



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica en caso clínico de anorexia
nerviosa en adolescente**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

Autor: Samaniego Ramos, Luis Alberto

Director: Hurtado Armijos, Arianna Denisse

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 16 de septiembre de 2022

Doctora,

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico de anorexia nerviosa en adolescente realizado por Luis Alberto Samaniego Ramos, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

.....

Director: Arianna Denisse Hurtado Armijos

C.I.: 1104183643

Correo electrónico: adhurtado3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Luis Alberto Samaniego Ramos, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico de anorexia nerviosa en adolescente, de la carrera de Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en el: Capítulo uno, correspondiente al marco teórico, presentación del caso, procesos de evaluación y diagnóstico; capítulo dos, que comprende la metodología, tratamiento/intervención y el capítulo tres, donde se exponen los resultados, discusión y conclusiones, recomendaciones, referencias y apéndice, siendo la Mgtr. Arianna Denisse Hurtado Armijos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Luis Alberto Samaniego Ramos

C.I.: 1104714660

Correo electrónico: lsamaniego224@gmail.com

Dedicatoria

Esta sistematización de caso se la dedico primeramente a Dios ya que sin el nada puedo hacer. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr las metas.

A mis padres por ser siempre el ejemplo a seguir de orgullo, dedicación, sacrificio.

Dr. Luis Ruperto Samaniego Mena

Dra. Alba Janeth Ramos Tacuarí

Este trabajo es gracias a su amor, apoyo, paciencia, constante ánimo y sus muchos sacrificios. Gracias por darme además de la vida, la preparación para lograr convertirme en profesional, personal e inculcarme buenos principios para ser un hombre de bien. Pero sobre todo haberme dado la oportunidad de compartir todo esto con:

Mi buena y excelente hermana.

Margareth Madeleine Samaniego Ramos

Por su apoyo, cariño y comprensión que me ha brindado a través de la vida esperando ser un buen ejemplo para que continúes con tus metas profesionales.

Agradecimiento

Primeramente, agradecer a Dios, ya que él me ha brindado salud, tiempo, fuerza y sabiduría lo cual ha sido indispensable para enfrentarme a la vida y seguir adelante cada día.

A la Universidad Técnica Particular de Loja por los conocimientos que se me han impartido en la Facultad de Ciencias Humanísticas en la Carrera de Psicología Clínica

Al personal docente de la Carrera de Psicología Clínica, por su labor de enseñanza.

A mi madre, quien constantemente me ha incentivado para seguir adelante y triunfar en el camino.

A la psicóloga Arianna Hurtado, tutora de la sistematización de caso, una gran profesional a quién le debo un reconocimiento especial, por el tiempo y apoyo brindado.

.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso.....	6
1.1.1 Identificación del paciente.....	6
1.1.2 Motivo de consulta.....	6
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	7
1.2 Proceso de evaluación.....	8
1.3 Proceso diagnóstico.....	14
1.3.1 Diagnóstico presuntivo.....	14
1.3.2 Diagnóstico diferencial	15
1.3.3 Diagnóstico final	16
Metodología.....	18
2.1 Tratamiento/Intervención.....	18
2.1.1 Objetivos terapéuticos	18
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	18
Capítulo tres	34
Resultados.....	34

Discusión.....	39
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias.....	46

Índice de tablas

Tabla 1 Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-40)	9
Tabla 2 Inventario de Trastornos de la Alimentación - Eating Disorder Inventory, (EDI)	10
Tabla 3 Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory- II).....	12
Tabla 4 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAI (1982)	12
Tabla 5 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE Morris Rosemberg,1965).....	13
Tabla 6 Plan Terapéutico.....	19
Tabla 7 Técnica A-B-C de Elis	26
Tabla 8 Resultados del Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT) 34	
Tabla 9 Resultados del Inventario de Trastornos de la Alimentación - Eating Disorder Inventory, (EDI)	35
Tabla 10 Resultados del Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory- II)	36
Tabla 11 Resultados del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAI	36
Tabla 12 Resultados cualitativos de la evolución de la paciente.....	37

Resumen

El presente trabajo de sistematización expone el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo-conductual, aplicado a una adolescente de 14 años de edad con un diagnóstico de anorexia nerviosa y episodio depresivo leve. Para evidenciar su valoración y posterior evolución, se utilizó un diseño de caso único y medidas pre-post intervención, mediante la aplicación de cuestionarios de patología alimentaria: Test de actitudes alimentarias (EAT-40), Inventario de trastorno de la alimentación (EDI), y el Inventario de depresión de Beck-II, Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI-40), Escala de Autoestima de Rosenberg para el estado de ánimo. El plan psicoterapéutico fue diseñado a partir del análisis funcional del problema, el cual tuvo como objetivo reducir la sintomatología de la paciente a través de intervención cognitivo-conductual; el abordaje, se llevó a cabo en tres meses y estuvo dividido en cuatro fases, tras el análisis cualitativo y cuantitativo de la evolución de la paciente se concluye que el tratamiento fue eficaz.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, intervención cognitivo-conductual, episodio depresivo.

Abstract

This systematization work exposes the process of evaluation and psychotherapeutic intervention with a cognitive-behavioral approach, applied to a 14-year-old adolescent girl with a diagnosis of anorexia nervosa and mild depressive episode. To evidence her assessment and subsequent evolution, a single case design and pre-post intervention measures were used, through the application of eating pathology questionnaires: Eating Attitudes Test (EAT-40), Eating Disorder Inventory (EDI), and Beck Depression Inventory-II, State-Trait Anxiety Inventory (STAI-40), Rosenberg Self-Esteem Scale for mood. The psychotherapeutic plan was designed from the functional analysis of the problem, which aimed to reduce the patient's symptomatology through cognitive-behavioral intervention; the approach was carried out in three months and was divided into four phases, after the qualitative and quantitative analysis of the patient's evolution, it is concluded that the treatment was effective.

Key words: Anorexia nervosa, cognitive-behavioral intervention, depressive episode.

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria son patologías multicausales, caracterizadas por una alteración persistente en los hábitos alimenticios y conductas para controlar el peso, que a largo plazo causan complicaciones importantes en la salud y predisponen a otros comportamientos y trastornos psiquiátricos (Hamdan y Mela, 2017). Los trastornos alimentarios afectan al 13% de las mujeres y en cuanto a los hombres no existen datos claros sobre la afectación en ellos, pero se sabe que cada día se diagnostican más casos y que podría no existir diferencia de sexo en cuanto a la edad de presentación (Gómez et al., 2018; Morales, 2020; Vallejo, 2020).

La anorexia nerviosa forma parte de los trastornos de la conducta alimentaria, se caracteriza por la pérdida significativa de peso originada por el propio enfermo a través de restricción alimenticia, vómitos autoprovocados, actividad física excesiva y uso de antiuréticos, provocando alteraciones no sólo a nivel físico, sino también consecuencias emocionales como depresión, irritabilidad y baja autoestima. En dicho sentido, se estima que un tercio de las personas con anorexia nerviosa presenta síntomas depresivos, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas orientadas a búsqueda de pérdida de peso (Morales, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Así mismo, en estudios realizados por Gómez et al. (2018) y Morales (2020), se plantea que la anorexia nerviosa es la enfermedad psiquiátrica más frecuente entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes, la cual está asociada a numerosas complicaciones médicas que condicionan el estado de salud y la calidad de vida de la persona, siendo considerada como un trastorno de gran impacto debido a la gravedad y la frecuencia con la que se presenta en población joven; puesto que, la adolescencia es conocida como la etapa más susceptible en relación con los problemas de imagen corporal, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Vallejos, 2020).

Por otro lado, se considera que existen otros factores de riesgo psicológicos para el desarrollo de la anorexia nerviosa, tales como: estilos cognitivos, rasgos de personalidad e

influencia familiar, autoevaluación negativa, rasgo de perfeccionismo, apego inseguro entre madre e hija y baja autoestima (Losada, 2018).

La OMS (2021) estima que el 1% de los adolescentes y adultos jóvenes en el mundo sufren anorexia nerviosa y que las cifras en América Latina siguen en aumento. En Chile 70000 mujeres de entre 14 y 30 años sufren de anorexia, en Colombia el 17.7% de la población femenina adolescente presenta trastornos alimenticios; sin embargo, en Ecuador no existen cifras oficiales en la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud, pero los egresos hospitalarios registraron en el año 2013, 629 casos de trastornos alimenticios, 354 de anorexia nerviosa y 275 de bulimia nerviosa (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2013; Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2016).

Ante dicha problemática, el MSP (2016) ha implementado una serie de lineamientos operativos para la intervención a personas con trastornos de la ingestión de alimentos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, en los establecimientos de Salud Pública; con la finalidad, de desarrollar estrategias, programas y herramientas dirigidas a dar respuesta a la necesidad de salud de los adolescentes. De tal forma, se justifica la importancia y relevancia social del presente trabajo, porque a través de la atención y abordaje psicoterapéutico de una adolescente de 14 años de edad diagnosticada con anorexia nerviosa y episodio depresivo leve se está apoyando a la finalidad que persigue el proyecto impulsado por el Ministerio de Salud.

Además, el trabajo entregará un aporte fundamental en el campo de la psicología en cuanto a la evaluación, diagnóstico y desarrollo de plan terapéutico para el abordaje de anorexia nerviosa, comórbido con un episodio depresivo leve; pudiendo, utilizarse para tratar casos similares y generar cambios positivos en la calidad de la vida del paciente, a partir de aplicación de técnicas cognitivo- conductuales, debido a la alta efectividad y eficacia que han demostrado.

En presente estudio se compone de tres capítulos. En el capítulo uno se expone información relevante acerca del caso, como: identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de sintomatología, proceso de evaluación y proceso

diagnóstico. En el capítulo dos, se propone el plan de intervención con los objetivos terapéuticos y descripción de las técnicas y/o actividades desarrolladas. Finalmente, en el capítulo tres se presentan los resultados obtenidos pre y post tratamiento, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente de 14 años de edad, de sexo femenino, de estado civil soltero, identificación étnica mestiza, de ocupación estudiante, cursa el 9° Año de Educación General Básica con un rendimiento académico satisfactorio. Proviene de una familia nuclear conformada por sus padres y un hermano, siendo ella la hija menor. Su familia define a la adolescente como una persona mayormente introvertida, tímida, retraída, callada, desconfiada y que presenta escasas relaciones sociales. Además, consideran a la paciente como alguien independiente en sus actividades de la vida cotidiana.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta psicológica acompañada por sus padres, quienes mencionan que presenta un previo diagnóstico de anorexia nerviosa dado hace aproximadamente un año. Refieren que se encuentran alarmados frente al evidente deterioro físico que su hija presenta durante los últimos de 8 meses. Mencionan no saben qué hacer, ni que es lo que está ocurriendo con su hija; puesto que, hace un año y medio empezó a bajar de peso y en primera instancia pensaban que era algo pasajero; sin embargo, la pérdida de peso fue haciéndose notable y comenzaron a prestar mayor atención y observaban que su hija descartaba alimentos de sus ingestas, justificándose con que “me siento llena”.

El peso de la paciente en la primera sesión de evaluación psicológica fue de 39,2kg, se descartó alguna patología o enfermedad física mediante las exploraciones médicas pertinentes. Denotaba en sus expresiones faciales y corporales angustia y tensión muscular;

sin embargo, presentaba consciencia de su problema por el cual decidió acudir a consulta con sus padres, expresando que siente culpa por causarles preocupación.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

El inicio de la enfermedad se sitúa hace aproximadamente un año y medio antes. La paciente refiere que comenzó a sentir insatisfacción y preocupación por su apariencia física, a partir de comentarios ofensivos provenientes de sus primos, entre ellos menciona “me decían insultos como elefante o hipopótamo”; además, menciona que sus compañeros del colegio le tocaban la zona abdominal refiriéndose a que estaba pasada de peso, y con ello, aumentando su inseguridad acerca de su físico. A partir de estos eventos inicia conductas alimentarias restrictivas y muy selectivas, en cuanto a cantidades y tipo de alimento que ingiere; además, de realización de actividad física intensa (tres veces por semana) como método de control calórico.

En la primera sesión, la paciente denotaba un estado de ánimo melancólico, anhedonia, tensión muscular, agitación, preocupación, aprensión e inquietud, y en ocasiones la paciente parecía ausente del lugar donde se encontraba (consultorio). Mencionó que hace algún tiempo presentaba estallidos de enfado y cólera, pérdida de interés hacia el entorno y al disfrute de actividades sociales, lúdicas y académicas, con tendencia al aislamiento.

A nivel físico, se puede mencionar que la adolescente presenta una imagen deteriorada con bajo peso, tez apagada, lanugo en extremidades superiores y sequedad en la piel. Refirió, además dificultades para mantener un sueño reparador, produciéndose despertares frecuentes en la noche, sensación de debilidad y cansancio físico al día siguiente.

A nivel cognitivo, se identificó una estructura obsesiva, caracterizada por pensamientos y comportamientos obsesivos respecto a la figura y el peso. Y pese a tener conocimiento de su enfermedad, no reconoce el nivel de gravedad que esta supone. Se descartó una posible ideación autolítica, un consumo de sustancias o presencia de enfermedades médicas.

En el ámbito académico, la paciente presentaba alta exigencia y elevada responsabilidad, lo cual, en un principio le producía una gran satisfacción y sentimientos de elevada autoeficacia, que eran reforzados frecuentemente por su entorno familiar. A medida que la exigencia aumentaba, como producto de su estructura obsesiva, los estudios comenzaron a provocarle emociones intensas, como ansiedad, que describe como desagradables y ya no tan satisfactorias.

Referente a la estructura y dinámica familiar, existe una responsabilidad compartida de los padres respecto al cuidado de los hijos. Cuando el progenitor está ausente del hogar, debido a su trabajo, quien asume la jerarquía es la progenitora; sin embargo, el padre presenta un estilo de crianza sobreprotector, mientras que la progenitora adopta un estilo orientado a la permisividad, razón por la cual, el establecimiento de normas y pautas de convivencia son impredecibles y cambiantes.

Cuando su hija ingresó a la etapa de adolescencia, los padres mostraban niveles elevados de ansiedad respecto al crecimiento y autonomía propia de la edad, ejerciendo control excesivo sobre su hija y demasiada cercanía emocional; lo cual, en ocasiones sobrepasaba el nivel de tolerancia de la adolescente. A pesar de ello, para no hacerlos sentir mal, especialmente a su padre, adoptaba conductas infantiles para disminuir la tensión y encubrir sus conductas patológicas, tales como atracones y posteriores restricciones.

1.2 Proceso de evaluación

Los diseños de caso único o replicación se caracterizan por llevar a cabo un registro progresivo a lo largo del tiempo (sesiones, días, semanas, etc.) de la conducta y sus cambios, de un caso único, antes, durante, y en algunos casos, posterior al tratamiento, en situaciones controladas, utilizados en investigación básica como en la aplicada, como es el caso de la psicología clínica, diagnóstico y evaluación, y terapia y de intervención (Kratochwill, 1992).

El desarrollo del caso se efectuó en 16 sesiones, las dos primeras fueron destinadas al proceso de evaluación mediante la entrevista clínica y la aplicación de reactivos psicológicos, con la finalidad de determinar y corroborar el diagnóstico de la paciente; y, en

las 13 sesiones restantes se llevó a cabo la intervención psicoterapéutica en base a la problemática y necesidades detectadas en el caso y finalmente 1 sesión de seguimiento.

Se utilizaron diversas herramientas e instrumentos psicológicos, lo cuales se detallan a continuación:

Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada es la interacción y comunicación que se da entre el paciente y el profesional, cuyo propósito es obtener información de la persona, a través del uso de preguntas que tienen algún tipo de estructuración o preguntas efectuadas en el momento según le parezca oportuno al entrevistador (Perpiñá, 2012).

Las áreas que se evaluaron mediante la entrevista fueron: motivo de consulta, peso corporal, conducta alimentaria, imagen corporal, tratamientos previos, historial médico, historia familiar, historia social y del desarrollo, y síntomas comórbidos.

Entre los instrumentos psicológicos utilizados en el proceso de evaluación, constan los siguientes:

Tabla 1

Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-40)

Autor	Garner y Garfinkel, (1979)					
Aplicación	Autoaplicada, individual o colectiva					
Tiempo	10- 20 minutos					
Objetivo	Evaluar las conductas y actitudes sobre la comida, el peso y el ejercicio relacionados con la anorexia nerviosa.					
N° ítems	40 ítems					
Población	A partir de los 10 años					
Escala	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
Calificación	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.					

Puntuación	Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de siempre a nunca y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos.	
Dimensiones	Dimensión	Ítems
	I: Dieta y preocupación por la comida.	2,4,5,6,7,8,9,10,14,15,16,17,20,21,22,25,27,29,30,31,32,34,36,37,38,39
	II: Presión social y malestar con la alimentación.	3,5,8,12,24,26,33, 34,
	III: Trastornos psicobiológicos	13,19,28,29,35,40
Confiabilidad y Validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach entre $\alpha = .95$ Validez: 0,79	

Nota. Garner y Garfinkel (1979)

En relación al test aplicado la paciente obtuvo a nivel global un puntaje de 44 puntos, equivalente a un nivel moderado de actitudes hacia la alimentación, relacionadas a un TCA, manifiesto en las siguientes subescalas:

- Dieta y preocupación por la comida: 33 puntos, equivalente a un grado moderado.
- Presión social y malestar con la alimentación: 8 puntos, equivalente a un nivel leve.
- Trastornos psicobiológicos: 1 punto, equivalente a un nivel leve.

Tabla 2

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

Autor	Garner, Olmsted y Polivy (1983)
Aplicación	Autoaplicada, individual o colectiva
Tiempo	15 - 20 minutos
Objetivo	Evaluar los rasgos y constructos psicológicos que son clínicamente más significativos en la etiología, el mantenimiento y la variación de los principales síntomas en personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
N° reactivos	64 ítems
Población	13 años en adelante.

Escala	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Habitualmente	Siempre
Calificación	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.					
Puntuación	Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca» y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total de este cuestionario puede oscilar entre 0 y 192.					
Dimensiones	Dimensión					Ítems
	I: Impulso a la delgadez					1,7,11,16,25,32,49
	II: Sintomatología bulímica					4,5,28,38,46,53,61
	III: Insatisfacción corporal					2,9,12,19,31,45,55,59,62
	IV: Inefectividad y baja autoestima.					10,18,20,24,27,37,41,42,50,56
	V: Perfeccionismo					13,29,36,43,52, 63
	VI: Desconfianza interpersonal					15,17,23,30,34,54,57
	VII: Conciencia interoceptiva					8,21,26,33,40,44,47,51,60,64
	VIII: Miedo a madurar					3,6,14,22,35,39,48,58
Confiabilidad y validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach alta $\alpha = .96$ Validez: 0.84					

Nota. Garner (1991)

En relación al test aplicado la adolescente obtuvo a nivel global, un puntaje de 100 puntos, equivalente a un nivel moderado de rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa, manifiesto en las siguientes subescalas.

- Impulso a la delgadez: 18 puntos. (elevada).
- Sintomatología bulímica: 14 puntos. (moderada).
- Insatisfacción corporal: 15 puntos. (moderada)
- Inefectividad y baja autoestima: 18 puntos. (moderada)
- Perfeccionismo: 11 puntos. (moderada).
- Desconfianza interpersonal: 9 puntos. (moderada)
- Conciencia interoceptiva: 9 puntos. (leve)
- Miedo a madurar: 6 puntos. (leve).

Tabla 3*Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory- II)*

Autor	Beck, Robert y Gregory, (1979)	
Aplicación	Autoaplicada, individual o colectiva	
Tiempo	5 - 10 minutos	
Objetivo	Medir ampliamente la presencia y el grado de depresión en adolescentes y adultos.	
N° ítems	21 ítems	
Población	Adolescentes y adultos.	
Dimensiones	Factor Cognitivo - Afectivo	Factor Somático - motivacional
Escala	La escala depende de cada pregunta. Generalmente el 0 es ausencia de síntoma y 3 es gran intensidad del síntoma.	
Calificación	El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos.	
Puntuación	Cuánto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.	
Confiabilidad y Validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach entre $\alpha = .89$ Validez: 0.92	

Nota. Beck y Steer (1993)

En cuanto a este inventario, la paciente alcanzó una puntuación de 19, interpretado como presencia de depresión leve.

Tabla 4*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAI*

Autor	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982)
Aplicación	Autoaplicada, individual o colectiva
Tiempo	6 – 8 minutos
Objetivo	Investigar y medir los rasgos y estados de ansiedad.
N° reactivos	40 ítems
Población	Adolescentes y adultos

	Ansiedad Estado A/E				Ansiedad Rasgo A/R			
Escala	0	1	2	3	0 Casi nunca	1 A veces	2 A menudo	3 Casi siempre
Calificación	A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.							
Puntuación	En la versión española del STAI se ha cambiado la escala 1 – 4 original por otra (0 – 3) en la que a negación de un sentimiento (Nada o Casi nunca, respectivamente) tuviera un valor de cero puntos en la aparición del sujeto.							
Dimensiones	Dimensión			Ítems				
	A/E: Ansiedad estado			1,2,5,8,10,11,15,16, 19 y 20				
	A/R: Ansiedad rasgo			21,26,27,30,33,36 y 39				
Confiabilidad y validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach alta $\alpha = .94$ Validez: consistencia interna							

Nota. Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1982)

En cuanto a este inventario, la adolescente reflejó las siguientes puntuaciones:

- Ansiedad Estado: 21, equivalente a promedio.
- Ansiedad Rango: 19, equivalente a tendencia al promedio.

Tabla 5

Escala de Autoestima de Rosenberg

Autor	Rosenberg (1965)			
Aplicación	Autoaplicada, individual o colectiva			
Tiempo	5 - 10 minutos			
Objetivo	Evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.			
N° ítems	10 ítems			
Población	Adolescentes y adultos.			
Dimensiones	Autoestima positiva		Autoestima Negativa	
Escalas	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Calificación	El rango de las puntuaciones va desde 0 a 40 puntos. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta.			

Puntuación	La puntuación se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 1, 3, 4, 6, 7 y la puntuación invertida de los ítems 2, 5, 8, 9, 10. La puntuación final oscila entre 10 y 40
Confiabilidad y Validez	Confiabilidad: Alfa de Cronbach entre $\alpha = .91$ Validez: consistencia interna 0.77

Nota. Rosenberg (1965)

Es importante indicar que esta escala se la realizó al final del plan terapéutico; por lo cual, la adolescente alcanzó un puntaje de 31 sobre 40 equivalente a una buena autoestima.

De los datos recogidos en la entrevista semiestructurada y los instrumentos de evaluación empleados, los resultados clínicos más relevantes de la paciente fueron los siguientes:

- Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura.
- Ejercicio excesivo.
- Escasa autoestima y autoconcepto.
- El bajo peso le permitió detener su crecimiento y desarrollo físico y psicológico.
- Bajo estado de ánimo (Tristeza, desesperanza).
- Desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea (Apatía).
- Ansiedad en situaciones de evaluación.
- Escasa planificación y organización del tiempo.
- Déficit en solución de problemas y toma de decisiones.

1.3 Proceso diagnóstico

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo es aquel diagnóstico dado en primera instancia por el clínico tras la entrevista clínica y resultados obtenidos, en donde se registran los síntomas que declaran el paciente y la hipótesis que el profesional interpreta de las quejas del paciente y deriva a un análisis contextual integral del supuesto (Díaz et al., 2006).

De acuerdo con el proceso de evaluación considero los siguientes diagnósticos presuntivos:

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F45.2 Trastornos hipocondriacos (dismorfia corporal)

F50.0 Anorexia nerviosa

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se entiende como el proceso que se lleva a cabo durante una valoración clínica; por la cual, se identifica una determinada enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas, es decir que se requiere una metodología científica en la que se pone a consideración las posibles patologías previo al diagnóstico definitivo (Marecos, 2003).

De acuerdo a la sintomatología y las características de la paciente se propone un diagnóstico diferencial entre el trastorno hipocondriaco y la anorexia nerviosa, pese a que la adolescente llega con un diagnóstico psiquiátrico, es importante realizar un análisis de ambos cuadros clínicos debido a la superposición de síntomas, para descartar o definir una comorbilidad entre estos dos trastornos. Así mismo, se plantea un diagnóstico diferencial entre un episodio depresivo leve y moderado.

F45.2 Trastorno hipocondríaco. A pesar que la adolescente cumple con algunas características que pueden llevar a considerar este diagnóstico tales como: preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (abdomen) y la preocupación constante por ese convencimiento lo cual ocasiona un malestar en el funcionamiento diario de la paciente; sin embargo, no cumple con el resto de criterios que son necesarios para dar dicho diagnóstico; tales como: criterio A1 (Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave...), el criterio B (...conduce al paciente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas), y el criterio C (Rechazo continuado de aceptar el reaseguramiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o de la deformidad física). Descartándose una comorbilidad entre ambos trastornos.

F50.0 Anorexia nerviosa. Debido al diagnóstico psiquiátrico, así como a las características y sintomatología que presenta la paciente, evidenciándose que la adolescente cumple con 4 de los 5 criterios diagnósticos descritos en el manual de clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión: A) Pérdida de peso, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura, B) La pérdida de peso es autoinducida por evitación de "alimentos que engordan" C) Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce a la paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo. E) El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa. Por ello se la considera como un diagnóstico definitivo.

F32.0 Episodio depresivo leve/ F32.1 Episodio depresivo moderado. La adolescente cumple con las tres características básicas de un episodio depresivo leve: pérdida de interés en actividades normalmente placenteras, disminución de energía, humor depresivo la mayor parte del día. Y además, todos los síntomas necesarios para dicho diagnóstico, por lo cual se establece el mismo y se descarta un episodio depresivo moderado; puesto que, para este cuadro clínico, es necesario la presencia de las tres características básicas más tres/cuatro síntomas para sumar un total de al menos seis síntomas, y a la adolescente sólo presenta cuatro.

1.3.3 Diagnóstico final

Capurro y Rada (2007) señalan que el diagnóstico final es cuando el profesional presenta la certeza de uno o más trastornos, por lo que el paciente que cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticado como tal y no existe duda de aquello.

Tras el análisis de la información sustraída de la entrevista, la aplicación de los cuestionarios, autorregistros y la información brindada por el profesional psiquiátrico, se llegó al diagnóstico definitivo de:

F50.0 Anorexia Nerviosa. Justificándose el mismo, debido a que la paciente presenta una pérdida significativa de peso, la cual esta origina por la evitación de consumo de

alimentos, vómitos auto provocados, realización de ejercicio excesivo. Además, se evidencio una distorsión de la imagen corporal, cumpliendo los criterios según el CIE -10.

F32.0 Episodio Depresivo Leve. Se llegó a este diagnóstico debido a que la paciente presenta disminución de energía, perdida de interés en actividades normalmente placenteras, humor depresivo la mayor parte del día, pérdida de confianza generando baja autoestima, alteraciones de sueño cumpliendo los criterios según el CIE -10. Además, en la puntuación del BDI II, obtuvo un puntaje de 19, equivalente a nivel de depresión leve, confirmando dicho diagnóstico.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Objetivo general:

Reducir la sintomatología de la paciente con trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa) y episodio depresivo leve a través de la intervención psicológica cognitivo-conductual.

Objetivos específicos:

- Implementar la reestructuración cognitiva de creencias y pensamientos disfuncionales que mantienen las conductas de restricción alimentaria.
- Brindar herramientas y estrategias de afrontamiento de los problemas emocionales y resolución de conflictos.
- Fortalecer el nivel de autoestima y autoconcepto.
- Promover actitudes y conductas saludables de alimentación.
- Generar una recuperación ponderal del peso de forma progresiva.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

El plan de intervención se desarrolló y se ejecutó a partir del modelo de tratamiento para anorexia nerviosa propuesto por Celis y Roca (2011), el cual consta de cuatro fases. En cada sesión se empieza con el establecimiento de la alianza terapéutica y se construye los objetivos terapéuticos de cada encuentro, se revisan las tareas en caso de que se hayan acordado en la sesión anterior, se repasa lo aprendido y se trabaja los objetivos terapéuticos planteados, para posteriormente hacer un resumen, retroalimentación y volver a establecer metas para la próxima sesión.

Tabla 6

Plan Terapéutico

Sesión	Objetivos	Técnica	Tarea
1 primera fase 60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar una visión realista de las consecuencias que tiene la enfermedad. - Entrenamiento de manejo de desborde emocional mediante la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Respiración diafragmática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la respiración diafragmática en casa.
2 primera fase 60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Generar adherencia al tratamiento y motivación al cambio. - Tomar consciencia de las conductas alimentarias mediante un registro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarea de motivación al cambio: análisis de aspectos positivos y negativos de tener un trastorno alimenticio, proyectarnos en el futuro. - Técnicas conductuales: autoobservación y autorregistro alimentario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Completar el autorregistro alimentario.
3 primera fase 60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciencia de las conductas alimentarias mediante un registro. - Restructuración cognitiva de creencias disfuncionales. - Corregir la conducta desadaptativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo con el autorregistro que se le envió la semana anterior - Continuar con técnicas conductuales: instauración de patrón alimentario, parada de pensamientos, imaginación guiada, paradojas, metáforas, normalización de la ingesta y ejercicios experienciales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un horario de comidas diarias.
4 primera fase 45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición y práctica de estrategias emocionales para afrontamiento y autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica del espejo. - Proyecciones a futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la técnica del espejo durante la semana.

	- Mantener la motivación al cambio.		
5	-Reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales.	- ABC a través de la Terapia racional – emotiva.	- No se envió tarea en esta sesión.
primera fase			
60 minutos	-Desarrollar comportamientos más funcionales		
6	- Tomar consciencia del avance y generar refuerzo positivo.	- Revisión de avance terapéutico. - Retroalimentación de lo trabajado hasta el momento.	- No se envió tarea en esta sesión. - Se recomendó continuar con la técnica de respiración.
segunda fase			
60 minutos			
7	- Fortalecimiento de habilidades sociales y toma de decisiones.	- Intervención en otros temas: habilidades sociales (ensayo conductual) - Toma de decisiones (análisis de posibles consecuencias)	- Poner en práctica el análisis de consecuencias. - Seguir practicando el ensayo conductual.
segunda fase			
60 minutos			
8	- Adquisición y práctica de herramientas y estrategias emocionales afrontamiento autoestima.	- Realizar la Caja de Pandora de los pensamientos y emociones - Técnica de imaginación.	- Volver a realizar las actividades en casa.
tercera fase			
60 minutos			
9	- Adquisición y practica de herramientas y estrategias emocionales afrontamiento autoestima	- Trabajar en el reconocimiento de fortalezas de la paciente. - Técnica del espejo: - Frases positivas	- Reforzar las técnicas en casa y analizar cómo se sintió con ellas. - Pegar las frases positivas
tercera fase			
60 minutos			

	- Reconocer los logros de la adolescente.		en un lugar visible de su habitación.
10 Tercera fase 60 minutos	- Reforzar la autoestima. - Trabajar en los autocuidados	- Metáfora del elefante rosado - Autoestima: Mi lado bueno - Planning de momentos agradables. - Reevaluación dibujo de autoimagen	- Cumplir con las actividades del planning de momentos agradables realizado en la sesión.
11 Cuarta fase 35 minutos	- Prevenir recaídas y preparación del fin de la terapia - Reconocer los logros y el avance de la adolescente.	- Aplicación de escala de autoestima de Rosemberg (RSE). - Técnica de afrontamiento: "la carta para los días malos"; Divulgar y no ocultar.	- No se envió tarea.
12 Cuarta fase (15 días) 30 minutos	- Prevenir recaídas y preparación del fin de la terapia - Reconocer los logros de la adolescente.	- Mantenimiento del progreso y minimizando las recaídas en el futuro.	- Anotar las situaciones que puedan causar conflicto o malestar para trabajarlas en consulta.
13 Cuarta fase (15 días) 30 minutos	- Prevenir recaídas y preparación del fin de la terapia - Reconocer los logros de la adolescente.	- Mantenimiento del progreso y minimizando las recaídas en el futuro. - Reevaluación del (STAI)	
14 Cuarta fase Sesión de revisión 30 minutos	-Reevaluación de la paciente y alta de la paciente.	- Reevaluación de reactivos psicológicos Beck, inventario de trastornos de la alimentación (EDI), test de actitudes hacia la alimentación (EAT-40).	

Nota. La tabla describe las técnicas y actividades aplicadas en el proceso de intervención

Fase 1

La primera etapa del tratamiento “brindando la apertura y el marco adecuado para el tratamiento”. El objetivo de esta primera fase fue generar en la paciente la motivación necesaria para iniciar el proceso de cambio y adherencia al tratamiento. Además, mediante la psicoeducación se buscó que la paciente adquiriera conocimiento y consciencia acerca su estado de salud y de las consecuencias que trae consigo el padecer un TCA.

Esta fase estuvo compuesta por 5 sesiones de 60 minutos cada una, con una frecuencia de una vez por semana. A continuación, se detalla las técnicas utilizadas en esta primera fase del tratamiento:

Sesión 1. Como primera actividad se brindó psicoeducación, la cual ofrece una aproximación terapéutica, con la finalidad de suministrar al paciente y sus familiares información específica acerca de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología; de esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Cuevas y Moreno, 2017).

El objetivo principal de esta técnica fue dar una visión realista de las consecuencias que la AN genera en todas las esferas de la vida de la paciente, a nivel físico, emocional e interpersonal. Se brindó información centrándose en que “la AN es incompatible con la vida que desea tener”, para ello se compartió un video al respecto de cómo afecta esta enfermedad, en el cual se visualizó el deterioro físico, emocional e interpersonal que produce dicha enfermedad y cómo ésta compromete la vida de la paciente y repercute en el círculo familiar. El video denominado diario de una anoréxica primera parte, fue extraído de la plataforma YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=eV3qI19nkRk&feature=youtu.be>

Se finalizó la sesión con un ejercicio de respiración diafragmática con la finalidad de generar un estado de relajación en la paciente; para ello, se le pidió a la paciente que cierre sus ojos y adopte una posición cómoda puede ser de pie o sentada, luego que coloque una

mano en el pecho y la otra en el estómago, la mano en su pecho no debe moverse mientras que la mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar, la paciente debe inhalar por la nariz durante 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Luego se mantiene el aire por unos segundos y se exhalar por la boca lentamente. Repetirá cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.

Sesión 2. En el segundo encuentro se trabajó en tareas de motivación al cambio dirigidas a las conductas de restricción alimentaria, para eso se pidió a la paciente elaborar una carta de despedida a su enfermedad con el objetivo que empezara a distanciarse cognitivamente de la anorexia, representándola a esta como algo externo a ella. Con este ejercicio se buscó que la paciente entienda que su TCA ha tenido una serie de funciones en su vida y que es normal que se aferre al trastorno, pero que también le ha generado consecuencias negativas y por lo tanto es necesario ponerle un alto.

Luego se procedió con un análisis de aspectos positivos y negativos de tener AN, esto con el objetivo de identificar la visión de la paciente del sufrimiento y las consecuencias negativas que el trastorno ha generado en su vida. Finalmente, se envió de tarea un autorregistro alimentario y de pensamientos que se presenten a lo largo de la semana, con la finalidad de que adquiera conciencia acerca de cómo funciona su problema alimentario y de los pensamientos que mantienen dichas conductas.

Sesión 3. Se trabajó con el registro de pensamientos y el registro alimentario, propuesto por Fairburn (1995) como la monitorización de las ingestas alimentarias diarias con el objetivo de, por una parte, que la paciente adquiera información acerca de su problema alimentario, y por otra, que esta adquisición de conciencia del problema ayude al cambio. Para esto propone el siguiente formato:

Tabla 7

Formato autorregistro

Hora	Comida y bebida consumidas	Lugar	V/L	Pensamientos y sentimientos

Nota. Registro de control alimentario. Extraído de Fairburn (1995)

El asterisco indica si la paciente considera esa ingesta excesiva, y en la siguiente columna (V/L) se registra el empleo de vómito autoinducido o laxantes; la última columna está reservada para cualquier incidencia que influya en las comidas, así como los sentimientos que se producen antes y después de la ingesta.

A partir de esto se incentivó a instaurar un nuevo patrón alimentario y normalizar la ingesta de alimentos, orientado a que la paciente consuma alimentos 4 veces al día, incrementando la cantidad de su ingesta y la eliminación de conductas compensatorias.

Además, se trabajó estrategias basadas en la aceptación y el mindfulness, que como técnica poseería una serie de características que, siguiendo a Vallejo (2006), incluyen: centrarse en el momento presente, tener apertura a la experiencia y a los hechos (se entiende sin interpretaciones o mediaciones del lenguaje, aceptación radical y no valorativa de la experiencia, elección de las experiencias en que centrarse, mirar, actuar o implicarse y renuncia al control directo de las emociones, reacciones, sentimientos o pensamientos, para permitirles ser tal cual son, sin pretender cambiarlos, para el manejo de los pensamientos automáticos, las imágenes persistentes y temores. El objetivo de esta sesión fue prevenir la respuesta conductual restrictiva en reacción a esos eventos mentales, generando control sobre ellos y, como consecuencia, distanciarla de sus pensamientos intrusivos.

Los métodos utilizados en esta sesión fueron las paradojas, metáforas y ejercicios experienciales. Estas tres herramientas son clave para el logro del cambio (García, 2006). En concreto, con la paciente se usaron algunas técnicas que se describen a continuación:

“La parada del pensamiento en imaginación”: si piensa “estoy gorda”, imagine la frase escrita en una tarjeta y cómo el pensamiento salía volando con el viento, evitando juzgarlo, cuestionarlo o creer su contenido (Heffner et al., 2002)

La técnica de “Body scan” que va dirigida a recuperar las sensaciones de hambre y saciedad, y también a identificar y tolerar las respuestas del cuerpo ante una digestión normal. Implica poner especial atención en las sensaciones interoceptivas y aceptarlas sin etiquetarlas, juzgarlas y sin anticiparse a lo que va a pasar después. (Kabbat, 2003)

Finalmente, se usó metáforas de no control sobre el curso del pensamiento, entre ellas: la “metáfora del incendio” que se narra así: “se desata un incendio en tu habitación y tienes que salir rápido, pero hay dos requerimientos para salir: 1) necesitas tranquilizarte, incluso encontrándose la habitación en llamas y 2) necesitas creer que puedes abrir la puerta con tu mente antes de que puedas levantarte de la silla para abrirla. Ejecutar la acción que desea sin esperar a que cambien sus eventos internos (Harris, 2009).

Otro ejercicio que se utilizó fue el propuesto por Harris (2009) lo denominó “hojas en un arroyo”. Consiste en visualizarse a uno mismo sentado en la orilla de un arroyo con hojas flotando por la superficie del agua. Luego, empezar a colocar cada pensamiento, ya sea alegre, placentero, desagradable o triste, encima de una hoja y ver cómo se alejan. No hay que hacer correr el flujo del arroyo demasiado rápido o demasiado lento. Los pensamientos que critiquen el mismo ejercicio también deben ser puestos en una hoja. Si la hoja se atasca, no intentamos que se mueva, esperamos a que vuelva a la corriente por sí sola.

Sesión 4. En la cuarta sesión se llevó a cabo la técnica del espejo con el objetivo de mejorar autoconcepto y autoestima en la paciente, debido a que esta técnica terapéutica se basa en el modelamiento por ejecución guiada, empleando la autocontemplación; además, fomenta la construcción de un autoconcepto sano, por medio de la introspección y sustitución cognitiva (Mejía y Pedraza, 2021).

Se inició preguntando a la paciente la frecuencia con la que se mira al espejo y cuando se ve que es lo primero en lo que se enfoca, si al observarse le gusta lo que ve, se siente cómoda observándose, si sonríe y se mira con afecto, si se mira a los ojos se reconoce que es ella o si por el contrario se fija en las imperfecciones que cree tener, si al llegar a la altura de sus ojos desvía la mirada y se ve con seriedad. Menciona que se fija en “sus imperfecciones, estoy gorda”, luego se le pidió que piense en la persona que más quiere en el mundo y si cree que esa persona se va a fijar en lo que no supuestamente no es perfecto; se realizaron las siguientes preguntas a lo largo del ejercicio ¿qué ves en el espejo?, ¿cómo es la persona que te mira desde el espejo?, ¿piensas que tienes cosas buenas que aportar a

los demás?, ¿qué es lo que más te gusta de esa persona y ¿cambiarías algo de la persona del espejo?.

Se finalizó con proyecciones para un futuro y una reflexión de la paciente sobre la funcionalidad de sus comportamientos alimentarios actuales. De tarea para la casa se le pidió a la paciente que escriba 10 atributos positivos físicos y emocionales que encuentre en ella.

Sesión 5. En la quinta sesión se llevó a cabo el ABC de la terapia racional emotiva (TRE) con el objetivo de cambiar los pensamientos negativos que existe en la paciente mediante una psicoeducación, acerca de que los pensamientos generan emociones y éstas a su vez reacciones; además, se enseñó los tipos de distorsiones cognitivas y se motivó al cambio de pensamiento recalcando la importancia de una cognición sana ya que la terapia ayuda a fortalecer, incrementar y desarrollar comportamientos más funcionales en personas con problemas de autoestima, perfeccionismo y depresión (Camacho, 2013).

Albert Ellis resume su teoría de la siguiente manera: “Los problemas psicológicos de los clientes tiene un esquema ABC, «A» simboliza el acontecimiento desencadenante o activador, «B» representa lo que cree una persona de ese acontecimiento, y «C» denota las consecuencias que derivan de esas creencias particulares” (p. 112).

Tabla 8

Técnica A-B-C de Ellis

A	B	C
Acontecimiento	Pensamiento	Emoción
Es media noche, estas sola en casa y escuchas ruidos en la puerta de entrada de tu casa	Piensas que es un ladrón o un intruso Si piensas que es tu perrita	Probablemente sentirás miedo o angustia Probablemente sentirás tranquilidad, curiosidad

Nota. Ejemplo tomado del caso.

Posteriormente, se realiza una lluvia de ideas con las opiniones que tienen acerca de la TRE y se continuó con el desarrollo de la misma, haciendo uso del debate y preguntas reflexivas se logra afianzar creencias alternativas frente a los pensamientos irracionales

relacionados con la alimentación de la paciente; de igual forma, se le pidió a la paciente que recuerde algún acontecimiento que genere ansiedad, ira, tristeza, etc. y se pidió que escriba el acontecimiento recordado con los pensamientos, emociones y acciones que se generaron en dicho suceso.

Se da por terminada la sesión terapéutica realizando una retroalimentación acerca de la importancia de nuestros pensamientos y emociones sobre nuestra vida, sobre nuestra autoestima y el cumplimiento de metas.

FASE 2.

La segunda fase del tratamiento es de transición, se realizó en dos sesiones, una por semana y se analizó el progreso obtenido hasta el momento y la toma de decisiones para el desarrollo de la fase 3.

A nivel cognitivo, se trabajó las creencias disfuncionales acerca de la estética dominante, lo cual era un elemento mantenedor de su trastorno. En lo que respecta a la conducta alimentaria, se fomentó la flexibilidad y la espontaneidad en la selección del alimento y la normalización de las cantidades en las tomas alimentarias.

Sesión 6. Se inició la sesión con una retroalimentación de la técnica del ABC, acerca de cómo los pensamientos están directamente relacionados con la conducta restrictiva. Se trabajó con la paciente sobre nuevos alimentos a introducir a la ingesta y se realizó el reconocimiento de los avances que se han alcanzado en el tratamiento, felicitándole por el compromiso durante todo el proceso. La paciente refirió sentirse feliz porque sus padres la han felicitado por su progreso. Se envió como tarea que con sus padres elaboren un plato creativo con alimentos que no eran consumidos, donde tenía que ir tocando los alimentos y describir particularidades como huele rico, tiene cascara dura etc.

Para finalizar la sesión se preguntó a la paciente si siente que la terapia le está funcionando y señaló "sí, ya hace dos semanas que no he vomitado y estoy empezando a comer más veces en el día, como ustedes me dijeron". Se llegó a un consenso de hacer más dinámicas las próximas sesiones.

Sesión 7. Se trabajó temas distintos a la anorexia, tomando en cuenta situaciones que representan malestar de la paciente manejo impulsividad, habilidades sociales, toma de decisiones.

Habilidades sociales: Aplicación de la técnica “ensayo conductual” o role-playing, que consiste en la práctica de comportamientos adecuados y efectivos frente a situaciones problemáticas. Se plantea una situación real o imaginaria y se le pide al paciente que busque la forma de afrontarla, luego del terapeuta va introduciendo cambios sobre la mejor manera de resolver la situación. Al finalizar el ensayo la paciente recibe retroalimentación y refuerzo de parte del terapeuta (Caballo, 1998).

Toma de decisiones. Análisis de pros y contras, esta técnica se emplea definiendo el problema que se busca solucionar, una vez definido se procede a generar a manera de lluvia de ideas, una serie de alternativas o posibles soluciones en conjunto con la paciente. Para elegir la solución más viable, se evalúa cada una de las alternativas considerando los pros y contras; de manera tal que se jerarquizan y se determinan cuáles alternativas son las más viables para llevarse a cabo (Chávez, 2010).

FASE 3.

Esta fase se compone de 3 sesiones, desarrolladas con una periodicidad semanal y estuvo dirigida al cambio de las creencias asociadas al cuerpo y a la comida, con la finalidad de continuar con el aumento de peso en la paciente. Además, se promovió el fortalecimiento de autoestima y autoconcepto y la adquisición de habilidades de resolución de conflictos personales e interpersonales.

Sesión 8. En la consulta ocho se trabajó en el tema de autoestima y autoconcepto. Miller (2010), define a la autoestima como el amor propio o lo que se percibe de uno mismo; es decir, el amor hacia uno mismo y que constituye una característica importante para alcanzar la felicidad. Una persona que se conoce, conoce también sus habilidades y dones y esto desemboca en respeto y valor propio, proyectan una imagen positiva capaz de alcanzar logros y metas de manera independiente.

La autoestima está estrechamente ligada al autoconcepto, el cual es entendido como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo y constituyen la base para una buena imagen y percepción de sí mismo. El autoconcepto está formado por creencias y actitudes que la persona interioriza y utiliza dentro de situaciones a las que se enfrentan, y la solución certera a las mismas dependerá de la correcta percepción personal que tenga y de la percepción del medio al que está expuesto (Carmen y Caño, 2012).

A través de diferentes actividades se buscó explorar la manera en que el problema de baja autoestima está afectando a la paciente. Encontrar el origen de la baja autoestima a través de preguntas como: ¿Hay algún hecho significativo que marcó tu infancia o adolescencia?, ¿Qué relación tenías de niño y adolescente con tu madre? ¿Y con tu padre?, ¿Qué críticas hacían tus padres sobre ti y si han influido a lo largo de la vida?, ¿Cómo te transmitían tu madre y tu padre el cariño que sentían por ti?, ¿Cómo te describirías a ti mismo cuando eras niño y ahora como adolescente? Y se invita a la paciente a que exprese de forma concreta esos gestos de amor, ya sean palabras, hechos, detalles, etc., profundizando de esta manera, tanto en las características de personalidad como en su desempeño en las diferentes áreas de la vida.

Luego se le presentó a la paciente una actividad denominada “caja de pandora de los pensamientos y emociones” se le explicó que, para poder hacer espacio a los pensamientos y emociones nuevas, primero hay que sacar las viejas, que están ocupando demasiado espacio que son los llamados pensamientos automáticos negativos, que ella no decide ponerlos en marcha, sino que simplemente “están ahí desde siempre” y no se sabe muy bien por qué.

Para eso, se le dio instrucciones que observe los pensamientos sin intentar cambiar nada, ni intentar frenarlos, simplemente que esté atenta a cuándo su mente pone en marcha este “hilo musical”: qué cosas se dice a sí mismo, cómo se las dice con qué tono, qué palabras usa, ante qué situaciones.

Se finalizó esta actividad con una técnica de respiración e imaginación, se le pidió a la paciente que cierre los ojos y mencione la emoción negativa que siente con mayor

frecuencia, la materializará, es decir, se imaginará una forma circular, rectangular etc., luego se le pedirá que le un color, una textura e incluso sonido. Después, se imaginará frente a dicha figura y cada vez que se acerque, su emoción se hará más pequeña hasta poder tomarla con su mano, la guardará en su bolsillo, se debe explicar que nosotros somos capaces de tener el control de las emociones, sacando a continuación del otro bolsillo algo positivo, lo cual lo haremos grande y sentiremos ese confort. Antes de abrir los ojos se pedirá a la paciente que respire con la técnica de respiración de 4 tiempos.

Como ejercicio en casa se le envió a la paciente que realice un registro de pensamientos automáticos negativos que cada vez que se detecte teniendo un discurso automático negativo hacia sí mismo, lo apunte. El registro debe contener los siguientes datos:

Fecha, situación: ¿Qué ha pasado? Por ejemplo, se me quema la comida; pensamiento: ¿Qué he pensado? Por ejemplo, pienso “soy un inútil, con 16 años y no sé calentar un plato”; emoción: ¿Qué he sentido? Por ejemplo, siento enojo hacia mí mismo por no haber estado más atento; y finalmente una conducta: ¿Qué hago? Por ejemplo: tiro la comida quemada y me quedo sin comer, ya da igual, se me ha quitado el hambre.

Sesión 9. Se continuó reforzando la autoestima y autoconcepto de la paciente, se inició con la identificación de fortalezas mediante la técnica del espejo usada previamente en la sesión 4 y se la combinó con la actividad de trabajar con las fortalezas, con la finalidad que la paciente sea capaz de tratarse con amor y respeto, cambiando su diálogo mental.

Se formularon preguntas como: piensa en aquellas personas a las que más quieres ¿Por qué las quieres?; ¿les tienes cariño, por qué te gusta cómo son, admiras lo que hacen, por qué te aporta bienestar compartir tiempo con ellas? Quererse a uno mismo no debe ser una imposición: “tienes que quererte porque eres la única que va a estar ahí toda tu vida”, ¿cómo querer a alguien a quien rechazo? ¿Cómo quererme a mí mismo, si no me gusto?

Para finalizar la consulta se planteó escribir en cartulinas algunas frases con las cualidades, fortalezas y mensajes positivos con el fin que las coloque en un lugar visible de su habitación para que las vea todos los días y sepa reconocer y recordar todas esas cualidades y fortalezas que menciona.

Sesión 10. Para iniciar, se realizó una retroalimentación breve de lo que se ha trabajado a lo largo de las dos últimas sesiones, abordando principalmente los pensamientos del tipo “esto es muy difícil, por qué me ha tocado a mí, esto avanza muy lento”. El objetivo de esta sesión fue aprender a tolerar los pensamientos negativos, aceptarlos e incorporarlos en nuestro día a día como una parte más de nuestra condición de ser humano. Se plantearon preguntas como: ¿cuánta es la tolerancia al malestar, a esos pensamientos negativos? ¿qué haces con esos pensamientos o sentimientos negativos cuando aparecen?

Y tras la reflexión se propuso realizar la metáfora del elefante rosado que consiste en comunicar a la paciente que piense en un elefante rosa. Y se da las siguientes instrucciones: pensar en él, imaginarlo vivamente. ¿De qué color es? Pero ahora es muy importante que olvides que es rosa, bórralo de tu mente, que no surja en tu mente que el elefante es rosa, retira ese pensamiento. ¿De qué color es el elefante? Los dos conocemos que es rosa, sabemos incluso más intensamente que al principio que no era importante olvidarlo. Esto ocurre cuando intentamos no recordar y evadir algo significativo en nuestra vida. Porque pensar en no pensar que el elefante es rosa trae a nuestra mente inevitablemente que el elefante es rosa (Lozano- Segura et al., 2017).

A partir de esa reflexión se continuó trabajando en actividades para mejorar el autoconcepto y autoestima, el ejercicio que se llevó a cabo fue “Mi lado bueno” que se lo realizó de la siguiente manera: En primer lugar, se le pidió a la paciente realizar una lista, esta vez lo más amplia posible con sus cualidades (características positivas de su personalidad y de su aspecto físico) y habilidades, es decir, lo que se le da bien hacer. Pueden ser cosas muy sencillas y cotidianas, no hacen falta grandes virtudes súper heroicas ni grandes dotes.

Como segundo paso se buscó que la paciente ejemplifique y concrete a través de la elaboración de uno o dos ejemplos concretos para cada una de las cualidades que enumeró antes y en los que se vea reflejada sus virtudes. Para finalizar la sesión se realizó una reevaluación de la autoimagen a través de un dibujo tal cual se lo realizó en las primeras sesiones.

Como tercer paso, se le pidió que elabore un perfil con las tres cualidades y habilidades que considera que la definen, aquellas con las que se siente más identificado, las que más le gustan, las que más utiliza en su día a día, aquellas a las que le puede sacar mayor partido. Esas tres cualidades y tres habilidades esenciales son seis herramientas que va a llevar debajo de su brazo en cada decisión y en cada paso cotidiano.

FASE 4

La cuarta fase del tratamiento consta de tres sesiones, desarrolladas una cada 15 días. Esta fase está orientada a la prevención de recaídas y preparación para finalizar la terapia psicológica; por lo cual, se trabajó en la consolidación de aprendizajes obtenidos a lo largo de las sesiones anteriores y, además, en la identificación de posibles factores de riesgo y el planteamiento de un plan de acción en caso de que surjan.

Sesión 11. En esta cita, se evaluó la autoestima a través de la escala de Rosemberg y se plantearon técnicas de afrontamiento con el objetivo de consolidar los logros establecidos a lo largo del tratamiento; para lo cual, se propuso una actividad denominada “la carta para los días malos”, que consiste en pedir a la paciente, que escriba una carta dirigida a sí misma para cuando tenga un día malo. En esta carta, la paciente puede expresar su apoyo a sí misma, y también darse algunos buenos consejos sobre qué puede hacer para sobrellevar ese mal día o incluso convertirlo en uno bueno.

Para finalizar la sesión se planteó la siguiente actividad, que pueda divulgar en vez de ocultar. Se sugirió a la paciente que, en lugar de ocultar y esconder su problema, lo comparta con personas de confianza, explicándole que al romper el secreto puede ser en sí mismo una victoria frente al problema.

Sesión 12. Se empezó trabajando con los padres de la paciente. La intervención se centró en un proceso psicoeducativo sobre estrategias y técnicas de expresión emocional, afrontamiento y resolución de problemas respecto a posibles situaciones que puedan surgir con su hija. Específicamente se trabajó con el padre, con la finalidad de que adquiriera una postura y un rol funcional dentro del hogar, considerando el ciclo evolutivo en el que se encuentra su hija, sin obstaculizar el proceso de diferenciación.

Sesión 13. En este día se realizó una retroalimentación de las técnicas aprendidas a lo largo del proceso terapéutico y se continúa trabajando con estrategias de afrontamiento con el objetivo del mantenimiento del progreso de la paciente. Se empleó “el plan de emergencia” para prevención de recaídas, manifestando que este plan proporciona pautas claras a seguir; se trata de identificar qué conductas o pensamientos concretos pueden ayudarla en los momentos de riesgo.

Durante esta actividad se plantearon diferentes situaciones y dificultades para que la paciente busque y proponga posibles soluciones, realizando diferentes preguntas como: ¿Qué pueden hacer antes de probar el primer plato de comida?, ¿Qué puedes hacer si en alguna ocasión quieres volver a inducir el vómito?, ¿Qué pueden hacer si en alguna ocasión vomitas?, ¿Qué pueden hacer si repites esta conducta dos días seguidos? Una vez que la paciente haya elaborado este plan de acción, se le solicitó como tarea que lo recoja en una serie de puntos por escrito, lo emplastique y lo lleve siempre consigo.

Finalmente, se procedió a reconocer el logro de la adolescente en todos estos meses de intervención y se le pidió que escriba algún consejo para una persona que este atravesando la misma situación que ella cuando llego a terapia.

Sesión 14. Se centró en el seguimiento del proceso, cuyo objetivo fue realizar una revisión de cambios generados y una reevaluación mediante los instrumentos psicológicos aplicados en el pre- tratamiento. Se contempla la necesidad de acudir a atención psicológica de forma esporádica para evitar una posible recaída.

Capítulo tres

Resultados

Se presentan los resultados de los test aplicados tanto pre como post- tratamiento, evidenciándose cambios significativos y una evolución favorable en la paciente tras la intervención psicoterapéutica. Se describen a continuación:

Tabla 9

Resultados del Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT)

PRE TEST	POST TEST		OBSERVACIÓN
44 Moderado	10 Leve		Se observa disminución considerable de las actitudes alimentarias relacionadas con el TCA.
Subescalas			
Dieta y preocupación por la comida	33 Moderado	4 Leve	Se observa disminución considerable en las actitudes referentes a esta subescala.
Presión social y malestar con la alimentación	8 Leve	0	Eliminación de las actitudes problema.
Trastornos psicobiológicos	1 Leve	0	Eliminación de las actitudes problema.

Nota. Resultados obtenidos de la paciente pre y post- tratamiento en el test de actitudes alimentarias.

En la tabla 9, mediante la aplicación del Test de Actitudes Alimentarias, se observa una disminución considerable de las actitudes; puesto que, previo a la intervención la paciente obtuvo un puntaje de 44 puntos que sugiere problemas clínicamente significativos con respecto a conductas alimenticias y tras la intervención obtiene 10 puntos, lo cual refleja una reducción significativa de la sintomatología con respecto a su estado inicial.

Referente a las subescalas, de igual manera, se evidencia una importante reducción de la sintomatología e incluso eliminación de actitudes problemas: dieta y preocupación por la comida de 33 puntos a 4 puntos, presión social y malestar con la alimentación de 8 a 0 puntos, y trastornos psicobiológicos de 1 a 0.

Tabla 10

Resultados del Inventario de Trastornos de la Alimentación - Eating Disorder Inventory, (EDI)

PRE TEST		POST TEST		OBSERVACIÓN
100 Moderado		30 Leve		Se observa disminución considerable de los rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa.
SUBESCALAS				
Impulso a la delgadez		18 Elevado	1 Leve	Se observa disminución considerable en las actitudes referentes a esta subescala.
Sintomatología bulímica		14 Moderado	0	Eliminación de las actitudes problema.
Insatisfacción corporal		15 Moderado	5 Leve	Se observa disminución considerable en las actitudes referentes a esta subescala.
Inefectividad y baja autoestima		18 Moderado	3 Leve	Se observa disminución considerable en las actitudes referentes a esta subescala.
Perfeccionismo		11 Moderado	4 Leve	Se observa disminución considerable en las actitudes referentes a esta subescala.
Desconfianza interpersonal		9 Moderado	8 Moderado	Eliminación leve de las actitudes problema
Conciencia interoceptiva		9 Leve	5 Leve	Eliminación leve de las actitudes problema
Miedo a madurar		6 Leve	4 Leve	Eliminación leve de las actitudes problema

Nota. Resultados obtenidos de la paciente pre y post- tratamiento en el inventario de trastornos de la alimentación.

En la tabla 10, respecto al Inventario de Trastornos de la Alimentación, se observa una disminución considerable de los rasgos psicológicos y comportamentales comunes relacionados con la Anorexia Nerviosa; previo a la intervención la paciente obtuvo un puntaje de 100 que indica problemas clínicamente significativos con respecto a los rasgos psicológicos y comportamentales de la AN y tras la intervención se reduce a 30 puntos, lo cual sugiere una importante mejora respecto al sintomatología.

Referente a la subescala, de igual manera, se refleja una importante reducción de la sintomatología e incluso eliminación de actitudes problemas: Impulso a la delgadez de 18 puntos a 1, Insatisfacción corporal de 15 puntos a 5 punto, Inefectividad y baja autoestima de 18 puntos a 3, perfeccionismo de 11 a 4 puntos, desconfianza interpersonal de 9 puntos a 8, Conciencia interoceptiva de 9 puntos a 5, Miedo a madurar de 6 puntos a 4 y Sintomatología bulímica de 14 a 0 puntos.

Tabla 11

Resultados del Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory- II)

PRE TEST	POST TEST	OBSERVACIÓN
19 Leve	3 Leve	Se observa disminución considerable de la patología depresiva

Nota. Resultados obtenidos de la paciente pre y post- tratamiento en el inventario de depresión de Beck.

En la tabla 11, se observa los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, en la fase de pre tratamiento la adolescente obtuvo 19 puntos que corresponde al límite entre una depresión leve y moderada, lo cual disminuyó significativamente luego de la intervención, reflejando un puntaje de 3 puntos.

Tabla 12

Resultados del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo – STAI

	PRE TEST	POST TEST	OBSERVACIÓN
Ansiedad Estado	21 Promedio	21 Promedio	Mantenimiento del estado promedio de ansiedad.
Ansiedad Rasgo	19 Tendencia al promedio	25 Promedio	Cambio leve del rasgo de ansiedad.

Nota. Resultados obtenidos de la paciente pre y post- tratamiento en el inventario de ansiedad estado-rasgo.

En lo referente al Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo, no se observan mayores diferencias entre el pre test y el post test; debido a que los niveles tanto de ansiedad estado como de ansiedad rango, se encuentran dentro de los rangos de la normalidad.

Tabla 13*Resultados cualitativos de la evolución de la paciente*

Conductas y aspectos con afectación inicial	EVOLUCIÓN			Observación o razón
	Se mantuvo, es decir no hubo cambio	Cambio Parcialmente	Se extinguió o se modificó	
Distorsión de la imagen corporal			X	Se obtiene una percepción de la imagen corporal apegada a la realidad.
Ejercicio excesivo			X	Se cambia a una rutina de ejercicio adecuada para su edad, peso y condición física.
Escasa autoestima y autoconcepto			X	Se genera reconocimiento del valor personal un nivel de autoestima y autoconcepto sanos.
Bajo estado de ánimo			X	Como consecuencia de los cambios en sus conductas y pensamientos el estado de ánimo se modifica notablemente.
Apatía			X	Presenta más interés y productividad en su día a día.
Estilo de afrontamiento desorganizado		X		Adquiere nuevas habilidades de afrontamiento en situaciones problemáticas
Ansiedad	X			No hubo mayor cambio en los niveles de ansiedad.
Escasa planificación y organización del tiempo			X	Adquiere herramientas que le ayudan a organizar el manejo de actividades y tiempo libre.
Déficit en solución de problemas y toma de decisiones		X		Se observa mejoría en la toma de decisiones y búsqueda de soluciones, de manera analítica.

Nota. La tabla resume los principales resultados cualitativos tras la intervención psicoterapéutica

En cuanto a los resultados obtenidos a nivel general, luego de la aplicación del plan terapéutico se evidencia efectos altamente positivos y favorables en el proceso de recuperación de la paciente, tal como se observa en tabla 13. Se obtuvo mejorías en cuanto a la problemática descrita, lográndose modificar y extinguir esta problemática con respecto a la distorsión de la imagen corporal, conductas compensatorias; además, se consiguió instaurar un patrón de ingesta dividido en cinco comidas diarias y se reforzó el desempeño y entrenamiento de sus habilidades y capacidades existentes.

Discusión

En el presente trabajo se describe el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica desde el enfoque cognitivo- conductual en un caso de una adolescente diagnosticada con anorexia nerviosa y un cuadro asociado: episodio depresivo leve.

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una búsqueda y persecución incesante de la delgadez, un temor patológico a engordar, una imagen corporal distorsionada y la ingesta restringida de alimentos a menudo acompañada de actividad física excesiva, lo cual provoca una pérdida de peso significativa, generando consecuencias no sólo a nivel físico; sino también, un impacto en la esfera psicosocial de la persona, pudiendo manifestarse con: aislamiento, ansiedad, depresión, obsesiones, compulsiones, problemas educativos y familiares, entre otros (American Psychiatric Association [APA], 2014; Muñoz y Argente, 2019; Segreda, 2020)

En dicho sentido, se estima que un tercio de las personas con anorexia nerviosa presenta síntomas depresivos y pensamientos obsesivos - compulsivos. Así mismo, se considera que la anorexia nerviosa es un trastorno con mayor prevalencia en mujeres adolescentes y el 95% de los casos aparece entre edades comprendidas de 13 a 30 años (Gómez et al., 2018; Morales, 2020; Vallejo, 2020). Lo cual, guarda estrecha relación con el caso de estudio, puesto que la anorexia nerviosa en la adolescente abordada se manifiesta a partir de los 13 años de edad, evidenciándose un deterioro en todas sus áreas y dando lugar a la aparición de un cuadro clínico asociado (episodio depresivo leve).

Dichos diagnósticos se pudieron determinar a través de la entrevista clínica, informe psiquiátrico y aplicación de reactivos psicológicos, tales como: Test de actitudes alimentarias (EAT-40), Inventario de trastorno de la alimentación (EDI), Inventario de depresión de Beck-II, Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI-40), Escala de Autoestima de Rosenberg; los cuales fueron aplicados, debido a la alta confiabilidad que presentan para evaluar sintomatología asociada un TCA y otros cuadros o trastornos comórbidos (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, 1991; Beck y Steer, 1993; Rosenberg, 1965; Spielberger et al., 1982).

Por lo cual, a partir de los diagnósticos establecidos y sintomatología evidenciada en la paciente, tal como: ingesta de alimentos restrictiva, conductas compensatorias, temor a ganar peso, humor depresivo, anhedonia, cansancio, pérdida del interés en las actividades, pensamientos intrusivos/ obsesivos y distorsión de la imagen corporal; se plantea el proceso de intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo- conductual, debido a la alta eficacia que ha demostrado en casos similares; tal como, la plantea Acosta y Albarrán (2017), quienes confirman que la intervención cognitivo conductual es el tratamiento de primera elección para la anorexia nerviosa, debido a que estudios actuales demuestran efectividad en el manejo de la AN; exponiendo, que su uso continuo y seguimiento a 6 meses establecen mejoras clínicas en cuanto a puntajes notablemente más bajos en el Eating Disorder Examination (EDE), mayor rapidez en la recuperación nutricional y ganancia de peso.

Así mismo, Albieri et al. (2017) aplicaron un tratamiento cognitivo- conductual junto con estrategias positivas (creatividad, flexibilidad y autoconciencia) en TCA no especificado y encontraron que los síntomas disminuyeron, los pacientes comenzaron a identificar y utilizar fortalezas y comportamientos positivos denotando un mayor bienestar emocional. De igual manera, en casos de trastornos o episodios depresivos la terapia cognitivo- conductual ha demostrado ser altamente efectiva en la reducción de la sintomatología depresiva, conduciendo a una mejora o del estado de ánimo de la persona, mediante la aplicación de técnicas como: psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración, auto instrucciones, afrontamiento, asertividad, reestructuración cognitiva (Antón- Menárguez et al., 2016).

En el presente caso se desarrolló una intervención en 13 sesiones, divididas en cuatro fases. La primera fase se centró en motivar a la paciente al tratamiento y brindar información del trastorno mediante la psicoeducación con la finalidad que adquiriera conocimiento y un nivel de consciencia sobre el problema. En esta fase, la validación de la emoción y su expresión, como resultante de los esquemas disfuncionales, es la que permitió que la paciente adoptara una actitud de confianza brindándole gran cantidad de información con el objetivo de ir dotando a la paciente cierta sensación de control sobre conductas de salud y

sobre su malestar emocional, para lo cual se utilizaron las siguientes estrategias construcción alianza y confianza en el terapeuta y psicoeducación. La segunda fase fue de transición, en donde inicialmente se valoró el progreso y avance obtenido hasta el momento y se tomó decisiones respecto a la siguiente fase. Se trabajó en las creencias disfuncionales acerca de la estética dominante como un elemento mantenedor de su trastorno, se fomentó la flexibilidad y la espontaneidad en la selección del alimento; y la normalización de las cantidades en las tomas alimentarias.

La tercera fase estuvo orientada al cambio de las creencias asociadas al cuerpo y la comida; además, se promovió el fortalecimiento y mejora de autoestima y autoconcepto; se empleó el uso de herramientas y habilidades de resolución de conflictos personales e interpersonales, regulación emocional orientada a manejar emociones desagradables y lograr una gestión emocional eficaz. Y, la cuarta y última fase estuvo dirigida a la prevención de recaídas y preparación de la finalización del proceso psicoterapéutico, con la finalidad de consolidar los logros obtenidos, utilizando estrategias de afrontamiento, fomentando la tendencia de atribución interna de los logros y la resolución de conflictos e identificación de posibles factores de riesgo y elaboración de un plan de acción.

La terapia cognitivo- conductual permitió el restablecimiento de un patrón alimentario saludable alejado de los síntomas restrictivos que presentaba la paciente lo que facilitó la progresión de la recuperación ponderal del peso; además, se observó la mejoría de la paciente en aquellas áreas que se establecieron como objetivos del tratamiento. A nivel cognitivo, la adolescente logró una modificación y reestructuración de creencias e ideas irracionales entorno al cuerpo y la comida, lo que se tradujo en conductas de autocuidado y de salud. A nivel emocional, alcanzó una mayor regulación y equilibrio emocional, permitiéndole la identificación y expresión asertiva de emociones. Finalmente, en el ámbito social, la paciente retomó las relaciones con sus iguales, incluso ampliando su círculo social.

Por lo cual, en base a los estudios antes mencionados y el presente caso se demuestra la efectividad que tiene la aplicación de la terapia en la reducción de la sintomatología de la paciente y en la mejora clínica. Tal como lo propone Herpertz (2017), la

terapia cognitiva- conductual es una intervención altamente eficaz en la modificación de las conductas y pensamientos anómalos que subyacen la enfermedad.

Finalmente, en un estudio, realizado por Marcos (2018), acerca de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en TCA, refiere que, tras la aplicación de estrategias basadas en la aceptación del problema, tales como: metáforas, planning de momentos agradables y técnicas de mejora de autoestima, se produjeron mejoras significativas en la conciencia plena. Además, refiere que los participantes mejoraron en la diferenciación y comunicación de emociones, así como en no ocultarlas.

Además, en los resultados del mismo estudio, se encontraron puntuaciones superiores en la atención plena o mindfulness tras finalizar la intervención, sugiriendo que aumentó la frecuencia de situaciones en las que los participantes tenían la conciencia abierta o receptiva de la atención y la atención centrada en lo que estaba ocurriendo.

Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos tras la aplicación de ACT, en el presente caso, los mismos que favorecieron el aumento de la autoestima, mejora del autoconcepto y la eliminación de la distorsión de la imagen corporal que presentaba la paciente en un inicio. Así como, la utilización de mindfulness mejoró la atención, el centrarse en el momento presente y para disminuir los pensamientos intrusivos aceptándolos y gestionándolos adecuadamente. Pese a que se alcanzaron los objetivos terapéuticos, el trabajo cuenta con algunas limitaciones que han de ser mencionadas.

Una de las principales limitaciones fue el estado físico inicial de la adolescente, requiriendo en primer lugar una recuperación ponderal del peso, para luego centrar el trabajo en la parte cognitiva y emocional. En un inicio con los padres de la paciente se planteó la posibilidad de un ingreso hospitalario; sin embargo, no se llevó a cabo debido a procesos administrativos de la institución de salud y protocolos extensos, iniciándose la intervención psicoterapéutica a la espera de la derivación hospitalaria. En este periodo de tiempo, la paciente empezó a responder a la intervención psicológica, evidenciándose una recuperación ponderal de peso y avance en los objetivos terapéuticos, lo cual favoreció para que no se continúe con el trámite del proceso hospitalario.

Otra limitación importante fue la falta de un equipo multidisciplinario en la intervención de la paciente, puesto que en los casos de TCA es necesario contar con un equipo de apoyo como nutricionista, psiquiatra, médico general y dentista.

Conclusiones

El realizar una evaluación a profundidad permite establecer un diagnóstico certero y a la vez, obtener información acerca de los posibles factores desencadenantes y mantenedores de la anorexia nerviosa, así como la comorbilidad que puede existir con otros cuadros clínicos, tal como el episodio depresivo. Para ello, se utilizó los reactivos psicológicos: Test de actitudes alimentarias (EAT-40), Inventario de trastorno de la alimentación (EDI), Inventario de depresión de Beck-II, Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI-40), Escala de Autoestima de Rosenberg; los cuales sirvieron de apoyo en el proceso diagnóstico, así como para realizar el seguimiento y determinar la evolución de la enfermedad y resultados de la intervención psicoterapéutica.

Se realizó un abordaje psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo-conductual, evidenciándose una alta efectividad y eficacia para tratar casos de anorexia nerviosa en comorbilidad con un episodio depresivo; así mismo, el elaborar un plan de tratamiento centrado en las necesidades de la paciente, permitió abordar a profundidad las conductas problema y, además, la adquisición de estrategias y herramientas para modificar pensamientos irracionales y conductas disfuncionales, generando un cambio positivo en todas las esferas de vida de la paciente, el cual fue reflejado en los resultados obtenidos de la evaluación post- tratamiento.

Finalmente, se evidenció que en el país no existe un registro respecto a cifras oficiales sobre los trastornos de conducta alimentaria; sin embargo, se conoce que la prevalencia en América Latina va en aumento, afectando especialmente a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, lo cual genera un impacto en la salud integral y la calidad de vida de la persona y su familia.

Recomendaciones

Se recomienda que en todo proceso de evaluación de trastornos de conducta alimentaria se realice una psicoanamnesis profunda a través de la entrevista clínica, la observación y la aplicación de distintos test psicológicos (EAT- 40, EDI, STAI-40) con la finalidad de determinar las posibles causas desencadenantes del problema, así como los factores mantenedores y protectores con los que cuenta el paciente y a partir de aquello generar un plan de intervención enfocado a sus necesidades.

Se recomienda la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de trastornos de conducta alimentaria debido a la efectividad que presenta; además, al ser la anorexia nerviosa un trastorno multicausal, se sugiere un abordaje multidisciplinario, con la finalidad de brindar una atención integral a la paciente y obtener resultados positivos en menor tiempo.

Finalmente, se recomienda ampliar las investigaciones respecto a la problemática y su tratamiento, a fin de que se permita visibilizar el impacto que genera en la vida de las personas y sus familias, llegando a constituir un problema de salud pública al cual se debe dar respuesta mediante el desarrollo de políticas de salud enfocadas a la prevención del trastorno.

Referencias

- Acosta, N., y Albarrán, S. (2017). *Desenlaces de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la anorexia nerviosa: revisión sistemática y metaanálisis* [tesis de grado, Universidad Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario., Ciencias de la Salud, Bogotá]. Repositorio Institucional de la Universidad de Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/14236/TrabajoGradoTCC-AN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Albieri, E., Ruini, C., y Vescovelli, F. (2017). Positive Narrative Therapy for an Unspecified Eating Disorder: A Child Case Report. *Clinical Case Studies*, 5(16), 351-369. <https://doi.org/10.1177%2F1534650117698799>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5). panamericana
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P., y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6). <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. y Steer, A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. TX: The Psychological Corporation.
- Caballo, V. (1998). *El entrenamiento en habilidades sociales*. En Manual de técnicas de terapia y modificación. Siglo Veintiuno de España Editores.
- Camacho, J. (2013). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Bilbao: Europea.
- Capurro, D., y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>

- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, Vol. 16. 175-190. Doi: <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.61>
- Chávez, E. (2010). Prevención de Recaídas Centros de Integración Juvenil. Manual moderno. <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/manualprevrecaidas.pdf>
- Cuevas, J., y Moreno, E. (2017). Intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14 (3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Díaz, L., Cabrera, L., Fernández, T., González, O., Carrasco, M., y Bravo, L. (2006). Etiología bacteriana de la infección urinaria y susceptibilidad antimicrobiana en cepas de *Escherichia coli*. *Revista Cubana de Pediatría*, 78(3). 42-45. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v78n3/ped05306.pdf>
- Ellis. (1986). Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: Desscless de Brouwer.
- Fairburn, C. G (1995). La superación de los atracones de comida. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- García, E., y Vázquez, V. (2003). *Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory*. Caosj.
- García, N. (2004). *Tesis de doctorado en Psicología de la Salud y Psicología Social*. Universidad Autónoma de Barcelona, 20-27.
- Garner, D. (1991). *Eating disorder inventory. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Garner, D., y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Gómez, C., Palma, S., Miján, A., Rodríguez, P., y Loria, V. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria:

- anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 35, (2), 11-48.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
- Guillén, A., y Buela, G. (2015). Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para pacientes diagnosticados con depresión. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 38 (4) 293-298.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.040>
- Guillén, R., y Buela, C. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23 (3), 510-515.
<https://doi.org/10.20960/nh.1562>
- Guillermo, A., y Ceballos, O. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15 (2), 29-39.
<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.vdea>
- Hamdan, J., & Mela, A. (2017). Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Revista Facultad de Salud*, 9 (1). <https://doi.org/10.25054/rfs.v9i1.1827>
- Harris, R. (2009). ACT made simple. *Harbinger Publications, Inc.*
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, H., y Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236. [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- Herpertz, B. (2017). *Treatment of Eating disorders in child and adolescent psychiatry*. *Curr Opin Psychiatry*, 30 (6). 43-45. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000357>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Egresos hospitalarios*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2013/>
- Kabbat, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology Science and practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kratochwill, T. (1992). Investigación de caso único y análisis. Lawrence Erlbaum Associates.

- Losada, A. (Julio de 2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *PERIÓDICO ELECTRÓNICO DE PSICOLOGÍA*. Url: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2018000100003
- Losada, A., y Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Académica Española.
- Lozano-Segura, M. C., Manzano, A., Yanicelli, C., & Aguilera-Ruiz, C. (2017). *Propuesta de intervención en familiares de niños con TEA desde ACT para mejorar la convivencia familiar y escolar*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 45-55.
- Marcos, M. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. Universidad Miguel Hernández Departamento Psicología de la Salud. dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.116.2
- Marecos, E. (2003). El diagnóstico diferencial. *Revista de Posgrado en la Vía Cátedra de Medicina*, 128(1), 1-5. Url: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista128/diag_dif.htm
- Mejía, J., y Pedraza, W. (2021). *La técnica del espejo para mejorar tu autoestima*. Repositorio U.S.A.I.D.
- Miller, J. (2012). *El Autoconcepto: un enfoque integral*. Colombia: Centro Editorial, Universidad del Rosario.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2016). Lineamientos operativos para la intervención a personas con trastornos de la ingestión de alimentos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, en los establecimientos de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamientos-Anorexia-y-Bulimia-nerviosa.pdf>
- Morales, M. (2020). Características clínicas de la anorexia nerviosa. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 64 (2) 26-30. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.2.04>
- Muñoz, T., y Argente, J. (2019). *Trastornos del comportamiento alimentario*. AEP Protocolos.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Meditor
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud Mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar* (Primera ed.). Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Princeton press princeton*; 11(2). 320-326. <https://www.docdroid.net/Vt9xpBg/society-and-the-adolescent-self-image-morris-rosenberg-1965-pdf#page=6>
- Sanz, J., Perdigón, L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Revista Clínica y Salud*. 14 (3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Segreda, S. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Revista Ciencia & Salud: Integrando Conocimiento*, 4 (4), 212 - 222. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i4.199>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. TEA Ediciones.
- Vallejo, M. A. (2006). Atención plena. *Edupsykhé*, 5, 231-253.
- Vallejos, Z. (2020). *Imagen corporal y trastornos alimenticios en adolescentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipan Chiclayo 2018*. Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipan. Repositorio Institucional. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6515/Vallejos%20Cieza%2c%20Zoila%20Yanet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>