



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UNA ADOLESCENTE

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

De La Cruz Arias, Magaly

Asesor

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Cirilo Acero, Ingrid Belú

Lima - Perú

2025



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UNA ADOLESCENTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	4%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	2%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	1%
7	Jara Ortega, Carmen Reynalda. 2019 Fuente de Internet	<1%
8	www.redalyc.org Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA EN UNA ADOLESCENTE

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

De La Cruz Arias, Magaly

Asesor:

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Córdova Gonzales, Luis Alberto

Cirilo Acero, Ingrid Belú

Lima – Perú

2025

Pensamientos

"Cuanto más te conoces a ti mismo
más paciencia tienes para lo que
ves en los demás"

Erick Erikson

“Una de las muchas experiencias interesantes
y sorprendentes del principiante en el análisis
infantil, es encontrar incluso en niños muy pequeños
una capacidad de comprensión que a menudo es
mucho mayor que la de los adultos”.

Melaine Klein

Dedicatoria

A Dios, que está presente en mi vida.

A mi familia, por su constante apoyo y cariño.

A mis amigos, por su aliento y compañía.

Agradecimientos

A los profesores de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por su guía en la formación de la especialidad en TCC.

Índice

Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Descripción del problema.....	14
1.2 Antecedentes	17
1.2.1 Antecedentes Nacionales	17
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	19
1.2.3 Fundamentación Teórica.....	21
1.3 Objetivos	29
1.3.1 Objetivo general.....	29
1.3.2 Objetivos específicos	29
1.4 Justificación.....	29
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	30
II. METODOLOGÍA.....	32
2.1 Tipo y diseño de Investigación.....	32
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	32
2.3 Variables de Investigación	32
2.3.1 Variable Dependiente.....	32
2.3.2 Variable Independiente	33
2.4 Participante.....	33
2.5 Técnicas e instrumentos	33
2.5.1 Técnicas de evaluación	33
2.5.2 Técnicas Psicoterapéuticas.....	33
2.5.3 Instrumentos.....	36
2.5.4 Evaluación psicológica	38

2.5.5	Evaluación Psicométrica	43
2.5.6	Informe psicológico integrador	49
2.6	Intervención.....	57
2.6.1	Plan de intervención y calendarización.....	57
2.6.2	Programa de intervención	62
2.7	Procedimiento.....	76
2.8	Consideraciones éticas	77
III.	RESULTADOS	78
3.1	Análisis de Resultados.....	78
3.2	Discusión de resultados	83
3.3	Seguimiento.....	85
IV.	CONCLUSIONES	85
V.	RECOMENDACIONES	87
VI.	REFERENCIAS.....	88
VII.	ANEXOS	96

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados del inventario de personalidad e Eysenck para niños E.P.Q	44
Tabla 2 Resultados del inventario de depresión infantil (CDI)	46
Tabla 3 Resultados del cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis.....	47
Tabla 4 Registro de frecuencia de pensamientos negativos.....	48
Tabla 5 Registro de intensidad de emociones.....	48
Tabla 6 Registro de frecuencia conductas problema	48
Tabla 7 Análisis funcional	53
Tabla 8 Diagnostico funcional.....	54
Tabla 9 Análisis cognitivo ABC.....	55
Tabla 10 Criterios según CIE-10	56
Tabla 11 Plan de intervención y calendarización	58
Tabla 12 Fase de evaluación, actividades en sesión 01	62
Tabla 13 Actividades en sesión 02 y 03.....	63
Tabla 14 Fase de intervención actividades en sesión 01.....	63
Tabla 15 Actividades en sesión 02.....	65
Tabla 16 Actividades en sesión 03.....	65
Tabla 17 Actividades en sesión 04.....	66
Tabla 18 Actividades en sesión 05.....	67
Tabla 19 Actividades en sesión 06 y 07.....	68
Tabla 20 Actividades en sesión 08 y 09.....	68
Tabla 21 Actividades en sesión 10 y 11.....	69
Tabla 22 Actividades en sesión 12.....	70
Tabla 23 Actividades en sesión 13 y 14.....	71
Tabla 24 Actividades en sesión 15.....	72

Tabla 25 Actividades en sesión 16 y 17.....	73
Tabla 26 Actividades en sesión 18.....	73
Tabla 27 Fase de seguimiento actividades en sesión 01	74
Tabla 28 Actividades en sesión 02.....	75
Tabla 29 Actividades en sesión 03.....	75

Índice de Figuras

Figura 1 Pre test-post test del inventario de depresión infantil (CDI)	78
Figura 2 Pre test-post test del cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis.....	79
Figura 3 Registro de frecuencia de pensamientos negativos, antes y después	80
Figura 4 Registro de intensidad de emociones, antes y después.....	81
Figura 5 Registro de frecuencia conductas problema, antes y después	82

Resumen

El trabajo de investigación que se va a presentar consiste en un estudio de caso de una adolescente con anorexia nerviosa, donde se pretende reducir la sintomatología de la anorexia nerviosa en sus componentes cognitivos, emocionales, conductuales y físicos. Se empleó un enfoque terapéutico basado en un modelo cognitivo conductual, y con diseño experimental AB de caso único. El proceso de evaluación consistió en entrevista conductual y observación psicológica, así como también la aplicación del Inventario de personalidad de Eysenck-A, el Inventario de depresión infantil (CDI), el Cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis, Registros de pensamientos, emociones y conductas. El programa incluyó técnicas cognitivas conductuales como: psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, flecha descendente, diálogo socrático, ABC, ABCDE, detención del pensamiento, valoración de costo beneficio, dominio y agrado, biblioterapia, solución de problemas, imaginación racional emotiva, afirmaciones, reforzamiento positivo, entrenamiento en habilidades sociales, con una duración de 24 sesiones. Los resultados evidenciaron una considerable disminución en los síntomas de anorexia nerviosa en la adolescente.

Palabras clave: anorexia nerviosa, adolescente, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The research work to be presented consists of a case study of a teenager with anorexia nervosa, where the aim is to reduce the symptomatology of anorexia nervosa in its cognitive, emotional, behavioral and physical components. A therapeutic approach based on a cognitive behavioral model was used, and with a single-case AB experimental design. The evaluation process consisted of a behavioral interview and psychological observation, as well as the application of the Eysenck Personality Inventory-A, the Childhood Depression Inventory (CDI), the Albert Ellis Irrational Beliefs Questionnaire, Records of Thoughts, Emotions and behaviors. The program included cognitive behavioral techniques such as: psychoeducation, diaphragmatic breathing, Jacobson's progressive muscle relaxation, downward arrow, Socratic dialogue, ABC, ABCDE, thought stopping, cost-benefit assessment, mastery and pleasure, bibliotherapy, problem solving, rational imagination emotional, affirmations, positive reinforcement, social skills training, lasting 24 sessions. The results showed a considerable decrease in the symptoms of anorexia nervosa in the adolescent.

Keywords: anorexia nervosa, adolescent, cognitive behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario, según las definiciones de Portela de Santana et al. (2012) son enfermedades psiquiátricas graves, donde se manifiestan alteraciones comportamentales en cuanto a las actitudes sobre la ingestión de alimentos, los cuales se caracterizan por una preocupación intensa acerca del peso o la forma del cuerpo. En este sentido, una de las características principales de la anorexia nerviosa es la percepción de una imagen distorsionada del cuerpo, en la que la persona rechaza la presencia de un peso superior al peso estándar según su altura, impulsándose a adoptar estrategias no saludables para prevenir el incremento del peso, aumentando la actividad física, pero con una disminución drástica del consumo de alimentos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) la anorexia y la bulimia nerviosa aparecen en las etapas de la adolescencia y la juventud por lo general, presentándose con comportamientos alimentarios inadecuados y preocupación excesiva por la ingesta de comida y, en su mayoría, por el peso y la imagen corporal. Además, es importante tomar en cuenta que ambos trastornos pueden generar una muerte prematura, sea por complicaciones médicas o algún intento de suicidio, presentando un índice de mortalidad superior a la de otros trastornos de la salud mental.

Portella de Santana et al. (2012) afirmaron que la aparición de ambos trastornos de la conducta alimentaria, se originan en la adolescencia, debido a los cambios biopsicológicos y sociales, por lo que se asocian a la preocupación excesiva por la percepción de la belleza. Asimismo, señalan que, dentro de los grupos con mayor índice de prevalencia en los trastornos de conducta alimentaria, se encuentran las adolescentes y adultas en una gran mayoría. Por su parte, Morales (2019) refirió que los índices de anorexia en la población mundial se estiman en un 0.6%, siendo las mujeres adolescentes las más afectadas y entre edades cada vez más jóvenes.

La anorexia nerviosa es considerada como una patología típica correspondiente a una clase social media y alta, presentando marcadas alteraciones en el esquema cognitivo y emocional, llegando a originar dificultades médicas que afectan a todos los órganos y sistemas del cuerpo humano. Además, se encuentra asociada con otras afecciones psiquiátricas en más del 70% de los casos, incluyendo trastornos del estado anímico, los trastornos ansiosos, los trastornos relacionados al abuso de sustancias, los trastornos de la personalidad, y también algunos trastornos del neurodesarrollo (Segreda y Segura, 2020).

En el presente trabajo de investigación se desarrolla la descripción de un caso único para intervención desde la terapia cognitivo conductual (TCC) de una adolescente de 14 años en el distrito de Juliaca de la provincia San Román en el departamento de Puno. Se emplea la terapia cognitivo conductual, debido a que es considerado un tratamiento eficaz para la disminución de las conductas desadaptativas relacionadas a la anorexia nerviosa que presenta.

Este estudio de caso único servirá a los profesionales en el ámbito de la psicología como guía, para utilizar una intervención eficaz basada en evidencias, para disminuir la sintomatología de la enfermedad que presenta.

En el capítulo I, se redacta una breve introducción del trabajo académico, la descripción del problema ligado a la anorexia nerviosa, se describen algunos antecedentes nacionales e internacionales encontrados, el marco teórico donde se exploran los diferentes conceptos, objetivos del programa de intervención, la justificación del trabajo investigativo y el impacto que podría tener.

En el capítulo II, se explica la metodología utilizada, junto al tipo y diseño de investigación que se utilizó, también se describe el ámbito temporal y espacial en la que se realizó el estudio de caso y la descripción de las variables intervinientes. Así mismo, se desarrollan los elementos fundamentales para analizar el caso: la historia psicológica, personal y familiar, el problema actual, desarrollo cronológico del problema; así como también se

detallan los informes de cada prueba que se aplicó junto con su informe integrador, análisis funcional y cognitivo y el diagnóstico tradicional.

En el capítulo III, se explican los resultados y su discusión, donde se procede a comparar y analizar lo obtenido con otras investigaciones del mismo problema.

En el capítulo IV, se señalan las conclusiones del trabajo de investigación, así como también las recomendaciones.

1.1 Descripción del problema

Según la OMS (2024), la adolescencia es una etapa importante por los cambios físicos, emocionales y psicosociales que se originan, donde también influyen diversos factores como la pobreza o violencia, que marcan cierta vulnerabilidad a problemas de salud psicológica. Aunque a nivel mundial, uno de cada siete adolescentes entre 10 y 19 años (14%) sufre de algún trastorno psicológico según lo que se calcula, aún no se le brinda el reconocimiento que se requiere a estas enfermedades o afecciones. Además, la adolescencia significa una etapa determinante para la generación de hábitos sociales y emocionales fundamentales para el bienestar psicológico, entre ellas, los hábitos de sueño saludables, el desarrollo de habilidades para mantener relaciones sociales adecuadas, afrontar situaciones difíciles y resolución de problemas, aprender a manejar y canalizar las emociones y poseer hábitos alimenticios saludables.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), a través de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) la anorexia nerviosa se define como un trastorno que se caracteriza por una pérdida intencionada de peso que se induce o mantiene por la misma persona. Por su parte, Mayo Clinic (2024) señala como un trastorno de la alimentación caracterizado por un peso corporal anormalmente bajo, el miedo irracional a incrementar el peso y la percepción distorsionada del peso.

La anorexia puede conllevar a la muerte si es que se va agravando, ocurriendo de modo

repentino, incluso si es que un individuo no está excesivamente delgado, puede dar resultado a arritmias o un desequilibrio de electrolitos. En este estado de desnutrición grave, se dañan gran parte de los órganos del cuerpo: riñones, corazón y cerebro, por ejemplo; llegando a ser un daño irreversible a pesar de ya estar controlada. Así mismo, se involucran otros trastornos de salud mental, como la depresión o ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, consumo excesivo de alcohol y otras sustancias, autolesiones, pensamientos o intentos suicidas (Mayo Clinic, 2024).

Gaete y López (2020) refieren que, en un inicio se percibía que este tipo de patologías eran originarias de países occidentales y desarrollados, sin embargo, actualmente se tiene conocimiento de que otras culturas y países en vías de desarrollo han presentado índices cada vez mayores de estas patologías, lo cual incluye diferentes perfiles que se van ampliando, desde mujeres y varones adolescentes de cualquier estatus socioeconómico, en edades cada vez menores.

La anorexia nerviosa afecta al 0.6% de la población mundial, predominando en mujeres adolescentes, con diagnósticos en un 90% de los casos y aparición cada vez más temprana. Además, cerca del 10% de las adolescentes presenta algún trastorno de alimentación (Morales, 2019).

Bustamante (2023) realizó un artículo de investigación donde refiere que investigadores de España y Ecuador realizaron un análisis de 32 estudios sobre 63.181 individuos de 16 países, donde se concluyó que más de un 22% de los NNA entre 7 y 18 años presentaban sintomatología de algún trastorno alimentario, donde observaron que los que presentan mayor disposición a desarrollar trastornos de conducta alimentaria son aquellos que presentan esta sintomatología entre las edades mencionadas anteriormente. Del mismo modo, concluyeron que el 17% de los niños y el 30% de las niñas padecían de algún tipo de trastorno alimentario.

En Chile, Vicente et al. (2013, como se citó en Gaete y López, 2020) indican que la prevalencia de TCA, en el último año, entre adolescentes entre 12 y 18 años es del 0,3%, siendo una muestra representativa del país de Chile.

De acuerdo con la Sociedad Argentina de Pediatría (2021), las diferentes encuestas que se han realizado en centros educativos indicaron una prevalencia de bulimia nerviosa y/o anorexia nerviosa en uno de cada tres jóvenes, añadiendo un incremento exponencial durante la época de la pandemia.

En Perú no se han realizado estadísticas en los años recientes sobre la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en la etapa adolescente. A pesar de ello, el Seguro Social de Salud (EsSalud, 2022) informó que, de toda la población en etapa adolescente, un 5% se encuentra padeciendo de anorexia. Anteriormente, el Instituto Nacional de Salud Mental (2014) informó que existe mayor tendencia a que este tipo de problemáticas se desarrollen mayormente en áreas urbanas, siendo en el mayor número de casos, mujeres.

Por su parte EsSalud (2022) manifestó que se ha visto una duplicación de los casos de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes durante el proceso de cuarentena, que vienen afectando a aquellos con edades más precoces. El médico psiquiatra, especialista en niños y adolescentes, Amparo Jaramillo, refiere que, previamente a la pandemia, de 10 pacientes, 2 presentaban síntomas de TCA; situación que cambió recientemente, donde la tendencia es de cada 10 pacientes, 5 presentan algún trastorno de conducta alimentaria (El Peruano, 2022).

En el distrito de Juliaca, provincia San Román, Turpo (2017), se realizó un trabajo investigativo titulado "Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016", cuyo objetivo general fue determinar las conductas de riesgo en relación con la anorexia nerviosa en las áreas alimentaria, psicoemocional, sociocultural y familiar. La muestra de este estudio la

conformaron 100 adolescentes mujeres entre 14 y 17 años. La conclusión a la que llegaron fue que gran parte de las adolescentes mujeres presentan conductas entre riesgo medio y alto, siendo la dimensión sociocultural la que presenta mayor proporción, lo cual influye negativamente en su calidad de vida y conlleva a realizar conductas riesgosas que pueden finalmente generar una anorexia nerviosa.

En la ciudad de Juliaca se presenta una adolescente de 14 años con pérdida de peso excesiva para su talla y edad, aspecto delgado, fatiga, mareos, desmayos, cabello fino y quebradizo y ausencia de menstruación. Se rehúsa a comer las tres comidas diarias, come pocos alimentos sin contenido de grasas y harinas. Presenta pensamientos de culpa al comer, de tener sobrepeso y de querer quitarse la vida. Se muestra irritable, triste y se aísla en casa. Por esta razón, en el presente trabajo académico se describe un estudio de caso con un programa de intervención cognitivo conductual para la disminución de sintomatología de anorexia nerviosa en una adolescente y pueda ser empleado por otros profesionales sanitarios en dicha zona.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Quispe (2022), en la ciudad de Arequipa, realizó el caso clínico psicológico de una adolescente mujer de 15 años con sintomatología y signos de bulimia nerviosa. Este estudio se realizó para la reestructuración de pensamientos y modificación de conductas desadaptativas en la paciente del caso. Por ello, las técnicas empleadas para el diagnóstico clínico y posterior tratamiento son la observación conductual, la entrevista psicológica, el análisis funcional de la conducta y la evaluación psicológica con instrumentos psicométricos. El plan de tratamiento se ha diseñado comenzando con dos sesiones de evaluación multidisciplinaria y 16 sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual, donde utilizó las siguientes técnicas: entrevista motivacional, psicoeducación, regulación emocional (CFT), entrenamiento en técnicas de relajación, entrenamiento en autoinstrucciones, intervención familiar, dialogo socrático,

debate de evidencia, flecha ascendente y técnicas ABC, entrenamiento en habilidades sociales, mindfulness, exposición "in vivo" y prevención de la respuesta, activación conductual, prevención de respuesta al ver el cuerpo en el espejo y otros. Las puntuaciones que se obtuvieron en el post-test indicaron que la psicoterapia cognitivo conductual tiene un impacto positivo en la adolescente con bulimia nerviosa.

En el estudio de caso realizado por Alarcón (2022), el objetivo general fue disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa a través de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual que pueda aperturar patrones de alimentación saludable, cambiar las creencias distorsionadas asociadas a la percepción sobrevalorada del peso y de la imagen física en una adolescente de 14 años. La estructura de este plan de intervención psicoterapéutica estuvo compuesta por 14 sesiones, con una frecuencia de una vez por semana. Las técnicas empleadas fueron: la reestructuración cognitiva, entrenamiento en el manejo de las emociones, programación de tareas y actividades, escala de dominio-placer, psicoeducación, ejercicios de relajación, pautas para la detención del pensamiento, resolución de conflictos y prevención. Como consecuencia de este plan de tratamiento y la evaluación de seguimiento, se pudo establecer un repertorio conductual adecuado en el consumo de alimentos y la paciente aprendió a identificar y disminuir sus creencias irracionales.

Lázaro (2021) en la ciudad de Trujillo, realizó una tesis de maestría titulada "Eficacia de la intervención cognitivo conductual en trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión sistemática". Elaborando un análisis de cuán efectiva puede llegar a ser una intervención cognitivo conductual enfocada en los TCA desde la revisión bibliográfica. El estudio es de tipo teórico y su diseño es de revisión sistemática. Se emplearon las siguientes bases de datos para la búsqueda de información: Scielo, Redalyc, Scopus, PubMed y Dialnet. Al filtrarse la información, se encontraron 16 artículos que se adecuaron a los criterios de selección y rigor científico. Los resultados que se obtuvieron indicaron que el 50% de los estudios emplearon la

psicoterapia cognitivo conductual mejorada, mientras que el otro 50% utilizaron la psicoterapia cognitivo conductual tradicional. Por otra parte, el 100% de los estudios presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo experimental luego de realizar la intervención.

Angulo (2020), en la ciudad de Arequipa presentó un caso clínico de TCA, donde explica el caso de una persona de 19 años, con diferentes síntomas asociados: preocupación desregulada por su imagen física y peso, uso de dietas extremas, ansiedad acompañada de atracones y conductas purgativas, deterioro social, gastritis, capacidad baja para la resolución de conflictos, intolerancia a la frustración, aislamiento social e irritabilidad. Utilizó las técnicas conductuales, así como el entrenamiento en habilidades, técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo y ejercicios de relajación. Se desarrollaron un total de 21 sesiones. Finalmente, se logró modificar los pensamientos disfuncionales y creencias irracionales en relación a los factores corporales, sociales y personales, incrementando las habilidades sociales, reduciendo la sintomatología ansiosa y depresiva, y eliminando las conductas de atracones y conductas purgativas. El progreso se vio evidenciado en los resultados de los pre y post test, lo cual indica que el tratamiento fue efectivo.

Pacheco (2012), en la ciudad de Lima realizó el estudio de caso de una señorita de diecinueve años, por motivo de padecer anorexia nerviosa. Después de elaborar la historia psicológica, entrevistar familiar y de aplicar los test psicológicos para corroborar el diagnóstico, realizó un plan para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, el cual fue en un centro hospitalario una vez por semana. Luego utilizando las técnicas cognitivo-conductuales obtuvo resultados favorecedores.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Arroyo y Huillca (2021) en Ecuador, realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de analizar la efectividad del proceso psicoterapéutico para el abordaje en adolescentes

con trastornos de conducta alimentaria, a través de una revisión bibliográfica exhaustiva, utilizando un enfoque cualitativo. La población en este estudio fue de 5943 documentos y la muestra de 92. Se procedió a emplear los enfoques cognitivo conductual y sistémico para el abordaje de este caso. Por lo tanto, las estrategias de intervención de este modelo integrativo consistieron en 28 sesiones. Finalmente, se llega a la conclusión que este tipo de trastorno requiere de un abordaje interdisciplinario, entre ellos: la TCC, la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia familiar sistémica y la terapia centrada en soluciones.

Carmenate (2020) en Cuba, presenta un estudio de caso en una adolescente de 14 años con notable pérdida de peso producto de dietas auto impuestas y excesivas desde hace un año, donde hay un rechazo marcado a los alimentos y temor excesivo a subir de peso. Frente a la posibilidad de subir de peso, realiza ejercicios constantemente para combatir esa posibilidad. Muestra indicadores de poca sociabilidad, decaimiento del estado anímico, hiperhidrosis palmar, preocupaciones excesivas y ansiedad. A su vez, presenta trastornos menstruales, cardiovasculares y digestivos que preocupan a su familia, quienes tienden a buscar ayuda médica. El tratamiento integral ha resultado significativo para la paciente, debido a que se ha logrado fortalecer su autoestima con la TCC y se ha modificado la percepción de su propia familia gracias a las intervenciones familiares.

Amores (2018) en España, expone un proceso de intervención psicoterapéutica desde el modelo cognitivo-conductual en una adolescente de 13 años con un diagnóstico de anorexia nerviosa. El diseño que se empleó para este trabajo fue de caso único y medidas pre-post test. Se utilizó el análisis funcional de la conducta para diseñar la intervención, lo cual ayudó a incrementar su motivación y a que sea capaz de adherirse al tratamiento, plantearse patrones de conducta alimentaria saludables, equilibrar su estado anímico y reestructurar su autoconcepto. Dentro de las técnicas que se utilizaron se encuentran la psicoeducación, técnicas motivacionales, conductuales (de exposición) y cognitivas (reestructuración de los

pensamientos). El tiempo de la intervención duró 18 meses, siendo las sesiones dos veces por semana durante 8 meses y luego en la frecuencia de una vez por semana. Finalmente, pudo concluirse que el proceso de intervención fue eficaz gracias a los análisis cualitativo y cuantitativo en relación con la mejora de la paciente.

Compañy (2018), de la misma manera en España, presenta un proceso de sesiones psicoterapéuticas desde el enfoque cognitivo conductual en un varón de 19 años, con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva. Durante el proceso de terapia, se abordaron sus esquemas cognitivos en relación con su figura, peso y alimentación, lo cual permitió que se trabajaran los objetivos de la intervención: implantar una rutina alimentaria sana y mecánica, la recuperación progresiva, el uso de estrategias para el manejo de sus emociones y la reestructuración de sus ideas irracionales en relación con la comida y el peso. Finalmente, los resultados que se obtuvieron de este procedimiento señalaron la utilidad del modelo seleccionado y su aplicación como terapia.

Zuluaga (2015) en Colombia, presenta un estudio de caso de una paciente con dos diagnósticos: uno de trastorno alimentario anorexia (principal) y uno otro de personalidad límite (aplazado). Las técnicas del trabajo psicoterapéutico empleado fueron el registro de los pensamientos automáticos relacionados a la anorexia, uso de estrategias para el control de la impulsividad y para disminuir la evitación. El empleo de técnicas cognitivo conductuales ayudó a reducir la ansiedad y las emociones que se generan como consecuencia de los pensamientos automáticos.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Gorab (2018) define a los TCA como desordenes psiquiátricos en los que coexisten percepciones distorsionadas en relación con la alimentación, el peso y la imagen física, junto con un temor excesivo a subir de peso, y en cuyo proceso influyen diferentes factores.

Según Attia y Walsh (2022), este tipo de trastornos consiste en una constante alteración

del consumo de alimentos y conductas asociadas a la alimentación. Esta afección llega al punto de deteriorar profundamente la salud biopsicosocial. Dentro de este tipo de trastornos se identifican a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica, trastorno de rumiación y por atracones.

1.2.3.1. Anorexia, breve recorrido histórico. La alimentación, tomando en cuenta la historia de la humanidad, no ha sido percibida únicamente como un modo para sobrevivir, sino que también ha estado relacionada con la cultura, lo cual ha afectado en su mayoría a las mujeres a lo largo de la historia. En este matiz cultural, encontramos en la época prehistórica a imágenes de mujeres con cuerpos voluminosos asociados con la fertilidad, como también en el arte medieval, donde aparecen mujeres con cuerpos prominentes que simbolizan la salud, riqueza y fertilidad. Sin embargo, cuando se analizan épocas más modernas, de la mano con la revolución sexual de los años 1970, comienzan a aparecer estereotipos de belleza que se asocian con una figura extremadamente delgada, lo cual prevalece hasta el día de hoy (Gorab, 2018).

El origen de los TCA radica en los países desarrollados, sin embargo, luego se propagó en los países en vías de desarrollo, correspondiendo igualmente en su foco principal a edades desde el final de la infancia hasta los primeros años de la juventud (Gorab, 2018).

Es cierto que aún existe mayor frecuencia de esta problemática en los países occidentales más industrializados, sin embargo, también se observan patrones similares en las mujeres de países de otras regiones del mundo, sobre todo los que beben de las costumbres occidentales y en aquellos países con cambios socioculturales y económicos muy acelerados e intensos, por ejemplo, México, Chile, Venezuela, Argentina o Brasil (Raich, 2017).

1.2.3.2 Definición. Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013), el DSM-5 define la anorexia nerviosa como un trastorno psiquiátrico grave caracterizado por la desnutrición, con un índice alto de comorbilidades psiquiátricas, fuerte resistencia a las

intervenciones planteadas o nula respuesta a la intervención, dificultades médicas constantes y amenaza de muerte. Este manual plantea la existencia de dos subtipos de anorexia nerviosa: una con atracones y/o purgas, donde se restringe el consumo de alimentos y se realiza ejercicio físico excesivo, junto con atracones y conductas inapropiadas como compensación; y otra restrictiva, donde la persona desnutrida únicamente se restringe del consumo de alimentos y/o realiza ejercicio físico excesivo.

Por su parte, el CIE-10 (OMS, 2016) define a la anorexia nerviosa como un trastorno de la psique humana que se caracteriza por la pérdida excesiva de peso que se induce o se mantiene por la misma persona, por lo que se diferencia de la anorexia nerviosa atípica.

Finalmente, la OMS (2024), clasifica a la anorexia nerviosa como trastorno mental del comportamiento. En la esfera mental se fundamenta por el miedo subir de peso y la ausencia de autocontrol en la alimentación, lo cual genera que los sentimientos y pensamientos influyan en el estado de ánimo, desembocando de esta manera en sintomatologías depresivas.

1.2.3.3 Criterios diagnósticos. Los criterios del DSM-5 (APA, 2013) se fundamentan principalmente en la restricción al consumo de alimentos según las necesidades (lo cual conlleva a un peso corporal muy por debajo del promedio), temor excesivo al incremento del peso corporal (lo que conlleva a una conducta que interfiere en el incremento de peso) y alteración de la percepción del peso corporal.

En el caso de la anorexia de tipo restrictiva (307.1), se describe la afectación en cuanto a la pérdida de peso a causa de la dieta o conductas de ayuno o el ejercicio físico excesivo. Mientras que, en la anorexia de tipo con atracones y/o purgas (307.1), la persona se provoca el vómito, se da el uso incorrecto de laxantes, enemas o diuréticos. En ambos tipos de anorexia nerviosa, el tiempo mínimo se debe basar en los últimos tres meses.

En cuanto a la gravedad, esta se basa en el índice de masa corporal:

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Los criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 2016) se basan en una pérdida excesiva de peso fundamentado en el índice de masa corporal, la cual puede originarse a través del rechazo al consumo de alimentos que pueden incrementar el peso corporal, vómitos o purgas intestinales que la misma persona se provoca, ejercicio físico excesivo y consumo de diuréticos; entre otros síntomas que considera este manual se encuentran: la percepción distorsionada de la imagen física (idea intrusiva sobrevalorada), trastorno endocrinológico generalizado afectando al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (amenorrea en el caso de las mujeres y pérdida de libido en los varones), y en caso de darse en etapas previas a la pubertad, los cambios en esta etapa se retrasan.

1.2.3.4 Manifestaciones biomédicas y psicológicas de la anorexia nerviosa. Según García y Camba (2001, como se citó en Baile y Gonzales, 2014), los pacientes con anorexia nerviosa manifiestan diferentes complicaciones médicas: neurológicas, hematológicas, endocrinas, metabólicas, cardiovasculares, inmunológicas, musculoesqueléticas, renales, cutáneas, orofaciales y gastrointestinales.

En relación con las manifestaciones psicológicas, Raich (s.f., como se citó en Baile y Gonzales, 2014) destaca las siguientes: alteraciones cognitivas (pensamientos irracionales, dicotómicos, obsesivos y perfeccionistas), emocionales (depresión, ansiedad, insatisfacción del propio cuerpo y sentimientos de culpa) y comportamentales (incremento excesivo del ejercicio físico, poco consumo de los alimentos o conductas de esconder la comida, pesarse constantemente, etc.).

1.2.3.5 Causas de la anorexia. Este trastorno de la conducta alimentaria está originado por factores genéticos, ambientales y socioculturales. Dentro del aspecto cultural, encontramos

los modernos estereotipos de belleza en las mujeres de 15 a 25 años, que se atribuyen en gran medida a los grandes medios de comunicación y publicidad, los que muchas veces califican a la extrema delgadez como una imagen de belleza (Siegfried et al., citado en Segreda Segura 2020).

Morales et al. (2002) refieren que los adolescentes son un grupo vulnerable, por lo que hay ideas y actitudes que se generan desde la etapa infantil, como, por ejemplo, actitudes relacionadas al crecimiento y maduración, ansiedades con respecto a la autoestima, regulación y control de los afectos, autoconfianza o necesidad de aprobación de los otros y conflictos en la autoaceptación genérica y la imagen física. Según Unobravo (2024), los adolescentes son muy vulnerables a diferentes tipos de riesgos, debido a que permanecen bastante tiempo en el mundo digital y están más predispuestos a las influencias de otros.

Los rasgos de personalidad que pueden explicar la etiología de los pacientes anoréxicos, pueden ser el perfeccionismo y el narcisismo con rasgos obsesivos compulsivos (Siegfried et al., citado en Segreda Segura 2020).

Fernández (2021), detectó que, durante la época de la pandemia, se ha visto un aumento de casos diagnosticados con anorexia nerviosa y se han agravado los síntomas en las personas que lo padecen, por lo que se ha incrementado la atención de estos pacientes en hospitales y clínicas. En el proceso de cuarentena, las relaciones interpersonales presenciales con otros adolescentes se cancelaron de manera drástica, y con ello desapareció una importante fuente de fortalecimiento de la autoestima para los adolescentes.

1.2.3.6. Consecuencias de la anorexia.

A. Consecuencias físicas. Según ITA Centros de Salud Mental de la Comunidad Clariane (2023), la anorexia provoca consecuencias físicas y psicológicas. Aparecen diferentes afecciones como la reducción de la presión arterial, osteoporosis, disminución de la masa muscular, deshidratación, constantes desmayos y fatiga excesiva.

B. Consecuencias psicológicas. Creencias irracionales y alteradas de uno mismo (cuerpo y entorno), aislamiento social, ausencia de conciencia de la enfermedad, episodios depresivos, baja autoestima y esquema de pensamiento obsesivo que genera sufrimiento (ITA, Salud Mental Centros de Salud Mental de la Comunidad Clariane (2023).

1.2.3.7 Modelos explicativos de los trastornos alimentarios.

A. Modelo evolutivo de Striegel-Moore. Striegel-Moore (como cito Raich, 2017) plantea este modelo preguntándose el porqué del hecho de que la población vulnerable de este trastorno sean mujeres y adolescentes. En este sentido, manifiesta que las niñas al identificarse con su género se involucran con las expectativas de sus roles y caen en los estereotipos, como la mayor orientación hacia las relaciones interpersonales, a diferencia de los varones, y la idea de belleza. Por lo tanto, la suma de los factores socioculturales y ambientales y la adherencia a su rol sexual se combinan con el estrés propio de la etapa adolescente.

B. Modelo de doble vía de Stice 2001. Stice (citado en Raich, 2017) propone un modelo de doble vía en el camino que va desde la normalidad a la adquisición de síntomas bulímicos. Dado un ambiente en el que existe una enorme presión hacia la esbeltez y la interiorización del modelo estético imperante de delgadez, aparece la insatisfacción corporal al comparar el propio cuerpo con el de las maniquíes, y ésta lleva a la realización de dietas, así como al afecto negativo. Stice añade como factor de riesgo un IMC elevado (siempre basándose en estudios longitudinales), y la insatisfacción corporal lleva a la dieta o al afecto negativo. De cualquier manera, la dieta provoca o los síntomas bulímicos o el afecto negativo, o incluso ambos.

C. Modelo transdiagnóstico de Fairburn. Según Fairburn (como se citó en Raich 2017), la manera en que están clasificados los TCA apoya el punto de vista de que existen diferentes condiciones de TCA y que cada una de ellas requiere un tipo distinto de tratamiento. El autor cree que existen fuertes razones para cuestionar estas afirmaciones como la manera en que son clasificados los TCA, la característica principal de los TCA radica en su componente

cognitivo (sobrevaloración de su figura, que incluye el peso y su control), los hábitos alimenticios y el control del peso corporal se derivan de este trastorno y que muchos individuos transcurren de un trastorno a otro durante el proceso de su enfermedad. Fundamenta esta teoría llamada cognitivo comprensiva, para realizar un único tratamiento con algunas variaciones según las necesidades en relación con el peso o al comportamiento.

D. Propuesta de un modelo explicativo. Raich (2017) manifiesta:

A partir de los datos estudiados nos atrevemos a proponer un modelo que integre las variables más relevantes en la aparición de las preocupaciones por el peso y los trastornos alimentarios. A nuestro entender, la presión sociocultural a la esbeltez, junto a la estigmatización de la obesidad, juegan un papel fundamental, pero evidentemente es necesario que existan otros elementos para que se desarrollen los trastornos. Estos elementos pueden ser: una herencia genética determinada, un contexto educativo cercano y un ambiente familiar que valore y particularice para la persona implicada estos modelos sociales; una baja autoestima, que determina la necesidad de ser valorada externamente; falta de capacidades de afrontamiento como de resolución de problemas, de autorrelajación, dificultades en el contacto social..., todo ello unido a un peculiar estilo de pensamiento y a la adopción del «mito de superwoman» (con un gran perfeccionismo y necesidad de aprobación social). Estos factores, en una mayor o menor medida, actuarían de filtro de la presión sociocultural y llevarían en momentos de estrés a dar una respuesta del tipo de trastorno alimentario, el cual, una vez instaurado, se mantendría por los factores descritos anteriormente (p. 66).

1.2.3.8 Terapia cognitivo conductual. Stallard (2001, citado por Mendoza, 2020) refiere que la TCC tiene el objetivo de realizar intervenciones que conllevan a una disminución del sufrimiento psicológico y conductas desadaptativas, mediante la modificación del esquema cognitivo. De este modo, manifiesta que los elementos emocionales y comportamentales son

los que originan las cogniciones.

Así también, Acuña (2018, citado en Mendoza, 2020) indica que el enfoque cognitivo conductual se fundamenta en la investigación científica y se encarga de realizar prácticas científicas, que han sido comprobadas. Caballero y Gálvez (2019, citado en Mendoza, 2020) refieren que la TCC incluye técnicas de psicoeducación, modificación de pensamientos, conductas y de activación fisiológica.

Para Puerta y Padilla (2011), la TCC es un modelo de intervención psicoterapéutico para diferentes trastornos psicológicos, que se aborda apoyando al consultante a que modifique sus cogniciones, maneje sus emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por pensamientos, emociones y conductas que sean más adaptativos.

La TCC presenta un buen grado de eficacia, debido a que trabaja con los pensamientos irracionales o ideas distorsionadas que afectan a las emociones y conductas, generadas por comportamientos disfuncionales, siendo su objetivo la disminución o eliminación de las creencias irracionales que producen sufrimiento (Vallejo, 2015, citado en Sotomayor 2023). La TCC se basa en estas tres principales premisas: los pensamientos afectan a las emociones e influyen en las acciones, el esquema cognitivo puede ser modificado y si se modifican las ideas, se puede generar un estilo de vida más adaptativo y saludable.

1.2.3.9 Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. Los programas de intervención psicoterapéutica desde el modelo cognitivo-conductuales orientado al abordaje de la anorexia y la bulimia nerviosas, presentan como principal objetivo, en los casos de anorexia nerviosa, la recuperación del peso en un nivel promedio y que dicho peso se mantenga, mientras que, en pacientes bulímicas, se debe trabajar con la interrupción del ciclo dieta restrictiva. Es por ello por lo que, en la primera fase del proceso, se enfoca en el uso de estrategias direccionadas a que se normalice el consumo de alimentos de las pacientes (frecuencia del consumo de alimentos, cantidad de alimentos que se consumen y alimentación

equilibrada). Así mismo, en esta fase también se realiza una intervención para suprimir los comportamientos disfuncionales asociados con la manipulación de los alimentos (Tomás et al., 1997).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa, con la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual, en una adolescente de 14 años.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar los niveles de la sintomatología asociada a la anorexia nerviosa en una adolescente de 14 años.
- Disminuir la sintomatología asociada a los aspectos cognitivos en una adolescente de 14 años con anorexia nerviosa mediante una intervención cognitivo conductual.
- Reducir la sintomatología asociada en los aspectos afectivos en una adolescente de 14 años con anorexia nerviosa, mediante una intervención cognitivo conductual.
- Incrementar conductas adaptativas, en una adolescente de 14 años con anorexia nerviosa mediante una intervención cognitivo conductual.
- Disminuir la sintomatología fisiológica asociada a la anorexia nerviosa, en una adolescente de 14 años mediante una intervención cognitivo conductual.

1.4 Justificación

Como se ha visto en el marco teórico la anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta en su mayoría a mujeres jóvenes y adolescentes, con repercusiones inmediatas y futuras tanto a nivel físico y mental, ya que muchas veces se acompañan de complicaciones médicas que si no se interviene de manera temprana y multidisciplinaria podría resultar fatal para quien lo padece. Además de la preocupación de la familia, cambio en su dinámica familiar y las dificultades en sus relaciones interpersonales con sus pares. En cuanto a las repercusiones

psicológicas pueden dejar secuelas que interferirá en el desarrollo de su personalidad.

Dentro del ámbito de aplicación del programa cognitivo conductual, se ha observado que hay pocos estudios o trabajos de investigación relacionados de los trastornos de alimentación, enfocados en niveles socio económicos considerados pobre y pobre extrema. Además de la falta de acompañamiento familiar ya que en su mayoría los adolescentes se quedan solos en casa o cargo de hermanos más jóvenes y poca comunicación entre sus miembros, lo que facilita que se presenten diversos trastornos en salud mental en dicha población, que solo cuando hay presencia de síntomas moderados hacen que busquen algún tipo de ayuda.

En la práctica de la clínica realizada en el lugar, se ha visto que estos trastornos de alimentación se están presentando cada vez con mayor frecuencia en consulta y en edades cada vez más jóvenes sin peso excesivo aparente, influenciadas por medios de comunicación y sus pares. Por ello la terapia cognitivo conductual es un modelo con el cual se encuentra eficacia en el tratamiento, donde se van desarrollando técnicas que permitieron a la paciente modificar sus distorsiones cognitivas y conductas inadecuadas.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

El presente estudio de caso reafirmará que el modelo terapéutico con base en la terapia cognitivo conductual, tiene un alto grado de eficacia en el abordaje de trastornos de conducta alimentaria en específico la anorexia nerviosa, tal como lo refieren las investigaciones en los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente.

Esto ayudará a mejorar la calidad de vida de la usuaria, a nivel individual, familiar y social. Le permitirá reanudar sus actividades diarias, toma de conciencia y mejora de hábitos alimenticios. También el cambio en su dinámica y comunicación familiar.

En el área académica se espera que el presente estudio de caso sirva para demostrar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en el trastorno de anorexia nerviosa, esto ayudará

a seguir mejorando la salud mental de la población adolescente en el lugar donde fue aplicado. Incentivaré a otros profesionales a realizar investigaciones sobre la prevalencia de los trastornos alimentarios actuales, crear programas basados en la terapia cognitivo conductual y programas de prevención dirigida a los adolescentes de dicha zona.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación es aplicada, según Tamayo (2003), “es el estudio y aplicación de la investigación a problemas concretos, en circunstancias y características concretas. Esta forma de investigación se dirige a su aplicación inmediata y no al desarrollo de teorías” (p. 43).

El diseño del presente estudio es de tipo experimental. Según Hernández et al. (2014):

Un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos-consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador (p. 129).

Se utilizó el modelo AB, según Cazabat (2013):

Consiste en una fase de obtención de la línea de base, denominada A, y una fase de tratamiento, denominada B. Si la línea de base obtenida es suficientemente estable, cualquier cambio significativo y evidente detectado en la variable dependiente durante la fase B (luego de la implementación del tratamiento) puede ser atribuido al mismo (p. 244).

2.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso único se llevó a cabo dentro del consultorio de psicología en C.S.M.C. en la ciudad de Juliaca, departamento de Puno. Se desarrolló un total de 24 sesiones terapéuticas, con un tiempo aproximado de 40 minutos cada una, con frecuencia regular de una vez a la semana. Las sesiones y monitoreo se realizaron desde el mes de junio del 2023 a junio 2024.

2.3 Variables de Investigación

2.3.1 Variable Dependiente

Anorexia Nerviosa: Raich (2017) sostiene que: “La anorexia nerviosa es un trastorno

grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura” (p. 12).

2.3.2 Variable Independiente

Terapia Cognitiva Conductual: Para Puerta y Padilla (2011), la TCC es un modelo de intervención psicoterapéutico para diferentes trastornos psicológicos, que se aborda apoyando al consultante a que modifique sus cogniciones, maneje sus emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por pensamientos, emociones y conductas que sean más adaptativos.

2.4 Participante

La participante es una adolescente de sexo femenino de 14 años, que vive en la ciudad de Juliaca, provincia San Román. Vive con ambos padres y una hermana menor, de condición socioeconómica bajo, cursando el tercer grado de educación secundaria, con desempeño escolar muy bueno.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas de evaluación

A. Entrevista. Para Martin y Pear (2015), la entrevista es una técnica la cual se encarga de recopilar información que consiste de un dialogo estructurado o no estructurado entre el investigador y el participante, siendo su objetivo el obtener datos sobre sus pensamientos, emociones experiencias y comportamientos.

B. Observación. Según Martin y Pear (2015), la observación de la conducta es una forma de investigación que permite recopilar información acerca de la conducta, las actitudes y las emociones de las personas a partir de su comportamiento en diversas situaciones.

2.5.2 Técnicas Psicoterapéuticas

A. Psicoeducación. Según Bauml (2006), se pretende buscar el desarrollo propio a través de la enseñanza y aprendizaje, también la mejora de todos los demás procesos

cognitivos y emocionales, desarrollando nuevas estrategias para su progreso.

B. Reestructuración Cognitiva. Según Ellis (1973), la reestructuración cognitiva es el proceso de identificar, desafiar y reemplazar las creencias y pensamientos irracionales, distorsionados y autodestructivos con creencias y pensamientos más racionales, realistas y constructivos.

C. Modelo ABC. Ellis (1973) refiere que; este modelo explica cómo las personas desarrollan emociones y comportamientos disfuncionales y cómo pueden cambiarlos. A – Activador, B – Creencia, C – Consecuencia. Explica porque las personas que experimentan una misma situación desalentadora pueden tener distintas respuestas según sus creencias.

D. Modelo ABCDE. Ellis et al. (1981, citado en Pérez et al., 2008) plantea lo siguiente:

(A) La situación activadora que da como resultado B.

(B) Son los pensamientos distorsionados acerca de A y que conllevan a C.

(C) Es la consecuencia emocional y/o conductual ante la ocurrencia de A.

(D) Son los esfuerzos del terapeuta para modificar B utilizando la lógica y lo racional donde se debaten los pensamientos que aparecen en B.

(E) Es el resultado de la intervención, donde las creencias irracionales son modificadas y se logran nuevas creencias, emociones y conductas.

E. Debate Socrático. Busca inducir una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información (Partarrieu, 2011).

F. Flecha descendente. Según Bardos (2010), la técnica consiste en identificar la creencia principal que se encuentra detrás de un pensamiento. Para lo cual, el terapeuta realiza preguntas que ayudan a profundizar en el significado del pensamiento de la persona, repitiendo los pasos hasta que la persona ya no puede generar una nueva respuesta o deje de considerar

válidas las que menciona.

G. Detención del pensamiento. Pretende parar los pensamientos rumiativos a través de una palabra asociada. Según Wolpe (citado en Ruiz, 2019) se adiestra al individuo para que los termine antes de su formulación y así no se vuelvan más intrusivos y puedan generar malestar.

H. Costo y Beneficio. Ayuda a los usuarios a analizar los beneficios y costos que traería una decisión o comportamiento, a corto y largo plazo. También a realizar el análisis de las consecuencias que estas traerían y así elegir cual es más conveniente para ella (Lacson, 2024).

I. Imaginación racional emotiva. El usuario imaginará una situación considerada desagradable para él y tratará de cambiarla (usando la imaginación) por otra más adecuada. Para ellos tiene que realizar la modificación de sus creencias irracionales. Permite explorar la conexión entre creencias (B) y consecuencias (C). El objetivo es conseguir que la persona imagine la adversidad y que experimente emociones negativas adaptadas y sanas automáticamente (Casquero, 2022).

J. Afirmaciones. Consiste en repetirlas en forma de afirmaciones fuertes en voz alta para creer en ellas, utilizando el debate (D) y sus nuevas creencias adaptativas (Casquero, 2022).

K. Biblioterapia. Es una técnica que permite la reflexión y entendimiento personal, utilizando la lectura, para modificar pensamientos y emociones, según lo leído (González, 2020)

L. Respiración diafragmática. Es la respiración fisiológica más adecuada, donde participa activamente el diafragma y movilidad de las costillas inferiores (Ruiz et al., 2012).

M. Entrenamiento en relajación muscular. El objetivo del entrenamiento es reducir los niveles de activación mediante una disminución gradual de la tensión muscular.

Consistiendo en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se van produciendo. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, a su vez la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor la respuesta de relajación siguiente (Ruiz et al., 2012).

N. Entrenamiento en habilidades. Se aplica para que las personas consigan habilidades que les permitan mantener interacciones satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida (Casquero, 2022).

O. Refuerzo positivo. Técnica que aumenta la probabilidad de emitir una conducta mediante la presentación, tras la emisión de la misma, de un estímulo reforzador (Injante, 2022).

P. Programa de actividades (dominio-agrado). Se trata de realizar un listado de actividades para que el paciente realice, y así contrarrestar su inactividad o poca motivación que son causadas por sus pensamientos depresivos. También se valora mediante el dominio (como lo realiza) y agrado (que felicidad obtuvo) en las tareas designadas (Benedito et al., 2004).

Q. El autorregistro. Martin y Pear (2015) señalan que este método consiste en que los participantes registren de manera ordenada sus comportamiento, pensamiento o sentimientos.

2.5.3 Instrumentos

Ficha 01 Inventario de personalidad de Eysenck

Nombre	: Inventario de Personalidad de Eysenk- Forma A
Nombre principal	: Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)
Autores	: Hans J. Eysenck y Sybill B.G. Eysenck
Procedencia	: Hodder and Stoughton
Adaptación peruana	: Validez, adaptación y fiabilidad del inventario en estudiantes

del nivel primario y secundario desde 1er grado de primaria hasta 5to grado de secundaria, por Valera (2014).

Validez	: Validez por criterio de jueces obteniendo puntuaciones de la V de Aiken a partir de 0.80
Confiabilidad	: Alfa de Cronbach para la consistencia interna para la dimensión Extraversión – Introversión: obtuvo un puntaje de “r” 0.63, Neuroticismo “r” 0.78 y Escala L “r” 0.71; por el método de test re-test se obtuvo una confiabilidad de 0.90.
Tiempo	: De 15 a 30 minutos
Items	: 57
Finalidad	: Evaluación de tres dimensiones de personalidad. (Extraversión -E; Neuroticismo - N y Psicoticismo – P; y una escala de mentiras – L).

Ficha 02 Cuestionario de creencias irracionales

Nombre	: Inventario de Creencias Irracionales de Ellis.
Procedencia	: Estados Unidos.
Autor	: Albert Ellis.
Año	: 1980
Administración	: Individual o colectiva.
Duración	: En un tiempo promedio que varía entre 20 a 30 minutos.
Aplicación	: A partir de los 12 años.
Significación	: Evaluarlas principales creencias irracionales de la persona.
Tipificación	: Baremos de población general (varones-mujeres / jóvenes y adultos).
Validez	: Juicio de expertos por Huaraca, Ferro y Baca (2023).

Confiabilidad : Amero y Vargas, 2011 (citado en Huaraca et al. (2023). en la Universidad Señor de Sipán de la ciudad Chiclayo, encontrando valores para el coeficiente alpha para cada dimensión de: 0.69 para la necesidad de aprobación, 0.72 para el perfeccionismo, 0.68 para la culpabilización, 0.69 para las altas expectativas, 0.71 para el control emocional, 0.70 para las ideas de infortunio, 0.71 para la evitación de problemas, 0.69 para la dependencia, 0.70 para la indefensión ante el cambio, y de 0.72 para la inactividad e inercia.

Ficha 03 Inventario de Depresión infantil (CDI)

Nombre : Children´s Depression Inventory
 Procedencia : Multi-Heath-System. Toronto-Canadá
 Autor : Mario Kovacs, 1992
 Año : 1979
 Administración : Individual o colectiva.
 Duración : Entre 10 y 25 minutos.
 Edad : 7 y 15 años.
 Finalidad : Evaluación de sintomatología depresiva.
 Adaptación : del Barrio y Carrasco (2004)
 Baremos : En puntuaciones percentiles típicas, Z y T, para tres rangos de edad (7-8 años, 9-10 años y 11-15años).

2.5.4 Evaluación psicológica

HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

Datos de filiación

Nombre y Apellidos : Y. P.

Sexo	: Femenino
Edad	: 14 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Juliaca, 10 de enero del 2019
Lugar de residencia	: Juliaca
Grado de instrucción	: 3° de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Lugar de entrevista	: Centro de Salud Mental Comunitario
Fecha de entrevista	: Junio del 2023

Motivo de Consulta

Madre refiere “mi hija no quiere comer nada, y si lo hace come poquito, un puñadito de mi mano. Tengo que exigirle a veces mucho y ella reniega, se pone a llorar, a veces he tenido que licuarle para que coma porque la veo tan mal que creo que se va a morir. No tiene fuerza, está débil, se ha desmayado en el colegio, se enoja cuando le digo que coma, me dice si la llevo al doctor se va a matar”. Padre indica “no come, no quiere comer, está muy flaca. Cuando le digo que coma me grita y me contesta de mala manera”. Usuaría refiere que “no quiero comer, no tengo hambre. No quiero subir de peso. Así estoy bien. Ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”, “quiero mejorar, pero no quiero subir de peso”.

Problema actual

Usuaría refiere que aproximadamente desde diciembre del 2021 se restringe la comida. Comienza a no querer consumir las comidas que su mamá le preparaba. Este comportamiento se dio de manera regular hasta la actualidad que mantiene una talla de 1.46 con un peso de 27 kilos. Recuerda que su mamá la molestaba y le decía “mi gordita”.

Cuando ve la comida siente miedo (8/10), se siente irritable (7/10) triste (8/10) preocupada (9/10) culpable (7/10) también presenta aceleración cardíaca. Presenta

pensamientos como “voy a engordar”, “me van a obligar a comer”, “me sirven mucho, como voy a mantener mi peso”, pensamientos constantes “estoy gorda y eso es feo”, “si subo de peso me van a rechazar”, “la comida que me sirven no es saludable, es pura grasa”, ideación suicida “me quiero morir porque no soy feliz”, “todo se siente como una rutina”, “mi vida se va arruino por lo que hecho”. “Cuando estoy delgada me siento feliz, me gusta mi abdomen plano y mi cintura pequeña, pero no me gusta que se marcan los huesos”. Usa mucha ropa y mascarilla para que los demás no vean su aspecto, se aísla en casa, no quiere salir, no realizar actividades con su familia que antes hacía, ha dejado de hacer cosas que le gustaban como pintar y dibujar u otras actividades ocio. No acude al colegio porque se desmayó y la retiraron hasta que se recupere. Su sueño es irregular.

Actualmente presenta aspecto delgado en rostro y extremidades, ojos hundidos, excesivo crecimiento de vello en brazos. Fatiga, necesita ayuda para subir gradas, mareos, desmayos, cabello fino, quebradizo y ausencia de menstruación. Se rehúsa a comer las tres comidas diarias, come pocos alimentos con cero contenidos de grasas, harinas y azúcares.

Desarrollo cronológico del problema.

A la edad de 12 años comienza a ser más consciente de su aspecto físico, queriendo ofrecer un imagen delgada y bonita, ya que vio en redes sociales videos de artistas delgadas. Aquí comienza a tener ideas de comer solo ensaladas y hacer ejercicio para bajar de peso. “Vi los musicales y videos de internet y me di cuenta de que estaba subida de peso”.

A los 13 años por el mes de diciembre comienza a esconder la mitad de porción de sus comidas y botarla a la basura sin que nadie se diera cuenta. Aumentó el consumo de agua a dos litros diarios. En los meses siguientes no come alimentos que contengan azúcar, grasa, harina, por temor a subir de peso. Tomaba más agua, aproximadamente 3 litros diarios.

A los 14 años aproximadamente deja de comer por periodos largos de tiempo (4 días)

solo tomaba agua y consumía ensaladas o pollo hervido, mínima cantidad. Esto por insistencia de su madre. Los fines de semana comía el doble de su porción habitual porque sentía hambre, aparecían pensamientos de culpa “ahora voy a subir de peso, no comeré toda la semana” y se convirtió en su ciclo aproximadamente desde hace 8 meses. Su madre llegó a licuar la comida y acunarla para obligarla a comer algo. Cuando su padre le insiste para llevarla al doctor o al psicólogo les gritaba y lloraba, “no quiero ir al doctor porque me hará subir mucho de peso”. “no quiero comer, no tengo hambre”. “No quiero subir de peso, así estoy bien, ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”. También amenazaba con su vida, “Si me llevas me voy a tirar a las llantas del carro”, “me voy a matar”.

Historia Personal

- a. Desarrollo inicial:** Madre indica que su gestación se dio de manera tranquila, sin complicaciones, el parto también se dio de manera natural.
- b. Conductas más inadecuadas en la infancia:** Madre refiere que en general su hija era una niña obediente, tranquila, estudiosa. Eran pocas las ocasiones en que tenía mal comportamiento donde la castigaba físicamente.
- c. Actitudes de la familia frente al niño:** Padres refieren que trataron de brindarle un hogar adecuado, dándole lo mejor que podían. Cuando tenía una mala conducta le gritaban o a veces le daban una palmada en la espalda. Actualmente se encuentran preocupados por su baja de peso. La madre preparaba la comida que su hija solo quería comer. También llegó a licuar la comida, cargarla y darle de tomar a la fuerza.
- d. Educación:** Comienza a estudiar nivel inicial a los 5 años, donde participaba en las actividades escolares, tenía amigos y también buen desempeño académico. A los 6 años ingresa al nivel primario donde también tiene buenas notas, comportamiento adecuado y amistades. A los 12 años ingresa al nivel secundario donde la cambian

de colegio. Al principio tenía pocas amigas, pero después logra tener lazos de confianza. A pesar de que sus padres no la apoyaban mucho con sus tareas siempre ha sido una alumna responsable, sus padres nunca han tenido una queja en el colegio. Hace dos meses aproximadamente se desmayó en el aula, pero solo se dieron cuenta sus amigas. Hace un mes se volvió a desmayar y los profesores se dieron cuenta de su enfermedad, por lo cual la retiraron del colegio hasta que su salud mejore, con el compromiso de mandarle las tareas y deberes.

- e. **Trabajo:** Usuaría no trabaja.
- f. **Vida psicosexual:** Adolescente refiere que nunca ha tenido enamorado y pareja. “Ahora no quiero ni pienso tener enamorado”.
- g. **Antecedentes patológicos:** No registra enfermedades significativas ni accidentes graves, hasta la fecha.
- h. **Actitudes religiosas:** Usuaría se considera de religión católica, sin embargo, no siempre practica los ritos impuestos por la iglesia.
- i. **Interacción social:** Indica que siempre ha tenido buenas relaciones sociales, tiene amigos en el colegio, excepto en su vecindario ya que no le gusta salir de casa. Al principio le cuesta entablar amistad, pero luego no tiene inconvenientes en seguir las conversaciones. Le importa mucho las opiniones de sus amigas y personas cercanas a ella.

Historia Familiar

- Padre: de 52 años, con estudios técnicos incompletos. Se dedica a la construcción. Casi todo el día está fuera de casa trabajando. “Mi papá no me comprende, solo me grita, recién se ha dado cuenta que estoy así porque cuando viene a casa no conversa mucho. Yo lo entiendo, está cansado, pero porque me quiere obligar a comer, no quiero. Hace que le grite y le conteste de mala

manera. Casi nunca hacemos cosas de familia, siempre está afuera o cuando viene mira televisión”.

- Madre: de 50 años, natural de Juliaca, con primaria completa, se dedica a trabajos regulares y ama de casa. La relación con su madre es regular “mi mamá también paraba trabajando porque no tenemos plata. Hay días que, si estaba con nosotras en casa, pero otros días se salía a buscar trabajo. Nos dejaba la comida para que nosotras nos sirvamos, pero yo no lo hacía, me servía poco y le decía que si comía. Luego le pedía que no cocinara comida con grasa porque no la iba a comer, y cuando me servía le decía que no y no comía, así que mi mamá me hacia otra cosa, una ensalada o una sopa sin nada de grasa ni condimentos ni harinas. Después cuando vio que estaba más delgada me exigía, pero yo le gritaba y me iba a mi cama. Ella lloraba y me rogaba que coma, que me voy a morir, pero no me importaba”.
- Hermana: de 12 años, es estudiante de 2° de secundaria. Su relación con ella también es regular ya que no tienen una relación cercana. “No me gusta estar con mi hermana porque casi nunca hemos compartido nada, hablamos poco y ahora siempre me está trayendo comida, dulces o comida chatarra, hace que me enoje”.

2.5.5 Evaluación Psicométrica

A. Instrumentos de recolección de datos

- Inventario de personalidad de Eysenc Forma A.
- Inventario de depresión infantil (CDI).
- Cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis.
- Autoregistro de pensamientos, emociones y conductas problemáticas.

B. Informe psicológico de cada uno de los instrumentos aplicados.

❖ Inventario de personalidad de Eysenck para niños – forma A

Datos de filiación

Nombre y Apellidos	: Y. P.
Sexo	: Femenino
Edad	: 14 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Juliaca, 10 de enero del 2019
Lugar de residencia	: Juliaca
Dirección	: Juliaca
Grado de instrucción	: 3° de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Estado civil	: Soltera
Lugar de entrevista	: Centro de Salud Mental Comunitario
Fecha de entrevista	: Junio del 2023
Derivado por	: Psiquiatría

Motivo de consulta

Evaluar los aspectos de la personalidad que presenta la usuaria.

Resultados

Tabla 1

Resultados del inventario de personalidad e Eysenck para niños E.P.Q

Dimensiones	Puntaje obtenido	Interpretación
E	14	Ambivertido
N	7	Estable
L	7	Válido

Conclusión

La usuaria presenta características tanto de la introversión como de la extroversión, es

decir, es un punto medio entre ambas, lo que permite que sea flexible y muestre distintos modos de actuación y se puede adaptar a diversas situaciones que se le presenten. También presenta estabilidad emocional, por lo general calmada en la mayoría de las circunstancias a las que se enfrenta.

Recomendación

Se sugiere iniciar un programa de intervención cognitivo conductual.

❖ Inventario de depresión infantil (CDI)

Datos de filiación

Nombre y Apellidos	: Y. P.
Sexo	: Femenino
Edad	: 14 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Juliaca, 10 de enero del 2019
Lugar de residencia	: Juliaca
Dirección	: Juliaca
Grado de instrucción	: 3° de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Estado civil	: Soltera
Lugar de entrevista	: Centro de Salud Mental Comunitario
Fecha de entrevista	: Junio del 2023
Derivado por	: Psiquiatría

Motivo de consulta

Evaluar la sintomatología depresiva que presenta la adolescente.

Resultados

Tabla 2
Resultados del inventario de depresión infantil (CDI)

	Autoestima	Disforia	Depresión
			Total
Puntaje Directo	17	15	32
P.C.	98	96	97
Categoría	Severo	Severo	Severo

Conclusión

La usuaria presenta síntomas de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y pesimismo, que manifiesta con cambios en su estado de ánimo, con presencia de malhumor e irritabilidad, llanto y aislamiento. No realiza actividades que antes era de su agrado porque no tiene motivación para hacerlo.

En autoestima negativa, expresa sentimientos de incapacidad, odio y rechazo hacia sí misma, y pensamientos de culpabilidad.

Recomendación

- Realizar intervención cognitivo conductual para la mejora en su estado de ánimo.

❖ **Cuestionario de Creencias Irracionales de Albert Ellis**

Datos de filiación

Nombre y Apellidos : Y. P.

Sexo : Femenino

Edad : 14 años

Lugar y fecha de nacimiento : Juliaca, 10 de enero del 2019

Lugar de residencia : Juliaca

Dirección : Juliaca

Grado de instrucción : 3° de secundaria

Ocupación : Estudiante

Estado civil	: Soltera
Lugar de entrevista	: Centro de Salud Mental Comunitario
Fecha de entrevista	: Junio del 2023
Derivado por	: Psiquiatría

Motivo de consulta

Evaluar las creencias irracionales que presenta la adolescente.

Resultados

Tabla 3

Resultados del cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis

Tipo de creencia	Puntaje obtenido
“Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”.	5
“Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”.	7
“Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran”.	7
“Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	7

Conclusión

La adolescente considera que tiene que gustar de todas las personas que la rodean, especialmente sus pares. El no conseguirlo le causa infelicidad y conductas dañinas para su salud. También cree que debe ser perfecto tanto a nivel físico como nivel intelectual, causando baja en su autoestima y miedo de intentar cosas nuevas. Piensa que las cosas malas solo le suceden a ella y crea muchos escenarios catastróficos en su mente.

Recomendación

- Realizar intervención cognitivo conductual para la reestructuración cognitiva de las

creencias irracionales que presenta.

❖ **Autoregistro de pensamientos – Línea Base**

Tabla 4

Registro de frecuencia de pensamientos negativos

Pensamientos	L	M	M	J	V	S	D	Promedio
“No quiero ir al doctor porque me hará subir mucho de peso”	12	10	10	12	10	8	8	10
“Si como voy a subir de peso”	10	9	8	8	8	8	8	8
“Estoy gorda y eso es feo, si subo me van a rechazar”	8	9	8	8	9	7	7	8
“Ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”	10	11	10	12	10	9	9	10
“Me quiero morir, no soy feliz”	10	11	11	10	10	9	8	10
“Mi vida se ha arruinado por lo que he hecho”.	10	7	7	5	5	3	3	6

Tabla 5

Registro de intensidad de emociones

Emoción	L	M	M	J	V	S	D	Promedio
Tristeza	8	8	9	9	9	8	8	8
Preocupación	9	8	9	10	9	7	8	9
Irritabilidad	7	9	9	9	8	7	7	8
Culpa	7	7	8	7	7	5	6	7
Miedo	8	8	8	9	8	4	7	7

Tabla 6

Registro de frecuencia conductas problema

Conducta problema	L	M	M	J	V	S	D	Promedio
Negarse a comer toda la porción servida	4	3	3	4	3	2	2	3

Negarse a comer comida que contengan harinas, grasas y azucares.	4	5	5	5	4	3	3	4
Tomar tres litros de agua	1	1	1	1	1	1	0	1
Gritar a sus padres	3	2	2	3	3	2	1	2
Discutir con su hermana.	2	2	3	3	2	1	1	2
Aislarse en su dormitorio.	4	3	3	3	2	2	2	3
Desinterés en sus actividades.	4	3	3	3	3	2	2	3

2.5.6 Informe psicológico integrador

Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Nombre y Apellidos	: Y. P.
Edad	: 14 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Juliaca, 10 de enero del 2019
Lugar de residencia	: Juliaca
Dirección	: Juliaca
Grado de instrucción	: 3° de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Estado civil	: Soltera
Lugar de entrevista	: Centro de Salud Mental Comunitario
Fecha de entrevista	: Junio del 2023
Derivado por	: Psiquiatría

Motivo de consulta

Madre refiere “mi hija no quiere comer nada, y si lo hace come poquito, un puñadito de mi mano. Tengo que exigirle a veces mucho y ella reniega, se pone a llorar, a veces he tenido que licuarle para que coma porque la veo tan mal que creo que se va a morir. No tiene fuerza, esta débil, se ha desmayado en el colegio, se enoja cuando le digo que coma, me dice si la llevo al doctor se va a matar”. Padre indica “no come, no quiere comer, está muy flaca. Cuando le digo que coma me grita y me dice contesta de mala manera” Usuaría refiere que “no quiero comer, no tengo hambre. No quiero subir de peso. Así estoy bien. Ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”.

Observación de conducta

Adolescente de sexo femenino, aspecto sumamente delgado en rostro y extremidades, ojos hundidos, cabello fino, quebradizo, piel seca, crecimiento excesivo de pelo en brazos. Tiene una talla de 1.46 con un peso de 27 kilos. Su marcha es lenta, necesita ayuda para subir gradas, postura encorvada, tono de voz bajo, entrecortado. Se viste con ropa ancha, sombrero y mascarilla. Contacto visual regular. Su actitud con la entrevista es de regular colaboración, llora al relatar el motivo por el que viene. “Quiero mejorar, pero no quiero subir de peso”, “¿hasta cuanto tengo que subir para estar bien?”. “No quiero ir al doctor porque me hará subir mucho de peso”.

Problema actual

Usuaría refiere que aproximadamente desde diciembre del 2021 se restringe la comida. Comienza a no querer consumir las comidas que su mamá le preparaba. Este comportamiento se dio de manera regular hasta la actualidad que mantiene una talla de 1.46 con un peso de 27 kilos. Recuerda que su mamá la molestaba y le decía “mi gordita”.

Cuando ve la comida siente miedo (8/10) y aceleración cardiaca, se siente irritable

(7/10) triste (8/10) preocupada (9/10) culpable (7/10). Presenta pensamientos como “voy a engordar”, “me sirven mucho, como voy a mantener mi peso”, pensamientos constantes “estoy gorda y eso es feo”, “si subo de peso me van a rechazar”, “la comida que me sirven no es saludable, es pura grasa”, “me van a obligar a comer”. Cuando su padre le insiste para llevarla al doctor o al psicólogo les gritaba y lloraba, “no quiero ir al doctor porque me hará subir mucho de peso”. “no quiero comer, no tengo hambre”. “No quiero subir de peso, así estoy bien, ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”. También amenazaba con su vida, “Si me llevas me voy a tirar a las llantas del carro”. Cuando los profesores del colegio descubrieron su enfermedad porque se desmayó y le dijeron que estaba malogrando su vida pensaba “me quiero morir porque no soy feliz”, “todo se siente como una rutina”, “mi vida se va arruino por lo que hecho”. Usa mucha ropa y mascarilla para que los demás no vean su aspecto, se aísla en casa, no quiere salir, no realizar actividades con su familia que antes hacía, ha dejado de hacer cosas que le gustaban como pintar y dibujar u otras actividades ocio. Toma 3 litros de agua y realiza ejercicio físico, correr y abdominales, una hora. No acude al colegio porque se desmayó y la retiraron hasta que se recupere. Su sueño es irregular.

Actualmente presenta aspecto delgado en rostro y extremidades, ojos hundidos, excesivo crecimiento de vello en brazos. Fatiga, necesita ayuda para subir gradas, mareos, desmayos, cabello fino, quebradizo y ausencia de menstruación. Se rehúsa a comer las tres comidas diarias, come pocos alimentos con cero contenidos de grasas, harinas y azúcares. Cuando ve su aspecto en piensa, “Cuando estoy delgada me siento feliz, me gusta mi abdomen plano y mi cintura pequeña, pero no me gusta que se marcan los huesos”.

Técnicas e instrumentos de evaluación

- Entrevista psicológica
- Observación psicológica
- Inventario de personalidad e Eysenck para niños

- Cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis
- Autoregistro de pensamientos

Resultados

En el área de personalidad la usuaria presenta rasgos ambivalentes de extroversión e introversión, lo que permite que sea flexible y muestre distintos modos de actuar, con facilidad para adaptarse a las diversas situaciones que se le presenten, y en otros aspectos sea más reservada y reflexiva, mayormente estable.

En el área cognitiva usuaria presenta inteligencia promedio con disminución en la concentración y en la percepción por el momento que atraviesa. Presenta distorsión en su imagen corporal. Ideación suicida y creencias irracionales en su pensamiento, considera que tiene que gustar de todas las personas y el no conseguirlo le causa infelicidad y conductas inadecuadas. Cree que debe ser perfecta a nivel físico e intelectual, causando baja autoestima. Piensa que las cosas malas solo le suceden a ella y crea muchos escenarios catastróficos en su mente.

En el área emocional, siente mucha tristeza y rencor hacia ella misma. También siente culpa por los problemas que está generando a su familia. Siente preocupación a la hora de ingerir sus alimentos ya que se siente presionada a terminar la porción de comida.

En el área social la usuaria tiene personas cercanas a quien considera amigas, le es fácil relacionarse con personas, aunque en ocasiones también se muestra tímida e insegura.

Recomendaciones

- Interconsulta con médico pediátrico.
- Interconsulta con nutricionista
- Iniciar proceso de psicoterapia cognitivo conductual
- Realizar intervención familiar

Tabla 7
Análisis funcional

Estimulo antecedente	Conductas	Estimulo consecuente
Externo	Cognitivo	Externo
<p>- Cuando le sirven cualquier alimento.</p> <p>- Cuando en casa, sus padres le dicen que tiene que comer más para estar bien.</p> <p>- Cuando su papá le insiste a llevarla al doctor</p> <p>- Cuando alguna persona ajena a su familia le habla sobre el daño que se ha ocasionado.</p> <p>Interno</p> <p>- Cuando ve una mujer bonita, alta y delgada en televisión o en redes</p> <p>- Cuando sale a la calle y hay gente alrededor.</p>	<p>- “Voy a engordar”, “me sirven mucho”, “no quiero subir de peso, así estoy bien”, “ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”, “me van a obligar a comer”</p> <p>“no quiero ir al doctor porque me hará subir mucho de peso”,</p> <p>- “Estoy gorda y eso es feo”,</p> <p>“si subo de peso me van a rechazar”</p> <p>“me quiero morir porque no soy feliz”, “mi vida se va arruino por lo que hecho”.</p> <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso - Llanto - Dificultad para dormir - Sensación de frio. - Falta de menstruación - Apariencia extremadamente delgada - Aceleración cardiaca <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No come alimentos que contengan harina, grasas ni azucares. - Toma 3 litros de agua. 	<p>Reforzamiento positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre le prepara solo lo que quiere comer, sopas y ensalada con pollo hervido. - Madre solo le sirve la cantidad que la usuaria considera suficiente. - Padre le presta más atención y están pendientes de ella - Hermana realiza sus deberes de casa. - Recibe más visitas familiares, profesores y amigas. <p>Reforzamiento negativo</p> <p>Interno</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Cuando veo que estoy delgada estoy feliz, me gusta mi estomago plano y cintura delgada”

-
- Realiza ejercicio físico una hora. Correr y abdominales.
 - Mastica lentamente
 - Camina lentamente y para subir gradas necesita ayuda
 - No asiste al colegio
 - Sin ganas de realizar sus actividades en casa
 - Sin energía
 - Evita salir de casa.

Emocional:

- Tristeza (8/10)
- Preocupación (9/10)
- Irritabilidad (7/10)
- Culpa (7/10)
- Miedo (8/10)

DIMENSIONES

Frecuencia: siete días durante la semana

Latencia: de manera inmediata cuando le dan algún alimento

Duración: 2 horas aproximadamente

Magnitud/intensidad:8 (1-10)

Tabla 8
Diagnostico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
-Pendiente de la comida que le sirven.	-Come poca cantidad (menos de un puño)	-No come alimentos que contengan grasas, harinas ni azucares.
-Fin de semana come lo que considera grandes cantidades de comida.	-Realiza pocas labores del hogar	-Dejó de pintar y dibujar.
	-Sale poco de casa	-Dejó de tejer

-
- Toma 3 litros de agua aproximadamente.
 - Realiza ejercicios físicos. Correr y abdominales. (Una hora).
 - Discusiones familiares.
 - Irritabilidad
 - Crecimiento excesivo de vello en el cuerpo
 - Sensación de frío
 - Desmayos.
 - Pensamientos
 - “no quiero engordar” “me sirven mucho, como voy a mantener mi peso”, “estoy gorda y eso es feo”, “si subo de peso me van a rechazar”
- Sus horas de estudio han disminuido.
 - Su sueño es irregular
 - Poco empeño en su arreglo personal.
 - Poca energía
- No asiste al colegio.
-

Análisis Cognitivo

Tabla 9

Análisis cognitivo ABC

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> - Cuando le sirven cualquier alimento. - Cuando en casa, sus padres, le dicen que tiene que comer más para estar bien. -Cuando su papá le insiste a llevarla al doctor - Cuando alguna persona ajena a su familia le habla sobre el daño que se ha ocasionado. -Cuando ve una mujer bonita, 	<ul style="list-style-type: none"> “Voy a engordar”, “me sirven mucho”, “no quiero subir de peso, así estoy bien”, “ellos quieren que coma, pero voy a subir de peso y eso es malo, no quiero”, “me van a obligar a comer” “no quiero ir al doctor porque me hará subir mucho de peso”, “me quiero morir 	<ul style="list-style-type: none"> - No come alimentos que contengan harina, grasas ni azúcares. - Come poca cantidad. - Pendiente de la comida que le sirven. - Mastica lentamente - Camina lentamente, necesita ayuda para subir gradas. - Toma 3 litros de agua.

<p>alta y delgada en televisión o en redes</p> <p>- Cuando sale a la calle y hay gente alrededor.</p>	<p>porque no soy feliz”, “mi vida se va arruino por lo que hecho”.</p> <p>- “Estoy gorda y eso es feo”, “si subo de peso me van a rechazar”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza ejercicio una hora. - No asiste al colegio - Sin ganas de realizar sus actividades de casa - Sin energía - Evita salir de casa - Su sueño es irregular - Poco empeño en su arreglo personal. - Poca energía - Fin de semana come lo que considera grandes cantidades de comida - Discusiones familiares <p>EMOCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza (8/10) - Preocupación (9/10) - Irritabilidad (7/10) - Culpa (7/10) - Miedo (8/10)
---	---	---

Diagnóstico Clínico, Según CIE-10

F50.0 Anorexia nerviosa

Diagnóstico tradicional: Según la OMS (2016)

“Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno parece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes” (p. 219).

Tabla 10

Criterios según CIE-10

CRITERIOS CIE-10	Presentes en el paciente
a) Pérdida significativa de peso (índice de masa	Presenta una talla de 1.46 con

corporal menos de 17,5).	un peso de 27 kilos. IMC =12.66 Delgadez severa
b) Pérdida de peso por la misma persona a través de: no consumir comida “que engorda”, se provoca vómitos o purgas, realiza bastante actividad física o consume fármacos diuréticos.	Hace un año aproximadamente que evita a comer alimentos que contengan grasa, harinas y azúcares. Realiza ejercicio físico pese a no tener energía.
c) Tiene una imagen distorsionada de su cuerpo, con ideas sobrevaloradas y de temor extremo a engordar.	Presenta pensamientos como “voy a engordar”, “me sirven mucho, como voy a mantener mi peso”, “estoy gorda y eso es feo”, “si subo de peso me van a rechazar”, “quiero mejorar, pero no quiero subir de peso”.
d) Trastorno endocrino manifestándose en la mujer como amenorrea. Alteración de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.	Ausencia de menstruación total desde hace más de un año.
e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa el desarrollo físico (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.	Aspecto delgado, infantil y poco desarrollado.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 11
Plan de intervención y calendarización

SESIÓN	FECHA	DURACIÓN	PERIODICIDAD	PARTICIPANTE	TÉCNICAS DE TRATAMIENTO
<i>Fase de Evaluación</i>					
Sesión 01	26/06/23	45 minutos	Semanal	Padres y adolescente de 14 años	Entrevista clínica y observación psicológica.
Sesión 02	03/07/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Aplicación del test de personalidad de Eysenck forma A. Evaluación test de CDI Contrato terapéutico.
Sesión 03	06/07/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Aplicación del cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis. Aplicación de Autorregistro. Línea Base
<i>Fase de intervención</i>					

Sesión 01	10/07/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años y familia.	Psicoeducación del diagnóstico. Respiración diafragmática Reforzamiento positivo.
Sesión 02	17/07/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Psicoeducación de creencias irracionales. Respiración diafragmática.
Sesión 03	24/07/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Modelo ABC
Sesión 04	31/07/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Flecha descendente
Sesión 05	07/08/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Técnica de dominio y agrado
Sesión 06	14/08/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Respiración progresiva de Jacobson
Sesión 07	21/08/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Respiración progresiva de Jacobson.

Sesión 08	28/08/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Reestructuración cognitiva ABCDE. Debate socrático
Sesión 09	05/09/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Reestructuración cognitiva ABCDE. Debate socrático
Sesión 10	12/09/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Reestructuración cognitiva Detención del pensamiento.
Sesión 11	19/09/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Reestructuración cognitiva Detención del pensamiento.
Sesión 12	26/09/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Imaginación racional emotiva.
Sesión 13	03/10/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Análisis del Costo-Beneficio.
Sesión 14	10/10/23	45 minutos	Semanal	Adolescente de 14 años	Análisis del Costo-Beneficio.
Sesión 15	24/10/23	45 minutos	Quincenal	Adolescente de 14 años	Biblioterapia. Autoafirmaciones

Sesión 16	03/11/23	45 minutos	Quincenal	Adolescente de 14 años	Entrenamiento en solución de problemas
Sesión 17	17/11/23	45 minutos	Quincenal	Adolescente de 14 años	Entrenamiento en solución de problemas (Asertividad)
Sesión 18	01/12/23	45 minutos	Quincenal	Adolescente de 14 años	Entrenamientos en habilidades sociales (Comunicación asertiva) Evaluación de línea base. Evaluación post test de CDI Cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis
<i>Fase de seguimiento</i>					
Sesión 01	08/01/24	45 minutos	Un mes	Adolescente de 14 años. Padres de familia.	Autoreporte
Sesión 02	15/03/24	45 minutos	Dos meses	Adolescente de 14 años.	Visita domiciliaria

	Madre de Familia				
Sesión 03	11/06/24	15 minutos	Tres meses	Adolescente de 14 años. Padre de familia.	Monitoreo telefónico.

2.6.2 Programa de intervención

A. - Fase de evaluación

Tabla 12

Fase de evaluación, actividades en sesión 01

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
01	Recolectar información de la problemática existente que presenta la adolescente.	Observación y entrevista. Psicoeducación.	Se realizan preguntas a los padres de familia para saber el motivo de consulta. Realizando la anamnesis y problema actual. Se realiza entrevista a la adolescente sobre su sintomatología. Se explica el enfoque terapéutico a seguir y se pide autorización para realizar el estudio de caso, resaltando que se usara por motivos académicos respetando la confidencialidad de los datos. Se informa a la familia que se trabajará en conjunto con el equipo interdisciplinario del centro de salud, quienes en sus respectivas áreas	Acudir a interconsulta con los especialistas que derivó el médico psiquiatra (médico pediatra, nutricionista).

también realizaran
monitoreos.

Tabla 13*Actividades en sesión 02 y 03*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
02 y 03	Realizar la evaluación psicométrica para determinar la problemática de la adolescente.	Observación y evaluación psicométrica.	Se aplica el inventario de personalidad Eysenck forma A. Evaluación del test CDI. Realización de contrato terapéutico con la adolescente. Aplicación del Cuestionario de creencias irracionales. Se realizó junto a la adolescente la frecuencia e intensidad en el registro de pensamientos, emociones y conductas problema (línea base).	Seguir realizando las interconsultas con los especialistas en el Hospital.

B. - Fase de Intervención**Tabla 14***Fase de intervención actividades en sesión 01*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
01	Brindar información a los padres de familia y a la usuaria sobre la sintomatología de la anorexia nerviosa.	Psicoeducación.	Se entregó a la adolescente los resultados de las pruebas anteriores, explicando los resultados.	Realizar su Autoregistro de pensamientos, que generan malestar en casa.

Reforzamiento positivo.	<p>A través de un rotafolio se educó a la familia referente a la anorexia nerviosa. Su incidencia y sus síntomas cognitivos, físicos, emocionales y conductuales. El proceso presente en la enfermedad y la necesidad de tratamiento multidisciplinario.</p>	<p>Practicar la respiración diafragmática durante todos los días.</p>
Respiración diafragmática	<p>Se explicó a los padres de familia, mediante el análisis conductual, como sus conductas apoyan a mantener la conducta problema de la adolescente y la necesidad del cambio de la dinámica familiar, referente a la alimentación.</p> <p>Se pidió a los padres que después del consumo de la cantidad recomendada por los profesionales (médico y nutricionista), se brinde un reforzador a la adolescente inmediatamente (uso de celular, por una hora con supervisión).</p>	<p>Se continuó enseñando la respiración diafragmática y los</p>

03	Identificar las situaciones, pensamiento y consecuencias, que presenta la adolescente.	Psicoeducación del modelo ABC	Se realizó la psicoeducación del modelo ABC, donde se explica la importancia de la tríada pensamiento-emoción-conducta en el mantenimiento de los problemas psicológicos, buscando que aprenda a identificar dichas creencias. Se trabaja con su autorregistro de pensamientos y los ubica en el protocolo ABC.	Elaborar en el protocolo que se le proporciona el esquema ABC con los hechos activadores que le van ocurriendo durante la semana, anotando sus pensamientos y consecuencias emocionales y/o conductuales.
----	--	-------------------------------	--	---

Tabla 17
Actividades en sesión 04

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
04	Identificar las creencias nucleares que presenta la adolescente.	Flecha descendente	Se realizó la revisión de la tarea de la semana resolviendo dudas y retroalimentando la técnica anterior. Se continuó a trabajar con su autorregistro las creencias perturbadoras que tuvo, realizando preguntas como: ¿Qué consecuencia tendría si eso pasara?, hasta ubicar las creencias	Registrar que actividades le generen agrado y practicar la respiración diafragmática. Autorregistro En casa, el equipo multidisciplinario del centro de salud realiza la técnica de reforzamiento positivo después de su adecuada

nucleares de dicho alimentación
pensamiento. (juegos de mesa).

Tabla 18
Actividades en sesión 05

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
05	Incrementar las actividades diarias de la adolescente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute.	Programa de actividades (dominio- agrado)	<p>Comenzamos con la psicoeducación de la técnica que implica aumentar la práctica de actividades positivas para que esté ocupada. Se le enseñó los principios de la técnica.</p> <p>Establecemos las actividades graduales junto con la adolescente, registrando sus pensamientos y sentimientos mientras realiza la tarea, también se evaluará en una escala del 0-5 el grado de Dominio (D) y agrado (A) asociado a cada actividad.</p> <p>Se realizó un cronograma de actividades junto con las conductas en déficit y debilitamiento.</p>	<p>Realizar el cronograma de actividades de manera diaria.</p> <p>Realización de autorregistros.</p> <p>Para los padres de familia, cambiar a otros reforzadores después de la alimentación (Bisutería).</p>

Tabla 19
Actividades en sesión 06 y 07

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
06 y 07	Lograr que la usuaria domine la técnica de manera adecuada y reducir la sintomatología ansiosa que presenta.	Reforzamiento positivo Relajación progresiva de Jacobson	Se verifica la tarea de la semana anterior, resolviendo dudas y alentando con las actividades que se propuso y no hizo, para las cuales se propuso reforzadores (ir al cine con su familia). Seguidamente se explicó que aprenderá otra técnica para relajación para lo cual se elaboró una lista de pensamientos agradables junto a la usuaria. Se continúa informando sobre la importancia de la técnica y se anima a realizarla. Se describió el ejercicio completo de relajación de los 12 grupos de músculos. En la siguiente sesión se procede a realizar la relajación de 8 grupos de músculos.	Realizar la técnica de relajación muscular progresiva tres veces a la semana, junto con la guía que se le brindó. Seguir con sus autorregistros. Seguir con su cronograma de actividades.

Tabla 20
Actividades en sesión 08 y 09

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
---------------	-----------------	-----------------	----------------------	------------------------------

08 y 09	Disminuir las creencias irracionales que presenta la adolescente respecto a su aspecto físico, generando nuevas creencias adaptativas.	Reestructuración cognitiva ABCDE Dialogo socrático	Revisamos la actividad anterior y comenzamos a explicar las nuevas columnas D y E. Pasaremos a debatir (D) las creencias irracionales que presenta la adolescente con relación a su aspecto físico, con el objetivo de ir desarrollando unas nuevas creencias racionales y más adaptadas (E).	Se le brinda el esquema ABCDE para que pueda realizar dicha actividad en el hogar. Continuar con su programa de actividades de dominio – agrado.
---------	--	---	---	---

Tabla 21*Actividades en sesión 10 y 11*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
10 y 11	Lograr que la adolescente aprenda a detener pensamientos intrusivos o involuntarios y remplazarlos por otros más adaptativos.	Detención de pensamiento.	Se comenzó con el repaso de pensamientos agradables que se trabajó la vez anterior. Continuamos con la psicoeducación de la técnica: “los pensamientos rumiativos son pensamientos desagradables que se repiten continuamente y no permite que disfrutemos de nuestras actividades”. Después se le indicará que piense en uno de ellos. Cuando se	Realizar la técnica en casa todos los días y realizar sus autorregistros y cronograma de actividades.

observe que esté inmersa en este pensamiento se grita fuerte ¡ALTO! acompañado de un golpe al escritorio. Luego se le indicó que piense en una situación agradable de su lista.

Tabla 22
Actividades en sesión 12

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
12	Lograr que la adolescente cambie emociones negativas desadaptadas por emociones negativas adaptadas.	Imaginación racional emotiva.	<p>Se revisó a las tareas anteriores, absolviendo algunas dudas. Se incrementa la dificultad en su cronograma de actividades.</p> <p>Luego se dio la psicoeducación de la nueva técnica. Iniciando con la respiración diafragmática, luego que imagine una situación de contenido emocional negativo (comer pollo frito). Seguido de que relate que emociones negativas está experimentando (<i>depresión, culpa</i>). Ahora que trate de cambiarlas por otras más adaptativas. (<i>tristeza</i>). Después se</p>	Continuar con los autorregistros, el cronograma de actividades y practicas la nueva técnica en las situaciones que ella considere necesario.

procede a indicarle que verbalice los pensamientos que utilizó para cambiar esas emociones (*No voy a engordar demasiado por comer una pieza de pollo.*)

Tabla 23
Actividades en sesión 13 y 14

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
13 y 14	Lograr que la adolescente identifique las ventajas y desventajas de dos situaciones para la reducción de los síntomas de presenta.	Análisis del Costo-Beneficio.	<p>Dando la bienvenida a la adolescente se revisa las actividades que se trabajaron en la sesión anterior. Se anima a seguir realizando su programa de actividades diarias,</p> <p>Se inició con la psicoeducación de la técnica: “Te ayudará a analizar las situaciones que te incomodan, ya que vas a valorar las ventajas y desventajas de las situaciones, a corto plazo y a largo plazo. Después analizarás los resultados para tomar una decisión”.</p> <p>Luego se realizó, con ayuda del protocolo, a analizar distintas</p>	<p>Con ayuda del protocolo, realizar el análisis costo – beneficio de situaciones que le generen ansiedad.</p> <p>Continuar con programa de actividades, autorregistro, respiración.</p>

situaciones que le generan ansiedad y depresión.

Tabla 24
Actividades en sesión 15

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
15	Lograr la reducción de la sintomatología que la adolescente aumente la confianza en ella misma.	Autoafirmaciones	<p>Se inicia con la revisión de la tarea anterior y se resuelven dudas o correcciones.</p> <p>Se procede con la explicación de la importancia de las autoafirmaciones; usando el debate (D) creamos una lista con las creencias racionales y adaptadas que más se ha repetido en las sesiones anteriores.</p> <p>Luego se pidió que las repita en voz alta acompañados de ejercicios neuromotores suaves.</p>	<p>Grabar las autoafirmaciones que se obtuvieron en la sesión y escucharlas tres veces al día.</p> <p>Continuar con autorregistros.</p> <p>Leer en casa dos capítulos más del libro.</p> <p>Para los padres de familia realizar actividades con sus hijas que sean de su agrado.</p>
		Biblioterapia.	<p>Continuamos con los beneficios de la biblioterapia, y se le presentó el libro "Querido yo tenemos que hablar, conócete se</p>	

feliz contigo” (Clápes, 2022), para lo cual se le entrego el primer capítulo, se procedió a pedirle que lo lea y después se procedió a discutir la lectura. Se continuo con el capítulo 2.

Tabla 25
Actividades en sesión 16 y 17

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
16 y 17	Lograr que la adolescente desarrolle habilidades para generar soluciones alternativas cuando presenta discusiones con su familia.	Comunicación asertiva	Se da la revisión de la tarea anterior, se procede a la discusión de lo que leyó y verificar sus audios. Se desarrolló la explicación de la comunicación asertiva para solucionar conflictos. Se aplicó la técnica con ejemplos específicos que propone la adolescente.	Leer en casa dos capítulos más del libro de autoayuda. Realizar la técnica solución de problemas en casa. Continuar los autorregistros.

Tabla 26
Actividades en sesión 18

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
Sesión 18	Mejorar las habilidades	Asertividad	Se revisó la actividad anterior y se	

sociales de la adolescente para mantener interacciones de manera adecuada.	absuelven dudas. Se dialogó sobre su material de lectura. Posteriormente se ensayó respuestas asertivas con técnicas como: banco de niebla, pregunta asertiva, desviación, ignorar. También se trabajó la aceptación de críticas utilizando la técnica interrogación para averiguar la intención de la otra persona.	Terminar el material de lectura. Mantener un autoreporte de las conductas problemas. Para los padres de familia, seguir verificando el correcto consumo de alimentos.
--	--	---

C.- Fase de seguimiento

Tabla 27

Fase de seguimiento actividades en sesión 01

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
01	Verificar que la reducción de la sintomatología que presentaba la adolescente se mantenga.	Autoreporte Retroalimentación	Se verifica que el peso ganado continúe estable. Con ayuda de su autoreporte se procede a la entrevista con la adolescente para determinar frecuencia de conductas problemas e ideas irracionales y proceder con la retroalimentación. Aplicación de test de creencias irracionales y CDI.	Continuar con autoreporte.

Se entrevista a la madre para verificar reducción de síntomas y mantenimiento de nuevas conductas.

Tabla 28
Actividades en sesión 02

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
02	Verificar que la reducción de la sintomatología que presentaba la adolescente se mantenga.	Visita domiciliaria	En compañía del equipo multidisciplinario se realiza la coordinación para el día de visita, donde se procede a realizar la entrevista de seguimiento y revisar su autoreporte.	Recomendaciones a los padres de familia para continuar los nuevos patrones de alimentación, y seguir fomentando el cuidado y comunicación con la familia.

Tabla 29
Actividades en sesión 03

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
03	Verificar que la reducción de la sintomatología que presentaba la adolescente se mantenga.	Llamada telefónica	Se realizó el seguimiento mediante llamada telefónica. El padre de la menor refiere que menor se encuentra bien y realizando sus actividades diarias.	Recomendaciones al padre de familia.

2.7 Procedimiento

En este estudio de caso se desarrollaron 24 sesiones en total, utilizando la intervención cognitivo conductual, con una duración aproximada de 45 min una vez a la semana, luego de manera quincenal, para pasar al seguimiento después de un mes, dos meses y tres meses. Cabe resaltar que se trabaja también de manera interdisciplinaria con los miembros del área encargada.

En la fase de evaluación se desarrollaron tres sesiones, donde se procedió a la evaluación de la sintomatología presente, realizando de la historia clínica junto a la aplicación de los instrumentos psicológicos. También se pidió la autorización de los apoderados de la menor con la firma del consentimiento informado. Luego se explicó los resultados de la evaluación psicológica junto a la línea base de las conductas, pensamientos y emociones disfuncionales, a los padres de familia y usuaria, para desarrollar los objetivos terapéuticos y realizar el plan de tratamiento. Se procede también a la derivación de los especialistas, médico psiquiatra, médico de familia, nutricionista y trabajadora social.

En la fase de intervención se desarrollaron 18 sesiones utilizando técnicas cognitivas conductuales para lograr los objetivos establecidos. Utilizando técnicas como: psicoeducación, respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, flecha descendente, diálogo socrático, ABC, ABCDE, detención del pensamiento, valoración de costo beneficio, dominio y agrado, biblioterapia, solución de problemas, imaginación racional emotiva, afirmaciones, reforzamiento, entrenamiento en habilidades sociales. Con los padres de familia se utiliza la psicoeducación sobre la problemática de su hija y se trabajó la técnica de reforzamiento positivo y comunicación asertiva. En esta fase también intervino el equipo multidisciplinario del centro de salud mental comunitario, con el apoyo de visitas domiciliarias y verificación de la adecuada alimentación, así como el seguimiento y control con los otros especialistas.

En la fase de seguimiento se desarrollaron tres sesiones, la primera al mes de terminada

la intervención y la segunda pasando dos meses, con la realización de la visita domiciliaria. Luego a los tres meses se realiza el monitoreo mediante llamada telefónica para continuar la verificación de mejoría.

2.8 Consideraciones éticas

Cumpliendo con el código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, se informó a la usuaria y a su familia, que los resultados se usarían para un trabajo académico y posterior publicación, solicitándose su autorización por escrito, otorgando a la madre de familia dicho permiso, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 24 del mencionado Reglamento. Asimismo, se informó que los datos personales se tratarían con confidencialidad, en concordancia al artículo 57 del Código Ético, el caso clínico sería expuesto con fines didácticos, pero evitando la identificación de la persona participante.

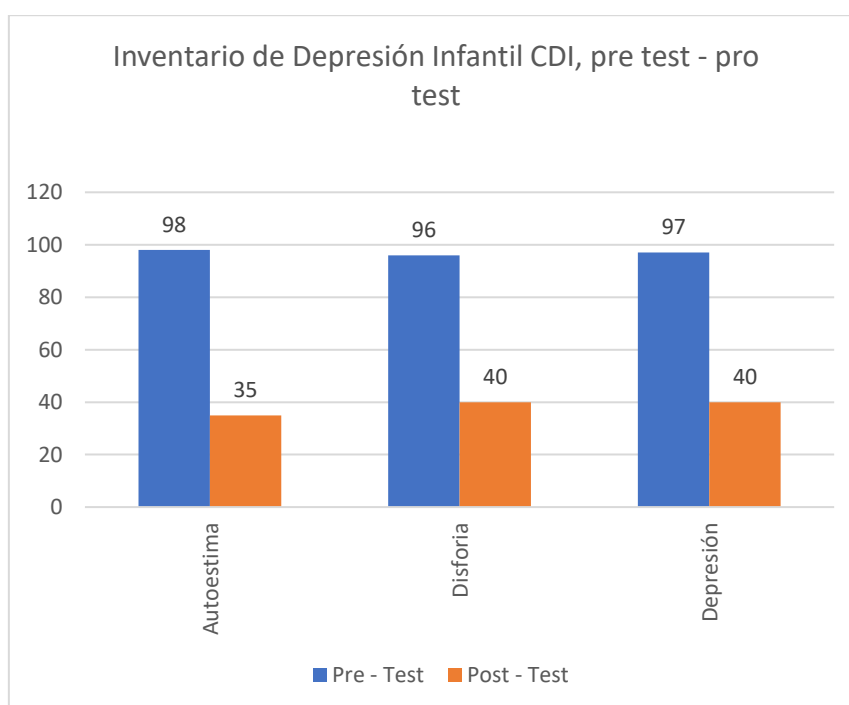
III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

Se muestra el siguiente análisis en función de los resultados obtenidos, con las pruebas realizadas y alcanzando los objetivos propuestos al inicio. Empezando con el objetivo general disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa, con la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual, en una adolescente de 14 años.

Figura 1

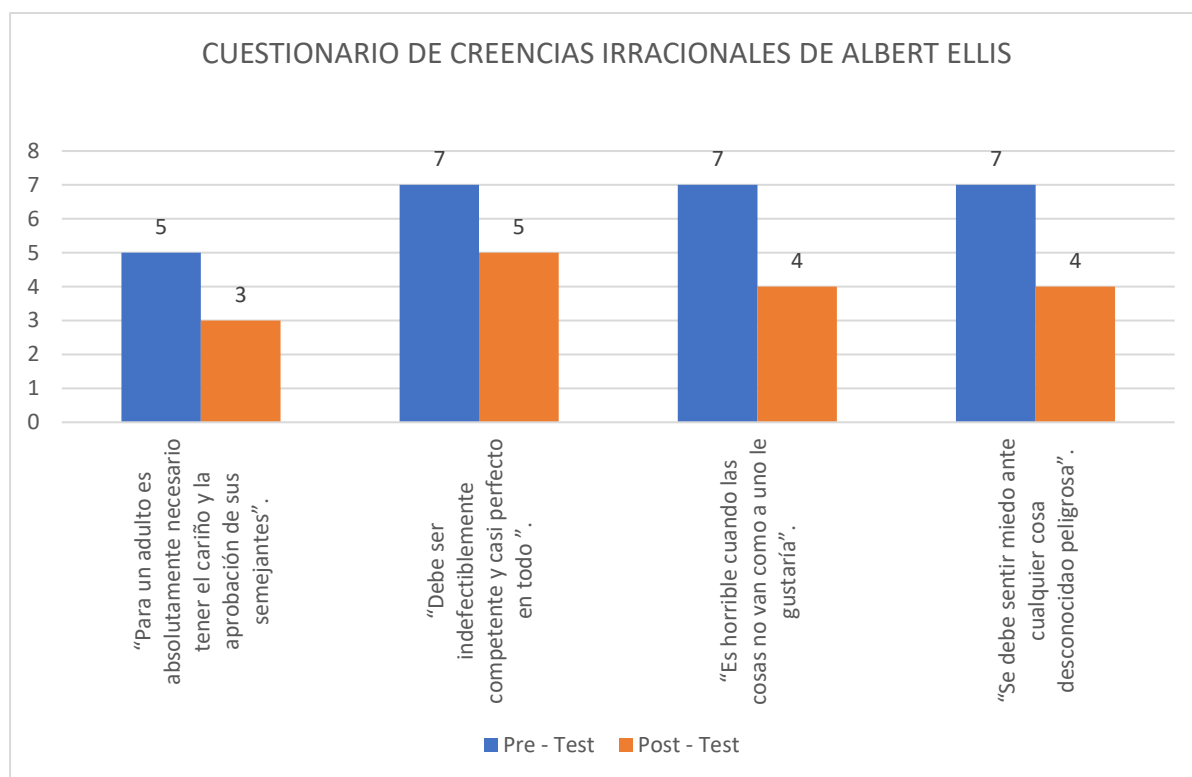
Pre test-post test del inventario de depresión infantil (CDI)



Nota. En el pre test en la escala autoestima se obtuvo un puntaje de 98 ubicado en la categoría severa, en la escala disforia se obtuvo un puntaje de 96 ubicado en categoría severa y en la escala total de depresión obtuvo una escala de 97 que se ubica en la categoría severa. Luego de la intervención cognitivo conductual se observa considerable reducción de la sintomatología: en la escala autoestima se obtuvo un puntaje de 35 ubicado en la categoría sin sintomatología, en la escala disforia obtuvo un puntaje de 40 ubicado en la categoría sin sintomatología y la escala total de depresión se obtuvo un puntaje de 40 ubicado en categoría sin sintomatología.

Figura 2

Pre test-post test del cuestionario de creencias irracionales de Albert Ellis

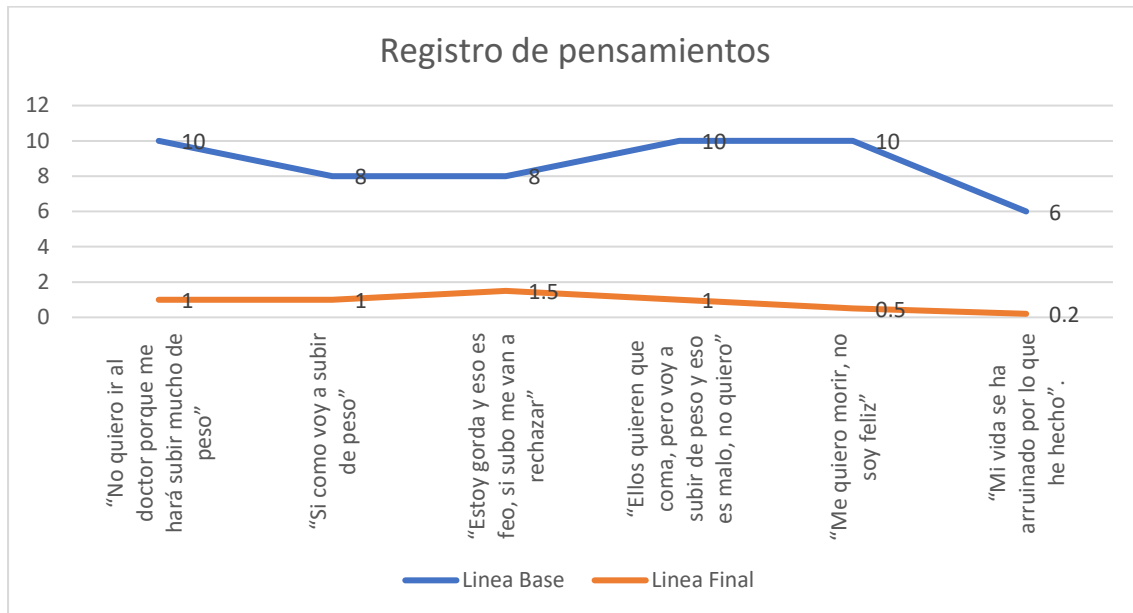


Nota. Se observa la reducción en las creencias irracionales iniciales en la adolescente después de la intervención. Limitándose una de ellas, *"debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo"*, solo a determinadas circunstancias.

LINEA BASE

Figura 3

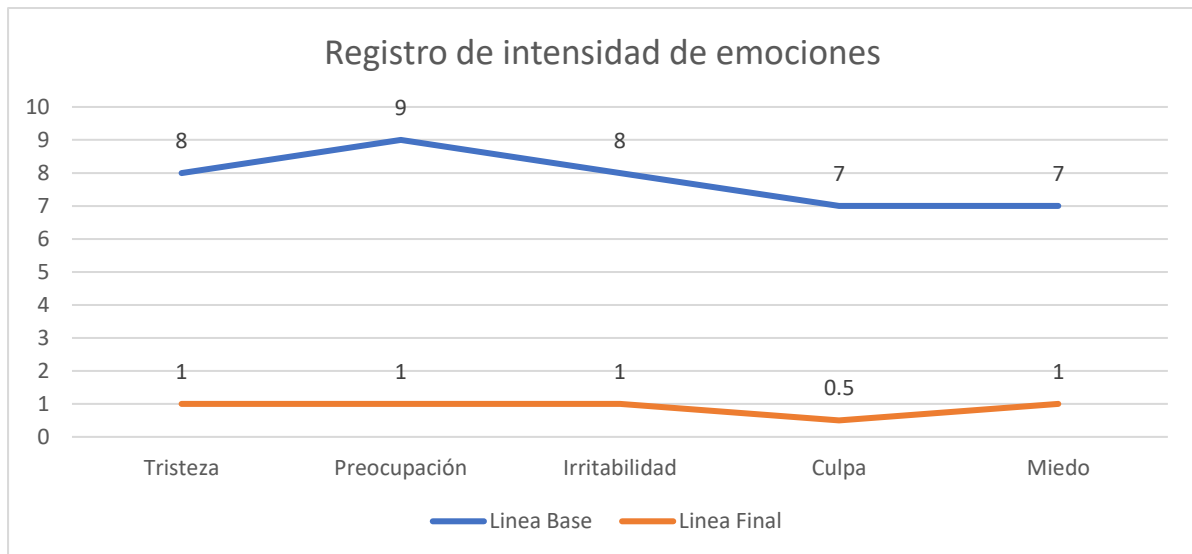
Registro de frecuencia de pensamientos negativos, antes y después



Nota. Se observa en promedio, un decremento de pensamientos distorsionados a comparación del inicio identificados en la línea base.

Figura 4

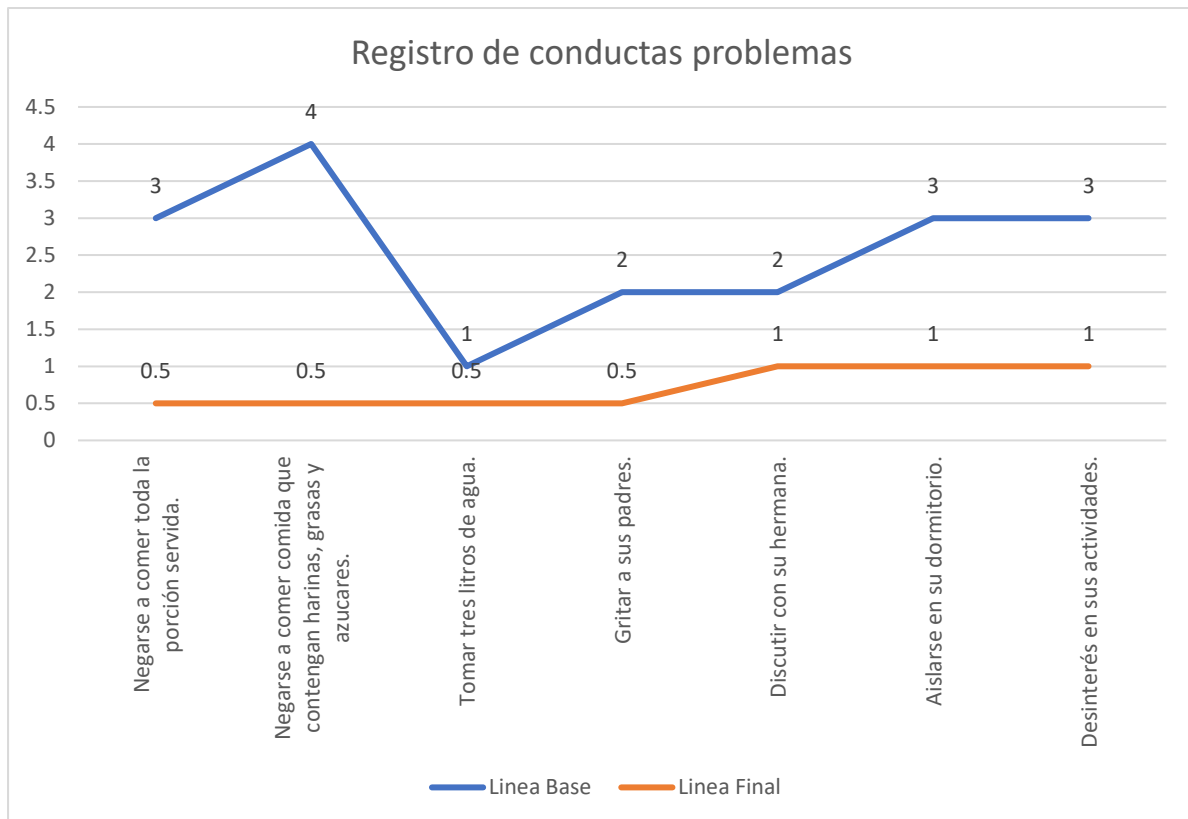
Registro de intensidad de emociones, antes y después



Nota. Se observa una considerable reducción, en promedio, en la frecuencia de emociones negativas en después de la intervención.

Figura 5

Registro de frecuencia conductas problema, antes y después



Nota. Se observa la reducción de conductas problemas, en promedio, que se presentaron en la línea base y los resultados después de la intervención.

3.2 Discusión de resultados

La investigación tuvo como objetivo principal la reducción de la sintomatología de anorexia nerviosa que presentaba una adolescente de 14 años, mediante la aplicación de un programa de intervención basado en técnicas de terapia cognitivo conductual. Los resultados indican una disminución considerable de todos los síntomas cognitivos, emocionales, conductuales y físicos presentados al inicio. Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Alarcón (2022), Angulo (2020) Pacheco (2011), quienes manifestaron una mejoría clínicamente significativa con el uso de técnicas de terapia cognitivo conductual, en casos de adolescentes con sintomatología parecida a la menor. De esta manera se demuestra que la terapia cognitiva conductual es eficaz en los tratamientos de trastornos de conductas alimentarias como indica Vallejo (2015, citado en Sotomayor, 2023) sobre tratamientos psicológicos que se consideran eficaces para los trastornos alimentarios, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico.

Se planteo como primer objetivo específico determinar los niveles de la sintomatología asociada a la anorexia nerviosa, con las evaluaciones correspondientes y autoregistros que permitieron obtener una línea base de las conductas iniciales, frecuencia de emociones y creencias irracionales para después compararlas con la línea final.

Respecto al segundo objetivo que fue disminuir la sintomatología asociada a los aspectos cognitivos, se logró la reducción de creencias irracionales y reducción en la frecuencia de pensamientos distorsionados respecto a la alimentación y a su imagen personal. Logrando que la usuaria formule nuevas creencias racionales con relación a terne una alimentación adecuada y balanceada. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en Alarcón (2022), que con el uso técnicas de reestructuración cognitiva logro reducir las creencias irracionales de una menor con problemas de alimentación.

En cuanto al tercer objetivo, reducir la sintomatología asociada en los aspectos afectivos asociados a la anorexia nerviosa, se logró la reducción de síntomas depresivos y ansiosos que presentaba, así como la mejora en su autoestima y regulación de la intensidad de sus emociones negativas. Lo cual coincide con el estudio realizado por Angulo (2020) que utilizando técnicas cognitivas conductuales alcanzó la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en una adolescente que atravesaba un trastorno de alimentación.

En cuanto al cuarto objetivo que fue disminuir las conductas desadaptativas presentadas, se obtuvo la reducción de conductas consideradas problemas establecidos en la línea base, así como la implantación de nuevas conductas adecuadas respecto a la alimentación, aumentando su ingesta y alimentos que antes se negaba a comer. También se logró que la adolescente retomara sus actividades en déficit como fue el regreso a su institución educativa y realización de actividades placenteras. Estos resultados coinciden con Alarcón (2022), quien con su programa cognitivo conductual logró que su paciente tenga una adecuada alimentación, además aprendió a identificar y disminuir sus creencias irracionales.

En cuanto al quinto objetivo que fue el de reducir los síntomas fisiológicos que presentaba la adolescente, se logró el aumento y mantenimiento de un peso considerado saludable, ya que un inicio presentaba un IMC de 12.66 considerado como delgadez severa, a un IMC de 21.11 considerado normal, mejorando su aspecto físico y contribuyendo a la mejora de su salud.

Para finalizar, este estudio tiene como aportación práctica servir como guía de intervención cognitivo conductual ante los casos de anorexia nerviosa que se presentan específicamente en la ciudad de Juliaca, en una población con nivel socioeconómico bajo. Esta investigación evidencia que los programas cognitivo-conductuales siguen demostrando su eficacia como tratamiento, como refiere Lázaro (2021), quien realizó estudios comparativos donde sus hallazgos indicaron que el 50% de los estudios emplearon la psicoterapia cognitivo

conductual mejorada, mientras que el otro 50% utilizaron la psicoterapia cognitivo conductual tradicional.

3.3 Seguimiento

Después de un mes de finalizado el programa de intervención cognitivo conductual se realiza el monitoreo en consultorio, donde se evidencia el mantenimiento de peso recuperado y la disminución de la sintomatología presentada inicialmente. Luego de dos meses de realiza la visita domiciliaria con los miembros del equipo multidisciplinario en su hogar, para verificar que la adolescente se mantenga estable. Posteriormente a los tres meses se realiza llamada telefónica donde el padre de la adolescente refiere que su hija se encuentra bien la mayor parte del tiempo y realizando sus actividades con normalidad en su entorno.

IV. CONCLUSIONES

- Se consiguió la reducción de la sintomatología de anorexia nerviosa que presentaba una adolescente mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual.
- Se logró determinar los niveles de sintomatología que presentaba la adolescente mediante aplicación de test psicológicos y estableciendo la línea base.
- Se obtuvo la disminución de las creencias irracionales que presentaba la adolescente respecto a la alimentación y a su físico.
- Se alcanzó la reducción de la intensidad de respuestas emocionales en la adolescente.
- Se logró la reducción de los síntomas fisiológicos provocados por la anorexia nerviosa en la adolescente.
- Se incrementó la frecuencia de actividades agradables y funcionales de la adolescente logrando retomar actividades con regularidad.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar trabajos de investigación actuales en población adolescente sobre la incidencia de la problemática presentada en la zona.
- Se recomienda la estandarización de test psicológicos específicos para detectar problemas de conducta alimentaria en la zona.
- Se recomienda la creación y aplicación de programas preventivos cognitivos conductuales en poblaciones de vida adolescente consideradas económicamente bajas.
- Se recomienda la aplicación del programa psicoterapéutico a otras etapas de vida para evaluar la efectividad de la TCC.
- Se recomienda la aplicación de otras técnicas cognitivo-conductuales para los trastornos de alimentación, para verificar el nivel de eficacia de la TCC.

VI. REFERENCIAS

- Alarcón, T. (2022). *Terapia cognitivo conductual en caso de anorexia nerviosa* [Trabajo de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7930>
- Amores, M. (2018). Intervención psicológica de un trastorno de la conducta alimentaria abordado desde la terapia cognitivo conductual: Presentación de un caso de anorexia nerviosa. *Información Psicológica*, (116), 79–94. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.5>
- Angulo, M. (2020). *Caso clínico de trastorno de conducta alimentaria* [Trabajo de segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/12e7bd0f-f6e6-452a-bb13-71d49910fe00/content>
- Arroyo, D., y Huilca, A. (2021). *Efectividad de intervenciones psicológicas para la atención a adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria*. [Tesis de pregrado, Universidad de Chimborazo]. Repositorio Institucional UNACH. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8598>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Attia, E., y Walsh, T. (10 de julio de 2022). *Introducción a los trastornos de la conducta alimentaria*. Manual MSD para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

<https://diposit.ub.edu/server/api/core/bitstreams/708836c8-4b40-42f6-a79a-b4d5e0feed40/content>

- Baile, J., y Gonzales, M. (2014). *Tratando anorexia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas*. (1ª ed.). Pirámide.
- Bauml, J. (2006). *Psicoeducación: Un enfoque preventivo y terapéutico*. (1ª ed.). Médica Panamericana.
- Benedito, C., Carrió, C., del Valle, G., y Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (92), 165–176.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n92/v24n4a09.pdf>
- Bustamante, R. (23 de febrero de 2023). *Más del 20% de los niños y adolescentes sufren de trastornos alimentarios en el mundo*. *Ciencia & Salud*.
<https://cienciaysalud.cl/2023/02/23/mas-del-20-de-los-ninos-y-adolescentes-sufren-de-trastornos-alimentarios-en-el-mundo/>
- Carmenate, D. (2020). Anorexia nerviosa. Presentación de un caso. *Revista Médica Granma*, 24(1), 169–180. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100169&lng=es&tlng=es
- Cazabat, E. (2013). De clínico a Investigador. La aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de Clínica*, 22(3), 239–248.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281935590004.pdf>
- Casquero, M. (2022). *Técnicas de la terapia racional emotiva* [Diapositivas de clase] Facultad de psicología, Programa de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal.
- Compañy, M. (2018). *Intervención Psicológica de un Trastorno de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de*

Anorexia Nerviosa en un contexto hospitalario. [Tesis de Maestría, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio Institucional UMH.

[https://dspace.umh.es/bitstream/11000/5683/1/Compa%
c3%b1y%20L%
c3%b3pez%20
Medina%2c%20Micaela.%20TFM.pdf](https://dspace.umh.es/bitstream/11000/5683/1/Compa%c3%b1y%20L%c3%b3pez%20Medina%2c%20Micaela.%20TFM.pdf)

del Barrio, V., y Carrasco, M. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil* [Adaptación al español del *Children's Depression Inventory*, Kovacs, 1992]. TEA Ediciones.

[https://www.worldcat.org/title/cdi-inventario-de-depresion-infantil-
manual/oclc/929295870](https://www.worldcat.org/title/cdi-inventario-de-depresion-infantil-manual/oclc/929295870)

El Peruano. (10 de octubre de 2021). *EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos*

alimentarios en adolescentes desde los 11 años. [https://elperuano.pe/noticia/126450-
essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-
desde-los-11-anos](https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos)

Ellis, A. (1973). *Razón y emoción en psicoterapia*. (1ª ed.). Pax-Mexico

Fernández, A. (2021). Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: la pandemia colateral.

Endocrinología Pediátrica, 12(2), 1–5.
<https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E38/P1-E38-S3128-A705.pdf>

Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784–793.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784

González, P. (2020). La técnica de la biblioterapia. *Ciencia, cultura y sociedad (San Pedro Sula)*, 5(2), 56–69. file:///C:/Users/hp/Downloads/La_tecnica_de_la_biblioterapia.pdf

Gorab, R. (2018). *Anorexia y bulimia: Trastornos de conducta alimentaria*. (2ª ed.). UNAM.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

- Huaraca, A., Ferro, Y., y Baca, A. (2023). *Creencias irracionales y depresión en estudiantes de tres instituciones educativas de 4to y 5to año del nivel secundario de la provincia de Abancay, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional UC. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12769/1/IV_FHU_501_TE_Aguilar_Ferro_Baca_2023.pdf
- Injante, R. (2022). *Fundamentos teóricos del modelo cognitivo conductual* [Diapositivas de clase]. Programa de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2014). *Trastornos alimentarios: una mirada integral*. <https://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/002.html#:~:text=La%20psiquiatra%20alert%C3%B3%20que%20entre,preocupaci%C3%B3n%20por%20su%20propia%20imagen>
- ITA Centros de Salud Mental de la Comunidad Clariane. (12 de diciembre de 2023). *Anorexia consecuencias físicas y psicológicas*. <https://itasaludmental.com/tratamientos/anorexia/anorexia-consecuencias-fisicas-y-psicologicas#>
- Lacson, N. (30 de agosto de 2024). *Terapia de análisis coste y beneficio*. Carepatron. <https://www.carepatron.com/es/templates/cost-benefit-analysis-therapy#template-chapter-two>
- Lázaro, D. (2021). *Eficacia de la intervención cognitivo conductual en trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión sistemática*. [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/75026>
- Martin, G., y Pear, J. (2015). *Metodología de la investigación en psicología*. (1ª ed.). Cengage Learning.

- Mayo Clinic. (7 de noviembre de 2024). *Anorexia Nerviosa: Síntomas y causas*.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
- Mendoza, I. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>
- Morales, M. (2019). Anorexia nerviosa en población pediátrica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 46–55. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200046
- Morales, A., Ramírez, W., Ureña, M., Sevilla, A., Umaña, P., y Chaves R. (2002). Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Acta Pediátrica Costarricense*, 16(3), 93–108.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900902002000300002
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Clasificación internacional de enfermedades. Decima revisión. (CIE-10)*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (10 de octubre de 2024). *Salud mental en el adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pacheco, L. (2012). *Estudio de dos casos psicológicos: anorexia, depresión; psicoterapia cognitivo conductual* [Trabajo de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/1053>
- Partarrieu, A. (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva* [Presentación en congreso]. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII

- Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-052/236.pdf>
- Pérez, A., Rodríguez, A., y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16(2), 341–34. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez_16-2oa.pdf8.
- Portela, M., da Costa, J., Mora, G., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary. Universidad de Magdalena*, 8(2), 251–257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quispe, S. (2022). *Caso clínico de trastorno de bulimia nerviosa*. [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11495>
- Raich, R. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. (1ª ed.). Pirámide
- Ruiz, L. (30 de mayo de 2019). *Técnica de detención del pensamiento: características y uso en terapia*. *Psicología y mente*. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-detencion-pensamiento>
- Ruiz, M., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. (1ª ed.). UNED.
- Segreda, S., y Segura, C. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Revista Ciencia & Salud: Integrando conocimientos*, 4(4), 212–222. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/199/282>

Sociedad Argentina de Pediatría. (21 de junio de 2021). *Covid-19 y cuarentena: Destacan la importancia de detectar los trastornos de la conducta alimentaria en fases iniciales.*

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20_1624570351.pdf

Sotomayor, K. (2023). *Intervención cognitivo conductual para la ansiedad generalizada en una mujer adulta.* [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico

Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/server/api/core/bitstreams/249cebfe-8675-425d-99fd-cc2ada909bc2/content>

Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica.* Limusa.

Tomás, I., Bach, L., y Saldaña, C. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 3(2-3), 384–385.

<https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/1997/anyes1997a21.pdf>

Turpo, G. (2017). *Conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Borja Juliaca – 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez].

Unobravo. (9 febrero de 2024). *Anorexia nerviosa: causas, síntomas y consecuencias.*

<https://www.unobravo.com/es/blog/anorexia-nerviosa>

Valera, S. (2014). *Estandarización del inventario de personalidad de Eysenck para niños y adolescentes de 6 a 16 años de lima sur.* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma

del Perú]. Repositorio Institucional UAP.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/97/VARELA%20GUEVARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zuluaga, A. (2015). *Terapia cognitiva en una paciente con trastorno de conducta alimentaria anorexia*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UPN.

<http://hdl.handle.net/10584/11048>

VII. ANEXOS

Anexo A

TEST DE PERSONALIDAD DE EYSENC FORMA A

1.- Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo? _____	36.- Estas siempre callado y tranquilo en la clase, aún cuando la profesora está fuera del salón? _____
2.- Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos que te den ánimo o valor? _____	37.- Tienes muchas pesadillas que te asustan? _____
3.- Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápida (al toque) cuando la gente te conversa? _____	38.- Puedes tu generalmente participar y disfrutar de una fiesta o paseo alegre? _____
4.- Algunas veces te pones mahumorado, de mal genio? _____	39.- Tus sentimientos son fácilmente heridos? _____
5.- Eres triste? _____	40.- Algunas vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de alguna persona o compañero? _____
6.- Prefieres estar sólo en vez de estar acompañado de otros niños? _____	41.- Te considerarías que eres feliz y suertudo (lechero)? _____
7.- Pasan ideas por tu cabeza, que no te dejan dormir? _____	42.- Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridículo te quedas preocupado? _____
8.- Siempre haces inmediatamente conforme a lo que te dicen o mandan? _____	43.- Te gustan a menudo los juegos bruscos desordenados, brincar, revolotear? _____
9.- Te gustan las bromas pesadas? _____	44.- Siempre comes todo lo que le dan en las comidas? _____
10.- A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial? _____	45.- Te es muy difícil aceptar que te digan "NO", te nieguen algo o no te dejen hacer algo? _____
11.- Eres vivaz y alegre? _____	46.- Te gusta salir a la calle bastante? _____
12.- Alguna vez has desobedecido alguna regla de la escuela? _____	47.- Sientes alguna vez que la vida no vale la pena vivirla? _____
13.- Te aburren o fastidian muchas cosas? _____	48.- Has sido alguna vez insolente o malcriado con tus padres? _____
14.- Te gusta hacer las cosas rápidamente? _____	49.- Las personas piensan que tu eres alegre y vivo? _____
15.- Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran suceder? _____	50.- A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estas haciendo un trabajo o tarea? _____
16.- Siempre puedes callar todo secreto que sabes? _____	51.- Prefieres más estar sentado y mirar que jugar y bailar en las fiestas? _____
17.- Puedes hacer que una fiesta, paseo o juego; sean más alegres? _____	52.- A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones? _____
18.- Sientes golpes en tu corazón? _____	53.- Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que debes hacer? _____
19.- Cuando conoces nuevos amigos generalmente tu empiezas la conversación? _____	54.- A menudo te sientes sólo? _____
20.- Has dicho alguna vez una mentira? _____	55.- Te sientes tímido de hablar cuando conoces una nueva persona? _____
21.- Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falta en el trabajo que haces? _____	56.- A menudo te decides ha hacer algo cuando ya es muy tarde? _____
22.- Te gusta cochinear (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos? _____	57.- Cuando los chicos(as) te gritan?, tu les gritas también? _____
23.- A menudo te sientes cansado sin razón? _____	58.- Algunas veces te sientes muy alegre y en otros momentos triste, sin ninguna razón especial? _____
24.- Siempre terminas tus tareas antes de ir jugar? _____	59.- Encuentras difícil disfrutar y divertirse en una fiesta paseo o juego alegre? _____
25.- Estas generalmente alegre y contento? _____	60.- A menudo te metes en problemas o líos porque haces las cosas sin pensar primero? _____
26.- Te sientes dolido ante ciertas cosas? _____	
27.- Te gusta juntarte con otros chicos? _____	
28.- Dices tus oraciones todas las noches? _____	
29.- Tienes mareos? _____	
30.- Te gusta hacer travesuras o jugarretas a otros? _____	
31.- Te sientes a menudo harto, fastidiado, hastiado? _____	
32.- Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o "tiras pana" un poco? _____	
33.- Estas generalmente tranquilo y callado cuanto estas con otros niños? _____	
34.- Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato? _____	
35.- A menudo decides hacer las cosas derrepente sin pensarlo? _____	

POR FAVOR:
ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

Anexo B

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. No pienso en matarme
 pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

	P.D.	P.C	Categoría
Autoestima	17	98	
Disforia	15	96	
Depresión	32	97	Severa

Anexo C

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS.

			NO DE ACUERDO	SI DE ACUERDO
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás	*	1		X
2. Odio equivocarme en algo	*	1		X
3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece	*		X	
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía	**	1	X	
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia	**			X
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación	*	1	X	
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes	*		X	
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo	*		X	
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas"	*	1		X
10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila	*	1		X
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie	*	1		X
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien	*	1		X
13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo	*		X	
14. Las frustraciones no me distorsionan	**	1	X	
15. A la gente no le trastoran los acontecimientos, sino la imagen que tiene de ellos	**			X
16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros	**			X
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes	**			X
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto	*		X	
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado	*		X	
20. Me gusta disponer de muchos recursos	**			X
21. Quiero gustar a todo el mundo	*	1		X
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo	**			X
23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con las culpas	*		X	
24. Las cosas deberían ser distintas a como son	*	1		X

		No	Si
25. Yo provooco mi propio mal humor	**		X
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza	*	1	X
27. Evito enfrentarme a los problemas	*	1	X
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía	*	1	X
29. Sólo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en un futuro	**		X
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer	**		X
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás	**		X
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo	**		X
33. La inmoralidad debería castigarse severamente	*	X	
34. A menudo me siento trastornado/a por situaciones que no me gustan	*	1	X
35. Las personas desgraciadas, normalmente se deben este estado a sí mismas	**		X
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra	**		X
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo	**		X
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho	*	1	X
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado	**		X
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo	**		X
41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío	**		X
42. Para mí es muy importante lograr el éxito en todo lo que hago	*	1	X
43. Pocas veces culpo a la gente de sus errores	**		X
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten	**	1	X
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo	**		X
46. No puedo soportar correr riesgos	*	1	X
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan	*	1	X
48. Me gusta valerme por mí mismo/a	**		X
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser	*	1	X
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo	*	1	X
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás	*	1	X
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno/a	**		X

		NO	SI
malo/a que sea en ellas			
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena	*	X	
54. Si las cosas me desagradan opto por ignorarlas	**	1 X	
55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es	*	1	X
56. Raramente me siento ansioso/a al pensar en el futuro	**	1 X	
57. Raramente aplazo las cosas	**		X
58. Yo soy el/la único/a que realmente puede entender y solucionar mis problemas	**		X
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad	**		X
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido	**		X
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello	**		X
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo	*	1	X
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno	*	1	X
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme	**		X
65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es se debe al modo en que lo interpretamos	**		X
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro	*	1	X
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables	*	1	X
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí	**		X
69. Somos esclavos de nuestro pasado	*	1	X
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más	*	1	X
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte	*	1	X
72. Me trastorna cometer errores	*	1	X
73. No es equitativo que "lleva igual sobre el justo que sobre el injusto"	*	1	X
74. Yo disfruto honradamente de la vida	**		X
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida	*	1	X
76. Algunas veces, me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo	*	1	X
77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora	**		X

		No	Si
78. Pienso que es fácil buscar ayuda	*	1	X
79. Cada vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre	*	X	
80. Me encanta estar tumbado	*	X	
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí	*	X	
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia	*	1	X
83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca	**		X
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver	*	1	X
85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo	**		X
86. Raramente pienso en cosas como la muerte	**	1	X
87. No me gustan las responsabilidades	**		X
88. No me gusta depender de los demás	**		X
89. La gente nunca cambia, básicamente	*	X	
90. La mayoría de las personas trabaja demasiado y no descansa lo suficiente	*	X	
91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador	**		X
92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien	**	1	X
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean	**		X
94. Raramente me importunan los errores de los demás	**		X
95. El hombre construye su propio malestar interno	**		X
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro	*	1	X
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable	**		X
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar	**		X
99. No miro atrás con resentimiento	**		X
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada	*	X	

PUNTUACION

A. Preguntas con un solo asterisco (*) al final: Si ha contestado "Estoy de acuerdo", anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación y que está representado por la letra (P).

B. Preguntas con dos asteriscos () al final:** Si ha contestado "No estoy de acuerdo", anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación y que está representado por la letra (P).

Cuente los puntos obtenidos en las preguntas:

1)	1, 11, 21, 31,41, 51, 61,71, 81 y 91	TOTAL	<input type="text" value="5"/>
2)	2, 12, 22, 32,42,52,62,72,82 y 92	TOTAL	<input type="text" value="7"/>
3)	3, 13, 23, 33,43,53,63,73, 83 y 93	TOTAL	<input type="text" value="2"/>
4)	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94	TOTAL	<input type="text" value="7"/>
5)	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95	TOTAL	<input type="text" value="2"/>
6)	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96	TOTAL	<input type="text" value="7"/>
7)	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97	TOTAL	<input type="text" value="3"/>
8)	8, 18, 28, 38,48, 58,68,78, 88,98	TOTAL	<input type="text" value="3"/>
9)	9,19,29,39,49,59,69,79,89,99	TOTAL	<input type="text" value="3"/>
10)	10, 20,30,40,50,60,70,80,90, 100	TOTAL	<input type="text" value="3"/>