
Lugar de residencia	: Comas

Observación de Conducta

Durante la aplicación de la prueba muestra una actitud de colaboración, trabaja con interés y prontitud las consignas dadas.

Pruebas Aplicadas

Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Maci

Conclusiones

- La prueba muestra indicadores aceptables de sinceridad y validez.
- Presenta rasgos de personalidad **Histriónico**.
- Los resultados obtenidos consideran dos áreas problemáticas, siendo: Desagrado por su propio cuerpo, Trastorno de alimentación.

Recomendaciones

- Terapia cognitivo Conductual

Informe Del Cuestionario De Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

Nombres y Apellidos : Andrea
Sexo : Femenino
Edad : 14 años
Fecha de nacimiento : 07 de junio del 2005
Grado de instrucción : 3ero de secundaria
Ocupación : Estudiante
Número de hermanos : Hija menor
Religión : Evangélica
Lugar de residencia : Comas

Observación de Conducta

Durante la aplicación de la prueba muestra una actitud de colaboración, trabaja con interés y expresa de manera espontánea sus dudas en relación al significado de algunas preguntas.

Pruebas Aplicadas

STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Resultados

Obtiene en la escala de A/E (ansiedad estado) un puntaje directo de 37, correspondiéndole una puntuación de 8, lo cual indica un nivel de **ansiedad severo**.
Presenta niveles actuales de ansiedad significativos, debido a tensión y estrés, incluyendo sentimientos de intranquilidad, nerviosismo, preocupación y aprehensión.

En la escala de A/R (ansiedad rasgo) obtiene un puntaje directo de 31, correspondiéndole una puntuación de 7, que indica un nivel de **ansiedad moderado**.

Evidencia una alta predisposición a responder al estrés psicológico con niveles de ansiedad intenso, así como presentar sentimientos de incapacidad, melancolía, desesperanza y cambios de humor frente a situaciones que percibe estresantes.

Interpretación de los Resultados

Los resultados obtenidos en la prueba indican que Andrea presenta niveles de ansiedad significativos, que en la actualidad (A/E) la predisponen a percibir situaciones de su entorno como amenazadoras; generándoles sentimientos de vulnerabilidad e incapacidad para movilizar satisfactoriamente sus recursos e implementar soluciones potencialmente efectivas.

Finalmente, los altos niveles de propensión ansiosa (A/R) sugieren poca habilidad en el ajuste adecuado de sus emociones frente a situaciones adversas y cambiantes, tendiendo a presentar sentimientos negativos.

Recomendaciones

- Terapia Cognitivo- conductual

Informe Del Cuestionario De Habilidades Sociales

Datos Generales

Nombres y Apellidos	: Andrea
Sexo	: Femenino
Edad	: 14 años
Fecha de nacimiento	: 07 de junio del 2005
Grado de instrucción	: 3ero de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Número de hermanos	: 2/1
Religión	: Evangélica
Lugar de residencia	: Comas

Observación de Conducta

Muestra buena disposición, apertura al diálogo, colabora y desarrolla con interés con la tarea asignada.

Pruebas Aplicadas

Cuestionario de Habilidades Sociales

Resultados

Obtiene en la escala total obtiene un puntaje de 119 correspondiéndole la categoría de **Bajo**.

En el área de Asertividad obtiene un puntaje de 36 correspondiéndole la categoría de **Promedio Bajo**; lo que sugiere disminución en la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender sus derechos de una manera asertiva.

En el área de Comunicación obtiene un puntaje de 25 ubicándola en la categoría de **Promedio Bajo**; encontrando disminución en la habilidad para expresar con claridad y precisión sus opiniones, en la escucha activa, aceptación positiva y aserción negativa en diferentes entornos.

En el área de Autoestima obtiene un puntaje de 38 correspondiéndole la categoría de **Promedio Bajo**; lo que sugiere disminución en el concepto estimativo, en la habilidad para comprender y aceptarse a sí misma, así como identificar tanto aspectos positivos y negativos de su persona, limitaciones y posibilidades frente al entorno.

En el área de Toma de decisiones obtiene un puntaje de 20 ubicándola en la categoría de **Bajo**, lo que implica dificultad para dirigir sus acciones, inseguridad en sus pensamientos y falta de independencia emocional para la toma de acciones concretas.

Interpretación de los Resultados

Los resultados obtenidos indican que Andrea en relación a sus Habilidades Sociales se encuentra en la categoría de “Bajo”.

Presenta sentimientos de insatisfacción consigo misma, experimenta dificultad para decidir y dirigir sus acciones en función a sus deseos e intereses, debido a la búsqueda de reconocimiento de las personas significativas de su entorno.

Poca tolerancia a la frustración y búsqueda de gratificaciones inmediatas, ante las exigencias y demandas del entorno tiende adoptar una actitud de encogimiento, no movilizando de manera adecuada sus propios recursos para hallar soluciones potencialmente efectivas. Renuncia con facilidad en la consecución de sus objetivos por temor al fracaso o miedo al ridículo.

Poca flexibilidad para adaptarse a situaciones nuevas, tiende a mostrar terquedad en sus creencias y aproximaciones, con poca apertura a las sugerencias y/o aportes de los demás.

Recomendaciones

- Terapia Cognitivo- conductual
- Intervención familiar

Informe Del Inventario De Trastornos Alimentarios- EDI 2**Datos Generales**

Nombres y Apellidos : Andrea
Sexo : Femenino
Edad : 14 años
Fecha de nacimiento : 07 de junio del 2005
Grado de instrucción : 3ero de secundaria
Ocupación : Estudiante
Número de hermanos : 2/1
Religión : Evangélica
Lugar de residencia : Comas

Observación de Conducta

Muestra buena disposición, apertura al diálogo, colabora y desarrolla con interés con la tarea asignada.

Pruebas Aplicadas

Inventario de Trastornos Alimentarios. EDI 2

Resultados

Tabla 1

Resultados de las escalas del Inventario de Trastorno Alimentarios

Escala	PD	Percentil	Categoría
Obsesión por la delgadez	13	80	Sin patología
Bulimia	0		Sin patología
Insatisfacción corporal	10	61	Sin patología
Ineficacia	7	80	Sin patología
Perfeccionismo	7	82	Sin patología
Desconfianza Interpersonal	10	95	Sin patología
Conciencia introceptiva	4	50	Sin patología
Miedo a la madurez	12	85	Sin patología
Ascetismo	4	51	Sin patología
Impulsividad	0	0	Sin patología
Inseguridad	7	83	Sin patología

Interpretación de los Resultados

Según los resultados obtenidos, paciente obtuvo una mayor puntuación en las escalas de obsesión por la delgadez, miedo a la madurez e insatisfacción corporal, lo que indicaría que presenta preocupaciones constantes frente a las conductas relacionadas con la comida, el peso y dietas. Ya que podría presentar un temor intenso a subir de peso y estar en búsqueda incesante de lograr la delgadez, lo que indicaría que posee una percepción distorsionada e insatisfacción de su esquema corporal.

En cuanto a la escala de desconfianza interpersonal, muestra indicadores de tendencia a la introversión, posee un bajo concepto de sí misma, se desenvuelve con inseguridad y poco disfrute frente a las relaciones interpersonales, denota escasa habilidad para expresar asertivamente emociones y sentimientos, posee pocas estrategias para el manejo de emociones ante situaciones difíciles y/o tensas.

Recomendaciones

- Terapia Cognitivo- Conductual

**Informe De La Escala De Actitudes Y Síntomas De Los Trastornos De
Alimentación EAT- 26**

Datos Generales

Nombres y Apellidos : Andrea
Sexo : Femenino
Edad : 14 años
Fecha de nacimiento : 07 de junio del 2005
Grado de instrucción : 3ero de secundaria
Ocupación : Estudiante
Número de hermanos : Hija menor
Religión : Evangélica
Lugar de residencia : Comas

Observación de Conducta

Muestra buena disposición, apertura al diálogo, colabora y desarrolla con interés las tareas asignadas.

Pruebas Aplicadas

Escala de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación. EAT 26

Resultados

Tabla 2

Resultados de la escala de actitudes y síntomas EAT- 26

Escala	PD	
Dieta	17	
Bulimia Y Preocupación Por La Alimentación	04	
Control Oral	15	
PT	36	Conducta En Riesgo

Interpretación de los Resultados

Los resultados obtenidos en la prueba indican que Andrea presenta factores de riesgos para adquirir problemas alimentarios; ya que se encuentran actitudes y conductas alimentarias como evitación del consumo de alimentos, pensamientos persistentes por el peso corporal y dificultades en autocontrol.

Recomendaciones

- Evaluación y Terapia Cognitivo Conductual
- Orientación y consejería a los padres
- Terapia de Modificación de Conducta

2.4.4 Informe Psicológico Integrador

Nombres y Apellidos	: Andrea
Sexo	: Femenino
Edad	: 14 años
Fecha de nacimiento	: 07 de junio del 2005
Grado de instrucción	: 3ero de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Número de hermanos	: Hija menor
Religión	: Evangélica
Lugar de residencia	: Comas
Fechas de evaluación	: Setiembre del 2019 a febrero del 2020
Técnicas aplicadas	: Observación y Entrevista

Motivo De Consulta

Madre de la menor, refiere: “Desde hace 1 año, mi hija no quiere comer nada de alimentos ni grasas, todo lo que preparo dice que engorda y que tiene muchas calorías. De niña no era así, ahora tengo que estar detrás de ella para que coma, le tengo que insistir y escoger lo que tiene que comer durante el día, porque sino no come, bota la comida o la esconde en su cuarto. Me dice que sé siente gorda, que ya no quiere comer, ha disminuido mucho de peso, ahora pesa 42 kilos, ha disminuido 12 kilos, Ella ha sido gordita de pequeña, deseaba que adelgace, porque la familia de su papá la molestaban mucho, pero ahora ya me preocupa demasiado, la veo cada vez más delgada”. “Su hermana mayor y yo no la entendemos, no sé qué hacer con ella. Compara los alimentos que ella ingiere con los de su hermana”, sé encierra en su cuarto durante el día”, “dice que le exigimos mucho, que queremos que engorde”, “Es el segundo mes que tiene un

retraso en los días de inicio de su ciclo menstrual mensual, ella es regular y ahora hace siete días que aún no le viene su periodo menstrual”.

Paciente, menciona: “Mi mamá quiere que coma todo lo que me sirve y yo no quiero, sé molesta, me grita, anda detrás de mí no me deja en paz” antes yo comía mucho, mi mamá y mi abuela me decían “tanto comes” “estás gorda”, “tú eres la gordita de la familia” “mira como estás” mira a tu hermana está flaquita y bonita”. y ahora me sirve un montón, es demasiado, me siento culpable de lo que como, siento que, si como lo haré en grandes cantidades y no podré detenerme, no quiero y me da miedo estar gorda”. “Me gusta cómo se ven las actrices coreanas, soy fans de shared Folder (coreana).

Ellas son delgadas y bonitas. “Yo soy ancha y no me gusta mi cuerpo”. “me veo horrible”, “porque no soy flaca” Veo mi cuerpo como cambia, y me asusta me veo fea”. No me acuerdo cuándo, pero empecé a ver seguir los canales de YouTube de los grupos coreanos, también veía videos de dietas, tipos de comida, ejercicios y empecé a comer más sano. Pero mi mamá no me entiende, se molesta y al final discutimos”, “En estos dos últimos meses realizo ejercicios (énfasis en abdominales) de lunes a viernes por 20 minutos, antes era más de 30 minutos, pero ahora mi mamá me ha puesto un límite y me supervisa el tiempo de ejecución”. Situación que la enoja (8) porque piensa “mi madre exagera, no me entiende y soy un problema”.

Observación Psicológica

Paciente de sexo femenino, tez trigueña, contextura delgada, con una estatura de 1.60 cm y peso de 42 kg aproximadamente, aparenta una edad cronológica de 14 años. Rostro de forma triangular, cabello lacio, de color negro y largo hasta la altura de los hombros, ojos grandes y de color marrón, nariz respingada y labios delgados. Presenta un arreglo y cuidado personal adecuado. Viste de manera aliñada y ropas acorde a la estación.

Presenta una marcha independiente, se encuentra lúcida y orientada en tiempo, persona y espacio. Tiene un discurso coherente y sin alteraciones en el curso. Emplea un lenguaje comprensible, fluido, con tono y volumen de voz adecuado. Durante el desarrollo de las sesiones establece contacto visual, tiende a adoptar una postura semi encorvada, muestra una actitud de colaboración, aunque inicialmente no tiene iniciativa al diálogo, limitándose a responder las preguntas formuladas. Posteriormente muestra mayor apertura, interés y expresa de manera espontánea sus dudas e inquietudes. Asiste a las consultas acompañada de madre, con regularidad y puntualidad según las sesiones programadas.

Pruebas Aplicadas

- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Maci
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
- Cuestionario de Habilidades Sociales
- Escala de Actitudes y Síntomas de los Trastornos de Alimentación. EAT 26
- Inventario de Trastornos Alimentarios. EDI 2

Resultados

En el área de personalidad, podemos destacar rasgos de una personalidad conformista y sumisa, que se caracteriza por el respeto de normas, reglas y búsqueda de eficiencia. Intenta ofrecer respuestas correctas y aceptables, por lo que suele racionalizar sus emociones; ya que ha aprendido a sentirse segura y confiada en función a la aceptación de los demás. También presenta rasgos histriónicos, ya que intenta proyectar una imagen de seguridad e independencia en entornos sociales. Así mismo muestra patrones egocéntricos, pues adopta un estilo pasivo independiente que se evidencia en el poco interés por las necesidades de los demás y la tendencia a centrarse en sí misma y sus intereses.

Presenta sentimientos de intranquilidad, preocupación y aprehensión frente a situación actual, la cual percibe como estresante. Hay una falta de ajuste en la gestión de sus emociones, moviliza inadecuadamente sus recursos para generar soluciones potencialmente efectivas, tiene alta predisposición a responder al estrés psicológico con niveles de ansiedad moderado y desarrollar sentimientos de melancolía y desesperanza.

De acuerdo a las escalas relacionadas a las habilidades sociales, Andrea posee un concepto inadecuado de sí misma, falta de confianza y seguridad respecto a sus habilidades y capacidades. Dicho auto concepto favorece la presencia de sentimientos de impotencia, pasividad y una actitud de encogimiento frente a las demandas de la vida. Marcada susceptibilidad ante la crítica, necesidad de aprobación de personas significativas de su entorno como un medio de afronte a los sentimientos de exigencia, competitividad y perfección por las expectativas – que percibe – las personas tienen sobre ella. Por lo que suele adoptar una actitud defensiva frente a sus errores, tiende a minimizarlos y justificarlos por la presencia de sentimientos de vulnerabilidad interna. Además, en el establecimiento de sus vínculos sociales muestra poca habilidad para expresar asertivamente sus emociones y sentimientos. Buscando causar una buena impresión, intenta que sus ideas sean reconocidas, mostrando aparente dominio y seguridad en sus acciones. Si bien establece con facilidad nuevo contactos sociales, tiende a mantener una actitud de reserva y cautela en las relaciones con sus pares.

Tiene una percepción distorsionada de su esquema corporal, hay una marcada experiencia de desagrado por su cuerpo e insatisfacción por su apariencia física; realiza críticas constantes por las imperfecciones que percibe de su aspecto cuando lo compara con el ideal a alcanzar. En relación al área relacionado a las actitudes y comportamiento alimenticios, experimenta un miedo intenso a engordar, tiene una excesiva preocupación por el peso, que la predispone a buscar de manera incesante la delgadez tendiendo a

presentar conductas de restricción y evitación ante la comida, debido a pensamientos persistentes por la imagen, peso corporal y autocontrol.

Finalmente, en relación a la dinámica familiar, se denota falta de homogeneidad en los criterios de la figura materna para el establecimiento de límites, asignación de responsabilidades y medidas de corrección, se evidencia una importante influencia de la hermana mayor, a quién percibe como modelo a seguir en su desenvolvimiento diario.

A la figura materna la percibe con fallos en la comunicación, falta de flexibilidad en sus aproximaciones, con tendencia a realizar juicios valorativos y mostrar reacciones hostiles ante los problemas y/o conflictos familiares. Experimenta sentimientos de ambivalencia afectiva, inconformidad y vacilación sobre qué actitud adoptar. Pues, por un lado, descubre la necesidad de un mayor vínculo afectiva con su madre, una comunicación más libre y de confianza. Pero también, experimenta sentimientos de rechazo y decepción por actitudes de censura; tendiendo a mantener por intervalos de tiempo una actitud distante e indiferente.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, sugieren lo siguiente:

- En relación al área de personalidad: rasgos de una personalidad conformista y sumisa. Presencia de síndromes clínicos: desagrado por su propio cuerpo y trastorno de alimentación.
- En relación al área emocional: nivel de ansiedad significativo, en la escala de ansiedad estado, severo y la escala ansiedad rasgo, moderado.
- En relación al área de habilidades sociales, en las escalas de asertividad, comunicación y autoestima se encuentra en la categoría promedio bajo y en la escala de toma de decisiones en la categoría bajo.

- En cuánto al área relacionada a la alimentación, presenta factores de riesgos para adquirir problemas alimentarios.
- Soporte familiar inadecuado.

Diagnóstico

- Anorexia nerviosa (F500)
- Problemas relacionados con estilos de crianza inadecuados (Z628)

Recomendaciones

- Terapia Cognitivo – Conductual
- I/c Psiquiatría
- I/c Nutrición
- I/c Ginecología

2.5. Intervención

2.5.1. Objetivos

Objetivo General

Reducir la sintomatología de la anorexia nerviosa mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

Objetivos Específicos

- Explicar la problemática actual y sus repercusiones a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual en su desenvolvimiento individual. A través de la técnica de Psicoeducación, Diálogo Expositivo.
- Lograr que identifique los tipos de distorsiones cognitivas que la paciente presenta, como también, la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, pero sobre todo la importancia de los pensamientos en nuestras reacciones, esto a través de la técnica Columnas Paralelas, reestructuración cognitiva.
- Debatir y modificar las creencias irracionales, que le generan insatisfacción permanente con su cuerpo, peso y alimentación, promoviendo pensamientos racionales y flexibles. A través de la reestructuración cognitiva y prueba de hipótesis.
- Contrarrestar su escasa motivación, su inactividad, constante preocupación en torno a sus ideas que le generan insatisfacción permanente con su cuerpo, peso y alimentación, estableciendo así, un patrón regular y saludable de ingesta de alimentos. A través de la técnica de programación de actividades, la técnica de dominio- agrado.
- Establecer un patrón regular y saludable de ingesta de alimentos. A través de la técnica Coste de respuestas.

- Aprender a dirigir la atención plena a las señales sensoriales de hambre, saciedad disminuyendo así su atención a los desencadenantes de la restricción de alimentos, a través de la técnica de detención del pensamiento.
- Entrenar en respiración para que maneje la sintomatología ansiosa, a través de la técnica de respiración abdominal y relajación de Jacobson.
- Lograr que la paciente refuerce su autoestima, asimismo, entrenarlo en habilidades sociales, para que aprenda a identificar y regular sus emociones de un modo más adaptativo.
- Aprender a resolver problemas y conflictos futuros, buscando alternativas de solución y evaluando su grado de efectividad. técnica de Solución de Problemas.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento para consolidar los logros obtenidos en el proceso terapéutico y preparar un plan de acción ante posibles recaídas. A través del auto registro, auto instrucciones, auto reforzamiento, Paradoja de la aceptación.

2.6. Plan de intervención

Tabla 3

Propuesta de Modelo de plan de evaluación e intervención previsto

Fases	Sesión	Técnicas de evaluación e intervención
Evaluación	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Psicológica ▪ Tarea para casa: auto registro de pensamientos- sensaciones- emociones.
	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuación de la entrevista psicológica, aplicación de instrumentos psicológicos. ▪ Tarea para casa: auto registro de pensamientos- sensaciones- emociones.

	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis funcional y presunción diagnóstico. <p>Planteamiento del programa de intervención</p>
	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sé realiza el encuadre terapéutico como parte del contrato terapéutico.
Intervención	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducación acerca de la problemática actual de la anorexia nerviosa y las repercusiones de éstas en reacciones físicas, emocionales, cognitivo y conductual. ▪ Tarea para casa: Auto registro de pensamientos- sensaciones- emociones.
	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades para identificar la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, pero sobre todo la importancia de los pensamientos en nuestras reacciones emocionales y conductuales. ▪ Tarea para casa: Auto registro a través de fichas aplicativas didácticas, donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.
	Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sé continua con los ejercicios relacionados a la reestructuración cognitiva, donde la usuaria iidentifica los tipos de distorsiones cognitivas que presenta.

-
- Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.

Sesión 5

- Refuerzo de la sesión anterior para identificar los tipos de distorsiones cognitivas que la paciente presenta, con los ejercicios relacionados con la técnica de Columnas paralelas.
- Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.

Sesión 6

- Ejercicio de elaboración de un listado de actividades agradables, conociendo la valoración para el placer (p) y para el dominio que (d) que experimente. Mediante la programación de actividades y la técnica de dominio-agrado.
- Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.

Sesión 7

- Ejercicios para establecer un patrón regular y saludable de ingesta de alimento, mediante la técnica de coste de respuestas.
- Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.

Sesión 8

- Entrenamiento en respiración para que maneje la sintomatología ansiosa, a través de la técnica de respiración abdominal y relajación de Jacobson.
-

	<ul style="list-style-type: none">▪ Tarea para casa: Ejercicio de relajación tres veces al día durante 10 minutos.
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none">▪ Refuerzo del Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson▪ Tarea para casa: Ejercicio de relajación dos veces al día durante 10 minutos.
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none">▪ Ejercicios para disminuir la atención a los desencadenantes de la restricción de alimentos mediante la técnica de detención del pensamiento.
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none">▪ Refuerzo del entrenamiento de la reestructuración cognitiva mediante la técnica de prueba de hipótesis▪ Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none">▪ Refuerzo del entrenamiento en la identificación de las diversas distorsiones cognitivas en la usuaria.▪ Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.
Sesión 13	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrenamiento en las habilidades socio afectivas, como también, ejercicios para identificar alternativas de solución con más grado de efectividad, mediante la técnica de Solución de Problemas.▪ Tarea para casa: Auto registro donde identifique pensamientos- sensaciones- emociones.

Sesión 14

- Ejercicios para identificar los logros obtenidos en el proceso terapéutico y preparar un plan de acción ante posibles recaídas.
 - Auto registro, Auto instrucciones, Auto reforzamiento, Paradoja de la aceptación
-

2.6 Programa de intervención**2.6.1 Sesión 1****Objetivos De La Sesión**

Generar la adherencia de la usuaria a la intervención terapéutica.

Técnicas Utilizadas:

- Encuadre terapéutico
- Diálogo Expositivo

Descripción De La Sesión

Se da inicio a la consulta felicitando a la paciente por acudir a la primera sesión e inmediatamente se realiza el contrato terapéutico.

T: Buenos días Andrea, me siento muy feliz que acudas a nuestra primera sesión de terapia psicológica

P: Hola Señorita, gracias por su apoyo.

T: Para dar inicio al proceso de intervención terapéutico, es importante detallar las normas, procedimiento, las responsabilidades y un compromiso mutuo que asumiremos. El cuál lo sintetizaremos con los siguientes acuerdos.

Sé muestra el siguiente contrato, sé realiza la lectura y explicación del mismo y sé culmina con la firma de cada una de las partes.

Figura 1

Contrato terapéutico de inicio de intervención terapéutico.



CONTRATO TERAPÉUTICO

.....del 2021

Yo, _____, acepto voluntariamente iniciar mi proceso evaluación y proceso terapéutico psicológico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación.

1. Dado que asisto voluntariamente a la evaluación psicológica y psicoterapia para mí bienestar emocional me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por la terapeuta.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas; si por algún Motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente a mi terapeuta asignada.
3. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
4. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, acepto que perderé el derecho de mi horario y tendré que solicitar una nueva cita.
5. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
6. El presente contrato estará vigente hasta que la terapeuta me dé el alta o de manera Personal yo decida terminar el proceso terapéutico.
7. Las sesiones llevadas en el C.M.I. Laura Rodríguez será de carácter confidencial.

Firman de común acuerdo:

Firma y sello del terapeuta

Nombre y firma del paciente

2.6.2 Sesión 2

Objetivos De La Sesión

Psicoeducación a la paciente acerca la problemática actual y la repercusión física, emocional, cognitivo y conductual en su desenvolvimiento individual.

Técnicas Utilizadas:

- Diálogo Expositivo
- Psicoeducación

Descripción De La Sesión

La paciente acude a consulta en compañía de la madre para dar inicio al proceso de intervención, Sé le da bienvenida, sé le felicita por su asistencia, recordando así, lo aprendido en la sesión anterior.

T: Hola Andrea me agrada verte el día de hoy, te felicito por haber cumplido uno de los acuerdos firmado en la primera sesión.

P: Hola, Señorita, si mi mamá me despertó, para asistir temprano a mi cita.

T: Bien, Andrea. El día de hoy, realizarás una actividad, te mostraré un díptico con información que incluye imágenes.

P: Está bien señorita.

T: Sé inicia la actividad, Luego de ello, sé le realiza la siguiente pregunta: Qué has podido conocer el día de hoy. ¿Conocías está información?

P: No, había escuchado algo por mi familia.

T: ¿Crees que es importante conocer está información? ¿Por qué?

P: Creo, que para que sepa conocer lo que me pasa con la comida, si sólo me sucede a mí, y lo que le puede pasar a mi cuerpo.

Sé brindó información con apoyo de material visual acerca de la importancia de conocer la problemática actual de la anorexia relacionado a la sintomatología de la paciente.

P: La menor realiza consultas.

T: posterior a ello, sé le asigna actividad de auto registro para que refuerce lo aprendido en la sesión. Actividad compartida en la siguiente sesión.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

Figura 2

Material visual de la psicoeducación realizada (Anverso).

The infographic is set against a colorful, abstract background. At the top right, there are three circular icons: a young woman, a woman on a scale, and feet on a scale. Below these are logos for 'Universidad Nacional Federico Villarreal' and 'Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres' / 'Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia'.

Ojito (with a yellow double arrow icon):
 Si notas que un familiar o amigo tiene baja autoestima, hace una dieta demasiado estricta y está insatisfecho con su aspecto físico, considera la posibilidad de hablar con él o ella acerca de esto. Si bien puede que no seas capaz de evitar que manifiesten un trastorno de la alimentación, puedes hablarles sobre conductas más saludables u opciones de tratamiento.

¿Sabías que? (with a red double arrow icon):
 Genera un mayor impacto en los adolescentes, debido a que se encuentran en un proceso de cambios físicos y emocionales, estando muy susceptibles a los comentarios que se puedan dar sobre ellos.

¡STOP A LA ANOREXIA! (in a large orange rounded rectangle)

At the bottom right, there is an illustration of a woman looking at her reflection in a mirror, with a calendar showing the year 2021 below it. At the very bottom, the name 'Alarcón Cuadros Teresa' is written in a white rounded rectangle.

Figura 3

Material visual de la psicoeducación realizada (Reverso).

¿QUÉ ES?

Es un tipo de alteración relacionada con la alimentación, que traen consigo consecuencias físicas y afectan el funcionamiento psicosocial en los seres humanos.

EFECTOS PARA LA SALUD

alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales.
Aparecen respuestas fisiológicas(cefaleas, cansancio, calambres corporales u otras) .
Cambios emocionales(culpa, ansiedad, enojo u otros), respuestas motoras e ideas recurrentes

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

extrema preocupación por la imagen y el peso corporal
Disminución del peso corporal
A veces, retraso en el ciclo menstrual
idea recurrente y sobrevalorada un temor a subir de peso
Poco disfrute de consumir alimentos
elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, evitan alimentos.

¿ CUÁNDO APARECE?

suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, Pero en los últimos años, se está desencadenando a edades más tempranas.
Hombres y mujeres

¿ CUÁLES SON LAS CAUSAS?

Es multicausal(Por factores emocionales, individual, familiar, biológico y por influencia en la Sociedad, los medios de comunicación).

¿CÓMO PUEDO DETENERLO?

Identifica que algo ocurre en ti y en tu organismo, y coméntale a tú familiar y acudan a un centro de salud o infórmale a un profesional de la salud, para que te guie a ti y a tu familia a identificar lo que está ocurriendo y puedan iniciar el proceso para hacerle ¡ STOP! A la anorexia.

¡STOP A LA ANOREXIA!

2.6.3 Sesión 3

Objetivos De La Sesión:

Lograr que identifique la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, pero sobre todo la importancia de los pensamientos en nuestras reacciones emocionales y conductuales.

Técnicas Utilizadas:

- Técnica de auto registro
- Reestructuración Cognitiva.

Descripción De La Sesión

Sé da inicio la sesión terapéutica, realizando la retroalimentación de lo aprendido en la sesión terapéutica anterior. Sé revisa junto a la paciente la ficha de auto registro, tarea de refuerzo en la sesión anterior.

T: Hola Andrea, es agradable verte el día de hoy, empezaremos nuestra sesión recordando lo aprendido en la sesión anterior.

P: señorita, estás son mis anotaciones, “anoté las actividades que he realizado en esa semana en casa”.

T: Bien, Y ¿Cómo te ha ido Andrea?, veo que hay conductas logradas en la semana y otras aún tendrás que reforzar en las próximas semanas.

Tabla 4*Autoregistros de actividades- emociones*

L	M	M	J	V	S	D	Actividades- Emociones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En la hora del desayuno, sentí enojo cuándo mi mamá me sirvió un pan con huevo”
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi hermana compró empanadas, y le pedí que me invitará un pedacito, comí, pero pensé “voy a engordar si como todo esto”
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi mamá cocinó arroz con pollo, le pedí sólo comer la ensalada y un puño de arroz, pero ella sé enojo, y pensé mi mamá no me entiende,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comí un snack en la noche (una galleta rellena)

P: Sí señorita, He intentado dejar de pensar, no es fácil, me molesta que mi mamá me sirva y no me entienda.

T: Está bien, comprendo las emociones que te genera ello. Hoy haremos un ejercicio,

T: Sé le asigna una situación relacionada con su sintomatología ansiosa.

P: Cada vez que llega la hora de la comida, y mi mamá me pide que coma todo

T: En ese momento, ¿cuáles son las ideas que piensas?

P: “Qué no podré comer tanto”, “si como esto, voy a engordar”, “Mi mamá nunca me entiende”

T: ¿Qué sientes en tu cuerpo?

P: “me siento culpable que mi mamá sé enoje”, “me incómoda que mi hermana me miré y sé vaya a su cuarto”, “me duele mucho mi cabeza, siento como si algo me presiona me siento intranquila, y espero que mi mamá salga de la cocina para coger una servilleta y esconder la comida o a veces si no hay servilleta y puede venir voy corriendo al baño y envuelvo con papel y lo boto”.

Tabla 5

Análisis funcional para la reestructuración cognitiva

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción Reacciones Físicas	Conducta
30/03	Es la hora del desayuno, mi mamá sirve los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “No puedo comer tanto” ▪ “Si como todo esto, voy a engordar” ▪ “Mi mamá nunca me entiende” 	<u>Emoción</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Culpa (9) ▪ Incomodidad (9) ▪ Ansiedad <u>Reacción Fisiológica</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolores de cabeza 	Sé resiste a desayunar. Esconde y bota la comida.
30/03	Mamá sirve los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Si como todo esto, mi peso sé va a mantener”. ▪ “Si puedo comer todo”. 	<u>Emoción</u> Tranquilidad (5)	Consumir mis alimentos y lavo mi plato.

Nuevamente se volvió a recalcar la importancia de la relación entre pensamientos, emoción y conducta, y la importancia de modificar los pensamientos negativos por los pensamientos más adaptativos y reales.

T: En la situación que has mencionado la hora del desayuno, Porque crees que ante una misma situación hubo dos respuestas diferentes.

P: Bueno, me imagino que es por cómo pienso, en la primera me enfocó en mis pensamientos negativos que tengo, en lo malo y lo peor que me suele pasar, mientras que, el segundo pensé de manera más acertada.

T: Bien, y en realidad es un pensamiento más real y saludable, o por terminar tus alimentos en ese día, ¿engordarás?

P: Pues no, en realidad sólo puedo subir unos gramos, pero no los suficientes para engordar.

T: muy bien, entonces ves la importancia de buscar o modificar esos pensamientos distorsionados, por pensamientos más reales o más adaptativos para que no causen emociones.

P: señorita, en cómo interpretamos va a definir qué tanto me afecta.

T: Sé procede a indicar la tarea de auto registro para la casa, asimismo se le da la despedida con la paciente, quién agradece la sesión.

Figura 4

Auto registro de sensaciones en el organismo.

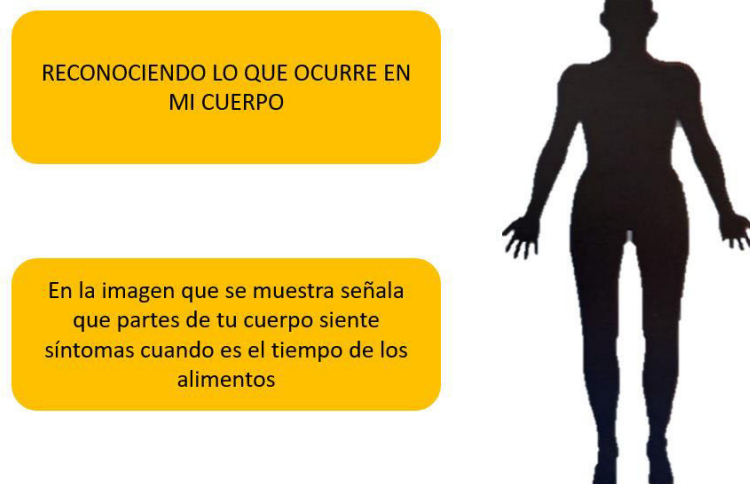


Figura 5

Auto registro de emociones.



Figura 6

Auto registro de pensamientos.



Tabla 6

Ficha de auto registro de la reestructuración cognitiva

Día	La cosa mala que me paso fue	¿Qué tan malo fue?	Cuánto me preocupe
01/04	“Mi hermana sé compró un chocolate y la vi comer, y le dije invítame un pedazo pequeño”	“No tan malo, pero luego por un momento sentí culpa por haber pedido a mi hermana que me invitará”	siento incomodidad (6/10)

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.4 Sesión 4

Objetivos De La Sesión:

Identificar los tipos de distorsiones cognitivas que la paciente presenta, para así modificarlos con pensamientos más racionales y flexibles.

Técnicas Utilizadas:

- Reestructuración Cognitiva.

Descripción De La Sesión:

Sé plateó una situación parecida a su problemática para buscar un pensamiento más adaptativo, de igual, manera se refuerza la relación de pensamiento, emoción y conducta.

Cuéntame: En está situación, que es lo que logras identificar

Tabla 7

Ficha de auto registro de la reestructuración cognitiva

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción Reacciones Físicas	Conducta
02/04	Mi hermana preparó de almuerzo tallarines con pollo, me sirve y me pide que termine el plato	<p>“Me tratan como si fuera una niña”</p> <p>“Es un martirio la hora de la comida”</p> <p>“Si como lo haré en grandes cantidades y no podré detenerme”.</p>	<p><u>Emoción</u></p> <p>Enojo (7)</p> <p>Frustración (6)</p> <p>Llanto (5)</p>	Me resisto a terminar, me voy a mi cuarto y realizo ejercicios

P: En realidad darme cuenta de muchas cosas, básicamente lo que usted me dijo, que mis pensamientos influyen en mis emociones y conducta. “Me doy cuenta que por la forma que estoy pensando, tengo estas emociones, y que todo está en mi cabeza”

T: ¿Así es, y cómo lograste identificar ello?

P: “Pues, en el ejemplo vi que me enfocó en mis pensamientos negativos que tengo, en lo malo y lo peor que hago”, mientras que, el segundo pensé de manera más acertada de lo que podría hacer”.

T: Bien, y en realidad es un pensamiento más real, o por terminar el plato completo de tallarines con pollo engordarás?.

P: Pues no creo, en realidad sólo es un poco de carbohidratos y harina, pero es extremadamente elevado.

T: bien Andrea, has identificado la importancia de buscar o modificar estos pensamientos distorsionados o irracionales, por pensamientos más reales o más adaptativos para que no causen emociones en ti.

P: Si señorita, logré ver que es como interpreto las cosas y que esto va decidir que tanto me afectará a mis emociones.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.5 Sesión 5

Objetivos De La Sesión:

Identificar los tipos de distorsiones cognitivas que la paciente presenta, para así modificarlos con pensamientos más racionales y flexibles.

Técnicas Utilizadas:

- Columnas paralelas
- Reestructuración cognitiva

Descripción De La Sesión:

Sé inicia la sesión según la hora acordada, y sé realiza la retroalimentación de la sesión anterior, aclarando dudas por parte de la paciente.

T: Buenas tardes, Andrea ¿cómo has estado?.

P: Hola, mucho más tranquila, me puse a pensar en nuestra conversación y comencé a buscar más información, y está vez entiendo un poco más.

T: Cuéntame ¿Qué lograste descubrir?.

P: En realidad darme cuenta de muchas cosas, básicamente lo que usted me dijo, que hay una influencia de esos factores.

T: me alegra Andrea, ahora ¿has tenido algún síntoma?.

P: está semana sólo por momentos, pero me he sentido un poquito intranquila, pero ha disminuido a cuándo me dieron mis crisis al inicio

Sé realiza la retroalimentación y se brinda fichas educativas relacionados al tema.

Posterior a ello, se inicia a desarrollar el objetivo de la sesión y se hace la explicación de la influencia de los pensamientos en la emoción y conducta.

T: Ahora vamos a continuar conociendo que tan influyente es nuestro pensamiento sobre nuestra emoción y conducta, ¿te parece?.

P: Si está bien, me va ayudar mucho

Se hace uso de la pizarra para realizar las columnas paralelas y se plantea una situación relacionada con su sintomatología.

Tabla 8

Ficha de auto registro de la técnica columna paralela

Situación	Pensamiento	Emoción Reacciones Físicas	Conducta
Mi mamá prepara de cena carbohidratos y harina, me sirve de desayuno pan con torrijas y me pide que termine todo.	“Es un martirio la hora de la comida” “Mi madre exagera, no me entiende y soy un problema”. “Estoy muy llena”,	<u>Emoción</u> Enojo (7) Ansiedad (8) Incomodidad (5)	Me resisto a terminar todo, me voy a mi cuarto y cojo el celular y reviso las calorías que tuvo lo que comí e iba a ingerir.
Mi mamá prepara de cena carbohidratos y harina, me sirve de desayuno pan con torrijas y me pide que termine todo.	“No es agradable la hora de la comida”. “mamá sólo sé preocupa u sé esfuerza por preparar la cena” “no puedo estar llena porque no he comido nada durante el día” “Probaré y veré si me gustó”	<u>Emoción</u> Enojo (3) Ansiedad (2) Incomodidad (2)	Terminaré la mitad de mi cena, iré a mi cuarto y pintaré con acuarelas.

Nuevamente se volvió a recalcar la importancia de la relación entre pensamiento, emoción y conducta, y la importancia de modificar los pensamientos negativos por los pensamientos más reales y saludables.

Se le plantea que lo que observamos es que no son los eventos mismo los cuales causan las emociones sobre nosotros, sino más bien la interpretación que hacemos sobre ellos lo que nos termina perturbando.

P: me doy cuenta que mi forma de pensar me está alterando, que todo está en mi mente, pero igual se me hace difícil cambiar mi forma de pensar.

2.6.6 Sesión 6

Objetivos De La Sesión:

Contrarrestar su escasa motivación, su inactividad, constante preocupación en torno a sus ideas que le generan insatisfacción permanente con su cuerpo, peso y alimentación, estableciendo así, un patrón regular y saludable de ingesta de alimentos.

Técnicas Utilizadas:

- Técnica Programación de actividades
- La técnica de dominio- agrado.

Descripción De La Sesión:

Sé realiza la retroalimentación de la sesión anterior, también, identificando los avances logrados con las sesiones terapéuticas realizada.

T: Hoy elaboraras un listado de actividades diarias que realizarás hasta la siguiente sesión, para ello, empezarás recordando aquellas actividades agradables que en un tiempo has realizado u aquellas otras que te encantaría realizar y ver si ha sido o no agradable. ¿De acuerdo?

P: Si Señorita.

Sé pasa a realizar el listado de actividades junto con la paciente.

Tabla 9*Listado de actividades agradables*

Lista de ideas de actividades agradables
Ver un programa que me guste en la tele
Dar un paseo
Ir de compras
Reposar en el sillón
Arreglar o cuidar las plantas
Hablar por teléfono con alguien
Hacer un recado en casa
Escuchar música
Darme un baño con espuma
Hacer un cuadro con acuarelas
Hacer deporte
Leer historietas con caricaturas
Cantar

T: Bien Andrea, ahora el siguiente paso será organizar estás actividades de la siguiente manera. Estás actividades estarán organizadas por día de la semana y hora que serán realizadas, Al final del día serán revisadas por ti misma, Anotando el número total de actividades agradables hechas y lo puntuarás de acuerdo a tu emoción que presentabas durante el desarrollo de estás. Colocado en una escala de 0 (el peor estado de ánimo) a 10 (el mejor estado de ánimo).

Tabla 10*Planificación de actividades durante la semana*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	sábado	Domingo	
Mañana	Hacer recado en casa	un en cuidar plantas	Arreglar o las	Hacer deporte	Leer historietas con caricaturas	Hacer deporte	Darme un baño con espuma	Ir de compras
Tarde	Hacer un cuadro con acuarelas	un Cantar con	Cantar	Hablar por teléfono con alguien	Ver un programa que me guste en la tele	Hacer un recado en casa	Hacer un cuadro con acuarelas	Dar un paseo
Noche	Escuchar música	Hacer un cuadro con acuarelas	un cuadro con acuarelas	Darme un baño con espuma	Reposar en el sillón	Escuchar música	Leer historietas con caricaturas	Hacer un recado en casa
Número de actividades agradables	1	2	2	3	3	3	2	
Estado de ánimo al final del día (0 a 10)	4/10	6/10	5/10	7/10	6/10	5/10	5/10	

T: El siguiente paso que realizarás es, identificar una actividad, anotarás tu actividad en el siguiente cuadro que te muestro, para cada hora del día, anotarás una valoración para el placer (p) y para el dominio que (d) que experimentaste cuando estabas realizando cada actividad. ¿De acuerdo?

P: Si señorita, también lo colocaré en una escala entre ¿1 y 10?

T: Muy bien Andrea, así es, será en una escala de 0 (bajo) y 10(alto)

Sé muestra el siguiente auto registro:

Tabla 11

Auto registro de dominio- agrado

Fecha	Actividad - meta	Dominio	Agrado
Lunes 02/10/2021	Hacer un cuadro con acuarelas	6	8

T: Bien Andrea, observo que la actividad de “Hacer un cuadro con acuarelas” se asocia con la sensación de alegría en un nivel alto de 8 en una escala de 0 a 10, de igual modo, en una escala de dominio, recibió una valoración de dominio de 6.

P: Si señorita, en realidad el hacer un cuadro utilizando acuarelas es una actividad que deje de hacer por sólo estar todo el día en mi celular, disfruto mucho cuándo lo hago, aunque aún no logre la perfección en mi pintura, me prepararé un poco más.

T: Bien Andrea, cuéntame cómo te sentiste al identificar que durante el día podías realizar estas actividades.

P: Bien señorita, han sido actividades que había dejado de realizar, me gusto y quiero seguir descubriendo que otras cosas puedo hacer

T: Muy Bien Andrea, ya vez que realizando estás actividades simples puedes sentirte mejor que pasaría si lo incrementamos algunas más en esta semana?

P: Creo que me irá bien señorita

T: Sé realiza el cierre de la sesión, solicitando actividades de auto registro para el hogar.

La paciente sé despide y agradece la sesión.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.7 Sesión 7

Objetivos De La Sesión:

Establecer un patrón regular y saludable de ingesta de alimentos.

Técnicas Utilizadas:

- Coste de respuestas

Descripción De La Sesión:

Sé realiza la retroalimentación de la sesión anterior, también, identificando los avances logrados con las sesiones terapéuticas realizadas

T: Bien Andrea, felicito tu empeño en realizar todas las actividades solicitadas en casa.

Hoy integraremos un alimento prohibido hasta el momento, lo haremos de manera gradual, paso a paso. ¿Estás de acuerdo?

P: Si señorita, pero sé que va ser un poco difícil, pero estoy lista

T: Muy bien, ello será de manera gradual, lo integrarás poco a poco en la medida posible.

P: Si estoy lista señorita.

T: Menciona la conducta que desees trabajar en esta semana

P: Ingerir un snack (dulce) en el día, permanecer sentada durante el tiempo de las comidas hasta que termine de comer.

T: De ambas conductas, ahora, sólo elegirás una.

P: Señorita me encantaría intentar ingerir un dulce en el día, porque mi hermana todos los días compra y a veces me antojo.

T: Bien, Andrea. Como toda regla de juego, necesitamos establecer acuerdos, ¿De acuerdo?

P: Si señorita.

T: Bien.

T: Identificarás cuáles de las listas de conductas que identificamos en la sesión anterior, será el refuerzo después del cumplimiento de la emisión de la conducta que ya has identificado previamente. ¿De Acuerdo?

P: Si señorita.

T: Sé elabora el menú de reforzadores junto a la paciente.

Tabla 12

Lista del menú de reforzadores

Menú de Reforzadores	Nº de fichas
Quedar con amigas para ir a patinar de una forma saludables	8
Realizar un ejercicio que suele realizar en su habitación después de las comidas (abdominales o saltos).	5
El permanecer acostada tras las comidas viendo un episodio de su serie favorita.	4

T: Para obtener estos reforzadores que corresponden a las actividades agradables para ti, tendrás que acumular estas fichas. Cada vez que durante el día consumas un snack (dulce o carbohidrato) durante el día conseguirás una ficha extra, que colorarás en tu panel, cuándo logres conseguir la cantidad mencionadas serás acreedora de la conducta del menú de reforzadores, Pero si durante el día no ingieres un snack tendrás que retirar una ficha de las que tuvieses acumulado en el panel de menú de reforzadores. ¿De acuerdo?, ¿Te qué te parece Andrea?

P: No será fácil señorita, pero me siento más preparada y lo voy a intentar.

T: Así es, en la siguiente sesión me contarás que tal te ha ido, recuerda también, asistir y anotar a diario la ficha de auto registro que realizas en casa cada semana.

P: Si señorita, lo haré ya parece como si fuera mi diario jjaja.

T: jaja bien Andrea, Firmaremos el contrato conductual donde quedará plasmados todos los acuerdos del día de hoy de nuestra sesión.

T: Para culminar la sesión del día de hoy, te mostraré está imagen, le darás un número a tu emoción que sientes durante nuestras sesión, del 0 (el peor estado de ánimo) al 10 (el mejor estado de ánimo).

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.8 Sesión 8

Objetivos De La Sesión:

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Entrenar en respiración para que maneje la sintomatología ansiosa, a través de la técnica de respiración abdominal y relajación de Jacobson.

Técnicas Utilizadas:

- Técnica de respiración abdominal.
- Técnica en relajación muscular progresiva (Jacobson)
- Psicoeducación
- Reestructuración cognitiva

Descripción De La Sesión:

Se dio la sesión a la hora indicada, de igual manera, sé le explicó a la paciente el objetivo del día de hoy.

T: Hola Andrea, ¿cómo te ha ido en la semana?

P: Mejor señorita, pero debo decirle que aún me siento intranquila cada vez que es la hora de los alimentos.

T: No te preocupes, hoy vamos hacer un ejemplo rápido y tú vas a modificar ese pensamiento, ¿Te parece?

Sé le asigna una situación relacionada con su sintomatología ansiosa evidenciándose una adecuada identificación de sus pensamientos negativos, así como una correcta modificación de los mismos.

Sé le explica que una persona no puede estar tensa como un robot ni relajada como una muñeca de trapo al mismo tiempo porque son respuestas diferentes en un mismo organismo.

Posterior a ello, sé explica que es importante aprender a relajarse, por ello aprenderá acerca de la relajación abdominal que tiene como objetivo poder relajarnos ante situaciones que activen a nuestro organismo o nos genere en nosotros mismo incomodidad, tensión o ansiedad poco saludable para el organismo. Mencionando, también que es adecuado para la circulación de la sangre y que para que logre recordarlo con más facilidad es necesario practicar los pasos de la relajación.

Luego, se explicó como es la postura de relajación estando sentado, para así empezar a estirar el brazo y hacer puño con la mano y que note la diferencia entre la tensión y relajación; luego que volviera a estar los brazos como si quisiera coger algo que se encuentra frente a ella y que trate de hacer tensión para que pase a tomar la postura de relajación inicial.

Finalmente, Después de practicar varias series de respiración abdominal, sé procedió a tomar el pulso.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.9 Sesión 9

Objetivos De La Sesión:

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Entrenar en relajación muscular para que maneje la sintomatología ansiosa.

Técnicas Utilizadas:

- Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson

Descripción De La Sesión:

Asistió a la hora puntual de la cita acordada, a su vez cumplió con los apuntes que se le solicitaron como parte de su auto registro. Y se refuerza la importancia de la práctica de los ejercicios de relajación, se le refiere también, que en la sesión trabajará la relajación a través de la relajación progresiva de Jacobson.

T: Muy bien Andrea, lista para empezar

P: Hola, si estoy más tranquila, he estado practicando la respiración y la verdad que me ha ayudado mucho.

T: Me alegro mucho Andrea, veamos que situaciones has logrado afrontar

Se realiza la retroalimentación y se felicita por el cumplimiento y adecuada aplicación de la técnica.

La paciente se pone en la posición de relajación de forma adecuada, ahora para iniciar se le pidió que cierre los ojos y durante el proceso.

T: Levanta tu brazo derecho a la altura del hombro y has un puño, presiona con bastante fuerza, mantente un momento así y ahora suelta lentamente, bájalo despacio hasta la silla e imagina como va perdiendo tensión, a la vez respira lentamente. A su vez al terminar vas aplicar la respiración abdominal.

Practicaremos tres series alternando en ambos brazos.

T: Ahora empuja tu codo contra el brazo de la silla y has tensión al hacerlo, lentamente vas a hacer que sé pierda toda esa fuerza. Se aplica la respiración abdominal.

Andrea, Ahora cómo te sientes?

P: Siento como si una sensación como de estar duro mis brazos se van soltando y eso me hace sentir bien.

Se práctica la misma dinámica los músculos de la cabeza, piernas, tórax y cuello, que son las partes que más suelen molestar a la paciente

T: Ahora vas a volver a tomarte el pulso durante 15 y lo vamos a multiplicar por 4 vamos a verificar si lograste relajarte.

P: tengo 59 pulsos, también se han reducido mis respiraciones por minuto, antes tenía 15 y ahora solo 7

Se asignó que practique tres veces por semana.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.10 Sesión 10

Objetivos De La Sesión:

Aprender a dirigir la atención plena a las señales sensoriales de hambre y saciedad; disminuyendo así su atención a los desencadenantes de la restricción de alimentos.

Técnicas Utilizadas:

- Detención del pensamiento

Descripción De La Sesión:

T: Sé te da la bienvenida a la sesión de hoy. Posterior a ello, sé realiza la retroalimentación de lo aprendido en la sesión terapéutica anterior.

Sé revisa junto a la paciente la ficha de auto registro, tarea de refuerzo en la sesión anterior.

Luego de ello, sé pasa a explicar el objetivo de la técnica a utilizar en la sesión de hoy.

T: Andrea el día de hoy aprenderás una técnica que te servirá a reforzar lo trabajado en las sesiones anteriores, aprenderás que, con la palabra ALTO, podrás detener aquellos pensamientos negativos que te generan malestar emocional, el cuál va a ser mejorado gracias a la sustitución de esos pensamientos por otros más adaptativos. ¿Qué te parece?

P: Eso me encanta, señorita, empecemos.

T: Bien Andrea “Vas a imaginar que estás por empezar a ingerir tus alimentos y que se comienzan a desencadenar pensamientos negativos”

P: Señorita, en este momento que estoy en mi casa y mi mamá menciona mi nombre para ir al comedor en unos minutos, en ese momento pienso que a lo mejor me volverá a pasar nuevamente todo....

T: “ALTO”, respira profundamente, ¿Qué paso con tu pensamiento al escuchar la palabra alto?

P: Ud. me sorprendió, y parece que se fue el pensamiento.

T: “Bien ensayemos de nuevo”

P: Pero yo sé que usted va a decir “alto”. ¿Importa eso?

T: “No, realmente no. Lo importante es que inhibamos esos pensamientos poco real”.

T: “En esta ocasión imagínate la misma escena y piense para ti misma en todos esos pensamientos como si estuviera en la situación real. Pero en el momento, cuando te encuentres así comenzando a pensar en uno de esos pensamientos negativos, señálame levantando tu dedo”.

P: Muy bien (larga pausa y luego levanta el dedo).

T: ¡Alto! Bien ¿Qué tal funcionó?

P: Sí, sí funcionó.

T: “Intentémoslo de nuevo”

T: “Ahora vamos a comenzar a tratar de que controles tú misma tu propio pensamiento. Imagina una vez más la situación lo más claro posible. En esta ocasión en cuanto empieces a tener esos pensamientos, dices Alto en voz alta, con una palmada fuerte, de manera tan intensa como usted pueda”.

P: (Larga pausa, luego con débil voz)” Alto”

T: ¿Funcionó?

P: Puede ser.

T: “Ensayemos de nuevo. Vas a hacerlo ahora con más firmeza la palabra Alto

T: Andrea “Dado que no sería conveniente para ti decir Alto cada vez que comienzas a tener un pensamiento negativo... Me gustaría que esta vez hicieras exactamente lo que ya hiciste, pero diciéndote Alto a ti misma, no en voz alta, sino apretarás los puños. Vamos”

P: (Larga pausa)

T: ¿Que sucedió en esta ocasión?

P: Fue bien.

T: Intentémoslo una vez más

Al finalizar la sesión. Sé dialoga con la paciente solicitando que practique en casa lo trabajado en la sesión. Agradece y sé despide contenta.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.11 Sesión 11

Objetivos De La Sesión:

Debatir y modificar las creencias irracionales, que le generan insatisfacción permanente con su cuerpo, peso y alimentación, promoviendo pensamientos racionales.

Técnicas Utilizadas:

- Prueba de hipótesis

Descripción De La Sesión:

T: Andrea en esta sesión, vamos a realizar una técnica en que buscaremos evidencias a favor de tus pensamientos y evidencias en contra.

P: está bien señorita.

T: En la sesión sé identifica tales pensamientos: “Si como todo lo que me sirven, no podré detenerme”, “Si todo lo que preparan estaré gorda”

T: Bien ahora vamos a buscar el sustento para lo que te refieres.

Tabla 13*Ejercicio de la técnica de prueba de hipótesis*

Pensamiento	Evidencias		Pensamiento Adaptativo	Emoción
Si como todo lo que me sirven, no podré detenerme”, Si todo lo que preparan estaré gorda”	A favor	En contra	Es poco probable que si termino todo lo que me sirven en el plato, éste gorda.	Incomodidad (5/10) Vergüenza (3/10)
	Cuando antes comía todo estuve muy gorda y siempre quería comer sin poder detenerme	A pesar que comía todo no estuve tan gorda por eso baje de peso rápido.		

T: Andrea cuéntame, que es lo que piensas

P: me está gustando modificar mis pensamientos señorita

Se explicó que buscar evidencia de lo que pensaba anteriormente no es totalmente falso, pero si exagerado o poco real, es adecuado hacerlo más saludable y adaptativo. Se esclarecen duda y se le asigno tarea relacionada la ficha de auto registro para el refuerzo en casa.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.12 Sesión 12

Objetivos de la sesión:

Explicar a la paciente las diversas distorsiones cognitivas que hay, asimismo que logre relacionarla en su vida diaria, con la finalidad de reducir los sesgos cognitivos vinculados a la insatisfacción permanente con su cuerpo, peso y alimentación, promoviendo pensamientos más racionales.

Técnicas Utilizadas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Reestructuración cognitiva

Descripción De La Sesión:

Sé procedió a explicar los diversos tipos de pensamiento distorsionados de manera didáctica. Por último se le indicó a la paciente que para la siguiente semana entregue la ficha brindada completando con el registro de diferentes pensamientos distorsionados identificados en ella y en sus familiares más significativos.

T: Hola Andrea, ¿Cómo te ha ido durante la semana?

P: Hola Señorita, bastante mejor, practicando todo lo que hemos estado haciendo pero aún necesito aprender más cosas

T: muy bien Hoy vamos ampliar nuestro tema de las sesiones anteriores, vamos a conocer los tipos de distorsiones que podemos encontrar y tú me vas a decir con cuál te identificas
Sé procedió a explicar los tipos de distorsiones y sé le iba colocando un ejemplo de cada una para que haya una mejor comprensión acerca del tema.

Figura 7

Tipo de distorsiones cognitivas.

DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	<i>"No encuentro trabajo porque soy un desastre"</i>
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	<i>"Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible"</i>
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	<i>"Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero."</i>
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	<i>"O saco un 10 en el examen o soy un fracasado".</i>
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	<i>"Me salió bien la cena pero fue por chiripa".</i>
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	<i>"Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar".</i>
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	<i>"Mi novio me dice que soy una inculca, seguro que tiene razón".</i>
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	<i>"Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal".</i>
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	<i>"Soy un fracasado".</i>
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	<i>"Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar".</i>
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	<i>"Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil".</i>
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	<i>"Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más".</i>
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	<i>"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien".</i>

Finalmente, la paciente en la exposición establecida, logró identificar algunos pensamientos distorsionados tales como maximización, pensamiento polarizado etiquetado y sobre generalización. Se realiza la retroalimentación de la sesión, se aclara dudas, y se despide amablemente de la sesión.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.13 Sesión 13

Objetivos De La Sesión:

- Lograr que la paciente refuerce su autoestima, asimismo, entrenarlo en habilidades sociales, para que aprenda a identificar y regular sus emociones de un modo más adaptativo.
- Aprender a resolver problemas y conflictos futuros, buscando alternativas de solución y evaluando su grado de efectividad.

Técnicas Utilizadas:

- Técnica de Solución de Problemas.

Descripción De La Sesión:

T: Bien Andrea, después de haber aprendido he utilizado todas las estrategias trabajadas en las sesiones anteriores. En esta sesión trabajaremos un ejercicio que te va a permitir manejar las situaciones incómodas que puedas percibir durante el día. ¿Te parece?

P: Si señorita, eso no será fácil, pero estoy practicando todo lo que hemos trabajado, y lo seguiré haciendo.

T: Muy bien, si puede que aún no sea sencillo, pero con la práctica irás realizando.

P: Si señorita.

Te mostraré una ficha la cual será completada con los siguientes datos: Problema, meta, soluciones alternativas, lo positivo y negativo de cada una de ellas.

Tabla 14

Pasos para el proceso de la técnica de la solución de problemas

Pasos para el proceso de solución de problemas	
1. Problema : Tengo que terminar el almuerzo, pero tiene fideos	
2. Meta : Terminar el almuerzo en su totalidad	
a) Comer la $\frac{3}{4}$ parte de todo el almuerzo	Pro (+) Contra (+)
	+
b) Comer todo y sobrar la mitad de fideos	-
c) Dejar todo los fideos y sólo comer la carne	-
3. Elección de una solución	
4. Pasos para alcanzar la solución	
a) Primero, me sentaré y dividiré el plato	
b) Separaré la carne y fideos	
c) Con el tenedor, separaré la $\frac{3}{4}$ de los fideos de su totalidad y lo terminaré	
d) Logré darme cuenta, que logré terminar casi todo el plato.	

Tabla 15

Auto registro del proceso de la técnica de la solución de problemas

¿Qué puedo ganar al intentar resolver el problema?	¿Qué puedo perder al intentar resolver el problema?
Que éste venciendo lo que me pasa	No vencer lo que me ocurre, y siempre me sentí así.
Darme cuenta que no engordaré todo lo que yo pienso	No saber qué es lo que pudo pasar
Aprenderé otra vez a disfrutar mis alimentos	
Qué podré detenerme	

Al finalizar la sesión, se le pide que para la siguiente sesión anote su ficha de auto registro, tarea solicitada para la casa.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

2.6.14 Sesión 14

Objetivos De La Sesión:

Mejorar las habilidades de afrontamiento para consolidar los logros obtenidos en el proceso terapéutico y preparar un plan de acción ante posibles recaídas.

Técnicas Utilizadas:

- Auto registro
- Auto instrucciones
- Auto reforzamiento
- Paradoja de la aceptación

Descripción De La Sesión:

T: En esta sesión, completarás un registro, en la primera columna, registra la situación en la que aparece la ansiedad, la tristeza, culpa, o cualquier otra emoción desagradable para ti. ¿Dónde estabas?, ¿Qué sucedió?, En la segunda columna, el pensamiento negativo que estás teniendo en ese momento (¿Qué te estabas diciendo a ti misma en ese momento?), En la tercera columna registrarás los sentimientos negativos que estás experimentando en esa situación. ¿Cómo reaccionaste a esa situación?, ¿Qué sentiste?, Y en la cuarta columna, las estrategias que has utilizado para analizar y cuestionar esos pensamientos. Y, en la última columna, el pensamiento alternativo racional que has elaborado.

Tabla 16*Ejercicio de reestructuración cognitiva*

Situación	Pensamiento Automático	Emoción	Analizar Y Cuestionar El Pensamiento	Respuesta Racional
<p>Hora del desayuno, mamá sirve los alimentos y sé resiste a desayunar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “No puedo comer tanto”. ▪ “Si como todo esto, voy a engordar”. ▪ “mi mamá nunca me entiende”. 	<p>Incomodidad (9)</p>	<p>Esconde y bota la comida.</p>	<p>Es cierto, es posible que pueda subir de peso, pero así podré llegar a mi peso y contextura adecuada, me veré como yo me vea mi misma</p>
<p>Mamá sirve los alimentos, consumo mis alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Si como todo esto, mi peso sé va a mantener”, si puedo comer todo”. 	<p>Tranquilidad(5)</p>	<p>Termino mis alimentos y lavo mi plato.</p>	

Ahora, vamos a distinguir entre una respuesta con aceptación no saludable (pesimismo, u otras) y otra con una respuesta saludable. ¿Has escuchado de ello? ¿Son iguales?

P: No señorita, pero puede estar relacionada a los pensamientos negativos y los pensamientos reales.

T: Muy bien Andrea, la aceptación no saludable, Es aquella palabra, pensamientos que puedes tener de ti misma que te genera pesimismo u otra emoción, y la aceptación saludable, aquello opuesto que te puede hacer sentir bien y te permite disfrutar la vida con alegría, esperanza u otro).

Con esta información, completarás la siguiente tabla, colocarás aquel pensamiento de ti misma que aparece cada vez que te encuentras en una situación incómoda, para luego cambiar tal pensamiento en la misma situación, pero con frase de aceptación contraria a la anterior.

Tabla 17

Ejercicio de la técnica paradoja de la aceptación

Aceptación no saludable	Aceptación sana
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No puedo comer tanto, si lo hago engordaré mucho que me veré gorda y fea. 	<p>Es cierto, es posible que pueda subir de peso, pero así podré llegar a mi peso y contextura adecuada, me veré como yo me vea mi misma</p>

T: Bien Andrea, ahora, elaborarás una lista de pensamientos que te ayudarán a combatir los pensamientos que te generan tus emociones, aquellas ideas que la recordarás cada vez que te encuentres en una situación donde tendrás que utilizar los pasos para resolver un problema.

Figura 8

Listado de frases para las auto instrucciones.

- Yo puedo resolver este problema
- Si lo intento puedo conseguirlo
- Estoy orgullosa de mi misma
- He sido capaz de resolver otros problemas en el pasado
- Resolver los problemas siempre necesita tiempo y esfuerzo, Si le dedico el tiempo y el esfuerzo necesario , podré resolver la mayoría de problemas

Tabla 18

Listado de Frases para las auto instrucciones

Ideas recurrentes	Ideas diferentes
<ul style="list-style-type: none"> . No podré detenerme. - Nunca podré lograrlo - Es mi culpa - Me da miedo engordar 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo puedo resolver este problema - Si lo intento puedo conseguirlo - Estoy orgullosa de mí misma - He sido capaz de resolver otros problemas en el pasado - Resolver los problemas siempre necesita tiempo y esfuerzo, Si le dedico el tiempo y el esfuerzo necesario, podré resolver la mayoría de problemas

P: Señorita está lista de pensamiento me ayudará a recordar los logros obtenidos hasta el momento y animarme cada día más.

T: Así es Andrea, Cada día revisarás tu lista de pensamientos, lo practicarás tres veces al día, mañana, tarde y noche. Y realizarás tus anotaciones en las fichas de auto registro que manejas como tarea que llevas a casa en cada sesión terapéutica, y nos volveremos a encontrar en 30 días. ¿De acuerdo?

P: Si señorita, gracias.

Sé da por culminado el proceso de intervención terapéutico, posterior a lo referido por la usuaria, quién expresa sus deseos de manejar sus pensamientos por sí misma, de igual manera en la entrevista realizada a la madre, refiere la mejora de las conductas- meta en el hogar. Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos en el post test, sé decide pasar a la etapa de seguimiento, programándose dentro de 30 días la cita de seguimiento para visualizar los logros obtenidos.

Se agradece por la participación y el compromiso de la paciente y madre en cada cita programada. La paciente se despide amablemente.

CONCLUSIONES: Se lograron los objetivos

III. Resultados

3.1. Resultados pre y post intervención

A continuación, se presenta los resultados de la intervención cognitivo conductual iniciando desde la línea base en pensamientos, emociones y conductas para posteriormente contrastar dicha información con los efectos de la intervención cognitivo conductual que denotan los resultados de la aplicación de las pruebas psicológicas fase post- test desarrollado posterior a la 14va sesión.

Tabla 19

Resultados del pretest del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI.

Escala	PD	PT	Categoría
A/E (ansiedad estado)	37	8	Ansiedad severa.
A/R (ansiedad rasgo)	31	7	Ansiedad moderada.

Nota: De acuerdo a la tabla 19 antes mencionada, sé evidencia niveles de ansiedad significativos en la (A/E) y (A/R)

Tabla 20

Resultados del pretest Del Cuestionario de Habilidades Sociales- Minsa

Escala	PD	Categoría
Área de Asertividad	36	Promedio Bajo
Área de Comunicación	25	Promedio Bajo
Área de Autoestima	38	Promedio Bajo
Área de Toma de decisiones	20	Bajo
Escala Total	119	Bajo

Tabla 21

Resultados del pretest de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación EAT- 26

ESCALA	PD	
Dieta	17	
Bulimia y preocupación por la alimentación	04	
Control oral	15	
PT	36	Conducta En Riesgo

Nota: De acuerdo a la tabla 21 antes mencionada, se obtiene mayor puntaje en la escala de Dieta y control oral, lo que indica que se encuentran actitudes y conductas alimentarias como evitación del consumo de alimentos, pensamientos persistentes por el peso corporal y dificultades en autocontrol.

Tabla 22*Resultados del pretest Del Inventario de Trastornos Alimentarios. EDI 2*

Escala	PD	Percentil	Categoría
Obsesión por la delgadez	13	80	Sin patología
Perfeccionismo	7	82	Sin patología
Desconfianza interpersonal	10	95	Sin patología
Miedo a la madurez	12	85	Sin patología

Tabla 23*Línea Base: Registro de conducta: frecuencia*

Conductas	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	Total
Esconde y/o bota la comida	8	7	8	8	7	8	8	54
Hacer dietas de YouTube	7	7	6	5	7	6	6	44
Evita comer en los tiempos de alimentos	2	2	1	3	2	2	2	14
Evita comer snack	5	5	6	5	6	6	5	38
Sé encierra en su cuarto todo el día.	5	5	4	4	4	5	5	32
Toma mucha agua (más de 4 vasos)	5	5	6	5	6	5	5	37
Realiza ejercicios 3 hr	4	5	5	5	5	5	5	34

Revisa las calorías que tiene lo que está ingiriendo	4	5	4	5	5	5	5	33
--	---	---	---	---	---	---	---	----

Nota: Podemos observar la frecuencia de las conductas problemas en la última semana anterior al inicio de la intervención.

Tabla 24

Lista de Chequeo - Frecuencia Semanal de la línea base

Area	Respuestas	Frecuencia
	“Es un martirio la hora de la comida”	25
	“Si como lo haré en grandes cantidades y no podré detenerme”.	23
	“Me asusta subir de peso”	22
	“Mi mamá me sirve demasiado”	22
	“Si como todo esto, voy a engordar	21
Cognitivo	“Estoy gorda”	21
	Estoy muy llena”	20

“No quiero estar como antes”	19
“Soy ancha y no me gusta mi cuerpo”.	19
“No puedo comer tanto”	16

Nota: Podemos observar en la tabla 6, la existencia de un total de 25 veces a la semana el pensamiento “Es un martirio la hora de la comida” (23) seguido del “Si como lo haré en grandes cantidades y no podré detenerme” (23), “Me asusta subir de peso” (22), “Mi mamá me sirve demasiado” (22), “Si como todo esto, voy a engordar” (21), “Estoy gorda” (21), “Estoy muy llena” (20), “No quiero estar como antes” (19), “Soy ancha y no me gusta mi cuerpo” (19) “No puedo comer tanto” (16).

Tabla 25

Registro semanal de intensidad (0-10) de emociones de la usuaria. Línea base

Emociones	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom
Ansiedad	9	9	8	7	9	8	9
Frustración	8	8	7	8	8	8	8
Culpa	7	7	7	7	7	7	7
Enojo	8	8	8	8	8	8	8
Incomodidad	9	8	8	8	8	8	8
Vergüenza	7	8	7	7	8	7	7

Tabla 26

Registro de las USA iniciales del proceso de intervención:

Día de la semana	Sub Inicial
Domingo	10
Lunes	10
Martes	10
Miércoles	9
Jueves	10
Viernes	10
Sábado	10

Nota: En la tabla 26, se evidencian las Unidades subjetivas de la ansiedad (USA) en la primera semana de intervención.

Tabla 27

Resultados del post test Del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI.

Escala	PD	PT	Categoría
A/E (ansiedad estado)	22	6	Ansiedad promedio
A/R (ansiedad rasgo)	24	6	Ansiedad promedio

Nota: De acuerdo a la tabla 27 antes mencionada, se evidencia disminución de los niveles de ansiedad significativo en la (A/E) y (A/R).

Tabla 28*Resultados del post test Del Cuestionario de Habilidades Sociales- Minsa*

Escala	PD	Categoría
Área de Asertividad	39	Promedio
Área de Comunicación	32	Promedio
Área de Autoestima	42	Promedio
Área de Toma de decisiones	30	Promedio
Escala Total	143	Promedio

Tabla 29*Resultados del post test de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación EAT- 26*

Escala	PD	
Dieta	10	
Bulimia Y Preocupación Por La Alimentación	02	
Control Oral	09	
PT	21	Conducta Sin Riesgo

Tabla 30

Registro de las USA finales del proceso de intervención:

Día De La Semana	Sub Final
Domingo	6
Lunes	5
Martes	6
Miércoles	5
Jueves	6
Viernes	6
Sábado	7

Nota: En la tabla 30, se evidencian las Unidades subjetivas de la ansiedad (USA) en la última semana de intervención.

Tabla 31

Registro de pensamientos automático

Pensamientos	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
“Es un martirio la hora de la comida”	25	25	24	22	20	18	16	13	11	8	6	4	4	3	2
Si como lo haré en grandes cantidades y no podré detenerme”.	26	26	22	20	18	17	16	12	12	11	10	8	6	5	3

“Soy ancha y no me gusta mi cuerpo”.	26	26	25	23	18	17	15	10	10	9	9	8	5	4	3
“Mi mamá me sirve demasiado”	23	23	24	23	17	16	15	11	11	10	9	8	4	3	2
“Estoy muy llena”	24	24	25	24	16	15	14	11	11	9	9	8	4	4	3
“Estoy gorda”	23	24	24	25	15	15	14	11	11	10	9	8	4	3	2
Me asusta subir de peso”	23	24	24	25	15	14	13	10	10	10	9	8	5	3	3
“No quiero estar como antes”	22	21	21	21	20	19	13	12	13	11	10	8	4	4	3
“Si como todo esto, voy a engordar”	21	20	24	22	21	20	16	14	14	12	10	9	8	3	3
“No puedo comer tanto”	22	21	24	21	20	19	15	13	13	12	9	8	8	2	2

Nota: Sé evidencia con el registro de línea base después de la intervención terapéutica la disminución de la sintomatología de la usuaria en lo cognitivo con la modificación de

pensamientos negativos los cuáles determinaron la reducción de emociones perturbadoras como el temor a engordar

Tabla 32

Registro de intensidad de las emociones a la finalización de la intervención

Emociones	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
Ansiedad(0-10)	9	9	8	8	7	6	6	5	4	4	3	3	3	2	2
Frustración(0-10)	8	8	7	7	7	6	6	5	4	4	2	2	2	2	2
Culpa(0-10)	7	7	7	8	6	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3
Enojo (0-10)	8	8	6	9	7	6	6	4	6	6	3	3	3	2	1
Incomodidad(0-10)	7	8	6	7	6	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3
Vergüenza(0-10)	6	6	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	2	2

Nota: Observamos la disminución significativa de la intensidad de las emociones de la usuaria

Tabla 33*Registro de conductas al término de la intervención*

Conductas	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
Esconde la comida.	54	50	48	40	39	38	30	29	25	20	19	17	15	10	3
Evita comer.	44	40	38	30	30	28	28	25	20	20	18	15	10	9	4
Seleccionar alimentos que consume (chocolate y dulces).	30	30	28	20	14	13	14	14	14	14	14	14	14	10	9
Sé encierra en su cuarto todo el día.	38	35	35	30	28	20	18	18	15	15	14	10	11	10	9
Toma mucha agua (más de 4 vasos)	32	30	30	28	25	20	17	16	15	14	14	10	10	9	7
Realiza ejercicios 3 hr	37	31	31	25	24	20	17	17	14	13	13	13	12	10	6
Revisa las calorías que tiene lo que está ingiriendo.															

Nota: Evidenciamos disminución de conductas des adaptativas a la finalización del tratamiento

3.2. Discusión de resultados

Al abordar el caso se planteó como objetivo general reducir la sintomatología de la anorexia nerviosa mediante la aplicación de un modelo de intervención cognitivo conductual que permitió incrementar patrones alimenticios saludables, modificar las creencias distorsionadas relacionadas a la sobrevaloración de peso y apariencia física con el fin de lograr un mejor desenvolvimiento individual, se logró tal objetivo de acuerdo a la línea base establecida inicialmente y de acuerdo a las evaluaciones de proceso y final.

Waller et al. (2007), Enfatizaron cómo el comportamiento restrictivo de la anorexia logra la evitación primaria del afecto negativo a través de un proceso de compensación de esquema. En este proceso se activa un esquema compensatorio y unos comportamientos relacionados para evitar la emoción que se experimenta, como se observa cuando se activa un esquema de miedo al fracaso y se agiliza un esquema de estándares implicados que se manifiestan en comportamientos perfeccionistas. (Fontalvo, 2020).

Lo cuál coincide con lo reportado por el INSM (2013), en Lima Metropolitana Y Callao, donde se señala que los Trastornos Alimenticios en adultos van en aumento y afecta a la persona en su desenvolvimiento diario, por ello, es necesario el abordaje en los pensamientos, conducta y las emociones.

De acuerdo a Investigaciones Internacionales, Casado (2013), Beltrán (2011), Calvo (2010) y Chinchilla (2003) resaltaron la efectividad de las técnicas cognitivas conductuales, favoreciendo con ello, el desarrollo de pensamientos racionales y conductas más adaptativas.

De acuerdo al logro de los objetivos, se tiene como primero dar a conocer a la paciente la problemática actual, generando la toma de conciencia de la anorexia y las repercusiones de ésta a nivel físico, psicológico, conductual y emocional. Ello fue demostrado con la técnica de psicoeducación y auto registros. Siendo técnicas efectivas en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. De acuerdo a lo concordado con Orjuela (2020), quién sostiene que el uso de la psicoeducación en la terapia cognitivo conductual es fundamental para los casos de trastorno de la conducta alimentaria.

Se logró el segundo y tercer objetivo terapéutico que consistía en identificar los pensamientos y creencias distorsionadas sobre el cuerpo, peso y alimentación y las consecuencias emocionales, conductuales y fisiológicas, como también, identificar los tipos de distorsiones cognitivas de Andrea. Aquí pudimos constatar la eficacia de las técnicas de reestructuración cognitiva, detención del pensamiento y de columnas paralelas. De acuerdo a Barrio (2015) resalta que la paciente debe aprender a identificar, analizar y modificar los pensamientos negativos experimentados en diversas situaciones o sobre otras personas, para que luego sea sustituido por pensamientos más positivos y reales que le permita mantener un estado psicológico de bienestar emocional.

Se puede dar como logrado el cuarto objetivo de intervención, relacionado a la escasa motivación, su inactividad, constante preocupación en torno a sus ideas que le generan insatisfacción permanente con su cuerpo, peso y alimentación, esto a través de la técnica Programación de actividades y la técnica de dominio- agrado.

Se logró el quinto y sexto objetivo terapéutico, que permitió que la paciente logre entrenarse en la técnica de relajación muscular y de respiración abdominal; aprendiendo a dirigir la atención plena a las señales sensoriales de hambre y saciedad disminuyendo así su atención a los desencadenantes de la restricción de alimentos; ello a través de la técnica de detención del pensamiento. Técnicas útiles para disminuir las respuestas

fisiológicas en los individuos que padecen con trastorno de la conducta alimentaria. (Ferrero, 2018).

En el octavo objetivo se logró que Andrea aprenda a identificar y regular sus emociones de un modo más adaptativo, reforzando así su autoestima, también con el entrenamiento en habilidades sociales, de afrontamiento y en la solución de problemas. Con ello se asegura que ante conflictos futuros, pueda encontrar alternativas de solución; específicamente hablando ante las conductas de: evitar ingerir alimentos fuera de horarios de comida, esconder y/o botar su comida, rechazar invitaciones al salir, para ello utilizamos la técnica de coste de respuesta y la técnica de resolución de problemas.

Delannays (2011) menciona que la técnica de solución de problemas es una herramienta que, de forma suave e indirecta, tiene la capacidad de producir alivio a los síntomas con raíces emocionales ayudando así al afrontamiento de situaciones ansiógenas. Con ello, se aprende a desarrollar un pensamiento más flexible y no tan punitivo. Ésta técnica permitió a Andrea tener la oportunidad de practicar y observar por sí misma, su desenvolvimiento individual al aceptar una invitación y/o salir. Cabe señalar que, hasta antes de participar en el programa, nunca había aceptado las invitaciones que le hacían amistades y familiares. (Roca, 2019).

Tras el ensayo de las técnicas mencionadas, Andrea aceptó la invitación de un familiar, como ella señala: “Siempre mi mamá me insistía para ir a la casa de mis familiares, pero lo rechazaba, esta vez acepté ir; por un momento dudé, me dije a mi misma “¿qué es lo peor que te puede pasar?” y sola me respondí que nada, lo afronté y no hui, me divertí, mientras estuve ahí intenté distraerme jugando con mis primos”.

También, con la ejecución de las técnicas de detención de pensamiento y la asignación de tareas graduales fueron de gran ayuda para ella. Andrea ha asistido a dos almuerzos familiares y ha permanecido por dos horas, señala: “He aprendido a disfrutar de las ocasiones que tengo para salir en vez de temerles, esto me está ayudando a salir poco a poco de mi caparazón, en vez de pensar en lo mal que me puede ir, pienso en lo mucho que puedo divertirme y no estar siempre encerrada en mí misma, ahora pienso que la única que se perjudicaba con esa actitud era yo.”

Consideramos que para reforzar este programa es recomendable que Andrea ingrese a terapia grupal bajo el enfoque cognitivo conductual. Ya que de acuerdo a lo mencionado por el Instituto de Servicio especializado en Trastorno de la conducta alimentaria (SETC, 2019) la intervención para éste tipo de padecimiento se logra con mayor eficacia en un contexto grupal, de esta manera se logrará una mayor adhesión al tratamiento, una mayor satisfacción y sentido de esperanza, de motivación del “yo puedo”, ya que el usuario al visualizar el cambio, en la superación de las distintas etapas de los demás, generará una sensación de acompañamiento e impulso en el usuario.

De esta manera, van dándose cuenta de que sus pensamientos acerca de cómo los juzgan y o rechazan no son reales

De la misma manera, Belloso (2013) también sostiene que la intervención grupal en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tiene mayor eficacia en la intervención.

De esta manera se corrobora que el uso de la terapia cognitiva conductual tiene resultados positivos en los casos de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

IV. Conclusiones

- El modelo de intervención cognitivo-conductual que se ha plasmado en el presente estudio de caso único, aplicado en uno de anorexia nerviosa en una adolescente de 14 años, ha resultado efectivo pues se han alcanzado los objetivos propuestos.
- Sé ha logrado reducir los niveles de sintomatología de la anorexia nerviosa mediante la aplicación de un modelo de intervención cognitivo conductual.
- Sé logró la adherencia al tratamiento, comprendió la problemática actual relacionada a la anorexia nerviosa, identificando las consecuencias emocionales, conductuales y fisiológicas.
- Se ha logrado disminuir los pensamientos y creencias distorsionadas sobre el cuerpo, peso y alimentación, permitiéndole generar pensamientos racionales y satisfacción individual con su cuerpo, peso y alimentación.
- Se logró incrementar la motivación, generando más actividad de disfrute durante su desenvolvimiento diario, mejorando así, sus respuestas emocionales y regular sus emociones de un modo más adaptativo.
- Se logró disminuir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos como la disminución del apetito, dolores de cabeza y cansancio. Incrementándose así el apetito y la actividad social.
- Sé Incrementó habilidades de afrontamiento y solución de problemas reduciéndose significativamente las conductas relacionadas a las conductas evitativas, como el no afrontar situaciones, el rechazar invitaciones a salir, incrementando las de afirmación personal (arreglo personal), gestión productiva de su tiempo, nuevo estilo de interrelación social y relaciones más saludables.

V.- Recomendaciones

- Realizar sesiones de seguimiento semestrales en un inicio y anuales según las necesidades de la paciente.
- Reforzar los cambios alcanzados a través de un programa de seguimiento que siga fortaleciendo la autoestima personal – afectiva alcanzada, a partir del reconocimiento y valoración objetiva de sus logros como resultado de su propio esfuerzo y perseverancia.
- Poner en práctica un estilo de vida saludable para enfrentar situaciones estresantes: alimentación balanceada, descansar las horas necesarias, compartir momentos de recreación.
- Que la paciente se incorpore a terapia de grupo cognitivo conductual para fomentar las habilidades sociales y la conducta asertiva y poder manejar la prevención de recaídas.
- Participar en otras actividades al aire libre, artísticas y/o deportivas.
- Fortalecer los lazos familiares con el fin de evitar relaciones deficientes y por el contrario cada miembro asuma un rol con responsabilidad y compromiso como soporte sólido y oportunidades en situaciones de crisis personal y familiar.
- Establecer un proyecto de vida, donde se establezcan objetivos realistas y coherentes, orientados a reforzar y concretizar metas personales, familiares y sociales.

VI. - Referencias

- Aliaga, T. (2020). Anorexia nervosa con desenlace fatal: a propósito de un caso. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, 83(1), 57-65. <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1144866>
- Barrio, A. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista De Psicoterapia, 29(110), 73-88. <https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/248>
- Beltrán, A. (2011). Terapia Cognitivo Conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. Revista Acción Psicológica, 8(1), 21-33. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf>
- Belloso J. (2013). Terapia de grupo con trastornos de la conducta alimentaria. Psicoterapia y psicodrama, 2(1), 9-31. http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior02/Terapia_de_Grupos_con_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_Juan_Jose_Belloso.pdf
- Caballero, A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010 (1), 1-46. http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf
- Cabañero, B. & Escrivá, V. (2016). Guía de intervención en trastorno del comportamiento alimentario. Síntesis, S.A. <https://ebookhunts.com/8490774374/gua-de-intervencion-en-trastornos-del-comportamiento-alimentario-en-terapia-ocupacional>
- Casado. M. (2013). El trastorno por atracón. Revista Mexicana de trastornos alimentarios, 6(2), 97-107. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00097.pdf>

- Calvo, R. (2010). Tratamiento cognitivo- conductual de la anorexia nerviosa. Análisis y modificación de la conducta.14 (412), 1-25.
[Dialnet-TratamientoCognitivoconductualDeLaAnorexiaNerviosa-7093777%20\(2\).pdf](#)
- Chinchilla. M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Masson.
- Erickson. E. (1993). Identidad juventud y crisis. Paidós.
- Fairburn, G. (2003). Terapia cognitiva conductual para los trastornos alimentarios: una teoría y un tratamiento "transdiagnóstico". Investigación y terapia del comportamiento, 41(5), 509-528. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Ferrero, A. (2013). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica n individuos con trastorno límite de la personalidad. Revista de psiquiatría y salud mental, 6(1), 17-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7481173>
- Fontalvo, G. (2020). Modelos explicativos y funcionales de la anorexia nerviosa: Una revisión teórica. [Tesis de pregrado, Universidad de la Costa].
<https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/8182?show=full>
- Gayou, E. & Ribeiro, T. (2004). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 5(2), 115-123.
<https://www.redalyc.org/pdf/4257/425741622006.pdf>
- García, M. (2008). La influencia de los medios de comunicación en las imágenes femeninas: actitudes, hábitos y comportamientos de las mujeres con respecto a la belleza y el cuerpo. Revista de estudios de género y teoría feminista, 3(1), 89-107.

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/10857/La_influencia_de_los_medios.pdf?sequence=2

Gorab, C. (2005). Trastorno de la conducta Alimentario. Anorexia y bulimia. Masson.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. (2008). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental: Informe General. Anales de salud mental. 18(2). 1-199.

Instituto de Servicio especializado en Trastorno de la conducta alimentaria SETC

(2019) Conocimiento de los trastornos alimentarios. Setca.

<http://www.setcabarcelona.com/category/eventos-setca/>

Kerlinger (2002). Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. Biblioteca Central Búsqueda general, 4(19). 1-54.

<https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>

Martínez, E. (2020). Trastornos Alimentarios y Familia en América Latina. [Tesis de pregrado, Universidad Cayetano Heredia].

<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8150>

Morales, M. & Galván. G. (2021). Características clínicas de anorexia nerviosa extrema.

Reporte de caso. Revista de la Facultad de Medicina México, 64(2). 26-30.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n2/2448-4865-facmed-64-02-26.pdf>

Orjuela, A. (2020). Intervención Psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno de evitación- restricción de la ingesta de alimentos. [Tesis de posgrado, Universidad Pontificia Bolivariana].

https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8714/92_1%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo conductual como tratamiento para la depresión. Una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 07(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Raich, R. M. (2001). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Revista en psicología Latinoamérica*, 22(1), 15-27.
<https:// Dialnet.unirioja.es>
- Roca, A. (2019). Terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad social. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].
<https://1library.co/document/zkknkwmz-terapia-cognitivo-conductual-en-caso-trastorno-ansiedad-social.html>
- Roca, E. (2011). Terapia Cognitivo Conductual para los trastornos de la conducta Alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Revista acción psicológica*, 8(1), 21-33. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf>
- Rosabal, E. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n2/mil10215.pdf>
- Toro, J. (2008). El cuerpo como delito anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel.
<https://books.google.es/books?id=XZdWF25z0IAC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Velásquez, N. (2018). Trastorno de la conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, 11(2), 42-45.
<https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/63>
- Vilca, D. (2018). Trastorno de la conducta alimentaria. Prevalencia y características Clínicas en adolescentes del centro pre universitario. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Antiplano].

<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6534>

VII. ANEXOS

Anexo A

Protocolo de cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo STAI.

A - E **INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
1 = A veces
2 = A menudo
3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	(1)	2	3
22. Me canso rápidamente.....	(0)	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	(1)	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	(1)	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	(1)	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	(2)	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	(2)	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	(1)	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	(1)	2	3
30. Soy feliz.....	0	(1)	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	(1)	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	(1)	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	(2)	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	(1)	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	(1)	2	3
36. Estoy Satisfecho.....	0	1	(2)	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	(0)	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	(0)	1	2	3
39. Soy una Persona estable.....	0	1	(2)	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado.....	0	(1)	2	3

Anexo B

Protocolo de cuestionario de Habilidades Sociales- Minsa

SALUD MENTAL

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

NOMBRE Y APELLIDOS Andrea

EDAD: 14 años GRADO DE INSTRUCCIÓN: 2da secundaria

FECHA: 14/02/2020

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

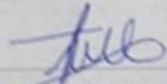
N = NUNCA
RV = RARA VEZ
AV = A VECES
AM = A MENUDO
S = SIEMPRE

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas asegurate de contestar todas

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas				X	
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona lo insulto			X		
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.			X		
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.				X	
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.		X			
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años		X			
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.		X			
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.				X	
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada		X			
10. Si un persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo exigiendo mi derecho a ser respetado.			X		
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola			X		
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.				X	
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.		X			
14. Pregunto cada vez que sea necesario para atender lo que me dicen			X		
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.			X		
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.			X		

N= Nunca RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
17. Me doy entender con facilidad cuando hablo.			X		
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.			X		
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.			X		
20. Si estoy nervioso(a) trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.		X			
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.			X		
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.			X		
23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico.					X
24. Me gusta verme arreglado(a).					X
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).			X		
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.			X		
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	X				
28. Puedo hablar sobre mis temores.	X				
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera.		/		X	
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	X				
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.				X	
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos(as).			X		
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.			X		
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	X				
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.				X	
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.			X		
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.	X				
38. Hago planes para mis vacaciones.		X			
39. Realizo cosas positivas que me ayudaran en mi futuro.		X			
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado(a).					X
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados(as).			X		
42. Si me presionan para ir a la plata escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los adultos.			X		


Firma y Sello del evaluador

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!