



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA**

Tesis

Intervención cognitivo-conductual en un caso de anorexia nerviosa en
adolescente, 2026

**Para optar el Título de
Especialista en Psicoterapia**

Presentado por:

Autor: Diaz Herrera, Cesar Antonio

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8736-0285>

Asesora: Mg. Alarcón Cánova, Miluska María

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7272-7179>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022
		REVISIÓN: 01	

Yo, César Antonio Díaz Herrera egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico Profesional de Psicología, Segunda Especialidad en Psicoterapia de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Intervención cognitivo-conductual en un caso de anorexia nerviosa en adolescente, 2026”, asesorado por el docente: Mg. Alarcón Cánova, Miluska María, DNI 46182086. ORCID <https://orcid.org/0009-0007-7272-7179>, tiene un índice de similitud de 13 (trece) % con código trn:oid::: :14912:599711000 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

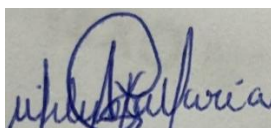


.....

Firma de autor

César Antonio Díaz Herrera

DNI: 42077165



.....

Firma del Asesor/a

Mg. Alarcón Cánova, Miluska María

DNI: 46182086

Lima, 26 de junio del 2026

Dedicatoria

A mis padres Delia y César por su apoyo y comprensión en la vida.

Agradecimientos

A la Universidad Norbert Wiener,
plana docente y asesoría de la
especialidad por su enseñanza y
supervisión de este proyecto de
investigación para mi desarrollo
profesional.

Índice general

Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice general	v
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Antecedentes	14
1.2 Adolescencia	17
1.3 Trastorno de conducta alimentaria.....	19
1.3.1 Anorexia nerviosa	20
1.3.2 Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.....	22
1.4 Modelo teórico de la anorexia nerviosa	23
1.4.1 Modelo cognitivo-conductual transdiagnóstico	23
1.4.2 Modelo multidimensional	23
1.5 Consecuencias de la anorexia nerviosa.....	24
1.6 Factores predisponentes en la anorexia nerviosa	25
1.6.1 Factores psicológicos	25
1.6.2 Factores genéticos	25
1.6.3 Factores familiares	26
1.6.4 Factores socioculturales	26
1.7 Terapia cognitivo-conductual	26
1.8 Técnicas de intervención cognitivo-conductual	29
1.9 Justificación del estudio.....	31

II. METODOLOGÍA	33
2.1 Diseño de la investigación	33
2.2 Participante	34
2.3 Instrumentos.....	35
2.4 Procedimiento	38
2.5 Aspectos éticos	38
2.6 Presentación del caso	39
2.6.1 Descripción histórica del caso.....	41
2.6.2 Observación de conducta	47
2.6.3 Evaluación psicológica.....	48
2.7 Intervención cognitivo-conductual	55
2.7.1 Objetivos de intervención	57
2.7.2 Programación de sesiones de intervención.....	59
2.7.3 Desarrollo de sesiones de intervención	63
III. RESULTADOS	90
IV. DISCUSIÓN.....	99
V. CONCLUSIONES.....	105
VI. REFERENCIAS	107
VII. ANEXOS.....	115

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados del cuestionario de depresión infantil	90
Tabla 2. Resultados lista de chequeo conductual de la ansiedad.....	91
Tabla 3. Resultados del inventario de inteligencia emocional de Bar-On	91
Tabla 4. Resultados del inventario de autoestima de Coopersmith.....	92
Tabla 5. Resultados del inventario de trastorno de la conducta alimentaria	93
Tabla 6. Resultados del cuestionario de actitudes ante la alimentación.....	95
Tabla 7. Indicador observación de conducta	95
Tabla 8. Indicador de frecuencia semanal de conductas	96

Tabla 9. Indicador frecuencia semanal de pensamientos	97
Tabla 10. Indicador valoración de la unidad subjetiva de ansiedad (0-10)	98

Índice de figuras

Figura 1. Comprensión del trastorno de conducta alimentaria.....	64
Figura 2. Desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa.....	64
Figura 3. Comprensión de los hábitos inadecuados	65
Figura 4. Alimentación balanceada	65
Figura 5. Compromiso terapéutico	66
Figura 6. Triple columna ABC.....	67
Figura 7. Diferencia pensamiento irracional vs racional.....	67
Figura 8. Creencias irracionales	68
Figura 9. Actividad para casa registrar pensamientos	68
Figura 10. Valoración subjetiva de la ansiedad (0-10).....	68
Figura 11. Diferenciar creencias irracional vs racional de la anorexia nerviosa.....	70
Figura 12. Cuadro tripe columna ABC.....	70
Figura 13. Debate de creencias irracionales	71
Figura 14. Debate de creencias irracionales y elaboración de pensamiento racional.....	72
Figura 15. Organización de actividades durante la semana.....	73
Figura 16. Revisión de debate creencia irracional y elaboración de pensamiento racional	74
Figura 17. Aspectos de la autoestima	75
Figura 18. Cuadro de autoestima.....	76
Figura 19. Revisión de actividades a realizar en la semana	76
Figura 20. Importancia de la autocompasión.....	77
Figura 21. Registro de pensamiento debate de creencias para elaborar pensamiento racional	78
Figura 22. Explicación de activación fisiológica de la ansiedad.....	79
Figura 23. Pasos de respiración diafragmática	79
Figura 24. Visualizar imagen N°1 en técnica de exposición.....	81
Figura 25. Visualizar imagen N°2 en técnica de exposición.....	82
Figura 26. Visualizar imagen N°3 en técnica de exposición.....	83
Figura 27. Procedimiento para modificar hábitos de morderse las uñas	85
Figura 28. Habilidad de comunicación asertiva	86
Figura 29. Ejemplo de comunicación asertiva	86

Figura 30. Comparación antes y después de hábito de morderse las uñas	86
Figura 31. Pasos de solución de problemas	87
Figura 32. Ejemplo de solución de problemas	87
Figura 33. Valoración de logros alcanzados.....	88
Figura 34. Explicación de la prevención de recaídas	89
Figura 35. Plan de prevención de recaídas	89
Figura 36. Entrevista de mantenimiento de logros alcanzados	¡Error! Marcador no definido.
Figura 37. Consolidación de prevención de recaídas	¡Error! Marcador no definido.

Intervención cognitivo-conductual en un caso de anorexia nerviosa en adolescente, 2026

Cognitive-behavioral intervention in a case of anorexia nervosa in an adolescent, 2026

César Antonio Díaz Herrera, Egresado del Programa Académico de Segunda Especialidad en Psicoterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Resumen

El presente estudio de caso tiene como objetivo disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa realizando la intervención cognitivo-conductual para reducir conductas restrictivas y compensatorias hacia la alimentación, modificar las creencias disfuncionales de sobrevaloración de la contextura y peso corporal, para restaurar los hábitos saludables hacia la alimentación y desenvolverse con satisfacción consigo misma en su entorno social, en una adolescente de 12 años paciente de una clínica en Lima Metropolitana. La metodología es un diseño de estudio de caso con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, tipo aplicado A-B a un participante. En la fase A se recogió información a través de observación, entrevista, autoregistro, aplicación del cuestionario de depresión infantil, lista de chequeo conductual de ansiedad, además para identificar indicadores de trastorno de conducta alimentaria se aplicó el inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-2) y cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-26). El plan de intervención cognitivo-conductual consistió de 14 sesiones semanales, las técnicas utilizadas fueron psicoeducación, reestructuración cognitiva, programación de actividades, técnica de exposición, relajación diafragmática, solución de problemas, autoinstrucciones. Posteriormente de la fase B, en las sesiones de seguimiento se logró evaluar la mejoría de la paciente y mantenimiento de hábitos saludables de la ingesta de alimentos, disminución de creencias disfuncionales y de la distorsión de la imagen corporal y conductas de compensación. Finalmente se concluye la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el presente caso de anorexia nerviosa.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa Terapia Cognitiva Conductual Salud Mental

Abstract

This case study aims to reduce the symptoms of anorexia nervosa by implementing cognitive behavioral intervention to decrease restrictive and compensatory eating behaviors, modify dysfunctional beliefs about body shape and weight, restore healthy eating habits, and enable the patient to function with self-satisfaction in her social environment. The study focused on a 12-year-old patient at a clinic in Metropolitan Lima. The methodology employed a mixed-methods, qualitative and quantitative, applied A-B design with one participant. In phase A, data was collected through observation, semi-structured interviews, the Childhood Depression Inventory, and the Behavioral Anxiety Checklist. Additionally, the Eating Disorder Inventory (EDI-2) and the Eating Attitudes Questionnaire (EAT-26) were administered to identify indicators of an eating disorder. The cognitive-behavioral intervention plan consisted of 14 weekly sessions. The techniques used included psychoeducation, cognitive restructuring, activity scheduling, exposure therapy, diaphragmatic breathing exercises, problem-solving, and self-instruction. Subsequently, in phase B, the follow-up sessions assessed the patient's improvement and maintenance of healthy eating habits, a decrease in dysfunctional beliefs, body image distortion and compensatory behaviors. Finally, the effectiveness of the cognitive-behavioral techniques used in this case of anorexia nervosa was confirmed.

Keywords: Anorexia Nervosa Cognitive Behavioral Therapy Mental Health

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de la alteración del comportamiento de la ingesta de alimentos expone a la persona que lo padece al riesgo del bienestar mental hasta la propia vida (APA, 2014). Se presentan en diversas modalidades con mayor riesgo la anorexia nerviosa donde se busca de manera constante bajar de peso (OMS, 2021), debido al miedo del aumento de peso por la distorsión que tiene de la imagen de la propia contextura (APA, 2014). Realizando conductas de restringir alimentos como dietas y purgarse al comer en exceso (Garner, 1993). Al combinarse con las creencias disfuncionales, ansiedad y depresión genera mayor desorganización en la alimentación buscando realizar de manera más excesiva controlar la ingesta de alimentos y el peso (Grosso, 2025). Por lo tanto la anorexia nerviosa es el cambio progresivo de ingerir alimentos desde reducir hasta evitarlos completamente lo que puede llevar a la gravedad de requerir hospitalización por el nivel de desnutrición o evitación total de alimentos (Alharbi, Saleh y Shahat, 2024). Este problema también ocurre en la adolescencia que es una etapa desde los diez a diecinueve años de edad (OMS, 2022), tienen un rápido cambio biopsicosocial y físico como contextura, talla, rasgos faciales, sexuales y un comportamiento oscilante del estado de ánimo que empieza desde la pubertad entre 10 a 12 años de edad (Bustamante et al., 2022). Por lo que es una etapa vulnerable siendo este trastorno un problema de salud mental en el mundo afectando aproximadamente al 0,1% de adolescentes entre las edades de 10 a 14 años (OMS, 2025), se han registrado en España en las unidades de hospitalización ingresos por casos de anorexia nerviosa de pacientes con 10 hasta 14 años de edad (Cobos, 2021), en Chile se identificó hospitalización de menores de 15 años con anorexia nerviosa (Martínez et al., 2025), asimismo en Perú en la última década se han registrado 18,601 casos de los cuales el 97.13% corresponden a servicio ambulatorio y el 2.87% son hospitalizaciones, además la mayor incidencia se ubicó en Lima, Callao y

Arequipa reflejando un aumento preocupante de casos en adolescentes de 4.47% al 21.44% hasta el 2022 (Chávez y Cerrón, 2025). La predisposición a desarrollar anorexia nerviosa se debe a la combinación de múltiples causas biológicas, psicológicas y socioculturales que describen una debilitada estima, rasgos de perfeccionismo, comorbilidad de depresión, ansiedad, dinámicas familiares conflictivas y con escasa comunicación, así como la presión social de idealizar estándares de una figura delgada (Canals y Arijá, 2022), que se activan ante desencadenantes como realizar dietas excesivas o ante estresores que sobrepasan el afronte de la persona, para luego mantenerse por el control del peso corporal y llegar a una fase muy complicada por la alteración física como la desnutrición que disminuye la energía y capacidad de respuesta ante el problema (Garner, 1993). Esto trae como consecuencias llegar a una excesiva pérdida de peso que lleva a disminución de la grasa que puede afectar la protección del intestino delgado (Huete et al., 2021) en la piel déficit de vitaminas, disminución de tejido subcutáneo que por la falta de grasa hace que los músculos se dañen, problemas neuropsicológicos como desconcentración, los vómitos constantes traen ácido gástrico que daña el esófago, dientes, hasta una falla cardiovascular llevando a la mortalidad (Baenas et al., 2024), por lo que se recomienda tratamiento de los casos después de la hospitalización (Duriez, 2023). Por ello la terapia psicológica más recomendada es la terapia cognitivo-conductual (Dalle y Calugi, 2024) tiene como base las evidencia de las técnicas que respaldan su efectividad (Mcquaid, 2025), siendo flexible la aplicación de la terapia de acuerdo a las necesidades del paciente, a partir que tome conciencia y comprenda la problemática del trastorno se incline con abordar soluciones y mejorar buscando su colaboración y participación en las metas del tratamiento que le permite sentir el manejo de las situaciones y decisiones, debido que un punto importante es el malestar de sentir que no tiene el control sobre sus conductas en la alimentación generando que se aleje o se resista al tratamiento (Fairburn et al., 1999), además de guiar a los familiares a cambiar su actitud y

dinámica hacia esta problemática como dejar las presiones, descalificaciones y críticas, (Alharbi, Saleh y Shahat, 2024). Entre las técnicas cognitivo-conductuales tenemos la psicoeducación para comprender la anorexia nerviosa (Fairburn et al., 2003), reestructuración cognitiva para identificar y modificar las creencias disfuncionales de sobrevalorar la contextura delgada (Beck, 2011), técnica de relajación que regula la intensa activación en el sistema nervioso por el miedo a engordar (Ruiz et al., 2012), técnica de exposición al estímulo que genera miedo al aumento de peso para generar habituación y comprobar que puede soportar el malestar (Ruiz et al., 2012), al darse cuenta que no genera la idea temida de engordar inmediatamente y que la ansiedad se va tolerando (Butler y Heimberg 2020), activar conductas que la paciente valora realizar que generen reforzamiento para su estado de ánimo (Martell et al., 2013), entrenar solución de problemas para abordar problemas cotidianos o estresantes (Nezu et al., 2014), también es importante las actividades para la casa que ayudan a incorporar un nuevo hábito funcional al ser ejecutadas durante la semana (Lega et al., 2016). Por tal motivo el presente estudio de caso trata sobre una adolescente de 12 años con síntomas de anorexia nerviosa restrictiva, el objetivo es disminuir conductas restrictivas y compensatorias hacia la alimentación, las creencias disfuncionales de sobrevaloración de la contextura y peso corporal, a través de la intervención cognitivo-conductual de 14 sesiones semanales, con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, tipo aplicado A-B, recogiendo información con técnicas e instrumentos psicológicos para comparar los resultados entre pretest y posttest, que permitan evaluar la disminución de síntomas y el logro de objetivos de intervención con técnicas cognitivo-conductuales implementadas en el presente caso de anorexia nerviosa.

1.1 Antecedentes

En el contexto nacional Alarcón (2022), realizó un estudio de caso “*terapia cognitivo conductual en un caso de anorexia nerviosa*” en Lima sobre una adolescente de 14 años cuyo objetivo fue reestablecer la alimentación balanceada, cambiar los pensamientos disfuncionales relacionados al miedo de ganar mayor peso y la distorsión de la contextura física, en la intervención cognitivo-conductual utilizó la psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, estableciendo línea base con instrumentos que miden el riesgo de síntomas con el cuestionario de conducta alimentaria (EDI-2), escala de actitudes y síntomas del trastorno de alimentación (EAT-26), durante 14 sesiones y seguimiento de las mejoras, concluyendo que la paciente logró los objetivos de elaborar pensamientos saludables, actitud favorable hacia la alimentación y hacia sí misma, finalmente recomienda utilizar técnicas de terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la anorexia.

Asimismo Flores (2024), desarrolló un caso clínico de “*trastorno de conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa, episodio depresivo moderado y consumo de tabaco*” en Perú de una mujer joven de 18 años, el objetivo consistió en abordar y mejorar diversas áreas afectadas como emocional, conducta, cognitivo, familiar, valoró el riesgo con instrumentos de conducta alimentaria (EDI-2) para establecer línea base, se realizó el proceso de intervención cognitivo-conductual durante 5 meses, una sesión a la semana utilizando técnicas como psicoeducación para fortalecer el compromiso del paciente hacia la terapia, técnicas para el cambio conductual y técnica de exposición para regular los síntomas emocionales, buscando el apoyo familiar, concluyendo que para la disminución de la comorbilidad de síntomas afectivos sugiere iniciar con regular el componente afectivo-emocional, luego cambiar los inadecuados hábitos alimenticios y consolidar con las técnicas de reestructuración cognitiva, recomendando explorar la presencia de comorbilidad de otros trastornos que puede estar manteniendo el trastorno alimentario.

Además Chávez y Cerrón (2025) llevaron a cabo una investigación de tipo ecológico retrospectiva cuyo objetivo fue conocer la *“tendencia de admisiones hospitalarias por trastornos de la conducta alimentaria en la población peruana”*, analizando datos de casos sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que corresponde a información recogida del Ministerio de Salud, en sus resultados identifican que de una tasa estadística para cada cien mil habitantes las atenciones ambulatorias y hospitalización aumentaron de un 4.47 a 21.44 y 0.22 a 0.57 respectivamente desde el 2011 al 2022 en casos de anorexia nerviosa, del mismo modo se observó incremento en casos de bulimia nerviosa de 3.8 a 13.0 en consulta externa, siendo el sexo femenino en adolescente y mujeres jóvenes con más casos con 86% y 91.84% para anorexia y bulimia nerviosa respectivamente, incrementándose durante el COVID.19, las regiones de Lima, Callao y Arequipa presentan mayor incremento de casos, concluyen que existe un aumento de casos en trastornos de la conducta en la alimentación de los últimos años, debido a factores psicosociales como la presión social, el estándar de belleza, manejo de estrés ante un aislamiento como la pandemia, mayor influencia de las redes sociales y reducido acceso a sistema de salud mental, finalmente recomiendan realizar estudios longitudinales que permitan conocer la evolución de casos e identifiquen factores de riesgo, además de ejecutar terapias con evidencia como la terapia cognitiva-conductual integrando métodos científicos comprobados con el desarrollo de casos.

En el ámbito internacional Samaniego (2022) realizó estudio de caso único de *“intervención psicoterapéutica en caso clínico de anorexia nerviosa en adolescente”* en Ecuador acerca de una adolescente con 14 años de edad, como objetivos principales modificar los síntomas del trastorno de alimentación y mejorar el estado de ánimo, utilizó instrumentos para establecer el análisis de resultados en el tratamiento pre y post test como el cuestionario de conducta alimentaria (EDI-2), test de actitudes alimentarias (EAT-40), en la etapa de intervención cognitivo-conductual tuvo un periodo de tres meses que abarcó 13

sesiones, concluyendo que las técnicas fueron eficaces como la psi coeducación para tomar conciencia de la problemática de la anorexia nerviosa, técnicas cognitivas para modificar los pensamientos y conducta disfuncionales de la distorsión de la imagen de la contextura, creencias irracionales sobre los alimentos, así como fortalecer la autoestima y aceptación de sí misma, mejorar su estado de ánimo y establecer un plan de prevención de recaídas, recomienda incrementar las investigaciones de casos que ayuden para sensibilizar aún más el riesgo de este trastorno para la vida que permita fomentar mayores políticas de prevención.

También Baile y Rabito (2022) analizan la “*terapia cognitivo conductual para un adolescente con anorexia nerviosa*” de 17 años de edad en México, con el objetivo de determinar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en anorexia nerviosa de tipo restrictivo, se aplicaron instrumentos como cuestionario de conducta alimentaria (EDI-2), escala de actitudes y síntomas del trastorno de alimentación (EAT-26), entrevista clínica, el objetivo del tratamiento era conseguir un peso acorde a las características del paciente de su edad y altura, identificar y modificar los pensamientos disfuncionales, lograr equilibrio emocional, y cambio de conductas inadecuadas restrictivas de alimentación, la terapia abarcó 33 sesiones, se utilizaron técnicas para reestructurar pensamientos, reforzar conductas adecuadas, además del apoyo familiar, concluyeron que existió mejoría por el cambio hacia pensamientos saludables y actitud favorable hacia la comida y alimentación, además el seguimiento después de uno y dos años demostró la eficacia del tratamiento debido que la mejoría del paciente se mantuvo, recomienda mayores estudios de la terapia cognitivo-conductual para que sea elegido como el principal tratamiento en la anorexia nerviosa en adolescentes.

Finalmente Yamamiya y Stice (2024) a través de un estudio longitudinal buscaron como objetivo conocer de manera específica los “*factores de riesgo que predicen la*

aparición futura de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno de purga en adolescentes” durante un seguimiento de 8 años, en una muestra de 492 adolescentes mujeres con 11 hasta 15 años de edad, de diversidad de razas así como de étnicas de diferente nivel socioeconómico, escolares de centros educativos público y privados en Texas, se aplicaron diversos cuestionarios para cada factor, entrevistas, medición de la talla y peso, concluyen que las primeras señales del índice masa corporal bajo es el mejor predictor de riesgo significativo ($HR=0.4$; $p<0.001$) de efecto relevante ($d=0.71$) para la anorexia nerviosa el cual le antecede muchas veces una dieta estricta, experimentar emociones negativas, revisar las etiquetas o calorías de alimentos, con respecto a los demás factores como la presión de ser delgado, idealizar la delgadez, no sentirse satisfecho con su imagen corporal, sentir debilitado apoyo de padres e integración en su entorno de pares son predictores en los trastornos de alimentación, finalmente recomienda que la prevención podría enfocarse en cada uno de estos factores de riesgo.

1.2 Adolescencia

La adolescencia empieza desde la pubertad con cambios de aspecto biopsicosocial y físicos (Bustamante et al., 2022), en un rango de edad entre los diez hasta los diecinueve que se caracteriza por un rápido desarrollo psicológico y físico (OMS, 2022).

Se inicia con la etapa de la pubertad entre los 10 a 12 años de edad al ser observable los cambios tanto físico de su contextura, talla, rasgos faciales y sexuales u otras partes del cuerpo así como del comportamiento oscilante del estado de ánimo, cambiante de la extroversión de la búsqueda de interacción social a la introversión de ser reversado y querer su propio espacio, se sienten aburridos y confundidos ya que los intereses anteriores de la niñez van cambiando hacia unos nuevos que va descubriendo, oscila entre querer su independencia pero también mantiene algunas reacciones infantiles y empieza hacer un razonamiento más hipotético deductivo (Guiraldes y Ventura, 2011).

Desarrollan cambios físicos y cognitivos, un pensamiento más abstracto que les permite realizar interpretaciones de los mensajes o acontecimientos de su entorno, evaluando y establecer hipótesis sobre sí mismos, los demás y el mundo que muchas veces les genera dificultad para comprender sus cambios y superar los desafíos o riesgos en su vida diaria que los exponen a problemas de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales como de alimentación, adquirir malos hábitos o adicción a ciertas sustancias (Piaget et al., 2009).

En esta etapa los adolescentes buscan en su desarrollo reafirmar su capacidad de independencia con respecto a los padres al tomar sus propias decisiones, aceptación de su imagen física, relacionarse con sus pares y definir su auto concepto en relación con su sexualidad, vocación y principales valores los cuales lo exponen a situaciones de riesgos y sobre exigencia del estrés que dificultan adaptarse o deciden ajustar su comportamiento a la presión social (Bustamante et al., 2022).

Siendo primordial para estos cambios y situaciones la autoestima, desde una perspectiva psicosocial está siendo reforzada por cómo es percibida por otras personas dentro de un ámbito social o familiar además estos mensajes y actitudes son transmitidos, desarrollados y mantenidos de manera intergeneracional desde la infancia y adolescencia en un inicio afecta a los sentimientos de la persona para luego centrarse en evaluar su propio actuar (Duro, 2021).

Desde la niñez se va formando el auto concepto a partir de interiorizar los mensajes y actitud que tengan los padres o demás familiares que será la base de la valoración que haga de sí mismo, luego en la adolescencia toma importancia los mensajes y actitudes que tenga de su entorno cercano como en su interacción dentro del colegio y con amigos (Luisi, 2017), la adolescencia es una etapa de la vida complicada por cambios físicos, psicológicos y presión social de sus pares o grupo para la formación de la autoestima porque va buscando su propia identidad para diferenciarse de los demás y para ello debe tener confianza en sí

mismo de sus logros, cualidades para valorarse como valioso y competente de conseguir sus objetivos (Erikson, 2012).

En muchos casos la valoración estará basada en una estructura predeterminada de creencias que no se ajustan o no tiene una conclusión coherente con la situación real generalizando o anticipando la actuación (Lega et al., 2016), por lo que al valorarse de manera negativa o sesgada está presente en diversos trastornos afectivos, ansiosos, alimenticios entre otros haciendo más vulnerable a la persona que lo padece ya que enfoca su atención a los aspectos negativos, a recordar los fracasos, equivocaciones y el rechazo de los demás (Duro, 2021).

Finalmente la personalidad son rasgos que diferencian a los individuos por sus comportamientos, pensamientos y sentimientos que tienden a ser predecibles ante las experiencias específicas de la vida que se forma del aprendizaje por el carácter y junto con el componente del temperamento se va formando desde la niñez y que en la adolescencia se van haciendo más constantes ciertos rasgos y más estables los cuales influyen en la adultez (López y López, 2023).

Se va conformando desde la relación temprana la expresión de afecto de padres hacia hijos que genera seguridad y satisfacción favoreciendo la empatía favoreciendo mayor apertura y solidaridad en la interacción con los demás, describiendo rasgos de extraversión, de lo contrario se conforman rasgos de neuroticismo alto como ansiedad, impulsividad, inseguridad (Gómez y Narváez, 2022).

1.3 Trastorno de conducta alimentaria

Es la alteración del comportamiento como una desviación constante del hábito adecuado en la ingesta alimenticia y realizar un excesivo control para no ganar peso deteriorando el funcionamiento psicológico, social y el desempeño en las actividades que puede poner en riesgo la vida (APA, 2014).

Este trastorno se presenta en diversas modalidades entre las cuales tenemos por el consumo de sustancias no nutritivas, regurgitación de los alimentos, evitación de comer por las sensaciones que genera los alimentos en los sentidos, patrones repetitivos no controlado de ingestas de grandes cantidades alimentos en un periodo de tiempo, las cuales se diferencian de la bulimia nerviosa al no poder controlar una excesiva ingesta de alimentos en un periodo corto de tiempo (APA, 2014).

Y en el caso de la anorexia nerviosa presenta un mayor riesgo porque lleva a buscar cada vez un menor peso realizando conductas inadecuadas ante la alimentación como restringir alimentos lo que está influenciado por cómo la personas se percibe, valora el peso y la contextura corporal (OMS, 2021).

El presente estudio de caso trata de conductas del trastorno hacia la alimentación de la anorexia nerviosa restrictivo.

1.3.1 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un desorden del comportamiento alimenticio causado por muchos factores individuales, familiares y culturales que desencadena el miedo sobre el peso y distorsión de como la persona percibe la imagen de su contextura desarrollando dos tipos de conductas restringir alimentos y el atracón excesivo de comida y/o purgativo para bajar y controlar el peso utilizando mayormente en un inicio el uso de dietas (Garner, 1993).

El iniciar con dietas lleva a la conducta restrictiva de ingesta de alimentos en la anorexia nerviosa que activa y mantiene creencias disfuncionales sobre subir de peso y la contextura, al combinarse con emociones intensas de ansiedad y/o depresión afecta y genera una desorganización en la alimentación acompañado con una intensa ansiedad que trata de mitigar con evitar comer sintiendo una calma momentánea por la sensación de tener el control sobre su peso para no engordar (Grosso, 2025).

Por lo tanto la anorexia es un cambio progresivo de la alimentación dirigida desde reducir hasta la evitación completa de alimentos para no engordar manteniendo un hábito constante en estas conductas lo que lleva a la persona a no considerar que sea un problema, distorsionar su contextura real, controlar su peso al compararse ahora solo consigo misma sin la capacidad de reflexión para distinguir los límites de las consecuencias negativas lo que la puede llevar deteriorar su cuerpo o la mortalidad (Nardone, 2003).

Además por el deterioro del funcionamiento psicológico, físico y social como consecuencias de estas conductas se distingue un nivel leve, moderado o gravedad que indica el tratamiento que requiere desde ambulatorios como la terapia cognitivo-conductual hasta hospitalización lo cual se decide por el nivel de desnutrición grave o la evitación total de alimentos para lograr el aumento de progresivo de peso supervisando la realimentación para prevenir desequilibrios metabólicos (Alharbi, Saleh y Shahat, 2024).

Se inicia con querer bajar de peso por algún motivo como compararse o ser aceptada por los demás, entiende que el cuerpo perfecto está en la delgadez, continua con dieta estricta al ver que consigue lo que buscaba como dejar de ser criticada por lo que a pesar del hambre cree que es la solución adecuada, continua con las conductas de evitar o controlar la subida de peso como medir su contextura, pesarse, hacer ejercicios, etc., empieza a dudar si realmente esta delgada por lo que distorsiona su contextura al creer engordar aumentando su ansiedad, empieza distanciarse de su entorno ya que solo le importa no subir de peso, finalmente a pesar de preocupación o críticas de los demás de estar muy delgada se centra en la seguridad momentánea que le da este control sobre su peso que le hace difícil apartarse de las creencias disfuncionales y conductas que la llevaran a consecuencias negativas o daño (Levenkron, 2004).

Finalmente en cuanto a la farmacoterapia tanto en adultos como en adolescentes suele utilizarse para manejar los síntomas de trastornos comórbidos como la depresión y

ansiedad, sin embargo aún no existe una contundente eficacia para el uso medicamentos que evidencien un beneficio total para este problema (Alharbi, Saleh y Shahat, 2024).

1.3.2 Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa presenta tres criterios principales el primero disminuir o dejar de ingerir alimentos lo que produce disminución excesiva del peso para la edad, talla de la persona, luego es el miedo intenso a subir de peso lo que lleva a realizar conducta para controlar el aumento o bajar de peso, finalmente existe una percepción errónea de verse asimismo con una contextura de sobrepeso y contextura gruesa que no permite tomar conciencia del riesgo de continuar bajando excesivamente de peso (APA, 2014).

Estas conductas en la anorexia nerviosa para controlar el peso son de dos tipos, una restrictiva como realizar ejercicios muy excesivos, dejar de comer por varios días o ayunos y separar alimentos altos en calorías realizando dieta, por otro lado tenemos tipo atracones y/o purgas donde hay ingesta de grandes o a veces con tan solo pequeñas cantidades de comida después se provocan vómitos, uso de laxantes, enemas para eliminar los alimentos ingeridos (OMS, 2021).

Además la anorexia nerviosa puede tener todos los criterios diagnósticos sin embargo no está afectado aún el peso que está relativamente en un margen normal, por lo que se considera o se clasifica como anorexia nerviosa atípica (APA, 2014).

Es por ello que la gravedad se relaciona con establecer el índice de masa corporal asimismo lo cual requiere hospitalización o intervención oportuna temprana ante la restricción excesiva o total de alimentos utilizando percentiles del índice de masa corporal según las edades y talla del niño y adolescente (OMS, 2021).

En adultos con riesgo leve de índice de masa corporal $\geq 17 \text{ kg/m}^2$, conforme va disminuyendo adquiere riesgo moderado de $16\text{-}16.99 \text{ kg/m}^2$, continuando con grave de $15\text{-}15.99 \text{ kg/m}^2$ y llegando a ser extremo al ser menor $< 15 \text{ kg/m}^2$ (APA, 2014).

También existe otra calificación por la pérdida de peso significativo, índice de masa corporal 18.5 a 14.0 kg/m² y en caso de niños y adolescentes percentil 5 y 0.3 que indican peso bajo, asimismo el riesgo de un peso inferior a 14.0 kg/m² en adultos además de ser inferior al percentil 0.3 en niños y adolescente indican riesgo peligrosamente bajo (OMS, 2021).

1.4 Modelo teórico de la anorexia nerviosa

1.4.1 Modelo cognitivo-conductual transdiagnóstico

Contempla que existe síntomas que migran o comporten los trastornos de la anorexia y bulimia como la manera de evaluar su peso y contextura de manera negativa que al no cumplir las reglas o creencias absolutas establecidas y ligadas muchas veces a la perfección concluyen que no están alcanzando el ideal de cómo debe ser un cuerpo o figura, esto repercute en la imagen personal o autoestima, además la dificultad de habilidades para debatir con la creencia irracional y la presión del entorno, por lo que genera depresión y ansiedad intensa que no pueden tolerar por lo que buscan calmar con bajar de peso dirigiendo su atención hacia el control del peso y para ello realizan conductas restrictivas, vómitos, purgativas entre otras (Fairburn et al., 2003).

Además específicamente en la anorexia nerviosa el manteamiento del trastorno se centra en la búsqueda del control excesivo sobre la ingesta alimentación generado por la valoración del propio peso y contextura corporal (Fairburn et al., 1999).

1.4.2 Modelo multidimensional

Se sostiene que el trastorno de la anorexia nerviosa es producto de combinación de causas biológicas, psicológicas y socioculturales que predisponen al desorden alimenticio por la debilitada estima de sí mismo, rasgos de perfeccionismo, comorbilidad de depresión, ansiedad, dinámicas familiares de débil comunicación, expresión afectiva o conflictiva así como la presión social de idealizar estándares de la figura o el cuerpo poco realistas de

conseguir. Estos factores se activan ante desencadenantes como comenzar realizar dietas excesivas o ante estresores que sobrepasan el afronte de la persona, para luego mantenerse por refuerzo de sentir el control del peso corporal, la breve satisfacción de sí mismo para luego llegar a una fase muy complicada de cambio por la alteración física como la desnutrición que disminuye la energía y la capacidad de respuesta ante el problema (Garner, 1993).

1.5 Consecuencias de la anorexia nerviosa

En el aspecto físico algunos casos por la excesiva desnutrición o pérdida de peso lleva a disminución de la grasa la cual actúa como protector del intestino delgado al no existir será aplastado por otros órganos generando obstrucción y dolor haciendo difícil la ingesta de alimentos por lo tanto la persona no desea alimentarse (Huete et al., 2021).

También por la desnutrición se observa deterioro de la piel por el déficit de vitaminas y la disminución de tejido subcutáneo por la falta de grasa hace que los músculos se dañen, asimismo ocurren problemas neuropsicológicos como desconcentración, dificultad para razonamiento lo que hace difícil analizar los pensamientos y soluciones, también los vómitos constantes traen ácido gástrico que daña el esófago, dientes, labios, en casos extremos existe falla cardiovascular llevando a la muerte (Baenas et al., 2024).

Con respecto al bienestar mental se ve afectado al aparecer comorbilidades que acompañan la anorexia nerviosa como la disminución del estado de ánimo y el incremento e intensidad de síntomas de la ansiedad, además las ideas obsesivas se relacionan a la anorexia restrictiva y el uso excesivo de alcohol o sustancia con el tipo purga o atracones por lo que estas consecuencias pueden también mantener el trastorno a largo plazo durante varios años (Solana, 2023).

Con respecto al riesgo de intento de suicidio se incrementa en adolescentes y adultos en la transición de 18 años hacia adelante que fueron diagnosticados con anorexia o bulimia

nerviosa aumentando la mortalidad después tres años de la hospitalización, en 6 meses el riesgo aumenta por lo que se recomienda la importancia del seguimiento de los casos después de la hospitalización (Duriez, 2023).

1.6 Factores predisponentes en la anorexia nerviosa

El modelo biopsicosocial explica que el conjunto de diversos factores son el riesgo que predisponen hacia la anorexia nerviosa (Canals y Arija, 2022):

1.6.1 Factores psicológicos

Existe una gran tendencia que la anorexia nerviosa suele aparecer desde la adolescencia o se va conformando las causas de riesgo más importantes que predisponen su aparición, tenemos insatisfacción con la imagen corporal conduce al buscar la delgadez pueden llevar a un peso por debajo del índice de masa corporal no adecuado según la talla y edad del adolescente, el cual es sostenido de manera constante por una dieta estricta, además la creencia sobrevalorada del atractivo, belleza, valor y éxito son producto de alcanzar la delgadez, además experimentar constantes e intensas emociones perturbadoras que luego conforman la comorbilidad con el trastorno de la depresión o ansiedad, la insatisfacción con el propio cuerpo como parte de una baja autoestima y autoaceptación (Yamamiya y Stice, 2024). Asimismo rasgos de personalidad de búsqueda de perfeccionismo, autocontrol, sobre exigencia, poca tolerancia a la frustración que favorecen las conductas restrictivas de la anorexia (Canals y Arija, 2022).

1.6.2 Factores genéticos

Antecedentes genéticos de familiares con trastorno alimenticio de anorexia, a nivel de neurotransmisores como serotonina, dopamina, receptores opioides y cannabinoides que al estar alterados por la falta de nutrientes influye en el ánimo, en las emociones y en el placer o regulación en la alimentación, además de una tendencia a estar acompañado de

trastornos comórbidos como depresión o trastorno obsesivo, además alteraciones en el metabolismo como dificultad para ganar o perder peso (Canals y Arija, 2022).

1.6.3 Factores familiares

Una dinámica familiar en la cual hay debilitado apoyo, afecto, elogio, monitoreo en las tareas y experiencias de los padres hacia sus hijos (Yamamiya y Stice, 2024). También un ambiente de sobreprotección al no poder evaluar sus propias decisiones y consecuencias, haciendo que el adolescente busque el control de su vida o decisiones a través de su peso y contextura, además la rigidez de los modelos de comportamiento en la familia hace al adolescente resistente a los cambios y mantener una manera de pensar que genera poca flexibilidad para adaptarse a los cambios y elaborar otras maneras de pensar o perspectivas (Canals y Arija, 2022).

1.6.4 Factores socioculturales

Al observar a otras personas ya sean en redes sociales, pares o de la propia familia en los cuales son identificados como modelos de conducta como provocarse vómitos, buscar dietas excesivas, mensajes negativos hacia la contextura o la alimentación y ver que hay un refuerzo por parte del entorno social, además la presión social de llegar a la delgadez, las críticas o mensajes sobre el peso del entorno más cercano como familiares y amigos, el mensaje constante de las redes sociales sobre un cuerpo perfecto (Yamamiya y Stice, 2024).

1.7 Terapia cognitivo-conductual

La psicoterapia es planificar secuencia de pasos que se diseña específicamente para intervenir de manera cognitiva, emocional y conductual en un problema de salud mental de una persona para lo cual se desarrolla una alianza o compromiso terapéutico entre paciente y terapeuta con el fin de mejorar y lograr cambios funcionales en el comportamiento del paciente utilizando como base la evidencia de las técnicas que respaldan su efectividad (Mcquaid, 2025).

La terapia cognitivo-conductual es mayormente recomendada como principal intervención psicoterapéutica para los trastorno de la conducta en la alimentación, para los casos en adolescentes entre 12 a 16 años también tiene resultados favorables la terapia cognitivo-conductual mejorada sobre todo si el tratamiento enfocado en el apoyo familiar tiene limitaciones, la terapia cognitivo-conductual mejorada tiene un enfoque transdiagnóstico que puede ser utilizada para diversos problemas que pueden aparecer en el paciente (Dalle y Calugi, 2024).

Este tipo de terapia psicológica considera que los síntomas de desorden alimenticio son compartidos tanto para adolescentes y adultos además el adolescente de acuerdo a su desarrollo cognitivo tiene la capacidad de comprender y realizar las actividades o técnicas de la terapia cognitivo-conductual (Dalle y Calugi, 2024).

Es flexible en cuanto a su aplicación de acuerdo a las necesidades del paciente, ya que se centra en la colaboración del paciente al considerar su participación, decisiones en las metas del tratamiento, va sintiendo que tiene mayor manejo de las situaciones y decisiones, debido que un punto importante es el malestar de sentir que no tiene el control sobre sus conductas en la alimentación generando que se aleje o se resista al tratamiento al ser muy rígido y directivo, que a partir que tome conciencia y comprenda la problemática del trastorno se incline con abordar soluciones y mejorar (Fairburn et al., 1999).

También se guía a los padres a cambiar su actitud y dinámica hacia la problemática de su hijo o hija desde ser consistente en mantener una alimentación balanceada, no negociar ni ceder con la comida y mantener la calma dejando las críticas o conflictos ante el problema de la alimentación comprendiendo que no es decisión del paciente tener este tipo de comportamiento sino que es producto del mismo trastorno que requiere apoyo para superarlo (Alharbi, Saleh y Shahat, 2024).

En el proceso de intervención el primer paso es la psicoeducación para comprender las conductas que mantienen el trastorno de alimentación y la autovaloración permanente basada en las creencias sobre el peso y la contextura que llevan a conductas de control y así disminuir las sensaciones del malestar emocional. Segundo se busca entonces que el adolescente elabore una evaluación más realista y funcional para que comprenda la necesidad de mejorar, luego es flexible en el abordaje de problemas tanto síntomas del trastorno como el control, la distorsión de la imagen u otros que lo mantengan como rasgos de perfeccionismo, depresión, ansiedad, debilitada autoestima o problemas interpersonales, asimismo los familiares brindan su apoyo al comprender la problemática, motivarlo en las actividades de terapia y monitoreo de su alimentación, al finalizar el tratamiento se prepara el plan de recaídas y tres sesiones de seguimiento aproximadamente en intervalos de dos semanas para monitorear las mejoras, abordar y resolución de problemas (Fairburn et al., 2003).

La intervención para casos de anorexia depende de las características en las que se encuentra el trastorno de la paciente, que van desde dejar las presiones, descalificaciones y críticas de los familiares, conectar con la paciente en la comprensión del argumento de la paciente de su problema para la relación terapéutica, que sienta que es parte de las decisiones y no esta perdiendo el control total de su decisiones sobre su peso, que identifique aquellas conductas que mantienen el problema hasta estrategias para que experimente las sensaciones agradable que había limitado en su interacción social y vida cotidiana personal como darse un gusto incluso con la comida que más le gusta debido a lo automático que se volvieron sus conductas de control sobre los alimentos (Nardone, 2003).

Por ello la terapia cognitivo-conductual se enfoca en los factores multicausales que mantienen la anorexia nerviosa interviniendo en la baja autoestima, depresión, ansiedad, asimismo en la autoevaluación basada en ideas disfuncionales o sesgos cognitivo

dicotómicos, sobrevaloración del control e hipervigilancia sobre la dieta, abstracción selectiva, la distorsión sobre la imagen corporal y el peso que lleva a la insatisfacción, conductas excesivas de control y comprobación del aumento de peso, restricción de alimentos y sobre los estresores cotidianos o interpersonales como la presión del entorno (Gutiérrez y Posada, 2023).

1.8 Técnicas de intervención cognitivo-conductual

Se encuentran las que utilizan en la terapia racional emotiva conductual de Ellis que sostiene la tendencia del ser humano a sentir y actuar por las creencias irracionales, las agrupa en deberías o reglas absolutas, tremendismo, insoportabilidad y condenación las cuales dificultan conseguir objetivos y se pueden descubrir a partir de los pensamientos que la persona concluye de vivir una experiencia los cuales tiene una elaboración en función a un significado o creencia (Dryren y Ellis, 1989).

Por su parte la terapia cognitiva de Beck sustenta que se puede descubrir las creencias centrales profundas para modificarlas a partir de explorar los pensamiento automáticos como las distorsiones cognitivas con las cuales se valora o se concluye sobre una situación (Beck, 2011).

Ambas comparten que los pensamientos disfuncionales tienen relación con la intensidad en las emociones y conductas del trastorno psicológico por lo tanto se pueden intervenir para mejorar a partir de modificar estos patrones de pensamiento disfuncionales arraigados en la persona (Ruiz y Cano, 2002).

El componente emocional se relaciona con la activación fisiológica que mediante la técnica de relajación disminuye la intensidad del sistema nervioso que se activa por la ansiedad por lo que procura centrar la atención en la sensación de relajación asimismo equilibrar los sistemas simpático y parasimpático en el ritmo respiración, sudoración, escalofríos, temperatura, tensión, entre otros (Ruiz et al., 2012).

En técnicas conductuales se encuentra la exposición acorde a la problemática puede ser por imaginación o frente al estímulo que genera miedo y/o ansiedad de manera gradual desde el menos al más intenso y con prevención de respuestas de conductas de seguridad, todo ello para generar la habituación ante el estímulo, además se puede acompañar luego con la reestructuración de pensamiento con el fin de darse cuenta que puede soportar el malestar o que las consecuencias no son las que se esperaba (Ruiz et al., 2012).

La modificación en el aprendizaje del miedo inicial hacia la comida por condicionamiento con la creencias de miedo a engordar se logra a través de una nueva asociación de confrontación con la comida al darse cuenta que no genera la idea temida de engordar inmediatamente y que la ansiedad se va tolerando al ir disminuyendo, lo que permite tanto cuestionar la idea disfuncional amenazante o corroborar la elaboración de una idea racional sobre la alimentación (Butler y Heimberg 2020).

También tenemos la activación conductual que consiste en identificar aquellas actividades que le son importantes o valoradas las cuales serán reforzadoras del estado de ánimo para incrementar conductas adecuadas que están en déficit o disminuidas por la evitación o el aislamiento como parte de la falta de ánimo e interés para disfrutar y al darse cuenta que desde pequeñas actividades que va dominando va teniendo un reforzamiento de sí misma o de su entorno podrá equilibrar su estado de ánimo (Martell et al, 2013).

Junto con el reforzamiento de las propias conductas adecuadas permite activar y mantener conductas y hábitos beneficiosos que ayuden a orientar a la persona a conseguir sus objetivos (Chance, 2001), como realizar actividades gratificantes que agradan o buscar hacer nuevas, refuerzo social como elogios, dar o recibir una sonrisa o un abrazo, sentirnos satisfechos con una conversación agradable recíproca (Cautela y Groden, 2010).

Por otra parte la psicoeducación a partir de exponer información al paciente sobre su problemática y la terapia puede tomar conciencia como sus propias conductas y

pensamientos están relacionados en el mantenimiento del problema, además de saber que existe maneras de poder modificarlo para el bienestar y prevenir riesgos para su salud y lograr sus objetivos de manera más adecuada (Godoy et al., 2020).

Para abordar problemas cotidianos o relacionados a situaciones estresantes el entrenamiento en resolución de problemas permite utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas analizando el problema y las consecuencias o eficacia de cada solución e ir monitoreando para modificar la alternativa de solución y acercarse más al objetivo de manejo del problema que a su vez hace que la persona sea más flexible y adaptativa ante los problemas adoptando conductas que regulan sus emociones por la planificación de acciones (Nezu et al., 2014).

Finalmente están las actividades o tareas para la casa que se dejan al finalizar cada sesión y serán abordados en la siguiente sesión ya que las creencias o pensamientos disfuncionales tienen una gran potencia y deben ser contrarrestadas de manera diaria con estas actividades que ayudan a incorporar en el patrón de conductas el uso de estrategias adecuadas ante los problemas, para ello las tareas para la casa deben ser relevantes, revisarse en cada sesión, claras o específicas y que sean prácticas de manera constante las cuales van desde lecturas, escribir, imaginarse, practicar técnicas entre otras acorde a lo trabajado en la sesión (Lega et al., 2016).

1.9 Justificación del estudio

Los trastornos del comportamiento alimentario son un problema en la salud física y psicológica con un alcance mundial afectando aproximadamente al 0,1% de adolescentes entre las edades de 10 a 14 años (OMS, 2025). Cabe señalar que se realizaron estudios alrededor del mundo en 63,181 niños y adolescentes de los cuales el 22% reportaron tener síntomas de algún trastorno de conducta hacia la alimentación donde la prevalencia de casos en el género femenino fue de 30% siendo significativamente mayor al 16% en varones

(López et al., 2023). Asimismo en España unidades de hospitalización reportaron ingresos por casos de anorexia nerviosa de pacientes con edades de 10 a 14 años (Cobos, 2021). Con respecto a Latinoamérica, en Ecuador en los centros de salud se reportaron la consulta de 291 adolescente de los cuales el 17.5% presentaron riesgo de algún trastorno de conducta en la ingesta alimentaria (Pérez, et al., 2021), asimismo en Chile se identificó que la hospitalización en pacientes menores de 15 años correspondía al tipo de trastorno de anorexia nerviosa (Martínez et al., 2025). De la misma manera en Perú se estima que los casos atendidos en centros de salud y hospitalización han aumentado en un 40% los cuales son adolescentes con este tipo de trastorno (EsSalud, 2024), por lo tanto en la última década se han registrado 18,601 casos de restringir alimentos o anorexia de los cuales el 97.13% corresponden a consulta ambulatoria y el 2.87% son hospitalizaciones, además la mayor incidencia se ubicó en Lima, Callao y Arequipa reflejando un aumento preocupante de casos en adolescentes de 4.47% al 21.44% hasta el 2022 (Chávez y Cerrón, 2025). Por lo tanto la anorexia nerviosa es el miedo de ganancia de peso que restringe la ingesta de alimentos y no reconocer el bajo peso (APA, 2014), muchas veces requiere hospitalización exponiendo al riesgo de daño en el funcionamiento de los órganos hasta la muerte (Chávez y Cerrón, 2025; Fernández, 2021) lo cual tiene relación con el siguiente estudio de caso de una adolescente con diagnóstico de anorexia nerviosa siendo importante la intervención que permita la mejora del bienestar psicológico. Por tal motivo se diseñó un plan de intervención cognitivo-conductual que contribuirá a la evidencia empírica de la terapia cognitivo-conductual la cual considera que al identificar y modificar los pensamientos, emociones y conductas disfuncionales han demostrado eficacia para ayudar al paciente como una de las primeras psicoterapias en tomarse en cuenta en la intervención de la anorexia nerviosa (Rivera, 2022). Asimismo es importante señalar que al realizar la indagación en el Registro Nacional de Trabajo de Investigación (RENATI) y otros buscadores de revistas científicas

existen un limitado número de estudios que aborden esta problemática sobre todo en el Perú, por lo que será muy útil el aporte de esta investigación en adolescentes, contribuyendo en el aspecto social al conocimiento de la realidad actual en la comprensión de la problemática del desarrollo de la anorexia nerviosa en la paciente y de manera práctica en las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales para buscar fortalecer y mantener la mejoría de la paciente, finalmente los resultados encontrados en el estudio de caso servirán como material de información para futuras investigaciones que aborden el problema de la anorexia nerviosa.

II. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de la investigación

El siguiente es un estudio de caso único mediante enfoque de investigación mixto cualitativo y cuantitativo. En el análisis cualitativo se recoge información con entrevista y observación para la conceptualización del desarrollo del problema a partir de la perspectiva de la paciente, además se complementa con analizar de manera cuantitativa la información con pruebas psicológicas para elaborar una medición de los cambios de pensamientos, emociones y conductas antes y después del tratamiento que permite analizar y discutir sobre los resultados obtenidos (Hernández y Mendoza, 2018).

Es un estudio de tipo aplicado en una participante adolescente para lo cual se utiliza el conocimiento de las investigaciones del tratamiento cognitivo-conductual con el fin de la mejoría de la participante a través del cambio de pensamientos, emociones y conductas disfuncionales de un caso de anorexia nerviosa (Ato y Vallejo, 2015).

La presente investigación corresponde al diseño experimental tipo A-B, en la fase A se realiza la evaluación antes de la intervención terapéutica recogiendo información con técnicas de observación, autoregistro, entrevista e instrumentos psicológicos para establecer

la línea base sobre el contenido, frecuencia de pensamientos y duración de conductas, así como la intensidad de emociones disfuncionales, además de establecer la medición del nivel de los indicadores de la anorexia nerviosa como la distorsión de la contextura, sobrevaloración de la contextura y peso corporal, ansiedad y miedo de aumentar de peso, conductas de restringir alimentos y compensación además de disminución del interés y evitación de actividades sociales la cual se realiza en la primera semana de las sesiones de evaluación, luego la fase B corresponde a la intervención cognitiva-conductual que al culminar se evalúa la disminución de creencias disfuncionales, modificación de la percepción distorsionada de la imagen corporal y reducción de conductas de compensación de la anorexia nerviosa en la paciente para contrastar los resultados al inicio y final del tratamiento (Ato y Vallejo, 2015).

2.2 Participante

Para el criterio de inclusión es importante que la participante cumpla con el diagnóstico específico descrito en cada criterio de los sistemas de clasificación de trastornos mentales CIE-10 y/o DSM-5, que tenga la capacidad de comprensión para llevar a cabo actividades del enfoque cognitivo-conductual, además en el criterio de exclusión que no tenga limitación auditiva y visual o estudiante de inclusión, discapacidad intelectual, que no requiera atención de urgencia u hospitalización, asimismo se requiere el consentimiento del apoderado y asentimiento informado de la menor de edad de participar en la investigación, el cual explica que se respeta los principios éticos del consentimiento voluntario de su participación, respeto a la vida, salud y privacidad de la información, sus datos serán tratados de manera anónima y para el objetivo de la investigación, se busca el beneficio primordial de su mejoría de la salud mental y tiene el derecho a negar su participación e incluso retirarse durante el desarrollo de la investigación.

2.3 Instrumentos

Se recoge la información con instrumentos psicológicos que miden según criterios de valoración asignando puntajes y normativa de indicadores de acuerdo a la clasificación de los manuales de trastornos mentales, estos datos permitirán la elaboración de línea base para posteriormente la comparación después del tratamiento (Fernández-Ballesteros, 2013).

El cuestionario de depresión infantil (CDI) de María Kovacs su objetivo medir síntomas de depresión en las últimas dos semanas desde los 07 a 16 años, duración 15 minutos, tiene 27 ítems, tiene tres alternativas tipo Likert con puntajes de 0 rara vez, 1 muchas veces, 3 siempre, se obtiene puntaje directo total 54 sumando las respuestas, se clasifica en niveles 0-9 ausencia, 10-18 leve, 19 a más moderado, tiene escala de disforia que describe el estado de ánimo, tristeza, soledad, indefensión, pesimismo y escala de autoestima negativa identificando ineficacia, autodesvalorización, irritabilidad, culpa, insatisfacción, ideas de muerte, para el contexto peruano cuenta con validez de contenido de 10 jueces, aceptable fiabilidad interna con alfa de Cronbach .78, correlación significativa ítems-test entre 0,75 y 0,79 (Borrero, 2018).

La lista de chequeo conductual de la ansiedad desarrollada por Ida Alarcón mide la ansiedad desde los 6 a 12 años de edad, duración 15 minutos, tiene 26 ítems, puntuación tipo Likert 0 nunca, 1 a veces, 2 siempre, puntaje directo total de 52 que indica 0-7 nivel normal, 8-15 leve y 16-52 marcada ansiedad, la dimensión de inquietud motora describe movimiento e intranquilidad constante, reacción fisiológica de sudoración, tensión muscular, dificultad para dormir, entre otros y dificultad de concentración como olvidos o distracción, para el contexto peruano tiene validez de contenido por el criterio de jueces, validez de constructo correlación Pearson significativa 0,198 de ítems válidos, confiabilidad test-retest 0.9293 y por mitades con estadísticos de Pearson y Spearman - Brown con $r=0.96$ de confiabilidad significativa (Alarcón, 1993).

El inventario de inteligencia emocional de Bar-on evalúa competencias interpersonales y emocionales desde los 7 años, duración 15 minutos forma abreviada y tiene 30 ítems, puntuación tipo Likert asigna puntaje 1 muy rara vez, 2 rara vez, 3 a menudo, 4 muy a menudo, se obtiene puntaje de media 100 y desviación estándar 15, de 90 a 110 indica efectiva capacidad de competencias socioemocionales, por encima 110 indica nivel alto a muy alto, menores a 89 niveles bajos a muy bajos, contiene 5 sub escalas, intrapersonal mide autoconcepto, asertividad, y autorrealización, escala interpersonal relacionado a empatía, satisfacción de relaciones interpersonales y responsabilidad social, adaptabilidad para buscar soluciones, visión objetiva y flexibilidad cognitiva, manejo del estrés para tolerar situación estresante y gestionar impulsos, escala de validez impresión positiva al evaluar la deseabilidad social y buscar impresionar, para el contexto peruano tiene confiabilidad consistencia interna alfa de cronbach .86 en escala total y para las subescalas entre .60 a .80, correlación significativa test-retest, validez de constructo por análisis factorial, concurrente y control de sesgo concluyendo que los ítems miden la inteligencia emocional de acuerdo a cada dimensión y diferencia cada competencia (Ugarriza y Pajares, 2005).

El inventario de autoestima de Stanley Coopersmith mide niveles de autoestima en niños y adolescente de 08 a 15 años, duración 20 minutos, tiene 58 ítems, respuesta dicotómica sí o no, obteniendo puntaje directo total y para cada escala, de 74 a 100 nivel alto, 50 a 73 nivel medio y 0 a 49 nivel bajo, compuesto por área de autoestima de sí mismo que describe satisfacción de características físicas y eficacia, área social en interacción con su entorno social, área familiar es la percepción de comprensión y apoyo de los familiares, el área escolar explora la satisfacción con el desempeño e integración, para el contexto peruano tiene validez de medir el contenido de constructo y confiabilidad de consistencia interna alfa de cronbach 0.584, correlación significativa test-retest, validez de jueces expertos sobre el contenido mediante V de aiken .80 – 1.00, validez concurrente de

correlación positiva con otras variables y validez de constructo con análisis factorial que indica que las escalas explican y miden la autoestima (Hiyo, 2018).

El inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-2) de Garner mide el trastorno de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa desde 11 años en adelante, duración 20 minutos, tiene 91 ítems, respuestas tipo Likert asigna puntaje 0 nunca, 1 pocas veces, 2 a veces, 3 a menudo, 4 casi siempre y 5 siempre, algunos ítems tienen calificación inversa, se suma para el puntaje total de cada escala y se compara con percentil según la edad, puntuaciones altas indican presencia de síntomas, tiene 11 escalas las principales relacionadas con presencia del trastorno son obsesión por la delgadez, disconformidad corporal, bulimia, las demás describen actitud y conductas del problema alimentario como falta de capacidad, perfección excesiva, suspicacia interpersonal, conciencia corporal interna, miedo a la madurez, impulsividad, inseguridad o timidez social, ascetismo, para el contexto peruano tiene confiabilidad por método dos mitades entre 0.29 y 0.90, en estudiantes de 11 a 17 años, validez 95.8% del contenido de los ítems por criterio de jueces, validez de constructo del análisis factorial exploratorio, consistencia interna, con coeficiente alfa cronbach 0,922 (Mejía, 2017).

El cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-26) de Garner identifica el riesgo del comportamiento alimentario en adolescente y adultos, duración 15 minutos, tiene 26 ítems con cinco alternativas, se asigna puntaje 0 nunca, 0 casi nunca, 1 a menudo, 2 muy a menudo y 3 siempre, excepto ítem 25 es inverso, obteniendo puntuación total, puntajes menores a 20 indican bajo riesgo de indicadores de TCA y puntajes mayores a 20 indican elevado riesgo, tiene 3 subescalas dieta estricta de la cantidad de alimentos, bulimia y preocupación por el peso o calorías de la comida, control de la ingesta oral de alimentos, para el contexto peruano en estudiantes de 12 a 17 años tiene validez de coeficiente V Aiken 0.846 adecuada, estructura interna de la dimensión con los ítems, confiabilidad interna con

alfa de cronbach .78, .72, .75 para cada dimensión tiene adecuada consistencia (Torres, 2022).

2.4 Procedimiento

a) Evaluación: se recoge información para conocer las características, fortalezas, debilidades y patrones de pensamiento, emociones y conductas del paciente (Fernández-Ballesteros, 2013). A través de técnicas de entrevista semiestructurada, observación y autoregistro, además de aplicar instrumentos psicológicos para conocer el estado afectivo y emocional con el cuestionario de depresión infantil y lista de chequeo conductual de la ansiedad, identificar los pensamientos y comportamientos a partir de los indicadores del trastorno de conducta alimentaria con el inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-2) y cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-26).

b) Intervención: es la aplicación de la terapia cognitivo-conductual, elaborando el plan de intervención de acuerdo a los objetivos generales y específicos, lo que permite seleccionar y utilizar técnicas y estrategias para disminuir los pensamientos y conductas disfuncionales de la anorexia nerviosa, durante 14 sesiones, 2 veces a la semana.

c) Seguimiento: evaluar el mantenimiento de las mejoras y aplicación de instrumentos psicológicos para medir los indicadores de la anorexia nerviosa después de la intervención que aportara información para realizar el análisis de los resultados antes y después del tratamiento, elaborar la discusiones y conclusión de los resultados obtenidos.

2.5 Aspectos éticos

De acuerdo a los principios del código de ética del colegio de psicólogos del Perú se busca cumplir con el respeto a la dignidad humana, respetar las decisiones de la paciente, honestidad, eficiencia, idoneidad para el desempeño con la capacitación profesional constante. Asimismo respetar los principios éticos del consentimiento y asentimiento informado en la participación voluntaria o retirarse durante el tratamiento, además del

respeto a la vida, salud y privacidad de datos del participante (CPsP, 2024). Finalmente para la integridad científica se garantiza que los resultados serán analizados sin alterar ningún tipo de información como lo señala el reglamento del Comité de Ética e Integridad Científica (UPNW, 2024), se publicarán los resultados alcanzados así como los logros u objetivos no alcanzados y citando de acuerdo a la American Psychological Association la correspondiente fuente de información de revisión bibliográfica, artículos científicos y autores de instrumentos psicológicos utilizados en la presente investigación (APA, 2020).

2.6 Presentación del caso

Datos de filiación

Nombre:	M
Sexo:	Femenino
Lugar y fecha de Nacimiento:	Lima, 18 de octubre del 2013
Edad:	12 años
Grado de Instrucción:	1er grado de secundaria
Ocupación:	Estudiante
Estado civil:	Soltera
Datos del informante:	R.H. (madre)
Evaluador(a):	Lic. Psic. Díaz Herrera, César Antonio

Motivo de consulta

Madre de paciente refiere cuando no le queda la ropa, se pone a llorar, desesperada, dice “engorde no me queda”, eso ocurre cuando va a salir o cuando está echada al ver su pierna dice “estoy gorda”, se siente triste y dice “creo que engorde”, llora, eso pasa cuatro veces a la semana, dura una hora, es de manera inmediata. Antes de ser internada en julio 2025, porque dejó de comer, hacía mucho ejercicios físicos como abdominales, ejercicios

de cardíaco, disminuyó la cantidad de su almuerzo luego solo comía piña o manzana, deja de alimentarse por lo que la tuvieron que internar durante 10 días”.

Paciente refiere “me siento triste por mi físico, me veo al espejo, estoy subida de peso, debo bajar de peso, estoy gorda, a la gente no les voy a gustar, me van a ver mal, quiero buscar que me vean delgada, duermo o lloro, cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen, no me gustan como se ven, no están delgados como yo quiero, cuando la ropa no me queda, porque compre ropa cuando baje de peso, pero aún la quiero usar y ahora no me queda bien, van hablar de mi físico, no seré agradable, me siento nerviosa también al comer algo dulce tiene alta calorías, voy a engordar, busco comer verduras, ensaladas, pero ahora no tanto, como mi desayuno, almuerzo y comida, ahora como las carnes de pollo y de pescado, quiero evitar las comidas chatarras como dulces, ya no salgo con mi madre o hermana es que creo que van hablar de mi físico ellas o las personas, recuerdo que me decían tienes que bajar de peso, creo lo decían porque me veo mal, lo dijo mi hermana y primos, una vez un compañero del salón me dijo majinbu. Me siento triste 8/10 me pongo a llorar, casi una hora, es algunos días, poco a poco va bajando, dejo que pase solito y ansiedad 9/10, sudo, me tiembla las manos, me muerdo las uñas todos los días”.

Antecedentes relevantes

En el aspecto familiar, desde niña le decían de cariño “gordita” “cachetoncita”, entrando a la etapa de la adolescencia le decían algunos de sus familiares que tenía que bajar de peso, también observo a su hermana algunas veces provocarse vomito. En el ámbito social una vez un compañero del salón le molesto al decirle “majin buu”, además observaba como molestaban a otro niño en el colegio por su peso y contextura con adjetivo como “mayin buu” o que va haber un temblor, esto le generaba tristeza y preocupación por bajar de peso. El problema inicio en febrero del 2025, tenía 11 años y 4 meses, empezó hacer ejercicios, luego continuo con restringir poco a poco la ingesta de alimento como carbohidratos y

proteínas, tampoco dulces, comía algunas frutas como manzana o piña, a los dos meses bajo mucho de peso, se dieron cuenta sus familiares, pesaba 78 kilos y bajo hasta los 52 kilos, su estatura es de 1 metro 53 centímetros, la llevaron a psiquiatría 16 de julio del 2025, tratamiento con medicamentos, sin embargo no tomo las pastillas y no comía, decidieron internarla en el hospital 10 días, en julio del 2025, al ser dada de alta empezó a tomar los medicamentos que eran parte del tratamiento psiquiátrico. Como antecedentes médicos, no tiene problemas de salud o enfermedades, primera vez que acude a tratamiento psiquiátrico en julio 2025, con un peso de 46.200, su estatura de 1 metro 53 centímetros, índice de masa corporal 19.73, el diagnóstico principal de anorexia nerviosa con síntomas depresivos, presentaba amenorrea, sin adenopatias, en la descripción física se observaban prominencias óseas, disminución de tejido celular subcutáneo, con síntomas de ansiedad, el tratamiento consistió en olanzapina 50 mg, fluxetina 20 mg, ácido fólico 0.5 mg, tiamina 100 mg., con todo ello está estabilizada, alimentándose regularmente.

Diagnóstico

Trastorno de la conducta alimentaria de anorexia nerviosa: F50.01 tipo restrictivo, iniciando con dietas rígidas, luego restringir alimentos con alto contenido energético, por miedo irracional de subir de peso, evidenciando la percepción errónea y persistente de su propia contextura, realizando conductas para controlar y disminuir de peso como ejercicio excesivo, no reconociendo la pérdida de peso significativa que pone en riesgo su salud (APA, 2014).

2.6.1 Descripción histórica del caso

En su niñez recuerda que era alegre, sin embargo destaca que sus padres no le preguntaban sobre sus notas, no la felicitaban solo le decían que tenía que mejorar, en el aspecto académico se considera una alumna destacada y cumple con las tareas y exposiciones, sin embargo cuando los exámenes de matemáticas no estaban bien como ella

esperaba pensaba “hago todo mal”, “no soy buena para muchas cosas”, sus notas bajaban solo un poco y volvía a retomar su rendimiento habitual, consideraba que sus padres solo se centraban en decirle que haga sus tareas, explica que se debía que estaban ocupados en sus trabajos, por otra parte en ese entonces aún no pensaba o le preocupaba su contextura, desde que es niña en su familia le decían “gordita”, “cachetoncita” como forma de cariño, entrando a la adolescencia algunos familiares le decían debes bajar de peso, comenzó a pensar que se veía mal, considera que tenía una contextura “rellenita” “no gorda”. En el 2024 un compañero de clases le molesto diciendo “manjin buu”, además observaba que algunos niños molestaban a un compañero de su salón, cada vez que pasaba le decían a su compañero “majin buu” o que va haber un temblor, poco a poco empezó a sentir tristeza al observar esas situaciones de burlas, empezó a preocuparse que debería bajar de peso, asimismo comenzó a ver como ofensivo la manera como le decían “gordita”, “cachetoncita” en su familia, además recuerda que su hermana y primos le decían que debía bajar de peso, comenzó a pensar que no se veía bien, sin embargo no le decía a su familia que no le gustaba que le digan de esa manera, también había observado el año pasado a su hermana algunas veces vomitar para tratar de ser delgada, tuvo la idea que podría hacer lo mismo para ser delgada porque no quería que le sigan diciendo “gordita”, se preocupaba por su contextura y quería bajar de peso para estar delgada. En febrero del 2025, tenía 11 años y 4 meses, ingresaba a Tiktok, empezaron aparecer videos del programa llamado “slavic dolls”, que eran personajes de chicas muy delgadas, tenían como objetivo dejar de comer para no engordar y así llamar la atención y evitar burlas de los demás, a los dos días de verlo empezó hacer ejercicios, continuo con restringir poco a poco la ingesta de alimento como carbohidratos y proteínas, tampoco dulces, comía algunas frutas como manzana o piña, a los dos meses bajo mucho de peso, se dieron cuenta sus familiares, antes considera que era rellenita, pero tampoco de contextura gruesa, pesaba 78 kilos y bajo hasta los 52 kilos, su

estatura es de 1 metro 53 centímetros, ingería poca comida, a veces al comer poca comida se provocaba 2 o 3 veces vómitos, comía ensaladas, tomaba mucha agua lo que generaba que venga el vómito, la llevaron a psiquiatría 16 de julio del 2025, aproximadamente venía con este problema 3 meses, se le receto un tratamiento con medicamentos, sin embargo no tomo las pastillas y llevaba varios días sin comer aproximadamente más de una semana, por lo que estuvo internada en el Hospital Essalud por 10 días, desde en julio del 2025, al ser dada de alta, aún sentía culpa por comer, sin embargo empezó a tomar los medicamentos que eran parte del tratamiento psiquiátrico.

Acude a tratamiento psiquiátrico en julio 2025, con un peso de 46.200, su estatura de 1 metro 53 centímetros, índice de masa corporal 19.73, con diagnóstico principal de anorexia nerviosa, además síntomas depresivos, examen físico evidencio amenorrea, sin adenopatías, prominencias óseas, disminución de grasa subcutánea en el tejido de la piel, síntomas de ansiedad, el tratamiento consistía en olanzapina 50 mg, fluxetina 20 mg, ácido fólico de 0.5 mg y tiamina de 100 mg, además con la indicación de establecer una dieta saludable diaria de desayuno como huevo sancochado, pan con palta, leche o avena, en el almuerzo proteínas como pollo, pescado, pavita, carbohidrato como arroz, fideos, ensaladas, en la cena un poco de pollo y arroz, también entre las comidas frutas, asimismo la paciente refiere que cuando tiene hambre le pide a su madre que le prepare algo, con todo ello está estabilizada, alimentándose regularmente, sin embargo aún continua la ansiedad por lo que restringe dulces, a pesar que refiere que le gustan, persisten los pensamiento distorsionado sobre la contextura y miedo a engordar por lo que acude por primera vez a psicología actualmente.

Historia del paciente

En su historia de desarrollo, la madre durante el embarazo estuvo tranquila emocionalmente y sin problemas físicos o enfermedades, fue deseada por ambos padres. En el parto, nació a los 9 meses, con buen estado de salud, no tardo en llorar, peso 3.60 kilos, 51 cm., no tuvo enfermedades desde el nacimiento, sin asfixia, sin convulsiones, cordón umbilical no estuvo enredado en el cuello. En la primera infancia nunca estuvo hospitalizada, no tuvo problemas en la alimentación, lenguaje primera palabra a los 11 meses, no tuvo dificultad en pronunciar palabras, elaborar oraciones simples entre los 4 a 5 años, en la motricidad no gateo, se sentó a los 9 meses, se paró al año, camino al año y 6 meses, dejó el pañal 11 meses por muchos gastos de comprar el pañal, le hacían orinar, a los tres años logro control de vejiga sin problemas.

Con respecto a su historia de educación, a los 5 años, la primera vez que acude a inicial lloro los primeros días, no quería quedarse pero en los siguientes días pudo acostumbrarse e ir alegre, su rendimiento académico en primaria le va bien, es promedio, nunca ha repetido. Su comportamiento cuando estaba en el salón de clases en inicial y en primaria era disciplinada, obediente, tranquila, no es de corretear, si algo quiere pide permiso, su comportamiento con los demás alumnos en el salón de clases se lleva bien, no discute con los demás y en el recreo sale con los demás a jugar. En quinto y sexto grado se burlan de ella una vez por su contextura, observa que unos niños se burlan de otro compañero por su contextura o peso, al decirle “majinbu” y cuando pasaba decían “va haber un temblor”, eso no le gusta a ella y se sentía mal o triste, tiene un rendimiento académico regular, cumple con las tareas y exposiciones, le gusta ir al colegio.

En su historia social, en su niñez tenía amistades, era tranquila, sentada en reuniones ni se paraba, preguntaba si podía pararse o ir al baño, no correteaba, al comer se mantenía sentada, al hacer las tareas también, muy responsable, no se enojaba, si se enojaba era por

un momento y se le pasaba, esperaba tranquila no era insistente, se mantenía concentrada al hacer sus tareas, también atenta al hablarle en conversaciones o seguir instrucciones, no interrumpía conversaciones, todo lo que iba a llevar al colegio lo tenía listo, era bien obediente, le gusta hablar con los demás, tiene amistades. En su adolescencia tiene amistades, le gusta conversar con sus amigos, juega con su amiga a veces Roblox, le gustaría salir a jugar básquet, le gusta dibujar, pintar, sin embargo a partir del problema alimentario empezó a disminuir su interés en las actividades sociales, ser más reservada, evitar salir, preocuparse de lo que los demás piensen sobre su contextura.

Como antecedentes de trastorno emocional o mental en la familia no tiene ninguno como esquizofrenia, ataques de pánico, autismo, hiperactividad, convulsiones, problemas de lengua o aprendizaje, etc., sin embargo su hermana mayor algunas veces tenía conductas de vomitar en el 2024, refería que no quería engordar o que se sentía muy llena al comer, era muy pocas veces que lo hacía, no tuvo consecuencias negativas en su salud y dejó de hacerlo, la paciente presenciaba estas conductas.

No ha pasado por ningún proceso de duelo o pérdida de fallecimiento de algún ser querido.

Tampoco ha tenido ningún tipo de accidentes, ni golpes en la cabeza ni desmayos, tampoco accidentes o eventos traumáticos.

En la salud, no ha tenido problema de salud físicos graves y/o crónicos, ni alteraciones somáticas, tampoco dolores crónicos, no operaciones quirúrgicas, presenta algunas veces alergia como picazón.

En la historia menstrual, primera menarca a los 11 años, estaba informada, no fue inesperado, son regulares menstruaciones, siente dolor y cambia su estado de ánimo.

Sus principales hábitos de intereses son pintar, jugar vóley, bailar.

Con respecto a la historia familiar, vive con su madre y hermana con 20 años de edad, su padre no vive junto con ellas desde hace 10 años, la visita una vez a la semana porque empezó a trabajar más seguido, antes la visitaba de manera más continua, dos veces a la semana, la llama por teléfono.

El padre tiene 41 años de edad, su grado de instrucción es secundaria completa, trabaja en una empresa, la paciente lo describe como amable, solidario, respetuoso, humilde, se llevan bien, como principales actividades que realizan es salir a pasear, sus consejos o mensajes son “no te debe importar lo que digan los demás y sigue con tu vida”, considera que es hábil o bueno en matemáticas, como situaciones agradables son pasar cumpleaños juntos, ir de viaje, como situaciones desagradables a veces cuando tomaba alcohol le dolía la cabeza y al verlo así la paciente sentía tristeza, finalmente en otras situaciones al desobedecer su reacción era de aconsejar y le repetía que debe de hacer caso, no le preguntaba sobre sus notas, no la felicitaba, destacaba el hecho de seguir haciendo sus tareas y mejorar.

La madre tiene 40 años de edad, ama de casa, su grado de instrucción es primaria completa, la paciente describe a su madre como alegre, divertida, graciosa, amable, como actividades que realizan juntas es acompañarla al trabajo, comen juntas, salir a pasear, su consejo o mensajes actualmente son “come saludable”, “te debes de cuidar”, su habilidad es cocinar muy bien, como situaciones agradables son al salir de paseo, las situaciones desagradables ninguna, al desobedecer su reacción es de gritar para llamar la atención al decirle que le haga caso, con respecto a sus notas se centraba en recordarle que haga sus tareas, y consideraba que era alumna destacada y cumplir con las tareas y actividades del colegio.

Su hermana tiene 20 años de edad, realiza labores de venta de comida, grado de instrucción secundaria completa, la describe como tranquila, buena persona, algunas veces

ha sido desobediente, se llevan bien, no hacen muchas actividades juntas, como situaciones agradables cuando comparten tiempo al ir al parque, situaciones desagradables ninguna, sin embargo por un tiempo se provocó vómito, dejó de hacerlo, refiere para ser delgada, algunas veces le mencionaba que debía bajar se pesó.

2.6.2 Observación de conducta

Descripción física en las primeras sesiones, es una adolescente que aparenta su edad cronológica, tiene una contextura muy delgada, su cabello es largo color negro, su aliño personal es poco arreglado, en su vestimenta utiliza ropa como casaca tipo polar, pantalón tipo buzos que le quedan anchos, están acorde al clima.

En la descripción de su conducta, se muestra lúcida, orientada en tiempo, persona y lugar, responde a su nombre, tiene una marcha lenta, postura semi encorvada o cabizbaja, tiene actitud colaboradora como apertura a la conversación, establece contacto visual, tiene interés y motivación en responder a las preguntas de la entrevista, contar su experiencia y en realizar las pruebas psicológicas, mostrando sostener la atención y comprender las consignas o instrucciones. En el relato del problema con relación a recordar hechos de su peso y contextura muestra tensión, incomodidad, mirada hacia abajo o a los lados, tono de voz bajo, movimiento de piernas, en algunos momentos se muerde la uñas por breves momentos, muestra silencio breve estando pensativa, sin embargo siempre responde y expresa sus emociones y pensamientos. Finalmente muestra conciencia del problema, y muestra su interés de mejorar.

Examen mental

Con relación al examen mental está orientada en fechas, en la ubicación donde se encuentra en el momento de la entrevista, su memoria inmediata es adecuada al recuperar recuerdos diferido sin dificultad, asimismo adecuada memoria a corto y largo plazo de sus experiencias, con una expresión del lenguaje claro, discurso con ilación de ideas y contenido

coherente, fluidez verbal adecuada, en su relato existe relación entre su expresión verbal y no verbal. Mantiene la atención y concentración puede realizar cálculo mental y seguir instrucciones o conversaciones. Finalmente en la retención y copia de figuras tiene una adecuada capacidad viso espacial. Se puede concluir de acuerdo a la observación y entrevista según criterio clínico impresiona con inteligencia promedio, adecuados procesos de memoria y de atención, lenguaje adecuado y pensamiento acorde a su edad de operaciones formales para manejo de concepto abstracto, establecer hipótesis, probabilidades (Piaget, 1991; Kaplan et al., 2000).

2.6.3 Evaluación psicológica

Área de inteligencia

En el área de inteligencia se aplicó el test Factor “G” de Catell, la evaluada obtuvo un cociente intelectual general de 89 que corresponde a categoría normal promedio bajo, percentil 20, eneatipo 03, el mejor rendimiento lo obtuvo en test de series con 58%, seguido con 50% en matrices y condiciones, el menor rendimiento fue el test de clasificación con 28%, lo cual representa en general habilidad cognitiva y capacidad intelectual acorde o esperada para su edad. Los resultados indican que su principal fortaleza se encuentra en el razonamiento secuencial para identificar la regla que guía el cambio en los estímulos, asimismo capacidad de razonamiento analógico para establecer relaciones y analizar de manera sistemática la información, además la capacidad sensorio perceptual demostrando flexibilidad cognitiva, finalmente su debilidad radica en la capacidad de abstracción para hacer razonamiento inductivo, discriminando y comparando los atributos de los estímulos. Este resultado sugiere que puede comprender instrucciones lógicas o estructuradas, sin embargo le cuesta más esfuerzo entender instrucciones muy complejas o teóricas que requieran una alto nivel de abstracción.

Área de organicidad

En el área de organicidad se aplicó el test de retención visual de Benton, con la presentación de estímulos forma C para reproducir después de 10 segundos cometió tres errores que equivale a un 11%, uno de distorsión e inexacta, uno de rotación y un desplazamiento. Este resultado indica un desempeño dentro de la normalidad evidenciando ausencia de daño neurológico, al no haber omisiones y perseveraciones que indicarían olvidos o repeticiones, por lo tanto indicaría que la evaluada puede percibir las formas de la figuras, mantenerlas en su memoria visual a corto plazo y ejecutar reproducción de un dibujo adecuado al modelo utilizando sus habilidades visoconstructivas, lo que permite desempeñarse y desenvolverse de manera eficaz en su entorno cotidiano como guiarse y recordar direcciones, ubicar objetos, calcular distancias, identificar símbolos y reproducirlos de manera adecuada en la escritura.

Área afectiva

En el área afectiva se aplicó el cuestionario de depresión infantil (ver Anexo 1), obteniendo un puntaje de 24 que indica nivel de intensidad moderado, su estado de ánimo es de constante tristeza e irritabilidad, sus pensamiento mayormente se componen de ideas de culpa, desvalorización de sí misma por ideas negativas sobre si misma con relación a su contextura y peso, con pensamientos de “estoy subida de peso”, “debo bajar de peso”, “estoy gorda”, “a la gente no les voy a gustar” “me van a ver mal”, por lo que no le gusta su contextura y peso, además no cree que alguien la quiera, todo ello está alterando negativamente su sueño, apetito y energía como dificultad para conciliar el sueño, cansancio, con conductas de aislamiento y distanciamiento de la interacción social de reuniones, actividades o conversaciones con familiares y amistades, por otro lado como factor protector no refiere ideas de suicidio. Este resultado sugiere que experimenta un episodio moderado depresivo al presentar desanimo la mayor parte del tiempo, cansancio, disminución de su

disfrute e interés en sus actividades cotidianas y sociales además le cuesta esfuerzo hacer sus actividades.

Área emocional

En el área emocional se aplicó la lista de chequeo conductual de la ansiedad (ver Anexo 2), donde obtuvo un puntaje de 17 indicando nivel de ansiedad marcado o significativo de síntomas constantes de alta intensidad que alteran su desempeño en la vida cotidiana de la evaluada haciéndole difícil mantener la tranquilidad, por lo que evidencia en el aspecto fisiológico rápida activación del sistema nervioso simpático de aumento de latidos del ritmo cardíaco, sensación de desmayarse, presión en el pecho, debilidad, sentirse temblorosa en manos y piernas, sudor en sus manos que indicaría estar en constante alerta, en el aspecto cognitivo sus pensamientos son de preocupación excesiva con ideas que le vaya mal en la escuela, además de pesimismo al anticiparse frecuentemente que se burlen de ella reflejando sentirse insegura de manera constante, en el aspecto conductual suele utilizar la evitación para reducir su ansiedad lo que no le permite afrontar el miedo, estando en constante hipervigilancia o alerta que no se cumplan sus miedo de aumentar de peso o burlas, además de aprender hábitos inadecuado como morderse la uñas que reflejan mucha tensión acumulada. Este resultado sugiere que se encuentra muy sensible ante las críticas de su entorno y pensamientos sobre su contextura, además de dirigir su atención a los síntomas de ansiedad que le es difícil de manejar.

Área socioemocional

En el área de competencia emocional y social se aplicó el inventario de inteligencia emocional de Bar-On (ver Anexo 3), presenta en general nivel promedio asimismo en la competencia interpersonal, adaptabilidad, nivel alto en impresión positiva, por otra parte con nivel bajo en competencia intrapersonal, y manejo de estrés. Los resultados indican que su principal fortaleza es comprender a los demás por su empatía así lograr y mantener una

interacción social con los demás que le permitiría iniciar y mantener amistades, integrarse al grupo, se siente capaz de integrarse a las actividades sociales, por lo que puede ajustar sus conductas para adaptarse a las reglas o patrones sociales de su entorno. Por otra parte su debilidad se encuentra en comprender sus sentimientos y emociones, por lo que le cuesta manejar sobre todo las situaciones estresantes que son muy exigentes o de mucha presión utilizando estrategias no eficaces como evitación, aislarse, centrarse en los pensamientos negativos en vez de reflexionar, buscar soluciones y apoyo, evidenciando dificultad en regulación de emociones y en búsqueda de soluciones. Finalmente esto sugiere que demuestra capacidad para desenvolverse de manera adecuada en su entorno por otra parte trata de mostrar ante los demás la mejor imagen de sí misma por buscar la aprobación, demostrando su inseguridad, siendo difícil regular sus emociones desagradables ante situaciones de presión o mucha exigencia.

Área de autoestima

En el área de autoestima se aplicó el inventario de autoestima de Coopersmith (ver Anexo 4), presenta en general un nivel bajo, en el ámbito social y escolar tiene nivel promedio, por otra parte tiene nivel bajo en el ámbito familiar, físico y concepto de sí misma. Estos resultados indican que se siente satisfecha y capaz de tener un buen desempeño y confiar en sus habilidades en enfrentar los desafíos académicos y sociales, sin embargo su valoración personal está debilitada estructurando un concepto principalmente negativo de sí misma sobre todo de su imagen de su contextura corporal y peso, que no le permite enfocarse completamente en sus logros y otras virtudes o cualidades, finalmente en el ámbito familiar considera que los comentarios que se referían a su contextura lo evalúa como crítica sintiendo que no la comprenden en su malestar por lo que refuerza las ideas que debe modificar la contextura de su físico para ser valiosa ante los demás. Esto sugiere que si bien se siente satisfecha con sus capacidades académicas y sociales, la manera como busca su

valía personal la orienta en la búsqueda de aprobación de los demás para sentirse valorada a partir de considerar que la única manera es el cambio en su apariencia física de su contextura.

Área de personalidad

En el área personalidad se aplicó el inventario de personalidad de Eysenck obtiene en escala de veracidad (L) puntaje 4 que corresponde a ser válido, en la dimensión introversión - extroversión (E) tiene puntaje 11 que la ubica en tendencia a la introversión y en dimensión estabilidad - inestabilidad (N) tiene puntaje 11 se ubica en ser estable. Los resultados indican que fue sincera en responder y describirse en como generalmente suelen ser sus características, inclinándose hacia la introversión por lo que prefiere ambientes de tranquilidad, para poder reflexionar con calma, decidir sus acciones, prefiere grupos pequeños para la interacción social lo que implica que no busca mucha estimulación de su entorno, asimismo tiende a ser estable en sus emociones por lo que no hay cambios bruscos o repentino de su estado de ánimo y reacciones emocionales. Esto sugiere que tiende a un temperamento orientado hacia la calma, poca expresividad de sus sentimientos y poca reacción inmediata de sus emociones, lo que genera poco conflictos con su entorno, prefiere escuchar y la tranquilidad, por otra parte le puede ser difícil tomar decisiones o llegar a la proactividad al preferir más rumiar sus pensamientos que actuar.

Área de conducta alimentaria

En el área del problema de conducta alimentaria se aplicó el inventario de trastorno de la conducta alimentaria de Garner (ver Anexo 5), tiene puntaje directo total 111 que indica una alta presencia o significativo de indicadores de trastornos de conducta alimentaria. En las escalas de nivel alto se encuentran obsesión por buscar la delgadez, malestar en su contextura corporal, miedo a enfrentar la madurez, conciencia interna corporal, perfeccionismo, las escalas de nivel promedio son bulimia, impulsividad, inseguridad o

timidez social y en tendencia baja la escala ascetismo. Los resultados indican que existen escalas específicas que están manteniendo el problema como la obsesión de buscar la delgadez evitando comer dulces al ser alimentos de altas calorías, siempre está pensando en la dieta, luego de comer se siente con culpa, lo que evidencia su insatisfacción con respecto a su cuerpo especialmente su estómago, muslos, brazos que considera muy gruesos, además existe miedo a la madurez de enfrentar los cambios físicos y psicológicos en la adolescencia que implican exigencias y desafíos sociales y familiares, le dificulta identificar estas sensaciones emocionales y físicas como la ansiedad lo que le genera confusión o miedo de sentirlo, asimismo está muy enfocada en sus sensaciones físicas de sentir hinchado su estómago después de cada comida y la manera de afrontar es ineficaz, orientando su esfuerzo o estrategia al perfeccionismo para sentirse valorada y no decepcionar a los demás. Finalmente las escalas de nivel promedio y tendencia baja indican que a veces tiene ideas de comer demasiado pero difícilmente lo realiza por lo que no sería un síntoma principal, además se siente con capacidad de interactuar con su entorno aunque algunas veces se sienta presionada por posibles comentarios u observada en su físico. Todo ello sugiere que busca de manera rígida la perfección en la contextura de delgadez para sentirse valorada, le dificulta entender sus emociones y sensaciones físicas, por lo que busca bajar de peso como medio para enfrentar sus miedos a la presión o retos que implican la madurez en la adolescencia.

Finalmente en el cuestionario de actitudes ante la alimentación (ver Anexo 6) presenta puntaje 22 que representa un riesgo elevado de un trastorno de conducta alimentaria que se relaciona con conductas y pensamiento que la paciente presenta y describe de anorexia nerviosa de conductas restrictiva a los alimentos, poca autonomía o control sobre sus emociones, ha presentado conducta compensatorias, sin atracones de comida además antecedente de haber sido hospitalizada. Los resultados indican que tiene preocupación excesiva por su peso y contextura, presentado conducta restrictiva empezando con dietas

muy estrictas, evitar comer dulces o alimentos que contengan azúcar, hacer ejercicios excesivos de cardio para evitar aumentar de peso, teniendo el sentimiento de perder el control de alimentarse para disfrutar la comida sino que es por la decisión de disminuir la sensación de ansiedad y su miedo sobre aumentar de peso, luego al sentirse culpable realiza conductas de purga como tomar laxantes y diuréticos todos los meses, se provocó vómitos dos veces tomando mucha agua como medio de compensación, disminuyendo su grasa corporal, todo ello poco a poco la llevo a dejar de alimentarse por varios días aproximadamente más de una semana por lo que tuvo que ser internada en un hospital el 19 de julio 2025.

Diagnóstico

Trastorno de la conducta alimentaria de anorexia nerviosa: F50.01 restrictivo (APA, 2014).

Criterio A, en julio 2025 se incrementa la restricción de ingesta de alimentos además ejercicios excesivos, uso de laxante siendo más intenso durante 3 meses, bajando de peso notoriamente, dejando de comer alimentos por varios días generando internamiento en hospital (APA, 2014).

Criterio B, tiene pensamientos disfuncionales como “debo bajar de peso”, “estoy gorda”, “no les voy a gustar, me van a ver mal”, “cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen”, “no me gustan como se ven”, “no están delgados como yo quiero”, “van hablar de mi físico”, “no seré agradable”, “tiene alta calorías”, “voy a engordar”, “me veo mal”, con relación al miedo de aumentar de peso, disminuyendo su estado de ánimo e incrementando reacción y conductas de ansiedad, que la llevan a disminuir la ingesta de comidas y dulces, que la llevaron anteriormente hasta dejar de comer por varios días, realizar ejercicios por muchas horas para compensar el aumento de peso y continua a pesar que va disminuyendo notoriamente su peso (APA, 2014).

Criterio C, tiene miedo y preocupación sobre el aumento de peso, restringiendo ingesta de alimentos, además de percepción de verse con aumento de contextura y peso a pesar de la disminución de su peso y que ello ponga en riesgo su salud (APA, 2014).

2.7 Intervención cognitivo-conductual

Análisis funcional de las conductas

Estimulo discriminativo (Ed)	Respuestas o conducta (R)	Estimulo reforzador (Er)
Externo: Mirarse en el espejo.	Emocional: ansiedad. Fisiológico: sudoración y manos temblorosas.	Interno: Evita salir o quedarse en su cuarto (R-) Morderse las uñas (R+)
	Cognitivo: “debo bajar de peso, estoy gorda, no les voy a gustar, me van a ver mal”	Frecuencia: todos los días los pensamientos aprox. 3 veces y conductas aprox. 4 veces. Duración: pensamientos aprox. una hora, conducta 6”
	Conducta: Encerrarse en su cuarto y morderse las uñas.	Latencia: Inmediato Intensidad: ansiedad 10/10
Externo: Observar sus piernas, brazos y abdomen.	Emocional: tristeza. Fisiológico: disminución de energía, disminución de apetito.	Externo: Ver en las redes sociales chicas que dan consejos de cómo ser delgadas (R+) Frecuencia: todos los días los pensamientos aprox. 3 veces y conductas aprox. 5 veces.
	Cognitivo: “cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen, no me gustan como se ven, no están	

delgados como yo quiero”

Duración: Aprox. una

Conducta: llorar, echarse

hora

en la cama hasta quedarse

Latencia: Inmediato

dormida o ver redes

Intensidad: tristeza 08/10

sociales

Externo:

Emocional: ansiedad

Interno:

Cuando va a salir con su

Evita salir y quedarse en su

mama o hermana y la ropa

Fisiológico: sudoración y

cuarto (R-)

no le queda.

manos temblorosas,

Morderse las uñas (R+)

tensión.

Frecuencia: casi todos los

Cognitivo: “van hablar de

días pensamientos y

mi físico, no seré

conductas aprox. 3 veces

agradable”

Duración: Aprox. una

hora

Conducta: evitar salir e

Latencia: Inmediato

inquietud morderse las uñas

Intensidad: ansiedad

08/10

Externo:

Emocional: ansiedad

Interno:

Al comer algo dulce.

Evitar comer dulces (R-)

Fisiológico: sudoración y

Hacer ejercicios físico en

manos temblorosas.

exceso (R+)

Cognitivo: “tiene alta

Frecuencia: todos los días

calorías, voy a engordar”

pensamientos aprox. 3

Conducta: disminuir la

veces y conductas 3 veces

cantidad de su almuerzo,

y 6 veces.

evitar los alimentos dulces

Duración: pensamientos

(postres, chocolate,

aprox. una hora

gaseosa, galletas)

Latencia: Inmediato

Intensidad: ansiedad

10/10

Interno: Recuerdo cuando mi hermana, primos me decían tienes que bajar de peso.	Emocional: tristeza, ansiedad. Fisiológico: disminución de energía y apetito, sudoración y manos temblorosas. Cognitivo: “me veo mal” Conducta: disminuir la cantidad de alimentos, hacer ejercicios físico excesivo como abdominales o de cardíó.	Externo: Sus familiares dejan de decirle gordita al verla bajar de peso (R-) Frecuencia: conducta aprox. 3 veces todos los días Duración: aprox. una hora Latencia: inmediato Intensidad: tristeza 08/10, ansiedad 09/10
---	---	---

2.7.1 Objetivos de intervención

Objetivo general:

- Disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa así como mejorar el estado de ánimo y reducir síntomas de ansiedad relacionados a pensamientos disfuncionales del miedo sobre el incremento de peso y distorsión de la contextura a través de la intervención cognitivo-conductual.

Objetivos específicos:

- Fortalecer el compromiso y confianza de la paciente en las actividades de psicoterapia, asimismo el apoyo de los padres para los objetivos de la terapia.
- Comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas que mantienen el trastorno de alimentación de anorexia nerviosa.

- Identificar y modificar pensamientos irracionales con debate de creencias irracionales y elaboración de creencias racionales.
- Identificar los reforzadores que incrementan su estado de ánimo a partir de ejecutar actividades importantes y agradables para la paciente.
- Fortalecer su aceptación incondicional además reforzar un concepto adecuado de sí misma.
- Identificar y gestionar la reducción de la reacción fisiológica de ansiedad.
- Disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos que le generan miedo.
- Disminuir y modificar hábitos inadecuados de morderse las uñas.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento a problemas o estresores cotidianos.
- Valorar la mejora de conductas y elaborar plan de prevención de recaídas para el mantenimiento de las mejoras.

2.7.2 Programación de sesiones de intervención

Sesión	Duración	Objetivo	Técnica	Indicador de logro	Materiales
01	45 minutos	Fortalecer el compromiso y confianza de la paciente en realizar las actividades de psicoterapia y el apoyo de familiares para alcanzar los objetivos de la terapia.	Psicoeducación.	Comprensión y aceptación del consentimiento informado y compromiso terapéutico.	Hojas, imágenes Consentimiento informado Compromiso terapéutico
02	45 minutos	Comprender la relación entre los pensamientos, emociones y conductas que mantienen la anorexia nerviosa.	Psicoeducación, columna ABC, metáfora, actividad para casa.	Dar un ejemplo de cómo los pensamientos generan el problema de la restricción de la conducta alimentaria.	Imágenes Hojas
03	45 minutos	Identificar y debatir pensamientos irracionales sobre la problemática de anorexia nerviosa.	Psicoeducación, columna ABC, debate de creencias socrático, actividad para casa.	Organiza las situaciones, pensamientos y emociones en el registro de pensamiento e identifica pensamiento irracional.	Imágenes Hojas
04	45 minutos	Identificar y debatir creencias irracionales para elaboración de creencias racionales.	Técnica registro de pensamiento, debate socrático, actividad para casa.	Da ejemplo de evidencia que cuestiona la idea irracional. Elabora un pensamiento alternativo.	Hojas imágenes

05	45 minutos	Identificar los reforzadores que incrementan su estado de ánimo a partir de ejecutar actividades agradables.	Psicoeducación, activación conductual, actividad para casa.	Elabora lista de actividades agradables. Conecta la actividad con el nivel de valoración de agrado 0 – 10 Organiza las actividades en un horario.	Hojas imágenes
06	45 minutos	Fortalecer un concepto adecuado de sí misma.	Psicoeducación, actividad para casa.	Realiza lista de logros y cualidades en cada ámbito de su vida. Establece un nuevo concepto adecuado de sí misma. Identifica características que le agradan de sí misma.	Hojas imágenes
07	45 minutos	Fortalecer su aceptación incondicional.	Psicoeducación, columna ABC, debate de creencias, actividad para casa.	Identifica la desvalorización que se hace y se compromete a fortalecer la aceptación de sí misma.	Hojas imágenes
08	45 minutos	Identificar y gestionar la reducción de la reacción fisiológica de ansiedad.	Psicoeducación, técnica relajación diafragmática, actividad para casa.	Identifica las señales de ansiedad. Describe los pasos de la relajación. Diferencia la relajación de la tensión al valorar 0 -10	Hojas imágenes
09	45 minutos	Disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos producto del miedo a	Técnica exposición, metáfora, actividad para casa.	Se compromete a ingerir una porción de dulce, siendo más flexible en su regla de control de alimentos.	Hojas imágenes

		engordar.		Identifica y previene conductas compensatorias de ejercicios excesivos. Califica la disminución de la ansiedad 0 - 10	
10	45 minutos	Disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos producto del miedo a engordar.	Técnica exposición, metáfora, actividad para casa.	Se compromete a ingerir una porción de dulce, siendo más flexible en su regla de control de alimentos. Identifica y previene conductas compensatorias de ejercicios excesivos. Califica la disminución de la ansiedad 0 - 10	Hojas imágenes
11	45 minutos	Disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos producto del miedo a engordar.	Técnica exposición, metáfora, actividad para casa.	Se compromete a ingerir una porción de dulce, siendo más flexible en su regla de control de alimentos. Identifica y previene conductas compensatorias de ejercicios excesivos. Califica la disminución de la ansiedad 0 - 10	Hojas imágenes
12	45 minutos	Disminuir el hábito inadecuado de morderse las uñas.	Entrenamiento en autoinstrucciones, metáfora, actividad para casa.	Identifica la frecuencia, duración y cantidad del hábito inadecuado. Identifica situación en la que aparece el hábito inadecuado. Se compromete a monitorear el cambio mediante un registro diario.	Hojas imágenes

				Utiliza estrategias para hacer consiente el hábito inadecuado.	
				Establece listas de motivación para el cambio.	
13	45 minutos	Fortalecer estrategias de afrontamiento a problemas o estresores cotidianos.	Psicoeducación, técnica solución de problemas, comunicación asertiva, actividad para casa.	Identifica un problema cotidiano sin centrarse en las interpretaciones y busca alternativas de solución para ejecutarlas como uso de asertividad.	Hojas imágenes
14	45 minutos	Valorar la disminución de síntomas y elaborar plan de prevención de recaídas para el mantenimiento de las mejoras.	Entrevista, observación de conducta, psicoeducación, plan de prevención de recaídas.	Realiza una lista de logros alcanzados y cambios que observa en su conducta antes y después del tratamiento. Identifica señales que le den una alerta de una posible recaída. Conoce que estrategias realizar del plan de prevención de recaídas. La paciente verbaliza su sentimiento de mejoría.	Hojas imágenes

2.7.3 Desarrollo de sesiones de intervención

Sesión 01

Se da la bienvenida a M al inicio de la terapia.

La primera sesión tuvo como objetivo fortalecer el compromiso y confianza de la paciente en realizar las actividades de psicoterapia durante las sesiones y en el transcurso de los días hasta la próxima sesión, además de fortalecer el apoyo de su madre en comprender la problemática y en el apoyo para alcanzar los objetivos de la terapia. Para ello se realizó psicoeducación a partir del dialogo expositivo se proporciona información a la paciente sobre su problemática relacionarlo con la importancia de la terapia para la mejoría, comprendiendo las causas, aprendizaje y mantenimiento del problema de la anorexia nerviosa, asimismo al ser un diálogo se realiza preguntas abiertas para conocer la opinión y experiencia de la paciente fomentando su participación activa, con el fin de generar tomar conciencia de sus propias conductas y pensamientos que están relacionados al trastorno y que existen maneras de poder modificarlo para el bienestar y prevenir riesgos para su salud y lograr sus objetivos de manera más adecuada. Se utilizaron imágenes para describir esta problemática de la anorexia nerviosa. Luego se continúa con el compromiso y contrato terapéutico en el cual se explica a la paciente los objetivos y la importancia de cumplirlos para la mejoría sostenida del bienestar psicológico, asimismo a la madre de la paciente para su apoyo en los objetivos de la terapia, se brinda orientación sobre la problemática, al no ser una conducta intencional y con un proceso de recuperación progresivo, asimismo supervisión de su alimentación, permitiéndole la elección de porción balanceada, además de comunicar a los demás familiares de incentivar la comunicación de escucharla, no juzgar sus opiniones o sentimientos, sin críticas o comentarios dirigidos sobre la contextura y programar tiempo para realizar actividades familiares. Finalmente como indicador de logro

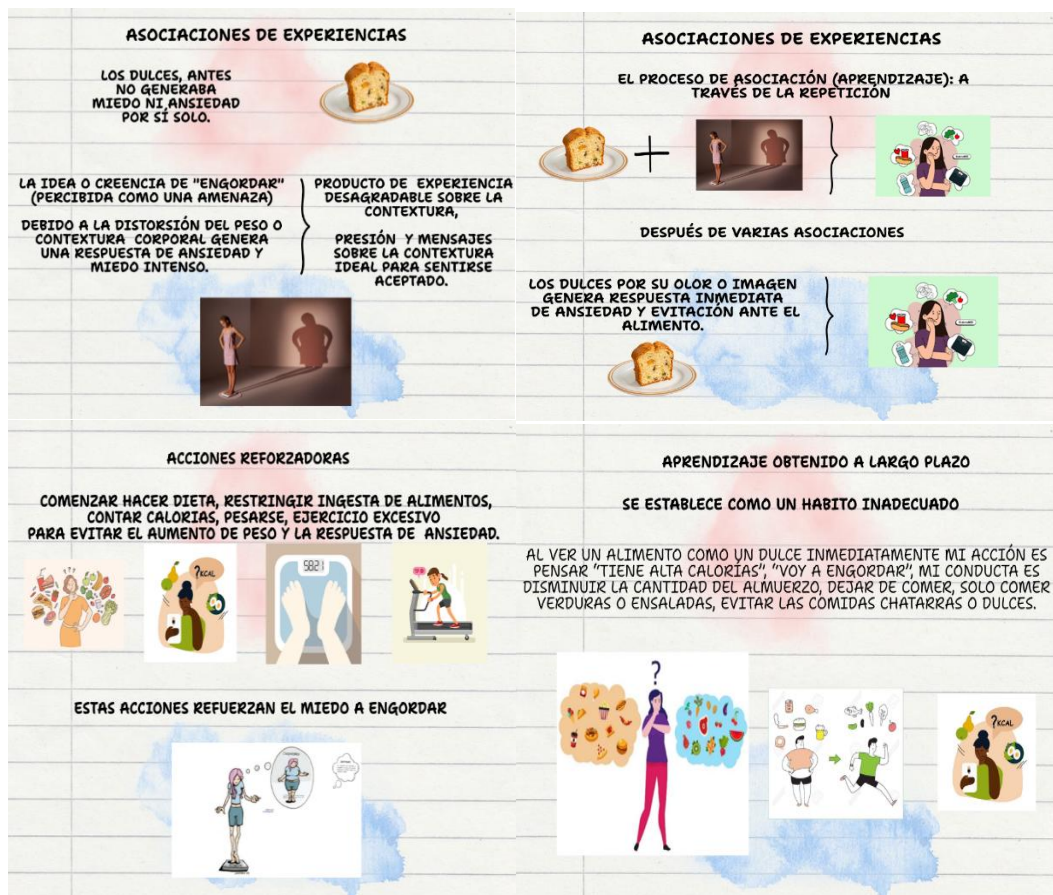
la paciente y su madre comprenden y aceptan el consentimiento informado y compromiso terapéutico, registrando su firma y nombre en el documento.

Figura 1. *Comprensión del trastorno de conducta alimentaria*



Nota: Contenido de DSM-5 (2014)

Figura 2. *Desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa*



Nota: Contenido García et al. (2023)

Figura 3. *Comprensión de los hábitos inadecuados*



Nota: Contenido Gagliesi y Rodríguez (2023)

Figura 4. *Alimentación balanceada*



Nota: Diseño propio

Figura 5. *Compromiso terapéutico*

COMPROMISO TERAPÉUTICO

Yo, _____, me comprometo de manera voluntaria acudir al proceso de terapia psicológica cumpliendo las siguientes indicaciones:

- Asistir a las sesiones de psicoterapia.
- Es importante para mi mejoría y bienestar realizar las actividades o tareas asignadas como parte de la estrategia de la psicoterapia.
- Puedo solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
- Estaré informada o se me explicará sobre cada objetivo realizado en cada sesión de terapia.
- Si tengo alguna duda sobre el proceso de psicoterapia puedo solicitar mayor información.
- Se me explico en que consiste el proceso de evaluación y psicoterapia, la duración aproximada de la psicoterapia.
- El siguiente compromiso terapéutico tiene validez hasta ser dada de alta o de manera voluntaria decida retirarme.
- Toda información tratada en la sesiones de terapia son de carácter privado y confidencial.

Madre/padre apoderado

Psicólogo

Nota: Diseño propio

Sesión 02

El objetivo de la segunda sesión consistió en comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas que mantienen la anorexia nerviosa. Mediante psicoeducación realizando dialogo expositivo se proporciona información a la paciente sobre la relación de los pensamientos con las emociones y conductas a través de una metáfora en la cual tiene el control del timón del bus pero si deja que lo tomen los pensamientos irracionales el camino será muy inestable sin embargo tiene la capacidad de retomar el control del viaje, además se utilizó ejemplos en la columna ABC, asimismo al ser una conversación se realiza preguntas para la retroalimentación fomentando su participación activa, con el fin diferenciar pensamientos irracionales vs racionales, y relacionarlos al problema de la anorexia nerviosa, los cuales generan emociones muy intensas y conductas

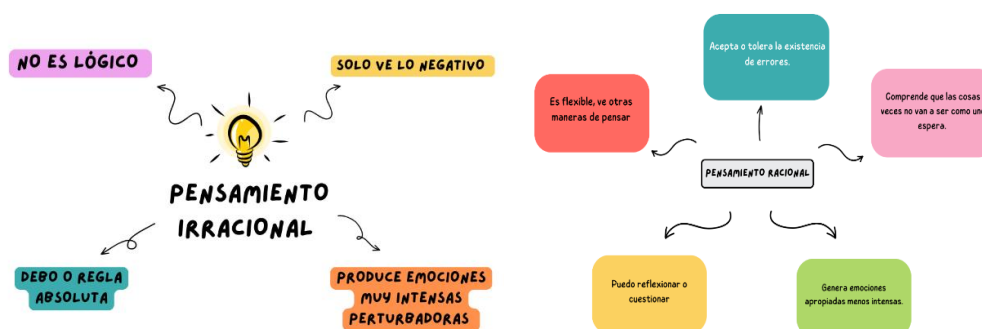
disfuncionales que seran una manera de identificar las creencias irracionales, a diferencia de las emociones adaptativas como tristeza, preocupación, enojo que podemos tolerarlas y ayudan a identificar el problema y buscar soluciones. Como actividad para casa deberá practicar el registro de pensamientos (ver Anexo 18) y valorar la intensidad de la ansiedad (0-10). Se continúa brindando a la madre de la paciente orientación sobre la problemática, incentivar la comunicación de escucharla, sin críticas o comentarios dirigidos sobre la contextura y programar tiempo para realizar actividades familiares. Finalmente como indicador de logro la paciente da un ejemplo de cómo los pensamientos generan el problema de la restricción de la conducta alimentaria ¿Que pensamientos pueden estar manteniendo tu problema?: “Cuando pienso que voy a engordar ya no quiero comer, creo que siempre voy estar gorda”.

Figura 6. Triple columna ABC

A: SITUACIÓN	B: PENSAMIENTOS	C: EMOCIÓN Y CONDUCTA
Un mismo evento: Equivocarse en una respuesta...	PERSONA A Pensamiento: “soy inútil” “siempre me equivoco” PERSONA B Pensamiento: “cometí un error”	Emoción: ansiedad Conducta: evitar responder Emoción: preocupación. Conducta: busco otras respuestas
Conclusión	¿Qué influye en la emoción y conducta, la situación o el pensamiento?	

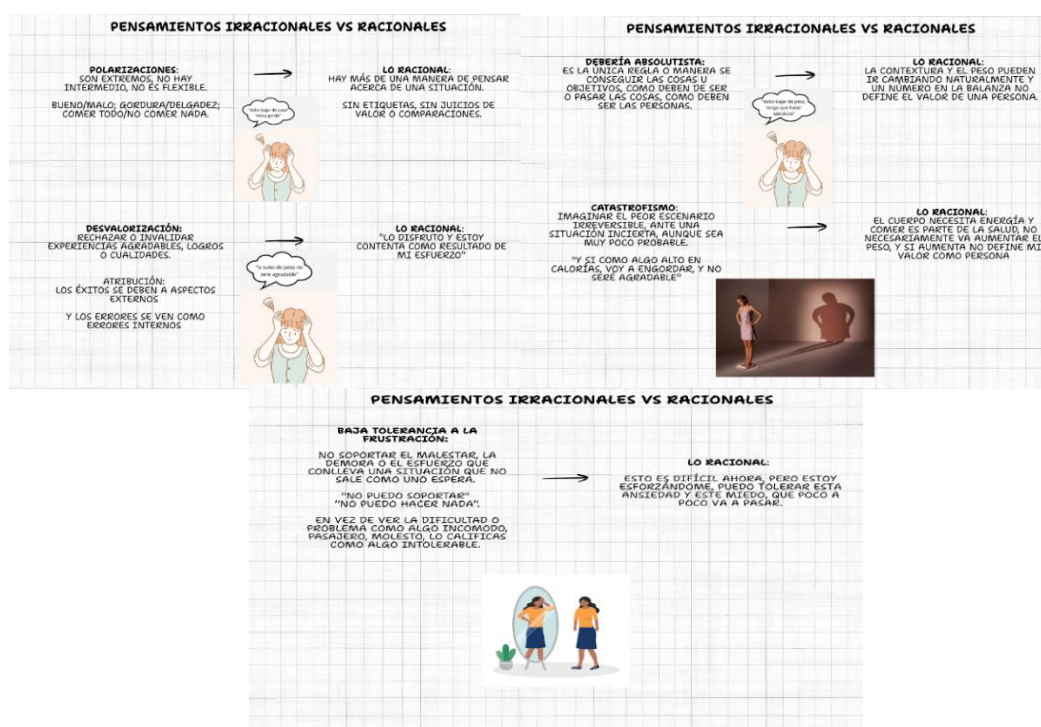
Nota: Lega et al. (2016).

Figura 7. Diferencia pensamiento irracional vs racional



Nota: Lega et al. (2016).

Figura 8. Creencias irracionales



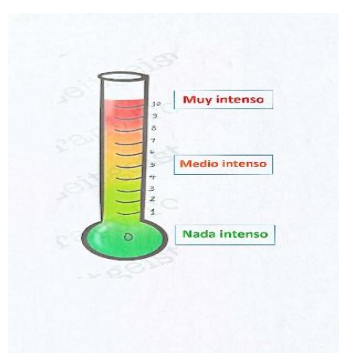
Nota: Lega et al. (2016).

Figura 9. Actividad para casa registrar pensamientos

A: Situación activadora	B: Pensamiento	C: Emoción y conducta
Puede ser algo que ocurrió en este momento, algo que recordé, que imagine o que sentí en mi cuerpo.	¿Qué es lo que pensé en ese momento?	¿Qué sentí? valorar intensidad 0 -10 ¿Qué hice?

Nota: Diseño propio

Figura 10. Valoración subjetiva de la ansiedad (0-10)



Nota: Diseño propio

Sesión 03

En la tercera sesión se busca identificar y debatir los pensamientos irracionales sobre la problemática de anorexia nerviosa. A través de psicoeducación con el dialogo expositivo que permite la participación activa de la paciente, se proporciona información a la paciente identificando ejemplos de pensamientos irracionales y racionales, luego en la triple columna ABC identifica y organiza sus propios pensamientos, emociones y conductas relacionados a la anorexia nerviosa, finalmente se explica y se realiza el debate de creencias que consiste en generar un cambio de pensamiento a través de plantearse otras maneras de pensar mediante preguntas que nos hacemos para cuestionar la idea irracional que hemos identificado la cual no es una regla absoluta. Se realiza la revisión de la actividad para casa que consistía en practicar registro de pensamientos ABC, con la cual la paciente logra organizar y registrar las situaciones, relacionar los pensamientos, con las emociones y conductas. Como actividad para casa deberá preguntar a su familia ¿Qué cosas les agrada de mí? Se continúa brindando a la madre de la paciente orientación sobre la problemática, incentivar la comunicación de escucharla, sin críticas o comentarios dirigidos sobre la contextura y programar tiempo para realizar actividades familiares. Finalmente como indicador de logro la paciente puede organizar las situaciones, pensamientos y emociones en el registro de pensamiento e identifica pensamiento irracional, comprendiendo las preguntas de debate de las creencias irracionales. ¿Identifica que te impones una regla?: “debo ser delgada para que me quieran”. ¿Para cumplir esa regla que has estado haciendo?: “dejar de comer y hacer muchos ejercicios”. ¿Alguien te ha mencionado algo que les agrade de ti?: “sí, les gusta como hablo, soy divertida”.

Figura 11. *Diferenciar creencias irracionales vs racionales de la anorexia nerviosa*

PENSAMIENTO IRRACIONAL	PENSAMIENTO ALTERNATIVO RACIONAL
Los dulces engordan, están llenos de azúcar y no debo comerlos.	Me encanta comer algunas veces dulces como galletas. Puedo comerlas cuando desee para darme un gustito.
Para perder peso debo hacer una dieta y dejar de comer algunos alimentos.	Voy a confiar en mi cuerpo, me da las señales naturales de lo que necesita comer, de manera balanceada y satisfactoria, y manejar mis emociones sin usar la comida.
Debo controlar mi aumento de peso, con pesarme cada día.	Puedo dejar la balanza, ya que el peso es cambiante, y un número no define mi valor como persona.
Hoy fue un día malo por la comida.	Hay días que puede caerme mal una comida, pero eso no es siempre, me recupero poco a poco.
Tengo que contar calorías, controlar la cantidad de carbohidratos y grasa que como todos los días.	No hace falta contar calorías. Puedo confiar en la sabiduría natural de lo que mi cuerpo necesita, desde que tengo hambre y hasta darme cuenta que estoy satisfecha.
Si como algo pesado, tengo que compensarme por eso después.	No tengo que hacer alguna conducta como ejercicios o dietas para compensarme por lo que comí, ya que mi cuerpo a veces desea comer algo ligero y otras veces algo contundente.

Nota: Contenido Gagliosi y Rodríguez (2023)

Figura 12. *Cuadro tripe columna ABC*

A: Situación	B: Pensamiento	C: Emoción y conducta
Mirarme en el espejo.	Inferencia: 10/10 “debo bajar de peso” (Debería absolutista); “estoy gorda” (Etiqueta; dicotómico); “no les voy a gustar, me van a ver mal” (lectura de la mente, adivinar futuro) Regla de evaluación: Debo ser delgada para ser querida. Creencia irracional: No soy querida (búsqueda aprobación)	Ansiedad 10/10 Tristeza 10/10 Me encierro en mi cuarto, me muerdo las uñas.

Nota: ejemplo del propio paciente

Figura 13. *Debate de creencias irracionales*



Nota: Lega et al. (2016).

Sesión 04

En la cuarta sesión el objetivo es identificar y debatir creencias irracionales para elaboración de creencias racionales. Mediante la técnicas registro de pensamiento y debate de creencias se realiza el dialogo para que la paciente identifique la tendencia a sentir y actuar por las creencias irracionales como deberías o reglas absolutas y desvalorización que le dificulta conseguir objetivos de manera adecuada y generando gran perturbación emocional, luego se procede al debate de creencias socrático realizando preguntas que fomenten una evaluación y reflexión del análisis lógico, empírica de búsqueda de evidencias, y pragmática de las consecuencias negativas sobre las creencias irracionales, finalmente elaborar un pensamiento racional que le ayuden a conseguir su meta y emociones más apropiadas a partir de las nuevas ideas surgidas del debate y reevaluar sus emociones así como las acciones a realizar. También se realiza la revisión de actividad para casa de preguntar a su familia cosas que les agrada de ti, la paciente refiere “me han dicho que soy divertida, les gustan como hablo, mi voz”. Además deberá realizar como actividad para casa practicar registro de pensamientos incluyendo el debate y elaborar pensamiento racional. Se

continúa brindando a la madre de la paciente orientación sobre la problemática, incentivar la comunicación de escucharla, sin críticas o comentarios dirigidos sobre la contextura y programar tiempo para realizar actividades familiares. Finalmente como indicador de logro la paciente da ejemplos de evidencia que cuestiona la idea irracional “mmm... creo mi cabello... y me han dicho que tengo piernas bonitas, que soy divertida, les gustan mi voz”, además elabora un pensamiento racional “tengo cosas que no me gustan pero también otras que si me gustan de mí que no tienen que ver todo con la contextura”.

Figura 14. Debate de creencias irracionales y elaboración de pensamiento racional

A: Situación	B: Pensamiento	C: Emoción y conducta	D: Debate	E: Creencias racionales
Al ver mis piernas, mis brazos y abdomen.	Inferencia: “cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen” (abstracción selectiva) “no me gustan como se ven” (magnificación) “no están delgados como yo quiero” (debería absolutista)	Emoción: tristeza 8/10 Conducta: llorar, echarse en la cama hasta quedarse dormida.	¿Pones atención solo en la contextura para valorarte? “Sí” ¿Es lógico que solo se valore a la persona por la contextura? “No” ¿Existen otros aspectos que te agradan o gustan de ti? “Mmm... creo mi cabello... y me han dicho que tengo piernas bonitas, que soy divertida, les gustan mi voz”. ¿Qué pasara si solo te sigues fijando en la contextura? “Seguiré llorando, luego hago ejercicios”.	“Tengo cosas que no me gustan pero también otras que si me gustan de mí que no tienen que ver todo con la contextura”.
	Regla de evaluación: Deben ser delgados para ser bonitos. Creencia irracional: No soy bonita (evaluación global a partir de un aspecto)			F: Reevaluación Tristeza 4/10 Dejo de mirar y pensar en mis piernas, brazos y abdomen.

Nota: ejemplo del propio paciente

Sesión 05

Para la quinta sesión el objetivo es identificar los reforzadores que incrementan su estado de ánimo a partir de ejecutar actividades importantes y agradables. Mediante

psicoeducación y técnica activación conductual se realiza dialogo expositivo sobre como los cambios en su entorno pueden influir en su estado de ánimo, para ello debe realizar o tener contacto con actividades o situaciones que le son importante o valora realizar las cuales serán reforzantes o agradables. Lo importante es no esperar a sentirse mejor para realizar una actividad sino buscar realizar la acción, porque el disfrute viene después de realizarlo y no antes. Por lo que se le orienta a seleccionar aquellas actividades o situaciones que ella valora realizar como actividades con su familia, con su mascota, manualidades y los pasos que necesita para concretarlas. Para ello primero se elabora y organiza una lista de actividades agradables para incrementar su estado ánimo y se mantenga a través de reforzadores, luego va a valorar de una escala de 0 = Bajo – 10 = Alto, si han sido agradables para tu estado de ánimo y además describir ¿Cómo te sentiste después de realizar algunas de estas actividades? al finalizar el día. Además se realiza la revisión de la actividad para casa del registro de pensamientos. Luego deberá realizar como actividad para casa ¡vas a permitirte comer una porción pequeña de algún dulce que más te guste!, se le pregunta a la paciente ¿si está de acuerdo? ante lo cual la paciente está de acuerdo con intentarlo. Se continúa brindando a la madre de la paciente orientación sobre la problemática, incentivar la comunicación de escucharla, sin críticas o comentarios dirigidos sobre la contextura y programar tiempo para realizar actividades familiares. Finalmente como indicador de logro la paciente elabora una lista de actividades agradables, conecta la actividad con el nivel de valoración de agrado 0 – 10, organiza las actividades en un horario.

Figura 15. *Organización de actividades durante la semana*

Hora/día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
3 pm		dibujar				Jugar vóley	Jugar vóley
5 pm	jugar básquet	pasear a mi perro	manualidad		manualid ad		

6 pm

Pintar

8 pm

Dibujar

Valorar mi
estado de
ánimo
(0 - 10)
¿Cómo me
siento?

Nota: ejemplo del propio paciente

Figura 16. *Revisión de debate creencia irracional y elaboración de pensamiento racional*

A: Situación	B: Pensamiento	C: Emoción y conducta	D: Debate	E: Creencias racional
Al comer algo dulce.	Inferencia: “tiene altas calorías”, “voy a engordar” (sobre generalización, anticiparse futuro)	Emoción: ansiedad 10/10	¿Pones atención solo en las calorías del alimento? “Sí” ¿Es lógico que los alimentos solo sean números de calorías? “No”.	“Comer una porción de dulce no engorda, puedo darme mi gusto de vez en cuando”
	Regla de evaluación: si como algo dulce voy a engordar. Creencia irracional: Insoportable (baja tolerancia frustración)	Conducta: Disminuir la cantidad del almuerzo, evitar las comidas chatarras o dulces.	¿Y vas engordar inmediatamente? “No, hay que comer bastante”. ¿Los alimentos dulces tienen otras características? “Sí, su sabor, me gusta la gaseosa, tortas, galletas, frutas”. ¿Qué pasará si te sigues fijando solo en las calorías? “Dejare de comer”.	F: Reevaluación Ansiedad 0/10 Comer.

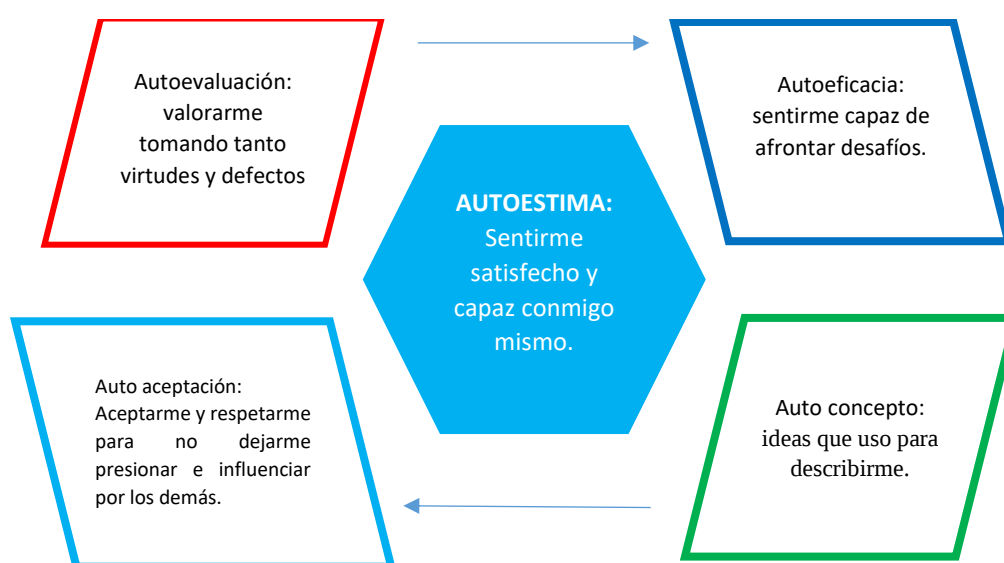
Nota: ejemplo del propio paciente

Sesión 06

En la sexta sesión el objetivo es fortalecer un concepto adecuado de sí misma. Mediante psicoeducación con un dialogo expositivo y de conversación se busca la participación activa de la paciente. Se explica sobre la autoestima como la satisfacción con uno mismo y sentirse capaz de afrontar los desafíos de la vida cotidiana, para ello se fortalece tomando conciencia y registrando las cualidades que permitieron alcanzar los logros de esta manera como base para estructurar una conclusión de un concepto más acorde a uno mismo,

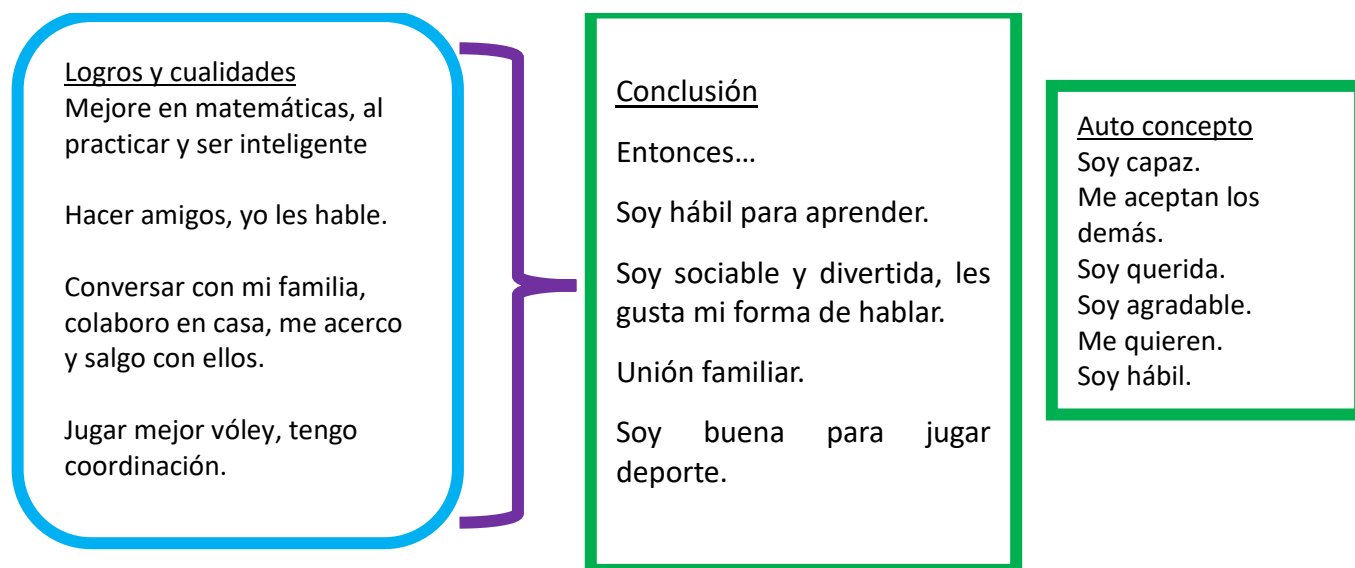
además dirige la atención hacia estos aspecto adecuados de uno mismo en vez de quedarse solo con los pensamientos irracionales. Se le indica a la paciente que escriba en el primer recuadro los logros que obtuvo y las cualidades que le ayudaron a conseguirlo, en el segundo recuadro la conclusión, y en el último escogerás una palabra que te defina, yo soy... Como actividad para casa seguir realizando la lista de cualidades y logros del cuadro de autoestima. Luego se revisa la actividad para casa de la lista de actividades que incrementa su estado de ánimo (ver Anexo 18), la paciente refiere “jugué básquet, vóley con mi mama, dibuje y pasear a mi perro”, “me sentí tranquila, feliz, me sentía con energía”. Finalmente indicador de logro la paciente realiza lista de logros y cualidades en cada ámbito de su vida (ver Anexo 18), establece un nuevo concepto adecuado de sí misma, identifica características que le agradan de sí misma.

Figura 17. Aspectos de la autoestima



Nota: contenido Herminia (2018).

Figura 18. Cuadro de autoestima



Nota: ejemplo del propio paciente

Figura 19. Revisión de actividades a realizar en la semana

Hora/día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
3 pm		Dibujar 8/10				Jugar vóley 10/10	Jugar vóley
5 pm	jugar básquet 8/10	pasear a mi perro 10/10	Manualidad 10/10		manuali dad		
6 pm				Pintar			
8 pm							Dibujar
Valorar mi estado de ánimo (0 - 10) ¿Cómo me siento?	8/10 Tranqui lidad Feliz	8/10 Tranquili dad	10/10 Tranquilidad			10/10 Sentir energía	

Nota: ejemplo del propio paciente

Sesión 07

En la séptima sesión el objetivo es fortalecer su aceptación incondicional. A través de psicoeducación se explica a la paciente la importancia de la autocompasión de tratarse de manera amable sin juzgarse ni criticarse aceptando aquellos aspecto que nos gustan pero también lo que no nos gustan de uno mismo, teniendo en cuenta que como todo ser humano tiene un valor que va más allá de unos aspectos específicos como la contextura. Luego

mediante la técnicas registro de pensamiento y debate de creencias se realiza el dialogo para que la paciente identifique la tendencia a sentir y actuar por las creencias irracionales como desvalorización global de uno mismo, que le dificulta conseguir objetivos de manera adecuada y generando gran perturbación emocional, luego se procede al debate de creencias socrático realizando preguntas que fomenten una evaluación y reflexión de análisis lógico, empírico de búsqueda de evidencias, y pragmático de las consecuencias negativas sobre la creencias irracionales, para después elaborar un pensamiento racional que le ayude a conseguir su meta y emociones más apropiadas a partir de las nuevas ideas surgidas del debate y reevaluar sus emociones así como las acciones a realizar. Como actividad para casa deberá realizar una lista de cosas que te agradan de ti, además programar actividades de salir con tus familiares en esta semana. Finalmente como indicador de logro la paciente identifica la desvalorización que se hace y se compromete a fortalecer la aceptación de sí misma.

Figura 20. *Importancia de la autocompasión*



Nota: Contenido Gagliesi y Rodríguez (2023)

Figura 21. Registro de pensamiento debate de creencias para elaborar pensamiento racional

A: Situación	B: Pensamiento	C: Emoción y conducta	D: Debate	E: Creencias racional
Cuando voy a salir con mi mamá o hermana y la ropa no me queda.	Inferencia: “van hablar de mi físico” (Lectura de la mente) “no seré agradable” (adivinar futuro, dicotómico, etiqueta)	Emoción: ansiedad 8/10 Conducta: inquietud, hiperalerta, no salir.	¿Qué hacen las personas y como se sienten cuando salen? “Están haciendo sus cosas y disfrutando”. ¿Entonces en todo momento todos van estar mirando tu contextura? “No” ¿Con que cosas de ti te sientes agradable? “Mi cabello, mi voz, como hablo, soy divertida”. ¿Eres agradable? “Si” ¿Qué pasará si te sigues fijando en tu contextura antes de salir? “No disfrutare salir con mi familia”.	“Algunas veces las personas me miran pero no es siempre, voy a disfrutar con mi familia”. F: Reevaluación Ansiedad 0/10 No me fijo en mi ropa. Voy a salir con mi familia.
	Regla de evaluación: Debo ser delgada para ser agradable.			
	Creencia irracional: No soy agradable (evaluación global a partir de un aspecto)			

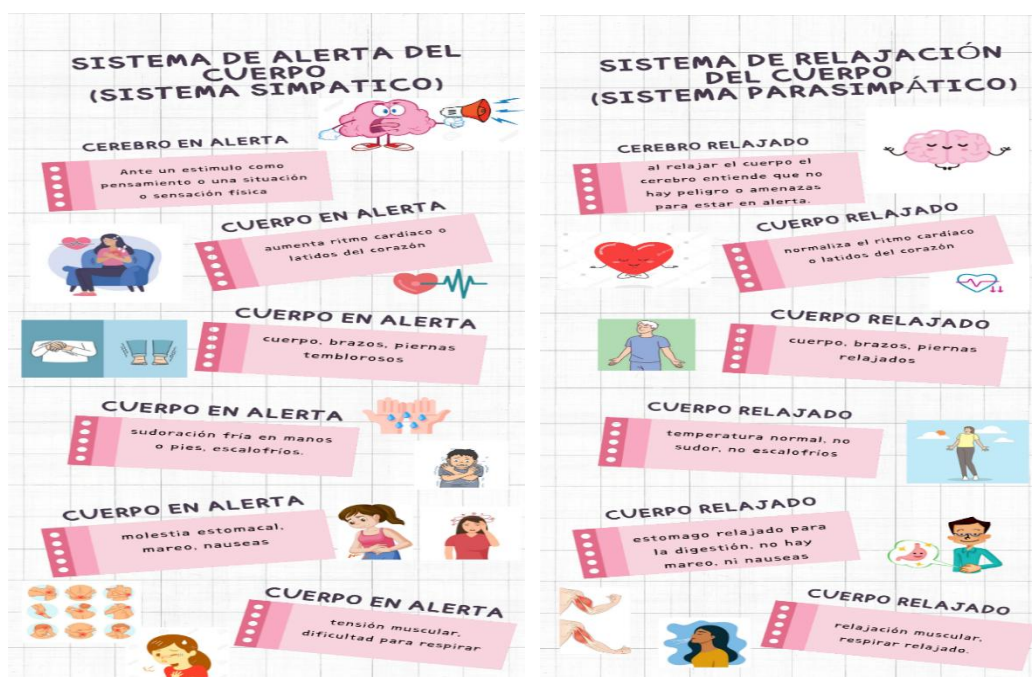
Nota: ejemplo del propio paciente

Sesión 08

En la octava sesión se busca como objetivo identificar y gestionar la reducción de la reacción fisiológica de ansiedad. Mediante técnica relajación diafragmática y con dialogo expositivo se explica cómo identificar las señales de ansiedad y gestionar la reducción de la reacción fisiológica de ansiedad al practicar los pasos de la técnica de relajación, que consiste en sentarse cómodamente, coloca una mano encima de tu abdomen y la otra en el pecho, respira lentamente por la nariz y dirige ese aire hacia su abdomen, siente como tu mano se mueve con este movimiento de tu abdomen, mientras que la mano del pecho la tienes quieta, ahora bota todo el aire lentamente, y siente como baja tu abdomen, dirige tu atención a tu respiración y diferencia el sostener al aire y relajación en tu cuerpo al botar el aire. Como actividad para casa deberá realizar la técnica de relajación todos los días en la noche, y seguir este procedimiento, también cuando sientas estas señales de ansiedad. Luego

se revisa la actividad para casa de programar actividad de salir con tus familiares en esta semana, la paciente refiere “fuimos al parque de las aguas, me sentí bien, en disfrutar con mi familia”. Finalmente como indicador de logro la paciente identifica las señales de ansiedad, describe y practica los pasos de la relajación, diferencia la relajación de la tensión al valorar 0 -10. ¿Cuáles podrían ser tus señales de ansiedad?: “cuando siento nervios, sudor, me muerdo las uñas”.

Figura 22. *Explicación de activación fisiológica de la ansiedad*



Nota: contenido Ruiz et al. (2012)

Figura 23. *Pasos de respiración diafragmática*



Nota: contenido Ruiz et al. (2012)

Sesión 09

En la novena sesión el objetivo es disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos producto del miedo a engordar. A través de la técnica de exposición, primero se explica la exposición hacia alimentos como los dulces que son altos en calorías para que pueda enfrentar lo que le da miedo a engordar y manejar la ansiedad, de lo contrario la evitación hará que el miedo se mantenga y la ansiedad aumente. Se utiliza una metáfora explicando que la ansiedad sube hasta el punto máximo como en una montaña rusa y luego baja la intensidad, luego se explican los pasos de la exposición gradual, prevención de respuestas, establecer la jerarquía y valoración inicial de los alimentos que actualmente le genera más ansiedad y miedo. Además previamente se entrena en imaginación mostrándole escenas o paisajes para que después trate de reproducirla en su mente y poco a poco se le menciona algunos cambios en la escena que esta imaginando por lo que tendrá que ir añadiendo en su mente todo tipo de detalles. Como actividad para casa deberá comer una porción de un dulce que más le guste, tolerando la ansiedad y previniendo respuestas que busquen aliviar la ansiedad indicadas y trabajadas en la sesión. Luego se revisa la actividad para casa de realizar la técnica de relajación, la paciente recuerda los pasos refiere “respirar lento, hacia mi abdomen y botar el aire lento”, además al practica la relajación “me sentí tranquila”. Finalmente como indicador de logro la paciente califica la disminución de la ansiedad 0 - 10, valoración inicial Galleta 5/10, valoración final galleta 2/10. Se compromete a comer una porción de dulce, siendo más flexible en su regla de control de alimentos. Identifica y previene conductas compensatorias de hacer ejercicios, hacer dieta, evitar comer dulces.

Figura 24. Visualizar imagen N°1 en técnica de exposición

Pasos:



Prevenir respuestas

Jerarquía

Nota: ejemplo del propio paciente

- Se muestra la imagen.
 - Vas imaginarte la situación de aproximarte a la galleta, tenerlo en tu mano, sentí su olor y luego comer una porción de la galleta.
 - Te vas a mantener en esa situación y no lo vas a evitar.
 - Hasta que tu ansiedad baje.
 - Si surge un pensamiento irracional cambiarlo por uno racional “comer una porción de dulce no engorda, puedo darme mi gusto de vez en cuando”
 - Al finalizar vas a atribuir el manejo de la ansiedad a tu capacidad propia.
- Inmediatas:
- no evitar las sensaciones.
 - no pensar en otras cosas.
- Después:
- no hacer ejercicios.
 - no hacer dieta.
 - no evitar comer dulces.
- Valoración inicial:
- Gaseosa FANTA 10/10
 - Chocolate 7/10
 - Galleta 5/10

Sesión 10

Para la décima sesión se continúa con el objetivo de disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos producto del miedo a engordar. Mediante la técnica de exposición, se explica la exposición hacia los chocolates que continúa en la jerarquía, se explican los pasos de la exposición gradual, prevención de respuestas, establecer la jerarquía y valoración inicial de la ansiedad. Además previamente se practica el entrenamiento en imaginación que consiste en mostrar escenas o paisajes para que después trate de reproducirla en su mente con detalles. Como actividad para casa debiera comer una porción de un dulce que más le guste, tolerando la ansiedad y previniendo respuestas que busquen aliviar la ansiedad indicadas y trabajadas en la sesión. Se revisa la actividad para casa que consistía en comer una porción de dulce que más te guste, se le pregunta ¿realizaste la actividad comer algún dulce que más te guste?, la paciente refiere “sí, comí unas gomitas”.

¿Cómo te sentiste?: “si lo acabe, luego me sentí un poco ansiosa, pero lo pude controlar pensando que no es malo darme un gusto y no me va engordar, después estuve tranquila”. Finalmente como indicador de logro la paciente califica la disminución de la ansiedad 0 - 10, valoración inicial: Chocolate 7/10, valoración final: Chocolate 0/10. Se compromete a comer una porción de dulce, siendo más flexible en su regla de control de alimentos. Identifica y previene conductas compensatorias de hacer ejercicios, hacer dieta, evitar comer dulces.

Figura 25. Visualizar imagen N°2 en técnica de exposición

Pasos:



Prevenir respuestas

Jerarquía

Nota: ejemplo del propio paciente

- Se muestra la imagen.
- Vas imaginarte la situación de aproximarte al chocolate, tenerlo en tu mano, abrir la envoltura, sentir su olor y luego comer una porción de chocolate.
- Te vas a mantener en esa situación y no lo vas a evitar.
- Hasta que tu ansiedad baje.
- Si surge un pensamiento irracional cambiarlo por uno racional “comer una porción de dulce no engorda, puedo darme mi gusto de vez en cuando”
- Al finalizar vas a atribuir el manejo de la ansiedad a tu capacidad propia.

Inmediatas:

- no evitar las sensaciones.
- no pensar en otras cosas.

Después:

- no hacer ejercicios.
- no hacer dieta.
- no evitar comer dulces.

Valoración inicial:

- Gaseosa FANTA 10/10
- Chocolate 7/10
- Galleta 5/10

Sesión 11

En la sesión once se continúa con el objetivo de disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos producto del miedo a engordar. Mediante la técnica de exposición,

se explica la exposición hacia la gaseosa que es el dulce que más le gusta pero que más le genera ansiedad que continúa en la jerarquía, se explican los pasos de la exposición gradual, prevención de respuestas, establecer la jerarquía y valoración inicial de la ansiedad. Además previamente se practica el entrenamiento en imaginación que consiste en mostrar escenas o paisajes para que después trate de reproducirla en su mente con detalles. Como actividad para casa debiera comer una porción de un dulce que más le guste, tolerando la ansiedad y previniendo respuestas que busquen aliviar la ansiedad indicadas y trabajadas en la sesión. Se revisa la actividad para casa que consistía en comer una porción de dulce que más te guste, ¿te diste algún gusto de algún dulce?, la paciente refiere “si comí una barra de cereal. ¿Cómo te sentiste?: “me sentí al inicio, comí normal, pero después me sentí como con culpa, luego converse con mi mama y me sentí más tranquila”. Finalmente como indicador de logro la paciente califica la disminución de la ansiedad 0 - 10, valoración inicial: gaseosa FANTA 10/10, valoración final: gaseosa FANTA 0/10. Se compromete a comer una porción de dulce, siendo más flexible en su regla de control de alimentos. Identifica y previene conductas compensatorias de hacer ejercicios, hacer dieta, evitar comer dulces.

Figura 26. Visualizar imagen N°3 en técnica de exposición

Pasos:



Prevenir respuestas

- Se muestra la imagen.
 - Vas imaginarte la situación de aproximarte a la gaseosa, tenerla en tu mano, abrir la tapa de la botella, sentir el sonido del gas, sentir su olor y luego tomar poco a poco sorbos.
 - Te vas a mantener en esa situación y no lo vas a evitar.
 - Hasta que tu ansiedad baje.
 - Si surge un pensamiento irracional cambiarlo por uno racional “comer una porción de dulce no engorda, puedo darme mi gusto de vez en cuando”
 - Al finalizar vas a atribuir el manejo de la ansiedad a tu capacidad propia.
- Inmediatas:
- no evitar las sensaciones.
 - no pensar en otras cosas.
- Después:
- no hacer ejercicios.
 - no hacer dieta.

- Jerarquía
- no evitar comer dulces.
- Valoración inicial:
- Gaseosa FANTA 10/10
 - Chocolate 7/10
 - Galleta 5/10

Nota: ejemplo del propio paciente

Sesión 12

En la sesión doce el objetivo es disminuir el hábito inadecuado de morderse las uñas. Mediante entrenamiento en autoinstrucciones se explica el hábito inadecuado de morderse las uñas mediante una metáfora donde tus uñas son como una obra de arte que tu cuerpo las hace crecer pero viene un escultor y cada vez que se siente intranquilo las va picando (morder) por lo que no terminan de crecer para que vuelven a ser una obra de arte, luego se explica el procedimiento para disminuir el hábito inadecuado, primero tomar conciencia cada vez que realiza la conducta de morderse las uñas, registrando la frecuencia, cantidad y duración, luego identificar las causas de la sensación o necesidad de morderse, elaborar un mensaje o instrucción relacionado a qué hacer en ese momento, como fijarse lo que haces y entonces qué tienes que dejar de hacer, que reemplace la acción de morderse con una conducta opuesta, además escribir su motivación de dejar de morder las uñas y auto refuerzo de sus logro, finalmente realizar el monitoreo mediante el registro diario que ayuden a implementar algunos cambios que ayuden a disminuir el hábito inadecuado de morderse la uñas. Como actividad para casa tendrá que realizar el entrenamiento de auto instrucción cada día. Se revisa actividad para casa dejada en la sesión anterior de comer una porción pequeña de algún dulce, la paciente refiere “si en el colegio tome una gaseosa sabor manzana, al inicio dudaba de tomar, pero luego lo fui tomando poco a poco”, ¿tomaste todo, como te sentiste?: “si lo acabe, luego me sentí un poco ansiosa, pero lo pude controlar pensando que no es malo darme un gusto y no me va engordar, después estuve tranquila”. Finalmente como indicador de logro la paciente identifica la frecuencia, duración y cantidad del hábito inadecuado, identifica la situación en la que aparece el hábito inadecuado, se compromete a

monitorear el cambio mediante un registro diario, utiliza estrategias para hacer consiente el hábito inadecuado y escribe su motivación para el cambio.

Figura 27. *Procedimiento para modificar hábitos de morderse las uñas*

Registrar las veces que te muerdes las uñas.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Identificar las causas de la sensación o necesidad de morderte.

Aumentar la conciencia del hábito inadecuado:
Elaborar un mensaje relacionado con fijarte lo que haces y entonces qué tienes que dejar de hacer.

Reemplazar el comportamiento con una conducta opuesta:

¿Cuál sería tu motivación de dejar de morder las uñas?

auto refuerzo de sus logro y monitoreo

Nota: ejemplo del propio paciente

Inicio:

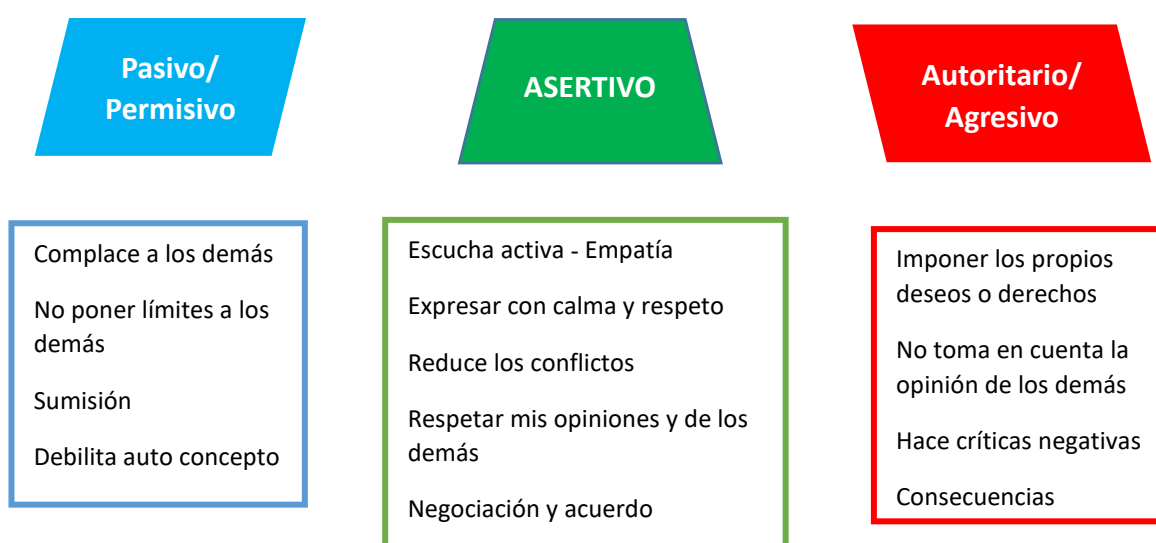
- Frecuencia: todos los días
- Cantidad: 6 veces
- Duración: 04"
- Al inicio era después de comer algo, pero ahora es de la nada.
Escribir en un papel rojo:
 - “mirar si me estoy mordiendo, dejar de morderme”.
 - Ponerlo en lugares visibles o llevarlo conmigo.
- una acción diferente como apretar los puños
- hacer una actividad como dibujar, pasear o jugar con mi perro.
- usar la relajación como la técnica de respiración.
Escribir en un papel verde:
 - Hacer crecer las uñas para que estén bonitas, mostrar mis manos.
 - Ponerlo en lugares visibles o llevarlo conmigo.
 - Estoy logrando darme cuenta y lo controlo dejándolo se hacer.

Sesión 13

En la sesión trece el objetivo es fortalecer el afronte a los problemas o estresores cotidianos. Mediante la habilidad de comunicación asertiva, se explica la estrategia de la asertividad, consiste en una habilidad para que puedas dar tu opinión y que sirve para expresar de manera adecuada también tus emociones, expresar lo que sientes de forma clara, sin quedarse callado e imponerte a los demás. Esto ayuda a evitar la acumulación de emociones negativas, se realiza un ejemplo. Luego se utiliza la técnica de solucionar problemas, explicándole que permite afrontar situaciones estresantes o problemas cotidianos, tiene unos pasos a seguir, se realiza un ejemplo, luego se le pide que plantee una

solución en una situación que le ocurrió. Se revisa la actividad para casa de disminuir el hábito de morderse las uñas. Finalmente como indicador de logro la paciente identifica un problema cotidiano sin centrarse en las interpretaciones y busca alternativas de solución para ejecutarlas utilizando la comunicación asertiva.

Figura 28. *Habilidad de comunicación asertiva*



Nota: contenido Ruiz et al. (2012)

Figura 29. *Ejemplo de comunicación asertiva*

Comunicación asertiva

Primero: expresa cómo te sientes “me incomoda”
 Segundo: manifiesta la conducta que te genere la incomodidad “que te refieras a mí con esas palabras”
 Tercero: expresa una solución adecuada o racional a la situación “me gustaría que... utilices otras palabras para llamarme”.

“me incomoda que te refieras a mí con esas palabras, me gustaría que utilices otras palabras para llamarme”.

Nota: ejemplo del propio paciente

Figura 30. *Comparación antes y después de hábito de morderse las uñas*

Autoregistro	Nº1	Nº2	Nº3
Frecuencia	todos los días	dos o tres días en la semana	uno o dos días en la semana
Cantidad	6 veces	4 veces	2 veces
Duración	04 minutos	1 minuto	40 segundos
Estrategias	Utilizar los papeles de colores		

Nota: ejemplo del propio paciente

Figura 31. *Pasos de solución de problemas*

- Primero
 - Identificar el problema al darme cuenta por mis emociones ¿Cómo me siento?
 - Segundo
 - Definir el problema ¿Cuál es problema?
 - Tercero
 - Generar alternativas de solución ¿Cómo puedo solucionarlo?
 - Cuarto
 - Selección de alternativa, evaluando las consecuencias ¿Qué pasara?
 - Utilizando el criterio de seguridad para mi bienestar, eficaz que no cree otros problemas y justo al no dañar a los demás.
 - Quinto
 - Ejecutar y monitorear la solución.
 - Reforzar mis logros.
 - Corregir o mantener los progresos.
- ¿Cuántas alternativas de solución se te ocurren para este problema?



Nota: contenido Ruiz et al. (2012)

Figura 32. Ejemplo de solución de problemas

- Identificar el problema ¿Cómo me siento?: triste, incomoda
- Definir el problema ¿Cuál es problema?: cuando mi familia me decía gordita de cariño, no me gustaba
- Alternativas de solución ¿Cómo puedo solucionarlo?:
- trate de bajar de peso.
 - hablar con ellos
 - decirles alzando la voz que no me gusta
- Seleccionar alternativa, evaluado las consecuencias ¿Qué pasará?
- trate de bajar de peso: me hago daño al dejar de comer
 - hablar con ellos: si me van escuchar
 - decirles alzando la voz que no me gusta: pueden molestarse
- Ejecutar y monitorear la solución:
- ¿Qué solución crees que sería la mejor, para que tu familia sepa que te incomoda que te digan gordita?
- Que hable con ellos, les diga que no me gusta que me lo digan.
 - De manera asertiva

Nota: ejemplo del propio paciente

Sesión 14

En la sesión catorce el objetivo es valorar la disminución de síntomas y elaborar el plan de prevención para recaídas que permita el mantenimiento de las mejoras. Mediante entrevista, observación de conducta, se evidencia en la paciente un cambio en su vestimenta a lo largo de las sesiones, en esta sesión viste con un short, sandalias, polo de mangas cortas, acorde al clima de verano, su expresión y actitud es tranquilidad, con una contextura proporcionada que refleja aumento de peso a comparación del inicio de la psicoterapia. Se realiza valoración de alta a partir de logros alcanzados realizando preguntas para valorar su conocimiento y percepción del problema actual y estrategias que utilizaría para afrontarlo. Luego mediante psicoeducación se explica el plan para la prevención de las recaídas y el seguimiento de la mejora, entrega del plan de prevención de mejoría, que es una guía con las técnicas y estrategias que se han ido trabajando en la psicoterapia. Finalmente como indicador de logro se realiza una lista de logros alcanzados y cambios que se observa en su conducta antes y después del tratamiento, como mejora en la ingesta de alimentos altos en calorías o azúcar y tolerar la ansiedad. Identifica señales que le den una alerta de una posible recaída, como ansiedad, ideas de culpa, rumiación. Conoce que estrategias realizar del plan de prevención de recaídas como debate de creencias, relajación, búsqueda de soluciones, etc. La paciente verbaliza su sentimiento de mejoría actual, asimismo la madre de la paciente.

Figura 33. *Valoración de logros alcanzados*

Comprensión de la problemática	
¿Cómo es la relación del pensamiento con las emociones y conducta que mantienen el problema de la anorexia nerviosa?	“mis pensamientos de no engordar, hace que sienta ansiedad y quiera bajar de peso”.
¿Cuáles eran esas conducta que hacías que incrementaban o mantenían el problema?	“eran hacer ejercicios excesivos, no comer alimentos altos en calorías, evitar comer dulces”.
Comparación del estado actual con el inicio de la terapia	
¿Qué conductas has conseguido cambiar o mejorar con respeto a la restricción de la alimentación y distanciamiento de salir con tu	“ya no evito comer dulces, no me siento tan ansiosa puedo esperar y va bajando, si siento culpa converso con mi mama, y luego me

familia?	siento bien, salgo con mi mama, mi familia, y disfruto salir”.
¿Qué te agrada de ti?	“Soy divertida, me llevo bien con todos, soy amable, solidaria, tengo piernas bonitas, todos me dicen eso, antes pensaba que estaban gruesas o gordas”.
Si te sientes con bajo ánimo o muy triste ¿qué harías?	“haría algo que me agrada como hacer cajitas de papel, origamis, bolsitas de papel eso lo busco cómo hacerlo por YouTube”.
Expectativas de logros alcanzados	
Opinión de la paciente	“me siento mejor que antes”
Opinión de la madre de la paciente	“está mucho mejor, come su almuerzo, desayuna, cena, una vez me dijo que se sentía culpable al comer una gomitas son unos dulces, pero luego conversamos y se sintió mejor”.
Nota: ejemplo del propio paciente	

Figura 34. *Explicación de la prevención de recaídas*

IDENTIFICAR RESBALONES

- Puede suceder es parte de la vida y le puede ocurrir a todo ser humano.
- Lo podemos identificar si constantemente evitamos un problema y empezamos a realiza hábitos inadecuados como pensamiento rumiativo o repetitivo y conductas que van en contra de lo que me hace sentir con bienestar.

IDENTIFICAR RECAÍDAS

- Los resbalones se hacen constante actuando por el pensamiento irracional, conductas sin reflexionar o evitativo.
- Para prevenir se debe estar monitoreando la propia conducta y mantener la motivación de seguir utilizando las habilidades que nos ayudan a superar estos desafíos o problemas.

MANEJO DE RECAÍDAS

- Todo avance indica un éxito.
- Toda habilidad debe ser practicada para ser efectiva y automática.
- A veces el exigirse mejorar produce un agotamiento que explican las recaídas.
- Una recaída debe ser vista no como un fracaso sino una oportunidad para seguir mejorando.
- Reconocer las situaciones de riesgo o que nos hacían vulnerable en nuestro problema para afrontarlos con hábitos saludables.
- Contar con nuestra red de apoyo como la familia.

Nota: contenido de Reyes y Tena (2016)

Figura 35. *Plan de prevención de recaídas*

Reconocer señales de alerta:

- Ansiedad excesiva después de comer algún alimento alto en calorías, valoración de nada intenso 0 – 10 muy intenso.
- Pensar en realizar ejercicios excesivos o dietas como conductas de compensación.
- Rumiación excesiva sobre un pensamiento irracional relacionado a la contextura y peso o sentimiento de culpa.
- Evitación de interacción social por algún motivo relacionado a la contextura y alimentación.

Identificar situaciones de riesgo que pueden activar emociones intensas

- Momentos de estrés ante actividades académicas o sociales.
- Redes sociales con contenido y mensajes relacionados a la contextura.
- Presión social o comentarios negativos.

Estrategias y técnicas de afrontamiento:

- Debate de creencias irracionales.
 - Activación de actividades agradables
 - Relajación diafragmática
 - Autocompasión
 - Lista de logros y cualidades.
 - Entrenamiento en autoinstrucciones
 - Solución de problemas
 - Hábitos saludables que fomenten el bienestar:
 - Alimentación balanceada
 - Sueño adecuado
 - Participación en actividades sociales
 - Contar con red de apoyo:
 - Apoyo y comprensión de familiares con una comunicación sin críticas con escucha activa.
 - Ayuda profesional psicológica u otras especialidades.
- Nota: ejemplo del propio paciente

III. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados pretest y posttest para la comparación de información inicial con los cambios conseguidos después de la intervención cognitivo-conductual.

Tabla 1. *Resultados del cuestionario de depresión infantil*

Escala	Pretest	Posttest
Puntaje directo total	24	03
Disminución de estado de ánimo e ideas desvalorización	Nivel Moderado	Nivel Ausencia

Nota: Comparación de resultados pretest y posttest de la paciente.

En la tabla 1, corresponde a los resultados del área afectiva mediante la aplicación del cuestionario de depresión infantil, se observa pretest antes de la intervención nivel moderado de síntomas de depresión, posteriormente al tratamiento en la aplicación del posttest (ver anexo 7) presenta nivel ausencia, lo que indica mejoría

del estado de ánimo estable la mayor parte del tiempo y ausencia de ideas de desvalorización.

Tabla 2. *Resultados lista de chequeo conductual de la ansiedad*

Escala	Pretest	Postest
Puntaje directo total	17	04
Reacción fisiológica, miedo, conductas motoras de inquietud.	Nivel Marcado	Nivel Normalidad

Nota: Comparación de resultados pretest y postest de la paciente.

En la tabla 2, corresponde a resultados mediante aplicación de la lista de chequeo conductual de la ansiedad, se observa pretest con nivel de ansiedad marcada antes de la intervención, posteriormente al tratamiento el nivel de ansiedad está en normalidad (ver Anexo 8), lo que indica la intensidad de las reacciones fisiológicas, el miedo y conductas de inquietud han disminuido.

Tabla 3. *Resultados del inventario de inteligencia emocional de Bar-On*

Escalas	Pretest	Postest

	Puntaje estándar - nivel	Puntaje estándar - nivel
	88 - Bajo	127 - Muy alto
Intrapersonal		
Interpersonal	107 - Promedio	113 - Alto
Adaptabilidad	118 - Alto	119 - Alto
Manejo de estrés	79 - Muy bajo	114 - Alto
Impresión positiva	112 - Alta	95 - Promedio
Competencia emocional y social total	107 - Promedio	120 - Muy alto

Nota: Comparación de resultados de las competencias socioemocionales antes y después de la intervención.

En la tabla 3, corresponde a resultados de la aplicación del inventario de inteligencia emocional, se observa pretest previamente a la intervención nivel bajo y muy bajo en las competencias intrapersonal y manejo de estrés respectivamente, posteriormente al tratamiento se ubican en nivel alto (ver Anexo 9) lo que indica que se ha fortalecido la habilidad de comprender sus emociones así como tolerar situaciones estresantes y control de impulsos.

Tabla 4. *Resultados del inventario de autoestima de Coopersmith*

Áreas	Pretest	Postest

De sí mismo	Puntaje directo – nivel 38 - Bajo	Puntaje directo - nivel 57 - Promedio
Social	62 - Promedio	62 - Promedio
Familiar	25 - Bajo	87 - Alto
Escuela	50 - Promedio	75 - Alto
Autoestima general	42 - Bajo	66 - Promedio

Nota: Comparación de los resultados de las áreas de autoestima antes y después de la intervención

En la tabla 4, corresponde a resultados de la aplicación del inventario de autoestima, se observa pretest previamente a la intervención nivel bajo en las áreas familiar y de sí mismo, posteriormente al tratamiento se ubican en nivel alto (ver Anexo 10) lo que indica fortalecimiento de la satisfacción consigo misma y de sus característica al sentirse con capacidad ante los desafíos.

Tabla 5. *Resultados del inventario de trastorno de la conducta alimentaria*

Escalas	Pretest	Postest
Puntaje directo total	111	30
Nivel	Con presencia de indicadores de TCA	Sin presencia de indicadores de TCA

	Percentil - Nivel	Percentil - Nivel
Obsesión por la delgadez	99 - Alto	09 - Bajo
Insatisfacción corporal	80 - Tendencia alto	08 - Bajo
Miedo a la madurez	76 - Tendencia alto	80 - Tendencia alto
Bulimia	43 - Promedio	43 - Promedio
Conciencia interoceptiva	63 - Tendencia alto	10 - Bajo
Ineficacia	72 - Tendencia alto	36 - Tendencia bajo
Perfeccionismo	77 - Tendencia alto	14 - Bajo
Desconfianza interpersonal	55 - Promedio	61 - Promedio
Impulsividad	58 - Promedio	58 - Promedio
Inseguridad social	61 - Promedio	08 - Bajo
Ascetismo	38 - Tendencia bajo	05 - Bajo

Nota: Comparación de resultados pretest y postest de la paciente.

En la tabla 5, corresponde a resultados de la aplicación del inventario de trastorno de la conducta alimentaria, se observa pretest previamente a la intervención presencia de indicadores de TCA entre los principales con un nivel alto en obsesión por conseguir la delgadez, insatisfacción por el cuerpo, conciencia interna corporal, ineficacia, miedo a la madurez, perfeccionismo, posteriormente al tratamiento se ubican en nivel bajo, a excepción de miedo a la madurez que se mantuvo en tendencia alto (ver Anexo 11), lo que indica disminución de distorsión de la contextura corporal, disminución del miedo a aumentar de peso, disminución de conductas de restringir alimentos y compensatorias, reconocer la sensación de hambre y disfrute sin controlar calorías ni peso y sin la presión de su entorno social.

Tabla 6. *Resultados del cuestionario de actitudes ante la alimentación*

Escalas	Pretest	Postest
Puntaje directo	22	00
Nivel	Elevado riesgo de TCA	Sin riesgo de TCA
Dieta estricta	Puntaje directo - nivel 16 - Riesgo	Puntaje directo - nivel 00 - Sin riesgo
Bulimia y preocupación por la comida	03 - Riesgo	00 - Sin riesgo
Control oral	03 - Riesgo	00 - Sin riesgo

Nota: Comparación de resultados entre pretest y postest de la paciente.

En la tabla 6, corresponde a los resultados de la aplicación del cuestionario de actitudes ante la alimentación, se observa pretest previamente a la intervención un elevado riesgo en la alteración de la conducta alimentaria de la dieta estricta para restringir alimentos, mucha preocupación por los alimentos que aumenten de peso buscando un control de la ingesta de alimentos, posteriormente al tratamiento se ubica en sin riesgo de TCA (ver Anexo 12).

Tabla 7. *Indicador observación de conducta*

Indicador	Fase A	Fase B
Apariencia física y vestimenta	Contextura delgada, palidez, ropa muy ancha u holgada	Contextura media (entre robusta y delgada), vestimenta no son holgadas

En la tabla 8, corresponde al indicador de frecuencia de conductas semanal, se observa antes de la intervención un total de 24 conducta de restricción de ingesta de alimentos dulces, 18 veces disminuir la cantidad de alimentos, 21 ejercicios excesivos de abdominales o de cardío, 18 veces evita salir y quedarse en su cuarto, 31 veces ver redes sociales de chicas que dan consejos de cómo ser delgadas, 46 veces morderse las uñas. Posteriormente a la intervención se observa reducción de las conductas lo que indica que no realiza restricciones de alimentos, dietas, compensación de ejercicios excesivos para bajar de peso, ver redes sociales sobre cómo bajar de peso y disminución de morderse la uñas, además no evita salir.

Indicador	Fase A							Fase B						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
“debo bajar de peso, estoy gorda, no les voy a gustar, me van a ver mal”	3	3	3	2	2	3	3	1	1	0	0	1	1	0
	Total: 19							Total: 4						

“cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen, no me gustan como se ven, no están delgados como yo quiero”	3	3	3	3	4	4	3	0	0	0	1	1	0	0
	Total: 23							Total: 2						
“van hablar de mi físico, no seré agradable”	2	3	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	0	0
	Total: 16							Total: 3						
“tiene alta calorías, voy a engordar”	3	3	3	3	2	3	2	0	1	1	0	0	1	0
	Total: 19							Total: 3						

Nota: Comparación de autoregistro de la frecuencia de pensamientos antes y después de la intervención.

En la tabla 9, corresponde al indicador de frecuencia semanal de pensamientos, se observa antes de la intervención un total de 19 veces “debo bajar de peso, estoy gorda, no les voy a gustar, me van a ver mal”, 23 veces “cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen, no me gustan como se ven, no están delgados como yo quiero”, 16 veces “van hablar de mi físico, no seré agradable” y 19 veces “tiene alta calorías, voy a engordar”. Posteriormente a la intervención se observa reducción de pensamientos de buscar la delgadez, insatisfacción por su contextura física de sus brazos, piernas y abdomen, no sentirse agradable para los demás y poner su atención en las calorías de los alimentos.

Tabla 10. *Indicador valoración de la unidad subjetiva de ansiedad (0-10)*

Fase A							Fase B						
L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
08/ 10	10/ 10	10/ 10	10/ 10	7/ 10	09/ 10	5/ 10	2/ 10	0/ 10	2/ 10	2/ 10	0/ 10	0/ 10	0/ 10

Nota: Comparación de autoregistro de la intensidad emocional antes y después de la intervención.

En la tabla 10, corresponde al indicador de valoración de la unidad subjetiva de ansiedad, se observa antes de la intervención valoración subjetiva desde 5/10 a 10/10 de intensidad de la ansiedad. Posteriormente a la intervención se observa disminución de la valoración subjetiva de la intensidad de 0/10 a 02/10.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio de caso tuvo como objetivo general disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa, mejorar el estado de ánimo y reducir síntomas de ansiedad relacionados a pensamientos disfuncionales de miedo sobre el incremento de peso y distorsión de la textura a través de la intervención cognitivo-conductual, los resultados posterior a la intervención indican disminución de indicadores de riesgo de la anorexia nerviosa.

Con respecto a los objetivos específicos en el proceso de intervención cognitivo-conductual fue fortalecer el compromiso y confianza de la paciente en la terapia logrando la participación de la paciente en las 14 sesiones de terapia, fue importante la psicoeducación que le permitió tomar conciencia y comprender la problemática de la anorexia nerviosa, además del autoregistro que ayudo a identificar la frecuencia de conductas y pensamientos que formaban parte de un hábito inadecuado hacia la alimentación, fortaleciendo la motivación y adherencia al tratamiento. Como plantea Fairburn et al. (1999) esto ayuda a la paciente a abordar soluciones y mejorar, sentir control de sus decisiones en el proceso de terapia para no sentirse presionada por la sensación de pérdida de control sobre sus conductas en la alimentación lo que haría que se aleje o resista al tratamiento al ser muy rígido y directivo. Asimismo señalan Alarcón (2022), Flores (2024) y Samaniego (2022) en sus investigaciones sobre casos de anorexia nerviosa la psicoeducación y autoregistro fue el primer paso para la adherencia a la terapia.

Además la paciente fue ejecutando las actividades para la casa entre sesiones que ayudan a cambiar el patrón de conducta, las cuales en la terapia fueron registrar pensamientos, conductas y emociones, lecturas, practicar técnicas, realizar actividades importantes y agradables para la paciente, permitirse romper sus rituales y reglas de control de alimentación gradualmente. Lega et al. (2016) señalan que los pensamientos disfuncionales son muy potentes y debe ser contrarrestados de manera diaria con estas actividades que ayudan a incorporar el uso de estrategias adecuadas ante los problemas, para ello las tareas para la casa deben ser relevantes, claras, específicas y revisarse en cada sesión. Es importante que futuras investigaciones pongan énfasis en la psicoeducación, autoregistro, actividades para la casa que aportan en la adherencia y participación al tratamiento.

El siguiente objetivo fue reconocer la relación entre los pensamientos, emociones y conductas que mantienen la anorexia nerviosa a través de metáforas y registro de pensamientos para identificar la irracionalidad del pensamiento sobre la alimentación las cuales influyen en el incremento de ansiedad y conductas de control de la ingesta de alimentos y conductas compensatorias de ejercicios excesivos y dietas. Como señala Fairburn et al. (1999) la atención central está en pensamientos de sobrevaloración de la contextura y el peso por lo cual busca la delgadez de manera permanente realizando dietas o restringir alimentos para conseguirlo. Baile y Rabito (2022) señalan en su investigación es fundamental identificar y modificar los pensamientos disfuncionales a través de reestructuración cognitiva en la anorexia nerviosa.

El debatir los pensamientos irracionales sobre la problemática de anorexia nerviosa para elaborar creencias racionales hacia la alimentación mediante la aplicación de la reestructuración cognitiva le permitió la flexibilidad del pensamiento, logrando disminución de la frecuencia de sus pensamientos “debo bajar de peso, estoy gorda, no les voy a gustar, me van a ver mal”, “cambiaría mis piernas, mis brazos, mi abdomen, no me gustan como se

ven, no están delgados como yo quiero”, “van hablar de mi físico, no seré agradable”, “tiene alta calorías, voy a engordar” que reflejaban obsesión por buscar la delgadez, miedo de aumentar de peso, distorsión de la contextura. Como menciona Yamamiya y Stice (2024) la rigidez del pensamiento sobrevalorando la delgadez para alcanzar el atractivo, belleza, valor, éxito, llevan a no sentirse contento con el propio cuerpo, disminuyendo la autoestima y debilitada autoaceptación, experimentar emociones perturbadoras que conforman la comorbilidad con la depresión o ansiedad. Además la terapia racional emotiva conductual de Ellis sostiene la tendencia del ser humano a sentir y actuar por las creencias irracionales que dificulta conseguir objetivos (Dryren y Ellis, 1989), asimismo la terapia cognitiva de Beck sustenta que descubrir las creencias centrales profundas para modificarlas es a partir de explorar los pensamiento automáticos como las distorsiones cognitivas con las cuales se valora y concluye sobre una situación (Beck, 2011).

En el objetivo de identificar los reforzadores que incrementan su estado de ánimo le permitió a la paciente tener estrategias distintas a las habituales relacionadas al control del peso y evitación, logrando mejorar su estado de ánimo, en el postest tiene ausencia de síntomas de depresión, además indicadores de observación como animo en su expresión facial, postura y actitud, participar en actividades sociales que la paciente valoraba importantes con sus familiares y que antes evitaba. Martell et al. (2013) señalan que es importante identificar aquellas actividades que incrementan el estado de ánimo para fortalecer las conductas que están disminuidas por la evitación o el aislamiento como parte de la falta de ánimo e interés para disfrutar. Desde pequeñas actividades que va dominando y experimentar reforzamiento de sí misma o del entorno, podrá equilibrar su estado de ánimo (Chance, 2001). Realizar actividades gratificantes que le agradan, refuerzo social como elogios, dar o recibir una sonrisa o un abrazo, sentirnos satisfechos con una conversación agradable recíproca (Cautela y Groden, 2010). Es importante intervenir sobre la

comorbilidad de síntomas afectivos que pueden estar manteniendo el trastorno alimentario para luego cambiar los inadecuados hábitos alimenticios como lo sugiere Flores (2024) en su investigación de un caso de anorexia.

Para fortalecer su aceptación incondicional y reforzar su autoconcepto se realizó reestructuración cognitiva sobre las ideas de desvalorización, además reflexionar sobre las cualidades que le permitieron alcanzar sus logros, psicoeducación con sus familiares para comprensión del problema de la anorexia nerviosa y compromiso con la terapia, dejar de lado críticas y presión sobre la contextura y alimentación, además compartiendo actividades y comunicación que la paciente valoraba muy importantes a realizar, logrando participación en actividades familiares que antes evitaba, disminución de frecuencia de pensamientos disfuncionales sobre su contextura, además en el posttest de autoestima alcanzo nivel alto que indica fortalecimiento de la satisfacción consigo misma y sentirse capaz ante los desafíos, además apoyo y comprensión de su entorno familiar. Duro (2021) afirma que valorarse de manera negativa o sesgada está presente en trastorno de conducta alimentaria haciendo más vulnerable a la persona que lo padece ya que enfoca su atención a los aspectos negativos, recordar fracasos y rechazo de los demás. Desde la niñez se va formando el auto concepto a partir de interiorizar mensajes y actitud de los familiares, luego en la adolescencia estos mensajes y actitudes hacen complicado afrontar cambios físicos, psicológicos y presión social (Luisi, 2017). Además es un factor de riesgo como identifico en su investigación de casos de anorexia Yamamiya y Stice (2024).

Para identificar y gestionar la reducción de la ansiedad se realizó a través de psicoeducación reconociendo sus señales fisiológicas de ansiedad y practicar la técnica de relajación diafragmática, logrando disminución de la valoración subjetiva de ansiedad, en el posttest tiene nivel de normalidad de las reacciones fisiológicas, el miedo y conductas de inquietud han disminuido. Esto permite que mediante la técnica de relajación regule el ritmo

de respiración, disminuya la sudoración y temblor del sistema nervioso, además de redirigir la atención a la sensación de relajación y equilibrar los sistemas simpático y parasimpático (Ruiz et al., 2012).

En el objetivo de disminuir la conducta de restricción en la ingesta de alimentos, se realizó la técnica de exposición de manera gradual simbólica y visual con prevención de respuestas de seguridad sobre principales alimentos altos en calorías como gaseosa, chocolate, galletas que generan ansiedad y miedo de engordar, logrando disminución de la frecuencia de conductas de restricción hacia estos alimentos, llevando a la ausencia de dietas, disminución de ejercicios excesivos, tolerar la ansiedad, realizar actividades entre sesiones de permitirse comer porciones de dulces sin realizar alguna de estas conductas, buscar estrategias de regulación de su emoción como conversar con su familiar, identificar el pensamiento disfuncional que no es una regla o consecuencias absoluta, los posttest señalan disminución de indicadores y ausencia de riesgo, que indica reducción de la distorsión de la contextura corporal, disminución del miedo de aumentar de peso, disminución de conductas de restringir alimentos y compensatorias, reconocer la sensación de hambre y disfrute sin controlar calorías ni el peso y sin la presión de su entorno social. Es importante disminuir los rituales de control de la dieta estricta, revisar etiquetas o calorías de alimentos que aparecen desde el inicio como un factor de riesgo como señala Yamamiya y Stice (2024) en su investigación longitudinal sobre anorexia nerviosa. Además la exposición como menciona Ruiz et al. (2012) permite generar habituación ante el estímulo temido, fortaleciendo la reestructuración de pensamiento al darse cuenta que puede soportar el malestar y las consecuencias no son las que esperaba. Asimismo para Butler y Heimberg (2020) modificar el miedo inicial hacia la comida aprendida por condicionamiento con la creencias de miedo a engordar se logra con una nueva asociación de confrontación con la comida al darse cuenta que no genera la idea temida de engordar inmediatamente y que la

ansiedad se va tolerando al ir disminuyendo, lo que permite cuestionar la idea disfuncional y corroborar la elaboración de una idea racional sobre la alimentación.

Cabe mencionar en el postest si bien existe ausencia de indicadores como obsesión por conseguir delgadez, insatisfacción por el propio cuerpo, conciencia interna corporal, ineficacia, bulimia, perfeccionismo, aún el miedo a la madurez se mantuvo en tendencia alto. Como señala Riveros et al. (2025) siendo característico en la adolescencia por los cambios físicos y psicológicos de afrontar nuevos desafíos y responsabilidades prefiriendo la seguridad de su niñez, en un trastorno de anorexia nerviosa suelen evitar estos cambios físicos con la disminución de la contextura y peso. Por ello al término de esta intervención en la prevención de recaídas se fomenta su autonomía gradual a tomar decisiones en ciertas actividades y responsabilidades para que pueda comprobar su capacidad de manejar la situación sin buscar evitarlas y se sienta segura en su decisión. Siendo importante para otras investigaciones incidir con mayor énfasis en este indicador de miedo a la madurez como un factor de riesgo en los casos de anorexia nerviosa.

Finalmente para disminuir hábitos inadecuados de morderse las uñas y fortalecer estrategias de afrontamiento a problemas a través de autoinstrucciones y entrenar en solución de problemas, comunicación asertiva, de acuerdo al inventario de inteligencia emocional obtuvo nivel alto, lo que indica que le permitió fortalecer las competencias socioemocionales, gestionar el estrés, la presión, la habilidad intrapersonal para comprender y regular las emociones, así como mostrarse de manera honesta hacia su entorno aceptándose a sí misma. Como menciona Gagliosi y Rodríguez (2023) el trastorno de conducta alimentaria va generar hábitos inadecuados que al ser una práctica constante y repetitiva se vuelven automáticos, no fácil de cambiarlos, ya que antes se realizaban para calmar la ansiedad o evitar consecuencias negativas, para cambiarlos se debe tomar conciencia de la conducta habitual inadecuada y sus consecuencias, elaborar metas de motivación y

conductas alternativas que favorezcan cambiar hacia un hábito adecuado. Asimismo Nezu et al. (2014) afirma que para abordar problemas cotidianos o estresantes es importante identificar el problema y las consecuencias o eficacia de cada solución e ir monitoreando la alternativa de solución lo que favorece que la persona sea más flexible y adaptativa ante los problemas por la planificación de acciones.

V. CONCLUSIONES

La intervención terapéutica con el modelo cognitivo-conductual que se aplicó en el presente estudio de caso de anorexia nerviosa en una adolescente tuvo como resultado el logro del objetivo general de disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa así como mejorar el estado de ánimo y disminuir síntomas de ansiedad.

El primer paso en el proceso terapéutico es fortalecer la relación, compromiso, confianza de la paciente en la terapia que le permitió tomar conciencia y comprender la problemática de la anorexia nerviosa, mantener su participación en las sesiones y ejecución de las actividades entre sesiones.

La disminución de la frecuencia de pensamientos disfuncionales que reflejaban obsesión por buscar la delgadez, miedo aumentar de peso, distorsión de la contextura se logró al debatir los pensamientos irracionales que no son reglas absolutas sobre la problemática de anorexia nerviosa y elaborar un pensamiento más flexible y creencias racionales hacia la alimentación.

Se logró que la paciente pueda identificar los reforzadores que incrementan su estado de ánimo a partir de ejecutar actividades agradables para fortalecer las conductas que están en déficit por la evitación o aislamiento participando en actividades que valora importantes con sus familiares.

Se logró fortalecer su aceptación incondicional y reforzar su concepto adecuado de sí misma con la reestructuración cognitiva de las ideas de desvalorización y reconociendo las cualidades que le permitieron alcanzar sus logros generando una percepción de satisfacción y capacidad consigo misma ante los desafíos.

Se consiguió la disminución de la intensidad de la reacción fisiológica de ansiedad reconociendo sus señales de activación de ansiedad en el ritmo de respiración, sudoración y de sentirse temblorosa, buscando gestionar la disminución mediante técnica de relajación diafragmática.

Se logró disminuir la frecuencia de las conductas disfuncionales de restricción en la ingesta de alimentos, dietas o ejercicios excesivos para compensar la ganancia de calorías por el miedo de aumentar de peso mediante la técnica de exposición al darse cuenta que las consecuencias no son las que se esperaba, la ansiedad se va tolerando al ir disminuyendo, además corroborar la elaboración de una idea racional sobre la alimentación y mantener esta exposición al realizar actividades entre sesiones de permitirse comer porciones de dulces sin realizar alguna conductas para disminuir el peso como ejercicios excesivo o intentar hacer dietas.

Se ha logrado disminuir hábitos inadecuados de morderse las uñas y fortalecer estrategias de afrontamiento a problemas a través de autoinstrucciones, entrenar en solución de problemas, comunicación asertiva que le permite fortalecer sus habilidades para gestionar sus emociones y presiones de su entorno social.

VI. REFERENCIAS

- Alarcón, I. (1993). Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños. *Revista Peruana de Análisis de la Conducta*, 2(1-2), 37-47.
<https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2008-ASM-BDIESMP/files/res/downloads/book.pdf>
- Alarcón, T. (2022). *Terapia cognitivo conductual en un caso de anorexia nerviosa* [Estudio de Caso de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal.
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/7930>
- Alharbi, Y., Saleh, F. y Shahat, K. (2024). Effective Treatment Approaches for Eating Disorders in Children and Adolescents: A Review Article. *Cereus*, 16(11), 1-11.
<https://doi.org/10.7759/cureus.74003>
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.).
- Ato, M. y Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Pirámide.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Baenas, I., Etxandi, M. y Fernández, F. (2024). Complicaciones médicas en anorexia y bulimia nerviosa. *Medicina clínica*, 162(2), 67-72.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.028>
- Baile, J. y Rabito, M. (2022). Cognitive behavioural therapy for an adolescent with anorexia nervosa. *Children*, 9(92), 1-8. <https://doi.org/10.3390/children9010092>
- Beck, J. (2011). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Borrero, J. (2018). *Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo* [Tesis de Maestría,

- Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villareal. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/2416>
- Bustamante, L., Luzuriaga, M., Rodríguez, P., y Espadero, R. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 389–398. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>
- Butler, R. y Heimberg, R. (2020). Terapia de exposición para trastornos alimentarios: una revisión sistemática. *Revista de psicología clínica*, 78(sin número), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>
- Canals, J. y Arija, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 16-26. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04174>
- Cautela, J. y Groden, J. (2010). *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Martínez Roca.
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. El Manual Moderno.
- Chávez, S. y Cerrón, K. (2025). *Tendencia de admisiones hospitalarias por trastornos de la conducta alimentaria en la población peruana: un estudio ecológico* [Tesis de título profesional de médico cirujano, Universidad Continental]. Repositorio Universidad Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/16727>
- Cobos, B. (2021). *Evolución de la prevalencia de la anorexia nerviosa en la infancia en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto - Juvenil del Hospital Universitario Basurto* [Tesis de Licenciatura, Universidad del País Vasco]. Repositorio Universidad del País Vasco. <http://hdl.handle.net/10810/54595>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2024). *Código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú*.

https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco_legal/CPsP_CDN_codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- Dalle, R. y Calugi, S. (2024). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: development, effectiveness, and future challenges. *Biopsychosocial Medicine*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13030-024-00315-7>
- Dryren, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclee de Brouwer.
- Duriez, P., Goueslard, K., Treasure, J., Quantin, C. y Jollant, F. (2023). Risk of non-fatal self-harm and premature mortality in the three years following hospitalization in adolescents and young adults with an eating disorder: a nationwide population-based study. *The International Journal of Eating disorder*, 56(8), 1534-1543. <https://doi.org/10.1002/eat.23974>
- Duro, A. (2021). Autoestima: Actualización y Mantenimiento. Un Modelo Teórico con Aplicaciones en Terapia. *Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e23. <https://doi.org/10.5093/cc2021a16>
- Erikson, E. (2012). *El ciclo vital completado: Edición revisada y ampliada*. Grupo planeta.
- Fairburn, CH., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos alimentarios: una teoría y un tratamiento transdiagnostico. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, CH., Shafran, R. y Cooper, Z. (1999). Una teoría cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00102-8)
- Fernández, A. (2021). Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: la pandemia colateral. *Esp Endocrinol Pediatr*, 12(2), 1-5. <http://dx.doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2021.Nov.705>

- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de casos*. Pirámide.
- Flores, E. (2024). *Caso clínico de trastorno de conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa, episodio depresivo moderado y consumo de tabaco, en una paciente mujer de 18 años* [Estudio de Caso de Segunda Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16204>
- Gagliesi, P. y Rodríguez G. (2023). *Habilidades para lidiar con el descontrol alimentario*. Edulp.
- García, D., Wilhelm, P., Vogele, C. y Munsch, S. (2023). Restricción alimentaria en la anorexia nerviosa a la luz de la teoría moderna del aprendizaje: una revisión narrativa. *Behavioral Sciences*, 13(96), 1-25. <https://doi.org/10.3390/bs13020096>
- Garner, D. (1993). Patogenia de la anorexia nerviosa. *The Lancet*, 341(26), 1631-1640. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-c](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-c)
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental; una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Gómez, A. y Narváez, M. (2022). Dimensiones de la personalidad y su relación con las tendencias prosociales y la empatía en niños(as) y adolescentes en vulnerabilidad psicosocial. *Revista de Psicología*, 40(1), 37-72. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.002>
- Guiraldes, E. y Ventura P. (2011). *Manual de pediatría*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Gutiérrez, Y. y Posada, M. (2023). Anorexia, un abordaje desde la terapia cognitivo conductual. *En abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente*

descompensada. Universidad Pontificia Bolivariana.

<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/10830>

Grosso, R. (2025). Anorexia nerviosa restrictiva, la paradoja: no comer para vivir.

Actualización en Nutrición, 26(3), 103-110.

<https://doi.org/10.48061/SAN.2025.26.3.149>

Herminia, G. (2018). *Autoestima para vivir: cómo confiar en ti mismo y lograr lo que deseas*. Paidós.

Hiyo, C. (2018). *Propiedades psicométricas y estandarización del inventario de autoestima de Coopersmith en escolares de secundaria de lima sur: chorrillos, surco y barranco*

[Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Universidad Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/557>

Huete, M., Ledesma, M. y Jaramillo, N. (2021). Síndrome de la arteria mesentérica superior en una adolescente con anorexia nerviosa durante la pandemia del COVID-19, reporte de un caso clínico. *Revista de Neuropsiquiatría*, 84(2), 144-148.

<https://doi.org/10.20453/rnp.v84i2.4002>

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (2000). *Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta psiquiátrica clínica*. Panamericana.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2016). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual*. Siglo XXI de España.

Levenkron, S. (2004). *Anatomía de la anorexia*. Kairos.

López, J., y López, M. (2023). Personalidad en la adolescencia. *Adolescere*, 11(3), 141-148.

<https://www.adolescere.es/personalidad-en-la-adolescencia/>

López, J., López, M., Serrano, I., Andrés, J., Sánchez, M. y Gonzales, M. (2022).

- Personalidad en adolescentes en muestras general y clínica. *Psicología conductual*, 30(3), 743-756, <https://doi.org/10.51668/bp.8322309s>
- Luisi, V. (2017). [Reseña del libro *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*, por Clark, A., Clemen, H., y Bean, R., 2000)]. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, 4(7), 90.
<https://revistas.umce.cl/index.php/dialogoseducativos/article/view/1279>
- Martell, Ch., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*. Desclee De Brouwer.
- Martínez, K., Vallejos, V., Snitzes, G., Saavedra, C. y Contreras, R., (2025). Análisis epidemiológico de las hospitalizaciones por anorexia nerviosa en el periodo 2021-2024 en Chile, *Revista de Estudiante de Medicina Sur*, 13(2).
<https://doi.org/10.56754/0718-9958.2025.266>
- Mcquaid, J. (2025). Defining Psychological Treatment: Implications and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 32(3), 228-231.
<https://doi.org/10.1037/cps0000247>
- Mejia, C. (2017). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en estudiantes de secundaria - San Juan de Lurigancho*. Lima [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Universidad Cesar Vallejo.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/11216>
- Nardone, G. (2003). *Más allá de la anorexia y bulimia*. Paidós.
- Nezu, A., Maguth, CH. y D’Zurilla T. (2014). *Terapia de solución de problemas: manual de tratamiento*. Desclee De Brouwer.
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 1 de setiembre). *La salud mental de los adolescentes* [Comunicado de prensa]. <https://surl.lu/chgbdk>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 28 de setiembre). *La OMS y OIT piden nuevas*

- medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo* [Comunicado de prensa]. <https://goo.su/1J9Pi>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima edición (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>
- Pérez, P., Martínez, J., Valecillos, A., Gainza, L., Galán, M. y Checa, P. (2021). Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Semergen*, 47(4), 230-239. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.007>
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de psicología*. Editorial Labor.
- Reyes, M. y Tena, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Manuel moderno.
- Rivera, G. (2022). Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento. *Rhombus-ULACIT*, 3(1), 70-93. <https://revistas.ulacit.ac.cr/index.php/rhombus/article/view/26>
- Riveros, G., Garrido, M. y Reyes, M. (2025). Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Lima Metropolitana, *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 15(1), 14-23. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2025.1.781>
- Ruiz, J. y Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R&C Editores.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manuel de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Desclee De Brouwer.
- Samaniego, L. (2022). *Intervención psicoterapéutica en caso clínico de anorexia nerviosa en adolescente* [Estudio de caso de Licenciatura, Universidad Técnica Particular de Loja]. Repositorio Universidad Técnica Particular de Loja. <https://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/31649>

- Seguro de salud social. (2024, 3 de febrero). *EsSalud advierte que 40% de adolescentes internados en Hospital Almenara tiene trastornos alimenticios*. <https://n9.cl/zmacn>
- Solana, P. (2023). *Estudio longitudinal a largo plazo de evaluación clínica de una muestra de pacientes con anorexia nerviosa tras su primer episodio* [Estudio de casos de Grado de Medicina, Universidad de Cantabria]. Repositorio Universidad de Cantabria. <https://hdl.handle.net/10902/30578>
- Torres, K. (2022). *Propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT- 26) en una muestra de adolescentes escolarizados de Trujillo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108420>
- Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes, *Persona*, 8(08), 11-58. <https://doi.org/10.26439/persona2005.n008.893>
- Universidad Privada Norbert Wiener (2024). *Reglamento del comité Institucional de Ética e Integridad Científica*. Vicerrectorado de Investigación. <https://www.uwiener.edu.pe/wp-content/uploads/2024/11/94-upnw-ees-reg-004-reglamento-del-comite-institucional-de-etica-e-integridad-cientifica.pdf>
- Yamamiya, Y. y Stice, E. (2024). Risk factors that predict future onset of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder in adolescent girls. *Behavior Therapy*, 55(4). 712-723. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.10.002>

VII. ANEXOS

Anexo 1

Protocolo del Cuestionario de Depresión Infantil – Pretest

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE..... EDAD..... 12.....

FECHA DE NACIMIENTO..... 18-10-13..... FECHA DE HOY..... 02/06/20

GRADO..... COLEGIO.....

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, que has pensado en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**; luego coloca una marca como ésta "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta o incorrecta, solo trata de contestar, con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

..... Siempre leo libros
 ☒ Algunas veces leo libros
 Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

Recuerda marca la oración que mejor diga como has estado en las últimas **DOS SEMANAS**.

1) Rara vez me siento triste
 Muchas veces me siento triste
 ☒ Me siento triste todo el tiempo

2) ☒ Nada me va a salir bien
 No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
 Las cosas me van a salir bien

- 3)Hago la mayoría de las cosas bien
☒Hago muchas cosas mal
.....Todo lo hago mal
- 4)Muchas cosas me divierten
☒Me divierten algunas cosas
.....Nada me divierte
- 5)Soy malo todo el tiempo
☒Soy malo muchas veces
.....Rara vez soy malo
- 6)Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas
☒Me preocupa que puedan pasarme cosas malas
.....Estoy seguro que me pasaran cosas terribles
- 7)Me odio a mí mismo
☒No me gusto a mí mismo
.....Me gusto a mí mismo
- 8)Tengo la culpa de todas las cosas malas
☒Tengo la culpa de muchas cosas malas
.....Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- 9) ☒No pienso en matarme
.....Pienso en matarme pero no lo haría
.....Quiero matarme
- 10)Siento ganas de llorar todos los días
☒Muchos días me dan ganas de llorar
.....Rara vez siento ganas de llorar
- 11)Las cosas me molestan todo el tiempo
☒Las cosas me molestan muchas veces
.....Rara vez algo me molesta
- 12)Me gusta estar con otras personas
☒Muchas veces no me gusta estar con otras personas
.....Yo no quiero estar con otras personas
- 13)No puedo decidirme por algo
☒Es difícil para mí decidirme por algo
.....Me decido fácilmente por algo
- 14)Me veo bien
☒Hay algunas cosas malas en mi apariencia
.....Me veo horrible
- 15)Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio
☒Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio
.....Hacer mis tareas del colegio no es gran problema

- 16) Todas las noches tengo problemas para dormir
 ☒ Varias noches tengo problemas para dormir
 Duermo muy bien
- 17) Rara vez me siento cansado
 ☒ Muchos días me siento cansado
 Todo el tiempo me siento cansado
- 18) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 ☒ Varios días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
- 19) ☒ No me preocupan dolores ni enfermedades
 Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
 Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades
- 20) No me siento solo
 ☒ Muchas veces me siento solo
 Todo el tiempo me siento solo
- 21) Nunca me divierto en el colegio
 ☒ Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
 Muchas veces me divierto en el colegio
- 22) ☒ Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero quisiera tener mas
 No tengo amigos
- 23) Mi rendimiento en el colegio es bueno
 ☒ Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
 Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien
- 24) Nunca podré ser tan bueno como los otros niños
 ☒ Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera
 Soy tan bueno como otros niños
- 25) Nadie me quiere realmente
 ☒ No estoy seguro si alguien me quiere
 Estoy seguro que hay personas que me quieren
- 26) ☒ Generalmente hago caso en lo que me dicen
 Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
 Nunca hago caso en lo que me dicen
- 27) ☒ Me llevo bien con los demás
 Muchas veces me peleo con los demás
 Todo el tiempo me peleo con los demás

Anexo 2

Protocolo de Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad – Pretest

Pretest

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: _____

Edad: 12

Grado de Instrucción _____

Fecha: 02/06/26

INSTRUCCIONES:

Aquí hay algunas preguntas de la manera como te sientes y comportas: Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras. NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE. Marca con un aspa cada una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o comportas. Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. ASEGÚRATE DE NO DEJAR DE RESPONDER CADA PREGUNTA.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN TEMENTE
1. Estoy intranquilo(a) por cualquier motivo		X	
2. Mi corazón late muy rápido.		X	
3. Tengo cólera por cualquier motivo.	X		
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar		X	
5. Tengo ganas de llorar.			X
6. Tengo dolores o sensaciones de presión en el pecho.		X	
7. Tengo pesadillas.	X		
8. Siento miedo a varias cosas.		X	
9. Me siento débil y me canso fácilmente		X	
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso (a).		X	
11. Siento que me ahogo.	X		
12. Me altero o me angustio fácilmente.	X		
13. Orino con mucha frecuencia.	X		

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUE NTE
14. Frecuentemente tengo dolores de estomago.	X		
15. Tengo nauseas continuamente	X		
16. Me rechinan los dientes.	X		
17. La cara se me pone roja y caliente.	X		
18. Me muerdo las uñas.		X	
19. Me transpiran las manos y los pies.		X	
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.		X	
21. Tengo frecuentemente más apetito de lo normal.	X		
22. Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.		X	
23. Pierdo el apetito cuando estoy nervioso (a).		X	
24. Me duele la cabeza constantemente.	X		
25. Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan.			X
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié.		X	

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

Anexo 3

Protocolo del Inventario Emocional BarOn Ice – Pretest

Pretest

Nombre: [Redacted] Edad: 12 Sexo: F
 Colegio: [Redacted] Estatal: (X) Particular: ()
 Grado: [Redacted] Fecha: 02/06/16

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - ABREVIADA

Adaptado por
Nelly Ugarriza Chávez
Liz Pajares Del Aguila



INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1 Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
2 Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
3 Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
4 Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
5 Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
6 Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
7 Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
8 Peleo con la gente.	1	2	3	4
9 Tengo mal genio.	1	2	3	4
10 Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
11 Nada me molesta.	1	2	3	4
12 Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
13 Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
14 Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
15 Debo decir siempre la verdad.	1	2	3	4
16 Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil cuando yo quiero.	1	2	3	4
17 Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
18 Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4

		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
19.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
20.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
21.	Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
22.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
23.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
24.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
25.	No tengo días malos.	1	2	3	4
26.	Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
27.	Me disgusta fácilmente.	1	2	3	4
28.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
29.	Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
30.	Sé cuando la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	2	3	4

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 4

Protocolo del Inventario de Autoestima de Coopersmith- Pretest

INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSION ESCOLAR

NOMBRE: EDAD: 12 SEXO:
 AÑO DE ESTUDIO: 2019/20 (M)(F)

Marque con una Aspa (X) debajo de V ó F, de acuerdo a los siguientes criterios:
V cuando la frase Si coincide con su forma de ser o pensar
F si la frase No coincide con su forma de ser o pensar

Nº	FRASE DESCRIPTIVA	V	F
1	Las cosas mayormente no me preocupan		X
2	Me es difícil hablar frente a la clase	X	
3	Hay muchas cosas sobre mi mismo que cambiaría si pudiera	X	
4	Puedo tomar deisiones sin dificultades		X
5	Soy una persona muy divertida		X
6	En mi casa me molesto muy fácilmente	X	
7	Me toma bastante tiempo costumbrarme algo nuevo	X	
8	Soy conocido entre los chicos de mi edad		X
9	Mi padres mayormente toman en cuenta mis sentimientos		X
10	Me rindo fácilmente		X
11	Mi padres esperan mucho de mí	X	
12	Es bastante difícil ser "Yo mismo"	X	
13	Mi vida está llena de problemas	X	
14	Los chicos mayormente aceptan mis ideas	X	
15	Tengo una mala opinión acerca de mí mismo	X	
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		X
17	Mayormente me siento fastidiado en la escuela	X	
18	Físicamente no soy tan simpático como la mayoría de las personas	X	
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo		X
20	Mis padres me comprenden		X
21	La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo	X	
22	Mayormente siento como si mis padres estuvieran presionandome	X	
23	Me siento desanimado en la escuela	X	
24	Desearía ser otra persona	X	
25	No se puede confiar en mí		X
26	Nunca me preocupo de nada		X
27	Estoy seguro de mí mismo		X
28	Me aceptan fácilmente en un grupo	X	
29	Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos		X
30	Paso bastante tiempo soñando despierto		X
31	Desearía tener menos edad que la que tengo		X
32	Siempre hago lo correcto		X
33	Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela	X	
34	Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer		X
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago	X	

36	Nunca estoy contento			
37	Estoy haciendo lo mejor que puedo			
38	Generalmente puedo cuidarme solo			
39	Soy bastante feliz			
40	Preferiría jugar con los niños más pequeños que yo			
41	Me gustan todas las personas que conozco			
42	Me gusta mucho cuando me llaman a la pizarra			
43	Me entiendo a mí mismo			
44	nadie me presta mucha atención en casa			
45	Nunca me resondran			
46	No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera			
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla			
48	Realmente no me gusta ser un niño			
49	No me gusta estar con otras personas			
50	Nunca soy tímido			
51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo			
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo			
53	Siempre digo la verdad			
54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz			
55	No me importa lo que me pase			
56	Soy un fracaso			
57	Me fastidio fácilmente cuando me llaman la atención			
58	Siempre se lo que debo decir a las personas.			

Anexo 5

Protocolo del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria – Pretest

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EDI - 2

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: 13 GRADO Y SECC: 6^{to} A' COLEGIO: J.L.B.Y.R

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de frases que debes contestar, algunas se refieren a la comida y a otros sentimientos o actitudes que experimentan. Lee atentamente cada una de las frases; luego, elige la respuesta que se dan en ti con más frecuencia, marcando con un ☐ según corresponda. Recuerda no hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, pero es muy importante que seas totalmente sincero en tus respuestas.

Opciones de respuesta:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

ITEMS		N	PC	AV	AM	CS	S
1	Como dulces e hidratos de carbono (fideos, arroz, harina y etc.)	0	1	2	3	4	☒ 5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	☒ 5
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	0	1	2	3	4	☒ 5
4	Suelo comer mucho cuando estoy disgustado.	☒ 0	1	2	3	4	5
5	Suelo comer en exceso.	☒ 0	1	2	3	4	5
6	Me gustaría ser más joven.	0	☒ 1	2	3	4	5
7	Pienso en ponerme a dieta.	0	1	2	3	4	☒ 5
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	0	1	2	☒ 3	4	5
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	0	1	2	3	4	☒ 5
10	Me considero una persona poco eficaz o inútil.	0	1	2	☒ 3	4	5

- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Me siento muy culpable cuando como en exceso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | La infancia es la época más feliz de la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Soy capaz de expresar mis sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Me aterroriza la idea de engordar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Confío en los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Me siento solo en el mundo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Me siento satisfecho con mi figura. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Suelo estar confuso sobre mis emociones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Preferiría ser adulto a ser niño. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Me resulta fácil comunicarme con los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Me gustaría ser otra persona. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Exagero o doy demasiada importancia al peso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Puedo reconocer las emociones que siento a cada momento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Me siento incapaz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | He ido a eventos (bufetes, banquetes, festín) en la que me sentí que no podía parar de comer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Tengo amigos íntimos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Me gusta la forma de mi trasero. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Estoy preocupado porque quisiera ser una persona más delgada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | No sé qué es lo que ocurre en mi interior. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Me cuesta expresar mis emociones a los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Las exigencias de la vida adulta son excesivas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | Me fastidia no ser el mejor en todo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Me siento seguro de mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Suelo comer en exceso y después vomitarlo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Me alegra haber dejado de ser un niño. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | No sé muy bien cuando tengo hambre o no. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Tengo mala opinión de mí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | Creo que puedo conseguir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Temo no poder controlar mis sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Creo que mis caderas son demasiado anchas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón (comer en exceso y vomitarlo) cuando se van. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 | Me siento hinchado después de una comida normal. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 | Creo que las personas son más felices cuando son niños. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 | Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | Me considero una persona valiosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 | Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 | Pienso en vomitar para perder peso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 | Me siento emocionalmente vacío en mi interior. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57 | Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59 | Creo que mi trasero es demasiado grande. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60 | Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 61 Como o bebo bastante a escondidas. (0) 1 2 3 4 5
- 62 Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado. (0) 1 2 3 4 5
- 63 Me fijo objetivos sumamente ambiciosos. (0) 1 2 3 4 5
- 64 Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer. 0 1 (2) 3 4 5
- 65 La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome. (0) 1 2 3 4 5
- 66 Me avergüenzo de mis debilidades humanas. 0 1 2 (3) 4 5
- 67 La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable. (0) 1 2 3 4 5
- 68 Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales. (0) 1 2 3 4 5
- 69 Suele sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo. 0 1 2 3 4 (5)
- 70 Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento. (0) 1 2 3 4 5
- 71 Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer. 0 1 2 3 (4) 5
- 72 Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas. 0 1 2 3 4 (5)
- 73 Soy comunicativo con la mayoría de la gente. 0 1 2 3 4 (5)
- 74 Relacionarme con los demás me causa incomodidad. (0) 1 2 3 4 5
- 75 Resistirme o negarme a hacer mis cosas me hace sentir mejor emocionalmente. (0) 1 2 3 4 5
- 76 La gente comprende mis verdaderos problemas. (0) 1 2 3 4 5
- 77 Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza. (0) 1 2 3 4 5
- 78 Comer por placer es signo de debilidad de carácter. (0) 1 2 3 4 5
- 79 Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira. (0) 1 2 3 4 5
- 80 Creo que la gente confía en mí tanto como merezco. 0 (1) 2 3 4 5
- 81 Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol. 0 1 2 3 4 (5)
- 82 Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo. (0) 1 2 3 4 5
- 83 Los demás dicen que me irrito con facilidad. (0) 1 2 3 4 5
- 84 Tengo la sensación de que todo me sale mal. 0 1 2 3 4 (5)
- 85 Tengo cambios bruscos de humor. (0) 1 2 3 4 5

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

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

Anexo 6

Protocolo del Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación – Pretest

Pretest

Nombre: _____

Fecha: 02.06.26

Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación (EAT-26)

Instrucciones: Esta es una prueba diseñada para evaluar preocupaciones y actitudes comunes en personas con desórdenes alimenticios. Selecciona la opción que represente con cuanta frecuencia te ocurre lo mencionada en cada aseveración. No dejes ítems en blanco.

	Siempre	General-mente	A Menudo	A Veces	Rara-mente	Nunca
1. Me aterra estar con sobrepeso.	☒					
2. Evito comer cuando tengo hambre.				☒		☒
3. Me encuentro preocupado/a por la comida.				☒		
4. Sigo abusando de la comida, aun sabiendo que no puedo parar de comer.						☒
5. Corto la comida en pedazos pequeños.					☒	
6. Soy consciente del volumen de calorías que ingiero.				☒		
7. Particularmente evito comidas ricas en carbohidratos (ej. pan, arroz, patatas, etc.).						☒
8. Siento que los demás preferirían que comiera más.						☒
9. Vomito después de haber comido.						☒
10. Me siento muy culpable después de comer.					☒	
11. Estoy preocupado/a por el deseo de estar más delgado/a.	☒					
12. Mi objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios.		☒				
13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgado/a.						☒
14. Estoy preocupado/a con el pensamiento de tener grasa en el cuerpo.	☒					
15. Tardo más tiempo que los otros comiendo.	☒					
16. Evito las comidas con azúcar.						☒
17. Como comidas o productos dietéticos.			☒			
18. Siento que la comida controla mi vida.		☒				
19. Tengo autodominio al comer.					☒	
20. Siento que otros me presionan al comer.						☒
21. Pienso mucho en la comida.			☒			
22. Me siento culpable después de comer dulces.			☒			
23. Me ajusto a comportamientos dietéticos.						☒
24. Siento que mi estómago está vacío.						☒
25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.						☒
26. Disfruto probando nuevas comidas ricas.						☒

1) ¿Has realizado atracones de comida donde te sientes que no podrás parar de comer? (Comer mucha más cantidad de comida que otras personas bajo las mismas circunstancias)

Sí ☒ No ☒ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses? Nunca

2) ¿Alguna vez te has inducido el vómito para controlar tu peso o apariencia?

☒ Sí No ☒ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses? 2 días

3) ¿Alguna vez has utilizado laxantes, píldoras para adelgazar o diuréticos para controlar tu peso o apariencia?

☒ Sí No ☒ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses? Todos los meses

4) ¿Alguna vez has sido tratado/a para un Trastorno de Alimentación (Bulimia, Anorexia, etc.)?

☒ Sí No ☒ ¿Cuándo? en mi hospital

Puntuación Total: 22

Riesgo elevado

Anexo 7

Protocolo del Cuestionario de depresión Infantil – Postest

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE [REDACTED] EDAD 12

FECHA DE NACIMIENTO 18-10-13 FECHA DE HOY 16/07/26

GRADO 4º S.A. COLEGIO JLBVR

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, que has pensado en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como ésta "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta o incorrecta, solo trata de contestar, con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

..... Siempre leo libros
☒ Algunas veces leo libros
 Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

Recuerda marca la oración que mejor diga cómo has estado en las últimas **DOS SEMANAS**.

1) ☒ Rara vez me siento triste
 Muchas veces me siento triste
 Me siento triste todo el tiempo

2) Nada me va a salir bien
 No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
☒ Las cosas me van a salir bien

- 3) ☒ Hago la mayoría de las cosas bien
☐ Hago muchas cosas mal
☐ Todo lo hago mal
- 4) ☒ Muchas cosas me divierten
☐ Me divierten algunas cosas
☐ Nada me divierte
- 5) ☐ Soy malo todo el tiempo
☐ Soy malo muchas veces
☒ Rara vez soy malo
- 6) ☒ Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas
☐ Me preocupa que puedan pasarme cosas malas
☐ Estoy seguro que me pasaran cosas terribles
- 7) ☐ Me odio a mí mismo
☐ No me gusto a mí mismo
☒ Me gusto a mí mismo
- 8) ☐ Tengo la culpa de todas las cosas malas
☐ Tengo la culpa de muchas cosas malas
☒ Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- 9) ☒ No pienso en matarme
☐ Pienso en matarme pero no lo haría
☐ Quiero matarme
- 10) ☐ Siento ganas de llorar todos los días
☒ Muchos días me dan ganas de llorar
☐ Rara vez siento ganas de llorar
- 11) ☐ Las cosas me molestan todo el tiempo
☐ Las cosas me molestan muchas veces
☒ Rara vez algo me molesta
- 12) ☒ Me gusta estar con otras personas
☐ Muchas veces no me gusta estar con otras personas
☐ Yo no quiero estar con otras personas
- 13) ☐ No puedo decidirme por algo
☒ Es difícil para mí decidirme por algo
☐ Me decido fácilmente por algo
- 14) ☒ Me veo bien
☐ Hay algunas cosas malas en mi apariencia
☐ Me veo horrible
- 15) ☐ Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio
☐ Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio
☒ Hacer mis tareas del colegio no es gran problema

- 16) Todas las noches tengo problemas para dormir
 Varias noches tengo problemas para dormir
☒ Duermo muy bien
- 17) ☒ Rara vez me siento cansado
 Muchos días me siento cansado
 Todo el tiempo me siento cansado
- 18) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Varios días no tengo ganas de comer
☒ Como muy bien
- 19) ☒ No me preocupan dolores ni enfermedades
 Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
 Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades
- 20) ☒ No me siento solo
 Muchas veces me siento solo
 Todo el tiempo me siento solo
- 21) Nunca me divierto en el colegio
 Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
☒ Muchas veces me divierto en el colegio
- 22) ☒ Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero quisiera tener más
 No tengo amigos
- 23) ☒ Mi rendimiento en el colegio es bueno
 Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
 Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien
- 24) Nunca podré ser tan bueno como los otros niños
☒ Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera
 Soy tan bueno como otros niños
- 25) Nadie me quiere realmente
 No estoy seguro si alguien me quiere
☒ Estoy seguro que hay personas que me quieren
- 26) ☒ Generalmente hago caso en lo que me dicen
 Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
 Nunca hago caso en lo que me dicen
- 27) ☒ Me llevo bien con los demás
 Muchas veces me peleo con los demás
 Todo el tiempo me peleo con los demás

Anexo 8

Protocolo de Lista Conductual de la Ansiedad – Postest

Post

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: _____

Edad: 12

Grado de Instrucción: 4^{ta} A

Fecha: 16/07/26

INSTRUCCIONES:

Aquí hay algunas preguntas de la manera como te sientes y comportas. Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras. NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE. Marca con un aspa cada una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o comportas. Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. **ASEGÚRATE DE NO DEJAR DE RESPONDER CADA PREGUNTA.**

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Estoy intranquilo(a) por cualquier motivo	X		
2. Mi corazón late muy rápido.	X		
3. Tengo cólera por cualquier motivo.			
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar			
5. Tengo ganas de llorar.		X	
6. Tengo dolores o sensaciones de presión en el pecho.	X		
7. Tengo pesadillas.	X		
8. Siento miedo a varias cosas.	X		
9. Me siento débil y me canso fácilmente	X		
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso (a).	X		
11. Siento que me ahogo.	X		
12. Me altero o me angustio fácilmente.	X		
13. Orino con mucha frecuencia.	X		

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUE NTE
14. Frecuentemente tengo dolores de estomago.	X		
15. Tengo nausens continuamente	X		
16. Me rechinan los dientes.	X		
17. La cara se me pone roja y caliente.	X		
18. Me muerdo las uñas.		X	
19. Me transpiran las manos y los pies.		X	
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.	X		
21. Tengo frecuentemente más apetito de lo normal.	X		
22. Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.	X		
23. Pierdo el apetito cuando estoy nervioso (a).		X	
24. Me duele la cabeza constantemente.	X		
25. Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan.	X		
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié.	X		

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

Anexo 9

Protocolo del Inventario Emocional BarOn Ice – Postest

Nombre: _____ Edad: 12 Sexo: F
 Colegio: J.L. 2002 Estatal (x) Particular ()
 Grado: 12 5 78 Fecha: 16 07/23

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - ABREVIADA

Adaptado por
 Nelly Ugarriza Chávez
 Liz Pajares Del Aguila



INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1	Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
2	Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
3	Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
4	Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
5	Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
6	Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
7	Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
8	Peleo con la gente.	1	2	3	4
9	Tengo mal genio.	1	2	3	4
10	Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
11	Nada me molesta.	1	2	3	4
12	Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
13	Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
14	Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
15	Debo decir siempre la verdad.	1	2	3	4
16	Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
17	Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
18	Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4

		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
19.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
20.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
21.	Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
22.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
23.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
24.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
25.	No tengo días malos.	1	2	3	4
26.	Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
27.	Me disgusta fácilmente.	1	2	3	4
28.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
29.	Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
30.	Sé cuando la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	2	3	4

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 10

Protocolo del Inventario de Autoestima – Postest

INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSION ESCOLAR			
NOMBRE:		EDAD:	 SEXO:
AÑO DE ESTUDIOS:		FECHA:	 (M)(F)
Marque con una Aspa (X) debajo de V ó F, de acuerdo a los siguientes criterios: V cuando la frase Si coincide con su forma de ser o pensar F si la frase No coincide con su forma de ser o pensar			

Nº	FRASE DESCRIPTIVA	V	F
1	Las cosas mayormente no me preocupan	X	
2	Me es difícil hablar frente a la clase	X	
3	Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera		X
4	Puedo tomar decisiones sin dificultades	X	
5	Soy una persona muy divertida		X
6	En mi casa me molesto muy fácilmente		X
7	Me toma bastante tiempo acostumbrarme algo nuevo	X	
8	Soy conocido entre los chicos de mi edad		X
9	Mi padres mayormente toman en cuenta mis sentimientos	X	
10	Me rindo fácilmente		X
11	Mi padres esperan mucho de mí	X	
12	Es bastante difícil ser "Yo mismo"	X	
13	Mi vida está llena de problemas		X
14	Los chicos mayormente aceptan mis ideas	X	
15	Tengo una mala opinión acerca de mí mismo		X
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		X
17	Mayormente me siento fastidiado en la escuela		X
18	Fisicamente no soy tan simpático como la mayoría de las personas	X	
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo		X
20	Mis padres me comprenden	X	
21	La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo	X	
22	Mayormente siento como si mis padres estuvieran presionandome		X
23	Me siento desanimado en la escuela		X
24	Desearía ser otra persona		X
25	No se puede confiar en mí		X
26	Nunca me preocupo de nada	X	
27	Estoy seguro de mí mismo		X
28	Me aceptan fácilmente en un grupo	X	
29	Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos	X	
30	Paso bastante tiempo soñando despierto	X	
31	Desearía tener menos edad que la que tengo		X
32	Siempre hago lo correcto	X	
33	Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela	X	
34	Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer	X	
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago		X

36	Nunca estoy contento		X
37	Estoy haciendo lo mejor que puedo	X	
38	Generalmente puedo cuidarme solo	X	
39	Soy bastante feliz	X	
40	Preferiría jugar con los niños más pequeños que yo		X
41	Me gustan todas las personas que conozco		X
42	Me gusta mucho cuando me llaman a la pizarra		X
43	Me entiendo a mí mismo		X
44	nadie me presta mucha atención en casa		X
45	Nunca me resonbran		X
46	No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera		X
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla		X
48	Realmente no me gusta ser un niño		X
49	No me gusta estar con otras personas		X
50	Nunca soy tímido		X
51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo	X	
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo		X
53	Siempre digo la verdad		X
54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz		X
55	No me importa lo que me pase		X
56	Soy un fracaso		X
57	Me fastidio fácilmente cuando me llaman la atención	X	
58	Siempre se lo que debo decir a las personas.	X	

Anexo 11

Protocolo del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria – Posttest

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

EDI - 2

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: 12 GRADO Y SECC: 1º S. A' COLEGIO: JLB Y R.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de frases que debes contestar, algunas se refieren a la comida y a otros sentimientos o actitudes que experimentan. Lee atentamente cada una de las frases; luego, elige la respuesta que se dan en ti con más frecuencia, marcando con un ☐ según corresponda. Recuerda no hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, pero es muy importante que seas totalmente sincero en tus respuestas.

Opciones de respuesta:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

ITEMS		N	PC	AV	AM	CS	S
1	Como dulces e hidratos de carbono (fideos, arroz, harina y etc.)	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo comer mucho cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
5	Suelo comer en exceso.	0	1	2	3	4	5
6	Me gustaría ser más joven.	0	1	2	3	4	5
7	Pienso en ponerme a dieta.	0	1	2	3	4	5
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	0	1	2	3	4	5
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	0	1	2	3	4	5
10	Me considero una persona poco eficaz o inútil.	0	1	2	3	4	5

11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
14	La infancia es la época más feliz de la vida.	0	1	2	3	4	5
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
16	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
17	Confío en los demás.	0	1	2	3	4	5
18	Me siento solo en el mundo.	0	1	2	3	4	5
19	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	0	1	2	3	4	5
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.	0	1	2	3	4	5
22	Preferiría ser adulto a ser niño.	0	1	2	3	4	5
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.	0	1	2	3	4	5
24	Me gustaría ser otra persona.	0	1	2	3	4	5
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
26	Puedo reconocer las emociones que siento a cada momento.	0	1	2	3	4	5
27	Me siento incapaz.	0	1	2	3	4	5
28	He ido a eventos (bufetes, banquetes, festín) en la que me sentí que no podía parar de comer.	0	1	2	3	4	5
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	0	1	2	3	4	5
30	Tengo amigos íntimos.	0	1	2	3	4	5
31	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
32	Estoy preocupado porque quisiera ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	0	1	2	3	4	5
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	0	1	2	3	4	5
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	0	1	2	3	4	5

36	Me fastidia no ser el mejor en todo.	0	1	2	3	4	5
37	Me siento seguro de mí mismo.	0	1	2	3	4	5
38	Suelo comer en exceso y después vomitarlo.	0	1	2	3	4	5
39	Me alegra haber dejado de ser un niño.	0	1	2	3	4	5
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no.	0	1	2	3	4	5
41	Tengo mala opinión de mí.	0	1	2	3	4	5
42	Creo que puedo conseguir.	0	1	2	3	4	5
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón (comer en exceso y vomitarlo) cuando se van.	0	1	2	3	4	5
47	Me siento hinchado después de una comida normal.	0	1	2	3	4	5
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.	0	1	2	3	4	5
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
50	Me considero una persona valiosa.	0	1	2	3	4	5
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	0	1	2	3	4	5
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	0	1	2	3	4	5
53	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	0	1	2	3	4	5
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	0	1	2	3	4	5
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.	0	1	2	3	4	5
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	0	1	2	3	4	5
59	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	0	1	2	3	4	5

61	Como o bebo bastante a escondidas.	0	1	2	3	4	5
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	0	1	2	3	4	5
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	0	1	2	3	4	5
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	0	1	2	3	4	5
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	0	1	2	3	4	5
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	0	1	2	3	4	5
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.	0	1	2	3	4	5
69	Suele sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.	0	1	2	3	4	5
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.	0	1	2	3	4	5
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.	0	1	2	3	4	5
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente.	0	1	2	3	4	5
74	Relacionarme con los demás me causa incomodidad.	0	1	2	3	4	5
75	Resistirme o negarme a hacer mis cosas me hace sentir mejor emocionalmente.	0	1	2	3	4	5
76	La gente comprende mis verdaderos problemas.	0	1	2	3	4	5
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	0	1	2	3	4	5
78	Comer por placer es signo de debilidad de carácter.	0	1	2	3	4	5
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.	0	1	2	3	4	5
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	0	1	2	3	4	5
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	0	1	2	3	4	5
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.	0	1	2	3	4	5
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad.	0	1	2	3	4	5
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal.	0	1	2	3	4	5
85	Tengo cambios bruscos de humor.	0	1	2	3	4	5

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

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

Anexo 12

Protocolo del Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación – Postest

Nombre: _____

Fecha: 16.07.26

Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación (EAT-26)

Instrucciones: Esta es una prueba diseñada para evaluar preocupaciones y actitudes comunes en personas con desórdenes alimenticios. Selecciona la opción que represente con cuanta frecuencia te ocurre lo mencionada en cada aseveración. No dejes ítems en blanco.

	Siempre	General-mente	A Menudo	A Veces	Rara-mente	Nunca
1. Me aterra estar con sobrepeso.						☒
2. Evito comer cuando tengo hambre.						☒
3. Me encuentro preocupado/a por la comida.						☒
4. Sigo abusando de la comida, aun sabiendo que no puedo parar de comer.						☒
5. Corto la comida en pedazos pequeños.					☒	☒
6. Soy consciente del volumen de calorías que ingiero.						☒
7. Particularmente evito comidas ricas en carbohidratos (ej. pan, arroz, patatas, etc.).						☒
8. Siento que los demás preferirían que comiera más.						☒
9. Vomito después de haber comido.						☒
10. Me siento muy culpable después de comer.						☒
11. Estoy preocupado/a por el deseo de estar más delgado/a.						☒
12. Mi objetivo es quemar calorías al hacer ejercicios.						☒
13. Otras personas piensan que estoy demasiado delgado/a.						☒
14. Estoy preocupado/a con el pensamiento de tener grasa en el cuerpo.						☒
15. Tardo más tiempo que los otros comiendo.					☒	☒
16. Evito las comidas con azúcar.						☒
17. Como comidas o productos dietéticos.					☒	☒
18. Siento que la comida controla mi vida.						☒
19. Tengo autodominio al comer.				☒		☒
20. Siento que otros me presionan al comer.						☒
21. Pienso mucho en la comida.						☒
22. Me siento culpable después de comer dulces.						☒
23. Me ajusto a comportamientos dietéticos.				☒		☒
24. Siento que mi estómago está vacío.						☒
25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.						☒
26. Disfruto probando nuevas comidas ricas.	☒					

1) ¿Has realizado atracones de comida donde te sientes que no podrás parar de comer? (Comer mucha más cantidad de comida que otras personas bajo las mismas circunstancias)

☒ Sí

No ☐ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses? 1 vez

2) ¿Alguna vez te has inducido el vómito para controlar tu peso o apariencia?

☒ Sí

No ☐ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses? 3 veces

3) ¿Alguna vez has utilizado laxantes, píldoras para adelgazar o diuréticos para controlar tu peso o apariencia?

☒ Sí

No ☐ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses? 3 veces

4) ¿Alguna vez has sido tratado/a para un Trastorno de Alimentación (Bulimia, Anorexia, etc.)?

☒ Sí

No ☐ ¿Cuándo? el 14 de julio

Puntuación Total: 0

NO RIESGO

Anexo 13**Anamnesis Psicológica****ANAMNESIS PSICOLÓGICA****I. DATOS DE FILIACIÓN:**

Apellido y Nombre: [redacted]
Edad: 11 Lugar y Fecha de nacimiento: [redacted] Sexo: ☒ (F) ☐ (M)
Grado de instrucción: Primaria Ocupación: [redacted]
Dirección: [redacted]
Teléfono: [redacted] Correo electrónico: [redacted]
Estado civil: Soltero
Nombre del informante: [redacted]

II. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA ACTUAL:

Con sus propias palabras describa como ocurre el problema:

Asiendo deporte y Poco a Poco
dejando de comer

Fecha en que comenzó o notó el problema: en Julio

Describe los eventos ocurridos en esa época o que desde entonces, otros eventos, puedan relacionarse con el desarrollo o mantenimiento del problema:

solo queria haser de porte y
nocomia nada

Que soluciones habría intentado realizar:

haser comer a la fuerza

Ha ido anteriormente a terapia psicológica o a recibido algún tipo de asistencia profesional para el problema, si es afirmativo ¿Cuáles fueron, fecha, donde, qué tipo de tratamiento recibió, conclusiones diagnósticas?

no fue a ningun terapia

Gracias por su cooperación.

III. DATOS FAMILIARES

a) Padres

Padre

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Tiempo residencia en Lima:

Madre

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Tiempo residencia en Lima:

Padre: ¿Qué palabras elegiría para describir su carácter o forma de ser?

¿Cómo es la relación con su hija(o)? por ejemplo actividades que comparten, comunicación o conversación constante o esporádica, reacciones ante desobediencia.

Madre: ¿Qué palabras elegiría para describir su carácter o forma de ser?

Tranquila Pasenciosa

¿Cómo es la relación con su hija(o)? por ejemplo actividades que comparten, comunicación o conversación constante o esporádica, reacciones ante desobediencia.

*combersamos nos vamos al Parque
Jugamos nos llevamos bien*

b) Hermanos(as)

Mencione los nombres, edades y ocupación (para cada uno de ellos) ¿Cómo es la relación con el paciente? ¿Solía discutir con su hermano(a) cuando eran niños? ¿Practicaba con su hermano(a) alguna actividad en común?

se hermano tiene 20 años

A veces discuten ahora hacen actividad baile

c) Otros miembros de la familia que viven con el paciente

Mencione los nombres, edades y ocupación (para cada uno de ellos) ¿Cómo es la relación con el paciente?

na dies

d) En la familia ¿existen personas con trastorno mental, ataques de pánico, convulsiones, dificultad para hablar, acentuados problemas de aprendizaje, etc.?:

ninguno

Gracias por su cooperación.

e) Vida familiar:
Armonía familiar

Actitud de la familia (padres, hermanos u otros) frente al problema:

Vome desespero al Problema

¿Cómo es la relación entre los padres? Antes y actualmente. Explique

Tranquilos nos llevamos bien

d) Aspecto habitacional
Características de la vivienda:

un cuarto

IV. DESARROLLO DEL NIÑO

a) Embarazo *Tranquilo*

Deseado por la madre (si) (no) deseado por el padre (si) (no)

Estado emocional durante el embarazo: *Tranquilo*

Problemas que afectaron durante el embarazo: *ninguno*

Enfermedades o molestias durante el embarazo: *ninguno*

b) Parto

A los cuantos meses nació *alx 9* Alguna complicación (si) (no) ¿Cuál?

c) Estado del recién nacido

Peso *3.60* Talla *51*

Nació asfixiado (si) (no) tardo en llorar (si) (no)

Cordón umbilical enredado en el cuello (si) (no)

Tuvo convulsiones (si) (no)

Enfermedades que tuvo desde el nacimiento (si) (no) ¿Cuál?

d) Primera infancia

Estuvo hospitalizado (si) (no) Tiempo _____ Motivo:

Tipo de alimentación y/o problemas: *ninguno*

Motoricidad edad en que sostuvo la cabeza _____ edad en que se sentó *9 meses*

Edad en que se paró *11* Camino a los *1 año*

¿Cómo fue el control de vejiga?

¿Control de evacuación intestinal?

Edad que reconoció a personas:

Edad que reconoció a los padres:

Edad que dijo primera palabra: *11 meses*

Tuvo problemas para hablar (si) (no), pronunciar palabras (si) (no), elaborar oraciones simples (si) (no)

Gracias por su cooperación.

e) Desarrollo en la actualidad

¿Cómo está su alimentación, come tres comidas balanceadas por día?: *SI*

¿Cómo es su sueño o dormir?: *Profundo*

Tiene capacidad para vestir solo:

Tiene capacidad para realizar su propia higiene personal: *SI*

Tiene problemas de enuresis (orinarse de día o de noche): *no*

Tiene malos hábitos como morderse o comer las uñas o u otros: *SI*

¿Cuáles son sus principales juegos? *RoboT*

Con quien juega: *Son 6 niños*

¿Cuáles son sus principales actividades recreativas: *Pintar*

¿Cuál es la estatura aproximada?: *1.56*

¿Cuál es el peso aproximado?: *54*

¿Consume algún medicamento? ¿Cuáles?: *SI no me acuerdo el nombre*

¿Hace ejercicios de forma regular?: *SI*

Alteraciones somáticas que presenta de forma continua como alergias, *Picazón* hipertensión, náuseas, vómitos, dolores, etc.: *no*

¿Alguna vez recibió golpes en la cabeza o pérdida de conciencia?: *no*

¿Fue intervenido quirúrgicamente? De qué y en que fechas: *no*

Historia Menstrual (Solo para mujeres)

Edad de la menarca (primera) *14 años* Estaba informada o sucedió en *SI*
forma inesperada para ella Son regulares sus menstruaciones

¿Siente dolores? *SI*

Le afectan a su estado de ánimo: *SI*

Historia secuencial de experiencia: Describa experiencias o acontecimientos más significativos, especifique la edad:

0-4 años:

05-06 años:

07-08 años:

09-10 años:

11-12 años:

12-13 años:

14-15 años:

16-17 años:

Lugar y fecha:

Firma de padres o apoderado

Gracias por su cooperación.

Anexo 14

Aprobación del proyecto de investigación



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 01 de junio del 2026.

Autor o autores:

CESAR ANTONIO DIAZ HERRERA

Exp. N°: 1219 - 2026.

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener, luego de la evaluación correspondiente, **APRUEBA** el siguiente proyecto de investigación:

Título del proyecto: **"Intervención cognitivo conductual en un caso de anorexia nerviosa en adolescente 2026"**

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 11/05/ 2026.

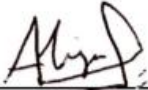
La **APROBACIÓN** otorgada por el CIEIC comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la protección de la confidencialidad y manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El autor o autores deberán considerar lo siguiente:

- La aprobación tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión de la presente constancia. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos evaluados y no sustituye ni aplica a trámites administrativos ante otras áreas institucionales, como la Jefatura de Grados y Títulos.
- Cualquier modificación al proyecto aprobado deberá ser presentada como enmienda ante el CIEIC y no podrá ejecutarse sin aprobación previa.
- La presente constancia no garantiza la aceptación del estudio por parte de las instituciones donde se proyecte realizar la investigación.
- Antes de iniciar la ejecución del proyecto, el autor o autores deberán contar, de corresponder, con la carta o constancia de autorización institucional del lugar donde se realizará el estudio y con la validación del instrumento, conforme a la naturaleza y características del proyecto.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
 Presidente
 Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
 Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 15

Consentimiento Informado

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Título de proyecto de investigación: "Intervención cognitivo-conductual en un caso de anorexia nerviosa en adolescente, 2026".

Investigador : DÍAZ HERRERA, CÉSAR ANTONIO

Institución : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "Intervención cognitivo-conductual en un caso de anorexia nerviosa en adolescente, 2026". Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW). A continuación información detallada del estudio y de su participación:

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: Es disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa a través de la intervención cognitivo-conductual para disminuir conductas restrictivas, compensatorias hacia la alimentación, creencias disfuncionales de sobrevaloración de la contextura y peso corporal, así como mejorar el estado de ánimo y disminuir síntomas de ansiedad relacionados con el miedo del incremento de peso y distorsión de la contextura. Los resultados contribuirán en la evidencia empírica de la eficacia de la intervención cognitivo-conductual, asimismo fortalecer y mantener la mejoría de la salud mental de la paciente a través de sus habilidades y aplicación de técnicas psicológicas para el mantenimiento de hábitos saludables hacia la alimentación.

Duración del estudio (meses): 16 sesiones (4 meses)

Nº esperado de participantes: 01

Criterios de inclusión: Diagnóstico específico de acuerdo a los criterios del sistema de clasificación de trastornos mentales en el CIE-10 y/o DSM-5, capacidad de comprensión y llevar a cabo actividades o tareas del enfoque cognitivo-conductual.

Criterios de exclusión: Limitación auditiva y visual o estudiantes de inclusión, discapacidad intelectual, que requiera atención de urgencia u hospitalización inmediata, asimismo que no hayan dado su consentimiento de participar en la investigación.

Procedimientos del estudio: Si usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- **Evaluación:** recoger información para conocer las características, fortalezas, debilidades y patrones de pensamiento, emociones y conductas del paciente, aplicando técnicas de entrevista semiestructurada, observación y autoregistro, además instrumentos psicológicos para conocer el estado afectivo y emocional con el cuestionario de depresión infantil y lista de chequeo conductual de la ansiedad, identificar los pensamientos y comportamientos a partir de los indicadores del trastorno de conducta alimentaria con el inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-2) y cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-26).

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

- **Intervención:** aplicar el plan de intervención cognitivo-conductual de acuerdo a los objetivos generales y específicos, lo que permite seleccionar y utilizar técnicas y estrategias para disminuir los pensamientos y conductas disfuncionales de la anorexia nerviosa, durante 14 sesiones, con frecuencia de 1 vez a la semana.
- **Seguimiento:** consiste en dos sesiones de seguimiento de frecuencia mensual para el mantenimiento de las mejoras y prevención de recaídas, además de la evaluación y aplicación de instrumentos psicológicos después de la intervención para el análisis, discusión y conclusión de los resultados, los cuales serán tratados de manera confidencial.

Riesgos: Su participación en el estudio *NO* presenta ningún tipo de riesgo para la salud mental ni física, al respetar los principios éticos relacionados al consentimiento voluntario de su participación, respeto a la vida, salud y privacidad de la información del participante, se garantiza que sus datos serán tratados de manera anónima y exclusivamente para el objetivo de la investigación, su identidad se mantendrá en confidencialidad y anonimato.

Beneficios: tiene como fin principal buscar la mejoría de la salud mental de la paciente al fortalecer sus habilidades y uso de técnicas psicológicas para el mantenimiento de hábitos saludables hacia la alimentación, lo que contribuirá en la evidencia empírica de la eficacia de la intervención cognitivo-conductual y como material de información para la futuras investigaciones que aborden el problema de la anorexia nerviosa.

Costos e incentivos: No se le pedirá ningún aporte monetario por su participación en la presente investigación, así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni materiales a cambio de su participación.

Confidencialidad: Se guardará la información recolectada con código para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán utilizados por ninguna persona ajena al estudio de investigación.

Derechos del paciente: La participación es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho de la atención.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el investigador principal (César Antonio Díaz Herrera, N° colegiatura: 16054, celular: 782503 y correo electrónico: cesar20diaz2020@gmail.com). Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener que validó el presente estudio, Email: comite.etica@uwiener.edu.pe

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO:	VERSIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022
	UPNW-EES-FOR-068	REVISIÓN: 01	

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre participante:

DNI:

Fecha: (10/05/26)

César Antonio Díaz Herrera

Nombre investigador:

DNI:

Fecha: (10/03/26)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (10/03/26)



Anexo 16

Asentimiento Informado

 Universidad Norbert Wiener	ASENTIMIENTO INFORMADO		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-081	VERSIÓN: 01 REVISIÓN 01	FECHA: 11/08/2022

Título de proyecto: "Intervención cognitivo-conductual en un caso de anorexia nerviosa en adolescente, 2026".

Investigador : DÍAZ HERRERA, CÉSAR ANTONIO
Institución : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

I. Propósito del estudio:

Es disminuir los síntomas de la anorexia nerviosa a través de la intervención cognitivo-conductual para disminuir conductas restrictivas, compensatorias hacia la alimentación, creencias disfuncionales de sobrevaloración de la contextura y peso corporal, así como mejorar el estado de ánimo y disminuir síntomas de ansiedad relacionados con el miedo del incremento de peso y distorsión de la contextura. Para lo cual tu participación consistirá en responder algunas preguntas en una entrevista, cuestionarios, realizar autoregistro de tus pensamientos, conductas, emociones para conocer y comprender desde tu propia experiencia la problemática de la anorexia nerviosa, para luego practicar las estrategias y técnicas psicológicas durante la sesión y entre sesiones en tu casa, para fortalecer tus habilidades y mejora de la salud mental.

II. Información importante para ti:

El procedimientos del estudio consiste en recoger información para la etapa de evaluación a través de técnicas de entrevista, observación de conducta e instrumentos de psicológicos como cuestionario, inventario, lista de chequeo conductual, permitirán la comprensión de la problemática del paciente para el proceso de diseño del plan intervención cognitiva-conductual y técnicas que serán utilizadas, finalmente se busca el mantenimiento de las mejoras y prevención de recaídas a través de seguimiento de los resultados.

Aunque tus padres hayan dado su permiso para que participes, la decisión final es tuya, sino deseas participar, puedes decir que no, y está bien.

Si decides participar, pero en algún momento ya no quieres continuar, puedes dejarlo sin ninguno problema.

Si alguna pregunta o actividad te hace sentir incomoda, y no quieres responderla o realizarla, no tiene que hacerlo.

Toda información que proporciones será confidencial. Esto significa que nadie ajeno a esta investigación conocerá tus respuestas o resultados. Se utilizaran estos datos, información, resultados únicamente para ampliar la comprensión de las evidencias sobre la eficacia de la intervención cognitiva-conductual en el trastorno de conducta alimentaria de la anorexia nerviosa.

III. ¿Deseas participar?

 Universidad Norbert Wiener	ASENTIMIENTO INFORMADO		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-081	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

☒ Sí quiero participar

Nombre del participante:

Nombre y firma de la persona/investigador que obtiene el asentimiento:

César Antonio Díaz Herrera

[Firma]



Fecha: 10 de Marzo del 2026

Anexo 17

Actividades de Terapia

Nombre: _____

REGISTRO DE PENSAMIENTO

A: SITUACIÓN ¿Qué sucedió?	B: PENSAMIENTO Lo que se me vino a la mente o pensé que: Valorar intensidad intranquilidad 0-10	C: EMOCIÓN Lo que sentí fue: Valorar intensidad 0-10 ¿Qué hice?
Mirarme al espejo	Estoy gorda como buzón de Pasa No les voy y gustan me van a ver mal	ansiedad y tristeza me encierro en mi cuarto y me muero
Ver mis piernas mis brazos y abdomen	los cambiaría no se ven bien no están delgados	tristeza llorar
Voy a salir y la Ropa no me Queda	Van hablando de mi físico y no sera Agradable	Ansiedad y no salgo

ACTIVIDAD

1. Realiza en el primer cuadro tu lista de logros y cualidades. Definición de logro: es el resultado satisfactorio de una acción o conseguir una meta u objetivo. Definición de cualidades: Son las características o habilidades que me ayudaron a conseguir mis logros y me diferencian de los demás.
2. Realiza en el segundo cuadro la afirmación positiva, a partir de tus logros y cualidades concluyes yo puedo...
3. Realiza en el tercer cuadro de concepto, "entonces yo soy..."

Mejoras en
Matemáticas

- Practicar
inteligente

- Hacer Amigos
yo los hablo

- conversar con mi
Familia

colaborar en casa

Me Acercó y

Salgo con ellos

- Jugar mejor Voley
- tengo coordinación

- Soy habil para
Aprender

- Soy Socialable y
divertido les gusta
mi Forma de hablar

- un Vinulo
Familiar

- Soy buena Para
Jugar deporte

- Soy capaz

- Me aceptan los
demás soy
Agradable

- Soy Querida
me Quieren

- Soy habil
Aprender

- Listado de actividades agradables (que has realizado o te gustaría realizar)

Listado de actividades agradables

Jugar Basquet
Dibujar
Pasear a mi Perro
Jugar voley
hacer manualidades

- Elaborar un horario para cada actividad.
- Si las realizaste ponle un check al costado.
- Luego valorar si han sido agradables (0 = Bajo – 10 = Alto) y si sentiste que lo dominaste (0 = Bajo – 10 = Alto)
- Al final del día haz una valoración diaria de tu estado de ánimo (0 = bajo hasta 10 = alto)

Horario y valoración para cada actividad

Hora/día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
3:00		⁸ 10 Dibujar				Jugar 10 voley	Jugar voley
5:00	⁴⁰ 8 Basquet	⁸ 10 Pasear a mi Perro	¹⁰ Manuali- dades		¹⁰ Manuali- dades		
Al final del día mi animo (0 = bajo hasta 10 = alto)	tranquila Feliz 10	tranquila 10	+ 10			Me sentia con energía 10	

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión



Texto oculto

367 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	hdl.handle.net	<1%
2	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
3	Internet	repositorio.autonoma.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-05-06	<1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2024-04-14	<1%
7	Internet	openaccess.uoc.edu	<1%
8	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-03-02	<1%
10	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
11	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%