



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA NERVIOSA,  
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y CONSUMO DE  
TABACO, EN UNA PACIENTE MUJER DE 18 AÑOS**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE  
GÉNERO**

**ELVIS LUDWING FLORES LAIME**

**LIMA – PERÚ**

**2024**



**MIEMBROS DEL JURADO**

**PRESIDENTE**

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

**VOCAL**

Mg. Esther Yaya Castañeda

**SECRETARIA**

Lic. Jennifer Carrasco Tacuri

**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**

Mg. Giancarlo Manuel Francia Sanchez

## DEDICATORIA

*A nuestro creador, quien nos brinda  
la oportunidad de vivir y la capacidad de  
ejercer nuestra libertad*

*A mi madre, quien se adelantó, y me heredó  
el bien más preciado que es la vida.*

*A mi padre que su resiliencia infinita, me  
demuestra lo importante de disfrutar  
cada día como si fuera el último*

*A mi compañera de vida, quien con  
sus palabras y acciones muestran la  
alta cualidad de un gran ser humano.*

*A mí pequeña quien en su primeros pasos  
nos ayuda a descubrir el valor de la  
la compañía y la responsabilidad.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi familia por su apoyo incondicional,  
y al equipo profesional quienes con sus conocimientos  
, supieron dirigir esta investigación.*

# “CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA NERVIOSA, EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y CONSUMO DE TABACO, EN UNA PACIENTE MUJER DE 18 AÑOS”

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

Documento cuenta con adecuado porcentaje de similitud

<b>1</b>	<b>idoc.pub</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.ucsp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>apps.who.int</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>kupdf.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SUSTENTADO	1
2. DESCRIPCIÓN DEL CASO	9
2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO	9
2.2. CONSECUENCIAS ASOCIADAS	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
1. DEFINICIÓN DE VARIABLES	23
1.1. ANOREXIA NERVIOSA	23
1.2. DEPRESIÓN	24
1.3. CONSUMO DE TABACO	26
2. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	26
2.1. SOBRE LA PROPUESTA DE DAVID GARNER	26
2.2. MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE FAIRBURN	29
2.3. PERSPECTIVA DIAGNÓSTICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA DESDE EL DSM-5 Y CIE 10	32
3. DEPRESIÓN	33
3.1. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN	33
3.2. MODELO DE LA DEPRESIÓN EN LA TERAPIA INTERPERSONAL	39
3.3. PERSPECTIVA DIAGNÓSTICA DE LA DEPRESIÓN DESDE EL DSM-5 Y CIE 10	41
4. MODELOS COGNITIVOS DE LA ADICCIÓN: NICOTINA	42
4.1. MODELO COGNITIVO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE MARLATT	42
4.2. PERSPECTIVA SANITARIA	43
5. ANTECEDENTES	46
5.1. INTERNACIONALES	46

5.2. NACIONALES	54
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN	58
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	58
1.1 OBSERVACIÓN PSICOLOGICA	58
1.2 ENTREVISTA PSICOLOGICA	58
1.3 PRUEBAS PSICOLOGICAS	58
2. DESCRIPCIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS	59
2.1. CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, EDI-2.	59
2.2. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI 6.0.0	63
2.3. Inventario de Depresión de Beck BDI-II.	65
2.4. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias, ASSIST.	68
3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	70
3.1. OBSERVACIÓN Y EXAMEN MENTAL	70
3.2. CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA ( EDI – 2)	72
3.3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI 6.0.0)	74
3.4. ANOREXIA NERVIOSA	75
3.5. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)	76
3.6. PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS (ASSIST)	77
4. INTERVENCIÓN	79
4.1 ÁREAS PROBLEMÁTICAS	79
4.2. NIVELES DE INTERVENCIÓN	79
4.3 TRATAMIENTO Y TECNICAS DE INTERVENCION	81
DISCUSIÓN	83
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	103

## RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria, casi siempre presentan comorbilidad con trastornos afectivos y consumo de sustancias, en la presente investigación en modalidad de estudio de caso, se presenta a una mujer adulta joven de 18 años, con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa, asociado a episodio de depresión moderada, junto con consumo de tabaco; asimismo se propone un modelo de intervención psicoterapéutica basado en el enfoque cognitivo conductual, así mismo las técnicas empleadas se sostienen en el modelo de Fairburn el cual hace hincapie en el abordaje de trastornos de conducta alimentaria; así como las recomendaciones basadas en la evidencia si el caso tuviese comorbilidad con trastornos afectivos y consumo de sustancias, el plan de intervención contempla el abordaje de las áreas emocional afectiva, hábitos, física, cognitiva, familiar interpersonal y productiva; como instrumentos de recolección de línea base se utilizaron los instrumentos psicométricos: Cuestionario de trastornos de conducta alimentaria EDI-2, cuyos resultados iniciales mostraron indicadores elevados en las dimensiones de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia Introceptiva, impulsividad, inseguridad social; Inventario de depresión de Beck BDI 2, con puntuación total de 43 considerado como severo, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, ASSIST cuya puntuación ubica a la paciente en un riesgo moderado; posterior al proceso de intervención, luego de 05 meses con sesiones cuya frecuencia fue de 01 vez por semana, se apreció la disminución en el puntaje de las escalas que reflejan los síntomas nucleares de la

Anorexia Nerviosa entre ellas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia Introceptiva, impulsividad e inseguridad social; en tanto la escala de Beck manifestó un puntaje de 15 considerado como de severidad leve, y el puntaje de la prueba de ASSIST, la ubica en un riesgo leve; es importante mencionar que dado el estudio fue de caso único, en esencia fue exitoso, sin embargo la generalización de los resultados ha de tomarse con precaución.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, depresión, consumo de tabaco, trastorno de conducta alimentaria.

## ABSTRACT

Eating disorders almost always have comorbidity with affective disorders and substance use, in the present investigation in a case study modality, an 18-year-old young adult woman is presented with a diagnosis of anorexia nervosa type eating disorder, associated with an episode of moderate depression, together with tobacco use; Likewise, a model of psychotherapeutic intervention based on the cognitive behavioral approach is proposed, as well as the techniques used are based on the Fairburn model for the approach to eating disorders and the recommendations based on evidence if it has comorbidity with affective disorders and substance use, the intervention plan includes addressing the emotional-affective, habitual, physical, cognitive, family, interpersonal, and productive areas; As baseline collection instruments, the psychometric instruments were used: EDI-2 Eating Disorders Questionnaire, whose initial results showed high indicators in the dimensions of obsession with thinness, bulimia, body dissatisfaction, ineffectiveness, perfectionism, interpersonal mistrust, Introceptive awareness, impulsivity, social insecurity; Beck BDI 2 Depression Inventory, with a total score of 43 considered severe, Screening test for alcohol, tobacco and other substance use, ASSIST whose score places the patient at moderate risk; After the intervention process after 05 months with sessions whose frequency was 01 time per week, the decrease in the score of the scales that reflect the nuclear symptoms of Anorexia Nervosa was observed, among them: obsession with thinness, bulimia, dissatisfaction body, perfectionism, interpersonal mistrust, Introceptive awareness, impulsiveness and social insecurity; while the Beck scale showed a score of 15 considered as mild

severity, and the ASSIST test score places it at mild risk; It is important to mention that since the study was a single case, it was essentially successful, however the generalization of the results must be taken with caution.

**Key words:** Anorexia nervosa, depression, tobacco use, eating disorder.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SUSTENTADO**

La adolescencia, es un periodo de la vida del ser humano, que abarca entre los 11 hasta las 20 años, aproximadamente, considerando el diverso influjo socio cultural, en sentido definitorio es una etapa evolutiva considerada como de transición en el desarrollo humano (Papalia y Feldman, 2012), debido que implica una serie de cambios en áreas de funcionamiento tales como físico, cognoscitivo, emocionales, sociales, los mismos que son condicionados por escenarios sociales, culturales y la dinámica económica.

Las características propias de la adolescencia, divide a la misma en diversos estadios considerando a la edad cronológica, en ese sentido se aprecia que existe una adolescencia temprana que va entre los 10 a 13 años, una adolescencia media que oscila entre 14 -16 años y una adolescencia avanzada o tardía que va entre los 17 y 19 años, con respecto a la adolescencia tardía se aprecian ciertas manifestaciones cualitativamente diferentes (DEVIDA, 2022). Con respecto a la adolescencia tardía, la misma se puede explicar tomando en consideración a los ejes de independencia, identidad, imagen y pensamiento, con respecto a la independencia es común notar que los adolescentes tardíos se encuentran emocionalmente más apegados hacia los padres, las relaciones sociales y afectivas tienden a ser más estables y con mayor compromiso; por otro lado

en lo concerniente a la identidad se aprecian adolescentes con valores, metas vocacionales, la identidad personal y social le permite establecer relaciones íntimas, con un grado elevado de compromiso afectivo; la imagen de un adolescente tardío carece muchas veces de conflicto, dado que acepta adecuadamente su imagen corporal; el proceso de pensamiento se caracteriza por un pensamiento abstracto centrado en la planificación de metas concretas con cierto elemento de realismo (MINSA, 2006).

Sin embargo, la caracterización teórica, puede manifestar cierta discrepancia con respecto a algunos datos estadísticos, que revelan que el periodo de adolescencia y concretamente el de adolescencia tardía, atraviesa por serios eventos que comprometería un “desarrollo normal”, una encuesta encontró que en el grupo de adolescentes de entre 15-19 años de edad, un 8,9% experimentó un embarazo, así mismo se encontró que el 15,6% de adolescentes embarazadas se encuentran en la sierra; así mismo dicha encuesta reveló que el 7,6 % de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad sufrió de violencia físico y sexual en los 12 meses anteriores de dicho estudio; con respecto a trastornos por consumo de alcohol de personas de 15 años a más, se aprecia que la proporción con respecto al género es de 0,8 sobre un 5,2, de las mujeres con respecto a los hombres, así mismo con respecto al consumo de cigarrillos en personas de 15 años a más se aprecia que la proporción de mujeres con respecto a hombres es de 0,5 y 2,0 respectivamente (ENDES, 2021). Por otra parte, en el IV estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en adolescentes escolares, reveló datos estadísticos sobre el uso de drogas legales (alcohol y tabaco)

considerando al género, se visualiza que la prevalencia en hombres es de 25,1 y de mujeres es de 21,5; con respecto a las drogas ilegales se aprecia que la prevalencia de consumo en hombres es de 4,5 y de mujeres es de 3,1; con respecto al uso de drogas médicas se aprecia que la prevalencia en hombres es de 2,6 y mujeres de 3,7; lo cual significa que con respecto al consumo de drogas legales la diferencia del uso de este tipo de sustancias (alcohol y tabaco), entre hombres y mujeres es mínima; con respecto al uso de drogas ilegales se aprecia una diferencia algo importante entre género, lo cual indicaría el escaso uso de este tipo de droga en las mujeres adolescentes, finalmente se nota el uso significativo de drogas médicas (tranquilizantes y estimulantes), siendo esta, la sustancia mayormente preferente en las mujeres adolescentes (DEVIDA, 2012).

En este periodo con respecto al género los problemas relacionados a la imagen corporal y conducta alimentaria, depresión, son manifestaciones más comunes en mujeres que en varones, los cuales se atribuyen como causa a factores propios de maduración y relación con su entorno (Papalia y Feldman, 2012); por otro lado los problemas relacionados con trastornos del estado de ánimo, episodio depresivo mayor, tiende a ser más frecuente en mujeres, mayores de 12 años y en una proporción de 5 a 1 con respecto a los varones, y que los adolescentes bipolares muestran más fluctuaciones del estado de ánimo con respecto a los adultos, así mismo se aprecia una prevalencia mayor de trastorno de ansiedad generalizada (1:4) en el género femenino, con respecto a la fobia social se aprecia que durante la edad de 15 a 17 años se muestra en forma muy intensa, asociado a entornos de

socialización, y la prevalencia es hasta de (4:1) de chicas con respecto a chicos, así como trastornos de conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia, atracones), cuya prevalencia va de (8:1) de mujeres con respecto a varones, atribuyéndose a factores madurativos, sociales, culturales en la manifestación del problema (Espeleta y Toro, 2014).

Con respecto a la Anorexia Nerviosa, confirma la prevalencia cuya tendencia se inclina hacia el género femenino, en una proporción de hasta (10:1), cuyo inicio se ubica en el periodo de la adolescencia y la adultez temprana, raramente con un inicio luego de los 40 años, el inicio del cuadro está asociado a la vivencia de eventos vitales estresantes, las manifestaciones son variadas, en las cuales se consideran las etapas de cambio, factores personales y edad de inicio, mientras sea mayor la edad de inicio, el problema es ciertamente complejo (American Psychiatric Association, 2014). Así mismo existe una tendencia hacia los problemas de conducta alimentaria, el cual está referido a personas que se inducen al vómito, desean perder peso, consumen diuréticos, excesivo ejercicio físico en donde cerca de 3,9 % de adolescentes femeninas presentan este tipo de problemas frente a un 3,0% de varones adolescentes pertenecientes a la sierra central (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012). El grupo específico entre 10 - 19 años de edad, muestran una prevalencia alta, los cuales tienen como base de estudio y evidencia, a censos poblacionales y estudios en estudiantes universitarios de los primeros años, sostienen también que han de ser considerados como un problema de salud pública debido a los costes y consecuencias a nivel de salud física y mental, entre

ellas mencionan aparición factores de riesgo como baja autoestima, escasa autonomía y dificultades en el establecimiento de relaciones sociales), y a nivel físico revelan los riesgos de padecer (complicaciones de tipo gastrointestinal, dermatológico, endocrino, cardiovascular, respiratorio-pulmonar, y el riesgo de mortalidad elevado), aseveran así mismo que la tendencia en relación al género a nivel nacional se encuentra de hasta (10:1), de mujeres con respecto a varones, y el género femenino mostraría una tendencia de hasta 11,6% (Ponce, y otros, 2017). La problemática de los problemas de conducta alimentaria en la adolescencia, dicho autor basó su aporte, en relación al contexto del Sars-Cov-2, refiriendo que el TCA, como padecimiento mental, genera de por sí un desafío y una vulnerabilidad, considerando que su manifestación afecta a casi el 0,5 y 1% de adolescentes, siendo 10 e incluso 20 veces más frecuente en mujeres que en varones, cuyas edades de mayor inicio se da entre los 14 y 18 años de edad (Huete, 2022).

Los estudios relacionales , hallaron que los trastornos de conducta alimentaria (TCA), coexisten con el factor de autoestima disminuida, actuando como un factor de riesgo y/o como factor de protección, demostrando su valor determinante, así como la presencia de cuadros clínicos como ansiedad y depresión (Ames, 2022). La alta comorbilidad de trastornos de ansiedad, depresión y bipolaridad, junto a los TCA, el consumo de sustancias guarda mayor comorbilidad con la anorexia nerviosa, especialmente con los atracones, así mismo la presencia de riesgo suicida se asocia con mayor fuerza con la anorexia nerviosa (AN)

(American Psychiatric Association, 2014); en el contexto nacional la Anorexia nerviosa está relacionado con la depresión en un (65%), trastornos de ansiedad (25%) (Huete, 2022).

El Ministerio de Salud (MINSA), Mediante el (Centro Nacional de Epidemiología, 2022), tomando en consideración al sistema de vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental, con respecto al periodo que va desde el 2016-2021, se apreció que el grupo de edad que va desde los 15-19 años, mostro mayor prevalencia al diagnosticarse un episodio depresivo, dicho trastorno fue más frecuente en mujeres 76,5 %, frente a un 23,5 % en varones; así mismo se apreció que durante el primer trimestre del año 2022, algunos centros de salud seleccionados, informaron acerca del comportamiento sobre los episodios depresivos, el cual reportó que el grupo que mostro mayor cantidad de diagnósticos de episodio depresivo fue el de 15-19 años, con cerca de 1600 ingresos nuevos, siendo la proporción de 4:1 de mujeres con respecto a varones, siendo la sierra central y sierra sur las regiones que mayormente presentan casos de episodios depresivos; por otro lado el año 2016-2022, en lo que respecta al lapso del primer trimestre anual, se apreció variaciones con respecto a la cantidad de los intentos de suicidio según el sexo, manifestándose más comúnmente en mujeres, adolescentes (15-19) y adultos jóvenes (20-24) (Centro Nacional de Epidemiología, 2022). También se apreció que los adolescentes de 15-17 años pertenecientes a la sierra central del territorio nacional, sobre los deseos, motivos, planeación e intentos de atentar contra su vida, radican en primer lugar los conflictos con los padres, seguido de problemas con otros

parientes y finalmente con el ámbito escolar, de entre los métodos en primer término podemos mencionar al consumo de pastillas, cortarse las venas, tomar raticida, intentar ahorcarse y tomar lejía o sustancias químicas tóxicas, siendo el género de adolescentes féminas quienes presentan mayor prevalencia de 39,5 % frente a un 15,9 % con respecto a los varones (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

También es importante mencionar las estadísticas asociadas al consumo de sustancias, si bien, la tendencia con respecto al consumo de drogas legales e ilegales se inclina hacia el género masculino, se aprecia cierta variabilidad con respecto a algunas sustancias, , se sabe que estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia en relación al consumo de alcohol tiende a ser bastante significativa entre universitarios, de ahí se muestra que los varones presentan un 75,43 % de prevalencia, con respecto a un 59,13 % de mujeres, lo cual disminuye en relación al consumo de tabaco en donde se aprecia una prevalencia del 21,2% y un 10,6 %, en varones con respecto a las mujeres, siendo la interpretación que por cada dos varones que consumen tabaco, hay una mujer que lo hace, finalmente se aprecia cierta diferencia en relación al género con respecto al consumo de drogas farmacológicas (tranquilizantes, sin prescripción médica, en donde la prevalencia ubica a las mujeres universitarias con un 4,55%, frente a un 3,38 % en varones (UNODC, 2016).

Frente a lo expuesto anteriormente se denota, la problemática en relación a la manifestación de cuadros clínicos, con respecto al género, en virtud a lo expuesto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se

manifiesta el trastorno de conducta alimentaria “anorexia nerviosa”, episodio depresivo moderado, y consumo de tabaco, en una mujer adolescente de 18 años?

## **2. DESCRIPCIÓN DEL CASO**

### **2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente mujer de 18 años, proviene de un hogar de tipo nuclear, conformado por madre, padre, tres hermanos mayores y un hermano menor que ella; la dedicación actual de la madre es diseñadora de placas recordatorias, el padre en apariencia presenta una enfermedad neurológica, dado que tiende a olvidar las cosas y desconocer a sus familiares, la paciente culminó sus estudios secundarios y está a la espera de ingresar a la universidad, actualmente ayuda a su madre en el negocio de los recordatorios, tiene escaso contacto con su hermano mayor, dado que el mismo tiene una familia aparte y las visitas a su domicilio son escasas.

La paciente hace mención que los problemas iniciaron desde que ella tenía 06 años de edad, menciona un suceso, en donde ella recuerda a su hermano mayor quien en aquel entonces tendría unos 15 años de edad, realizara presuntos tocamientos hacia la paciente, ella recuerda tal suceso y refiere que en aquel entonces reaccionó con mucho miedo, *“no sabía que hacer solo me echaba a llorar; sin saber mucho de lo que me pasaba sentía mucho temor”*, *”solo estaba temblando y lloraba, mientras mi hermano me decía que me regalará lo que quiera pero que no diga nada”*, tal suceso menciona que se repitió por los menos en dos ocasiones, en dicho momento, la paciente menciona que de alguna manera había olvidado lo que paso, posteriormente se cambio de domicilio y se dirigió de Juliaca hacia la ciudad del Cusco, debido a que la enfermedad de su padre se volvió algo insostenible, la madre de la paciente tuvo que buscar ayuda y apoyo en algunos familiares, estando ya en Cusco, recuerda que vivían en un domicilio

donde estaba uno de sus primos, quien continuamente le hacía bromas relacionadas con su aspecto físico, en ocasiones se refería hacia ella como “*fideo andante*”, “*esqueleto*”, y demás insultos.

Inicialmente el comentario del mencionado familiar, pasó desapercibido, Y no le otorgó demasiada importancia, pero paralelamente algunos familiares hacían lo propio, se referían hacia ella de una forma algo sarcástica, refiriéndose siempre hacia el peso, es a partir de los 8 años de edad , que de alguna manera siente algo de malestar cuando se refieren hacia ella en función del peso, la paciente recuerda que al escuchar los comentarios de los demás, esto provocaba en ella un deseo de querer desahogarse mediante el llanto, las burlas se acrecentaron en la escuela en donde los actos de burla fueron constantes y casi siempre en función a la forma de su cuerpo.

A los 12 años empieza a sentir, un sentimiento de insatisfacción por su imagen corporal, lo cual le lleva a asumir ciertas formas compensatorias, entre la más resaltante provocarse atracones, como una forma de ganar peso de manera rápida, y esto ocurría cada vez que los demás se referían hacia ella en función a su peso; la paciente recuerda que en aquel entonces, la participación en actividades académicas le ayudaban mucho, debido a que ella sobresalía en el área de matemática, participando en concursos y obteniendo un rendimiento sobresaliente en esta área, así mismo recuerda que los episodios de atracón se daban con escasa frecuencia, y solo cuando concordaba con el comentario despectivo de algún familiar, los comentarios de los compañeros del colegio si bien eran algo frecuentes, la paciente refiere que los toleraba de alguna manera, hasta cierto punto era capaz de restarle importancia; a partir de los 14 años los

episodios de atracón son acompañados de intensas reacciones de ansiedad, nerviosismo, el considerar una imagen corporal poco atractiva y hasta inadecuada son cada vez más frecuentes; luego de los atracones, la paciente empieza a inducirse vómitos, por temor a que la ingesta pueda provocar un aumento de peso y pueda descontrolarse, inicia con conductas auto lesivas como jalarse el cabello, o golpearse, según la paciente *“esto le ayudaba a hacer realidad el dolor que sentía por dentro, al golpearme hacia físico el dolor que sentía por dentro”*, este patrón de comportamiento cambia cerca de los 15-16 años, en donde el temor a descontrolarse por la ingesta de alimentos hace que los atracones se den de forma poco frecuente, e inicia con restricciones en la alimentación, llega a no alimentarse por varios días, solo consumiendo agua, experimentado cansancio exagerado, alteraciones del ciclo menstrual de hasta por 6 meses, en aquel entonces siente momentos de intensa ansiedad, al pensar que los demás se refieren hacia ella como alguien extraño *“debido a su figura, muy delgada”*, por otro lado no contempla el deseo de alimentarse, por temor a que pueda ingerir demasiados alimentos y engordar, estas manifestaciones psicológicas son atenuadas mediante autolesiones en forma de cortes en brazos y piernas, casi imperceptibles inicialmente; a los 17 años, la paciente desarrolla una fuerte amistad con su prima, dicha amistad se vio fortalecida con el pasar de los años, es en este periodo en donde, su prima le confiesa que uno de sus familiares había realizado presuntos tocamientos indebidos hacia ella, la paciente activa recuerdos del pasado en donde ella misma habría sido víctima de actos similares, posterior a ellos la *“prima”* entabla un proceso judicial en contra de aquel familiar, y la paciente es citada en calidad de testigo, ella recuerda que el proceso de declaración se limitó a

responder de manera escueta a las preguntas de la autoridad judicial, quedando insatisfecha con la declaración brindada, posterior a ello muchos familiares mencionaban que la paciente estaba a favor del “*primo*”, quien en apariencia fue el que hizo los tocamientos a la prima de la paciente, esto trajo como consecuencia que la amistad con su prima quede en cierto modo afectada, se alejó de ella; al cumplir los 18 años de edad, la paciente presenta por lo menos 1 vez por mes, episodios de atracón, asociado a comentarios de familiares, cuando le mencionan “*estas muy flaquita*”, “*porque no engordas*”, “*donde se va todo lo que comes*”, las restricciones de alimento son frecuentes, diariamente solo se alimenta durante el desayuno, y esto por la presencia de la madre, quien insiste que tiene que ingerir los alimentos, el pensar que tiene que terminar la ración completa le genera mucha ansiedad, y opta por lo menos por dos veces por semana a cometer autolesiones en forma de cutting, hace tres meses atrás, inicio la conducta de consumo de tabaco, con una frecuencia de 1 cigarrillo por día, lo cual le trae como consecuencia el alivio de la ansiedad y cree estar más despejada y según sus palabras “*puedo auto motivarme y siento que todo está bien por un momento*”.

Así mismo refiere que tiene escaso contacto social, apenas un amigo por medio virtual, tiende a preocuparse demasiado por lo ocurrido con su prima años atrás, cada vez piensa que fue culpable por no haber hablado frente a la autoridad judicial, se considera a sí misma como “*traidora*”, “*siento que mi testimonio podía haber ayudado mucho más*”, dicha episodio vienen acompañado de una tristeza profunda, desgano y desinterés por casi todas sus actividades cotidianas, dificultades para dormir recurrentes, contempló en algunos momentos la idea de morir pero sin idear un plan, le cuesta concentrarse, no contempla la idea de

volver a hablar con su prima, con respecto a su dinámica familiar actual, refiere que el temor y la ira son emociones frecuentes que aparecen cuando ve a su hermano, con su madre la relación es distante, dado que ella se dedica casi la mayor parte del día a las actividades laborales, en algún momento la paciente trato de mencionarle a la madre, que ella estaba padeciendo algunos problemas, la respuesta de la madre fue en cierta manera invalidante, dado que minimizó el problema, ella respondió diciendo *“yo me encargo de todo en la casa, y no puedo pensar que algo este mal contigo, yo no te hago faltar nada”*, la relación con el padre tiene características especiales dado que la condición del padre, hace que ella lo vea como alguien que depende los cuidados del hogar, menciona *“mi papa tiene una enfermedad que hace que se olvide de las cosas, a veces no nos reconoce”*.

## **2.2. CONSECUENCIAS ASOCIADAS**

### **A. ÁREA COGNITIVA**

#### **a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Situaciones específicas como los comentarios alusivos a su aspecto físico, los cuales provienen generalmente del entorno familiar, entre tíos, hermanos, tienden a activar esquemas cognitivos de desconexión y rechazo, tiende a interpretar las situaciones en función a que los demás no ofrecen un apoyo que le genere estabilidad (abandono) *“solamente me repiten que me veo mal”*, *“no soy lo suficientemente presentable para ellos”*, así como formas de imperfección y vergüenza *“me siento extraña por mi delgadez”*, *“creo que mi cuerpo es muy extraño”*, *“encuentro que mis hombros son muy anchos y son desproporcionadas*

*con mi cuerpo”, “necesito ocultarme mi cuerpo de los demás”, dichos esquemas originan a su vez errores cognitivos tales como : generalización “siempre me verán así, siempre me verán como rara por mi aspecto, abstracción selectiva “sino subo de peso pienso que las cosas estarán mal”, deberías “debería hacer mayor esfuerzo al alimentarme, no debería de descuidarme y colocar a mi familia en esta situación”.*

## **b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO DEPRESIVO**

Los síntomas de cuadro depresivo, se asocian a escenarios de descalificación e invalidación de parte del entorno (familiares cercanos y lejanos), así como a pérdidas de amistades, por alejamiento; ciertos esquemas son activados al estar presente el cuadro depresivo, específicamente aquellos que alientan el aislamiento *“mis hermanos y tíos muchas veces me dicen que ya están hartos de mí, me hacen sentir como si no fuera parte de ellos”,* auto sacrificio *“tengo que estar en silencio y no decir nada cuando me repiten que soy lenta”* y la negatividad/pesimismo *“no sirvo para nada, soy totalmente inútil, no puedo ser como mis hermanos, ni siquiera como mis primos”,* así mismo se aprecia la presencia de esquema de fracaso *“perdí mucho tiempo, mis primos son mejores que yo”, “no creo tener objetivos de vida”, “lucho por estar viva cada día”, “no se ni lo que me mantiene con vida”.* dichos esquemas son expresados superficialmente mediante una visión negativa de sí misma tiende a percibirse en forma insuficiente y autocrítica *“no sirvo para nada, no tengo utilidad alguna”, “no hago nada bien”,* tiende a percibir a su entorno en forma amenazante, así como una fuente constante de críticas e invalidaciones *“ellos no me quieren, solo*

*me ven con pena y como un objeto a quien pueden insultar y tratar como ellos quieren”, así mismo se aprecia una visión pesimista del futuro “no encuentro algo para seguir luchando, solo alcanzó distraerme con unas pocas cosas y eso es todo”; cabe señalar también que la paciente muestra dificultades en relación al sostenimiento del proceso atencional y el recuerdo “no puedo concentrarme fácilmente me distraigo con cualquier cosa, hasta un lapicero, a veces no recuerdo los mandados o alguna información importante”.*

**c. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CONSUMO DE  
TABACO**

La paciente asocia al problema del consumo de tabaco, ideaciones de tipo justificatorio y hasta como forma de afrontamiento, de cierta forma considera que el consumo de tabaco le ayuda a manejar los estados de ansiedad, refrenar en cierta medida las ansias por provocarse algún atracón o sobre pensar en la comida “cuando fumo un cigarrillo, siento que por unos momentos se va mi ansiedad”, “y puedo pensar con más claridad, y hasta puedo auto motivarme”. Asume que existen riesgos asociados al consumo de tabaco, y las verbalizaciones obtenidas la ubicaría en una etapa de cambio contemplativa, existiendo ciertas dudas y no visualiza motivos suficientes de cambio.

**B. ÁREA EMOCIONAL AFECTIVA**

**a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

El problema de conducta alimentaria, específicamente los momentos de restricciones de ingesta de alimentos vienen acompañados de intensa ansiedad,

denotándose síntomas somáticos como nerviosismo, temblores en las manos y pies, sudoración palmar, sensación de pérdida de control interpretada como temor a subir de peso excesivamente, así como asco por la ingesta de alimentos, este estado emocional es mantenido casi todo el día, encuentra ciertas estrategias de afronte entre ellas en consumo de cigarrillos, autolesiones en forma de arañazos, o simplemente distracciones variadas (redes sociales virtuales, enseñar a algunos niños, ver series en la tv)

**b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO  
DEPRESIVO**

El cuadro depresivo viene acompañado de una tristeza profunda, humor depresivo recurrente, con pérdida de interés en las actividades, escaso disfrute de las aficiones anteriores y actuales, dificultades en el proceso de conciliar el sueño, últimamente solo descansa de 4-5 horas y a partir de la medianoche, apetito disminuido, se aleja de la familia y de quienes consideraba sus mejores amigas, así mismo se denota sentimientos de culpabilidad y escasa valía personal, lo cual la coloca en una situación de constante inseguridad y poca confianza hacia sí misma.

**c. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CONSUMO DE  
TABACO**

El consumo de tabaco, genera una sensación de alivio de ciertas emociones que la paciente considera en escaso control, tales como el impulso de provocar atracones y eliminar el temor por un posible incremento de peso, y de acuerdo a lo que menciona le ayuda a lidiar con los comentarios que aluden que su peso es

inadecuado y su figura poco presentable, así mismo ayuda a aliviar la ansiedad y lidiar con el escaso interés hacia las actividades cotidianas; secundariamente se da cuenta que mediante el consumo de tabaco es capaz de suprimir el apetito

### **C. ÁREA FAMILIAR**

#### **a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

El problema de conducta alimentaria, con respecto al desarrollo del síndrome, ha desempeñado un factor importante, dado que ha cumplido la función de factor estresante así como de mantenimiento del problema, la paciente no contempla duda alguna de que los miembros de su entorno familiar, están de acuerdo con lo insuficiente de su imagen corporal, así como su relación con la alimentación, lo cual ayuda a reforzar las cogniciones de insuficiencia, al mismo tiempo la paciente desarrolla la actitud de rechazo dado que considera el carácter amenazante de quienes considera como familia, convirtiéndose la familia en un factor de riesgo dada su escasa implicación y poco reflejo de seguridad.

#### **b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO DEPRESIVO**

Si bien el cuadro depresivo, tuvo como origen a las pérdidas de figura de amistad, sentimientos de culpa asociados a lo que ella considera un mal actuar, así como frustraciones asociadas a planes no desarrollados como el ingreso a la universidad, o el dedicarse hacia algunos talentos como el manejo de números, la familia juega un rol de refuerzo, mediante el castigo, dado que tiende a invalidar la capacidad de autosuficiencia mediante mensajes de descalificación, crítica

severa, así mismo la paciente toma estas estas descalificaciones como verdaderas considera que sus frustraciones concuerdan con los calificativos negativos de parte de su entorno familiar; esto a largo plazo provoca alejamiento del entorno familiar, responde pasivamente ante ellos.

**c. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CONSUMO DE  
TABACO**

Este problema se encuentra en cierta manera oculta ante los ojos de la familia, por temor a las críticas, la paciente imagina escenarios en donde hasta puede ser vista como “*drogadicta*”, dichos escenarios actúan como refuerzo a las ideas de amenaza y poca confianza hacia el medio familiar.

**D. AREA INTERPERSONAL**

**a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

Con respecto a esta área, este problema ha ocasionado que la paciente, desarrolle una forma compleja de rechazo hacia su entorno de amistades, en donde el papel de las cogniciones cuyos contenidos de insuficiencia corporal, vergüenza, comparaciones con los pares, imaginar que los demás se burlaran de ella, y la dificultad para afrontar situaciones sociales tomando solamente como referente al aspecto físico, sumado a ello que históricamente muestra una personalidad con tendencia introvertida, todo lo mencionado anteriormente dificulta en grado significativo el funcionamiento interpersonal, restándole motivación para iniciar y conservar algunas amistades y perdiendo algunas otras.

## **b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO DEPRESIVO**

En relación a esta área, las consecuencias derivadas, radican en un constante aislamiento, como respuesta a cogniciones cuyo contenido pesimista, autocrítico y de percepción amenazante, genera rechazo hacia la interacción con el entorno, es importante mencionar que la paciente percibe al entorno en términos de amenaza, esto en parte asociado a las experiencias familiares invalidantes y alimentado por burlas que provenían del contexto (familiar, académico) desde edades tempranas, lo cual indica que los problemas de interacción tienden a mostrar un cierto patrón permanente, y con el cuadro depresivo es reforzado y adopta una gravedad mayor.

## **c. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CONSUMO DE**

### **TABACO**

Esta área no denota en sí consecuencias adversas en forma directa, sino que refuerza el auto concepto negativo de la paciente, dado que el consumo de tabaco, genera ideas como el de ser “*drogadicta*”, por otro lado, este aspecto en cierto modo es alentado por algunas amistades en redes sociales, debido a que muestra una imagen de alguien mayor y ayuda a obtener ciertos elogios.

## **E. ÁREA FÍSICA**

### **a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA**

#### **ALIMENTARIA**

Por los menos dos son las consecuencias derivadas de los problemas de conducta entre ellas, un peso inferior a lo esperado, hasta el momento de la acogida de la paciente contaba con un peso de 49 kg, talla 155 cm, IMC. 16.2

considerado como bajo peso, así mismo se aprecia episodios de amenorrea con un periodo de desregulación de hasta 6 meses, restricción de alimentos, sueño alterado, fatiga constante.

#### **b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO DEPRESIVO**

El cuadro depresivo, genera dificultades en relación a un sueño alterado, sensación de pesadez constante, dolores de cabeza, autolesiones, inapetencia, desgano y fatiga.

#### **c. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CONSUMO DE TABACO**

El consumo de tabaco genera, en la paciente, un incremento del nivel de atención en forma aguda y temporal, enrojecimiento de los ojos, ronquera, apoya en la disminución del apetito.

### **F. ÁREA DE HÁBITOS / MANEJO DEL TIEMPO LIBRE**

#### **a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Las dificultades que acarrea el problemas de conducta alimentaria, con respecto a los hábitos se ve reflejada en primer término en los hábitos alimenticios, los cuales carecen de orden y regularidad, con el paso del tiempo, se aprecia que la paciente, al no contar con la presencia de una figura de autoridad cercana, tiende a ingerir alimentos en proporciones mínimas, obviando el desayuno, almuerzo y solo algo de fruta o alguna verdura en horas de la tarde, existiendo días en donde incluso no se alimenta en absoluto, consumiendo solamente agua.

## **b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO**

### **DEPRESIVO**

Luego de ingresar a un episodio depresivo, este hizo que ciertos hábitos como el de sueño se vean afectados, tiende a dormir pasada la medianoche y despertar muy temprano 4-5 am, los tiempos de ocio son mal tolerados, en estos espacios las ideaciones negativas sobre sí misma, entorno y futuro se apoderan de ella, muchas veces cometiendo actos autolesivos contra sí.

Los hábitos de higiene se mantienen conservados, la vestimenta indica la preferencia de ropas holgadas que en cierta manera actúa como forma de disimulo de la delgadez, la utilización de maquillaje algo excéntrico y con variaciones frecuentes, le permite que los demás desvíen la atención del aspecto físico por el de arreglo mediante el maquillaje.

## **c. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CONSUMO DE**

### **TABACO**

De por sí la frecuencia en estos dos últimos meses, de un cigarro por día, va conformando un hábito poco saludable, así como una estrategia de afrontamiento frente a la ansiedad y desinterés, el cual es poco saludable y disfuncional.

## **G. ÁREA PRODUCTIVA (ACADÉMICA / LABORAL)**

### **a. ASOCIADAS AL PROBLEMA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La exposición a burlas a temprana edad, la percepción de insatisfacción corporal, genera una visión túnel, colocando la perspectiva del físico como referente de satisfacción o logro, ello no permite la valoración y estructuración del auto concepto utilizando otras cualidades, si bien existen evidencias sobre ciertas cualidades que la paciente desarrolló en el tiempo, por ende las deficiencias en la estructuración de un autoconcepto real dificulta el establecimiento de un proyecto de vida.

### **b. ASOCIADAS AL PROBLEMA DEL CUADRO DEPRESIVO**

El desinterés, el estado a-motivacional, las dificultades en la concentración, las cogniciones con contenido de valoración disminuida, pesimismo con respecto al futuro, permite que la paciente deje de lado la planificación de metas y/o objetivos realistas aplicados a su vida.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **1. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

#### **1.1. ANOREXIA NERVIOSA**

Es definido como un síndrome que está conformado por tres síntomas principales: búsqueda incesante de la delgadez, acompañado de un temor por el incremento de peso, así como un patrón de inanición auto inducido y consecuencias médicas asociadas a la inanición (Bermudez, Chacon, y Rojas, 2021).

También se puede definir como un síndrome caracterizado por tres síntomas nucleares: inanición provocada voluntariamente, de intensidad importante, terror intenso a la obesidad y búsqueda intensa de la delgadez, síntomas fisiológicos – médicos asociados a la inanición, también se encuentra asociado a problemas de percepción en donde el paciente aprecia una figura grande a pesar de la delgadez objetiva (Sadock y Ahmad, 2018).

En el cuadro de anorexia nerviosa, se aprecia a un individuo con una búsqueda incesante hacia la delgadez y pérdida de peso, lo cual inevitablemente los conduce a adoptar formas de restricción de alimentos y seleccionar y evitar alimentos que ellos consideran que tienen elementos que engordan, en las primeras etapas del síndrome el paciente puede sentir una falsa sensación de control al controlar la ingesta de alimentos, incluso el someterse a rutinas extremas de ejercicio físico, se puede ver una variedad de pacientes entre ellos los que se inducen al vómito, los que utilizan sustancias como laxantes o diuréticos, y las que pierden el control en la ingesta de alimentos (Barlow, 2014).

La anorexia como tal es un trastorno de conducta alimentaria, cuyas características son alteraciones en la dieta alimenticia, las mismas que son autoimpuestas, temor a engordar , alteración de la imagen corporal, control manipulatorio de los alimentos, y amenorrea, se aprecia que el trastorno en mención interactúan entre sí factores biológicos, psicológicos, culturales los cuales originan formas de expresión objetivadas en la parte cognitiva, emocional y conductual, sin lugar a dudas es considerado un problema que coloca en riesgo la vida de la persona debido a su alto grado de desnutrición (Fernandez, 2022)

## **1.2. DEPRESIÓN**

La depresión clínica, es considerada como un trastorno psicológico complejo, que presenta dos características principales, estado de ánimo disfórico, depresivo y una disfunción cuantitativa de la conducta adaptativa, así mismo va acompañada de alteraciones del apetito, sueño por defecto o exceso, dificultades en la concentración, ideación suicida, concepto autocrítico, los sistemas estadísticos requieren la presencia de estos síntomas por lo menos por 14 días, se sabe asimismo que este cuadro debe de afectar significativamente al funcionamiento cotidiano personal, familiar, escolar, social (Mendez, Espada, y Orgiles, 2018).

La persona depresiva, puede mostrar una variedad en cuanto a síntomas depresivos se refiere, los mismos se pueden agrupar en cinco grupos, el primero referido a síntomas anímicos en donde la tristeza es la emoción por excelencia, sin embargo en estados graves puede predominar estados de poca reactividad emocional, así mismo se aprecia que existe una creciente disminución de

emociones positivas, así como de sobreproducción de emociones, debido a que el cuadro depresivo viene acompañado generalmente de otras emociones, lo cual lo hace difícil de manejar; el segundo grupo está representado por síntomas motivacionales y conductuales en donde la apatía, escasa motivación, retardo psicomotor son las manifestaciones frecuentes; un tercer grupo agrupa a síntomas cognitivos los cuales están relacionados con errores cognitivos así como deficiencias en el procesamiento cognitivo “rendimiento”; un cuarto grupo agrupa a síntomas físicos entre ellos las dificultades en la conciliación del sueño, o el sueño excesivo, variaciones en el apetito, fatiga, disminución del deseo sexual, finalmente el grupo de síntomas interpersonales caracterizados por el aislamiento y el rechazo del entorno (Belloch, Sandin, y Ramos, 2020).

El episodio depresivo, es un trastorno que aparece sin que la persona haya presentado un episodio de manía o hipomanía, se requiere que la persistencia de los síntomas dure por los menos dos semanas, así mismo se requiere que la persona afectada cuente por los menos con cuatro síntomas asociados a cambios en el apetito, sueño, peso, actividad, disminución de la energía, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, pensar e ideación recurrente de muerte o suicidio (Sadock, Sadock, y Ruiz, 2018).

El trastorno depresivo mayor, tiene como característica nuclear, la persistencia de por lo menos dos semanas, en la práctica puede ser mucho más, de un estado de ánimo triste, decaído, así como la pérdida del interés o el placer en sus actividades cotidianas, las cuales anteriormente las disfrutaba, así mismo se requiere que presente síntomas asociados a alteraciones cuantitativas del sueño,

apetito, actividad motora, fatiga, desvalorización, indecisión e ideación autolíticas (Ortiz, 2019).

### **1.3. CONSUMO DE TABACO**

Los trastornos por consumo de tabaco, se caracteriza por la presencia de deseos intensos de consumo, consumo frecuente, tolerancia y síndrome de abstinencia si por cualquier motivo se detiene el consumo, la dependencia hacia esta sustancia aparece con relativa rapidez debido a que la nicotina activa el sistema dopaminérgico del área tegmental ventral, unido a factores de índole social y culturales, se ha demostrado que pueda existir una cierta diátesis genética, dado que los intentos por dejar de fumar en muchos casos tienden a ser fallidos (Sadock, Sadock, y Ruiz, 2018).

Los efectos estimulantes de la nicotina, producen un incremento que se traduce en la mejoría de los procesos de atención, concentración, memoria, facilidad para resolver problemas, elevación del estado de ánimo, y atenúa los síntomas depresivos, así como tiende a reducir el nivel de tensión (Sadock, Sadock, y Ruiz, 2018).

## **2. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **2.1. SOBRE LA PROPUESTA DE DAVID GARNER**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA), viendo siendo definidos como problemas recurrentes, generalmente se manifiestan en la etapa de la adolescencia, pero no representa un problema exclusivo de esta etapa de vida, sino que también se pueden apreciar en población infantil y también adulta mayor, en periodos antiquísimos se consideró que la anorexia nerviosa (AN), era propio del

género femenino, sin embargo si bien es cierto existe poca recurrencia clínica en varones, cuando se presenta un caso de AN el comportamiento y el patrón es algo similar al de las mujeres, así mismo históricamente se consideró que los TCA eran propios de clase alta, sin embargo la evidencia demuestra que la manifestación del cuadro clínico trasciende a las clases sociales (Garner, 1998).

Continuando con la línea teoría de Garner (1998), considerando a las variables explicativas de los trastorno de conducta alimentaria, el autor insta a argumentar de “*presión social sobre las mujeres para adaptarse a modelos de belleza basados en una delgadez poco realista*”, esta sentencia refleja de alguna manera, que la presión del entorno sociocultural, asume un papel preponderante en la aparición, y mantenimiento de los TCA, así mismo este argumento también tiene sustento en que ciertas formas de control de peso y la idealización de la delgadez son aceptadas por la mayoría de entornos sociales, así mismo muchos casos clínicos y/o subclínicos de TCA, son recurrentes en actividades o profesiones en donde existen presiones para mantener alguna dieta y conservar una imagen delgada, tales como bailarines, bailarines de ballet, entre otros.

Así mismo Garner (1998), destaca con respecto a la naturaleza de los TCA siendo las más representativas la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, que los mismo pueden tener una NATURALEZA POLIGÉNICA, en donde el desarrollo de estas conductas, son influenciadas por variables de tipo biológico, psicológico, familiar y sociocultural condicionado por la heterogeneidad social.

El modelo teórico de Garner (1998), puntualiza con respecto a la aparición de las conductas de TCA a los siguientes elementos: (a) factores

predisponentes (b) variedad de experiencias en las etapas de desarrollo (c) interacción entre (a) y (b) en la aparición del TCA, (c) variables que favorecen la permanencia entre ellas se pueden notar a (interpersonales, biológicas y psicológicas) y finalmente (d) variaciones fundamentales en la apariencia de los síntomas de TCA.

Por otro lado es importante mencionar, que los TCA no son constructos aislados, sino que muestran comorbilidad y/o sintomatología asociado con otros cuadros clínicos, siendo el más frecuente, los trastornos afectivos y del estado de ánimo (ansiedad y depresión ), con respecto a la depresión, esta fue considerada tanto como un factor predisponente y también secundario a un TCA, las comorbilidades con respecto a trastornos de personalidad se apreció que los rasgos de personalidad Límite correlacionan mejor con los TCA. Por otro lado ciertos rasgos específicos como obsesividad, tendencia a la hostilidad, somatización, desajuste social, quejas somáticas, sensibilidad interpersonal, autoestima disminuida, presencia de ansiedad, sensación de descontrol, variaciones en la identidad sexual, abuso de sustancias y dificultad en el control de impulsos, fueron las descripciones frecuentes de personas que padecen un TCA. (Garner, 1998)

En forma general Garner (1998) considera a los TCA, como una manifestación de un patrón patológico de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, falta de conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social; y para propósitos de este estudio nos interesa conocer la definición específica que nos da sobre la Anorexia Nerviosa, a la cual concibe

como una búsqueda de pérdida de peso, las cuales se consiguen de una forma restrictiva denominada Anorexia Restrictiva (AN-R) en donde se aprecia claramente un patrón rígido de restricción de ingesta de alimentos y una forma de Anorexia Bulímica (AN-B) en donde el intento de limitar estrictamente la ingesta de alimentos se alterna con atracones de comida

## **2.2. MODELO TRANSDIAGNÓSTICO DE FAIRBURN**

Por situaciones de clasificación los TCA, se manifiestan a través de los cuadros clínicos de Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), y trastorno por atracones, a excepción del trastorno por atracones los TCA tienen muchos elementos en común, de ahí que existe un fenómeno de migración, es decir los pacientes con AN, pueden experimentar síntomas de BN, y a la inversa, esto no obedece ciertamente a un error en el diagnóstico, sino a características temporales en donde se espera en cierto modo que un paciente con TCA experimenta síntomas dentro del espectro del TCA, este fenómeno ocurre dado que los trastornos comparten entre sí “mecanismos transdiagnósticos”, ello es un factor muy importante en un proceso terapéutico debido a que el abordaje de los mecanismos de mantenimiento han de ser efectivos con todas las formas de TCA y no con uno solo (Fairburn, 2013).

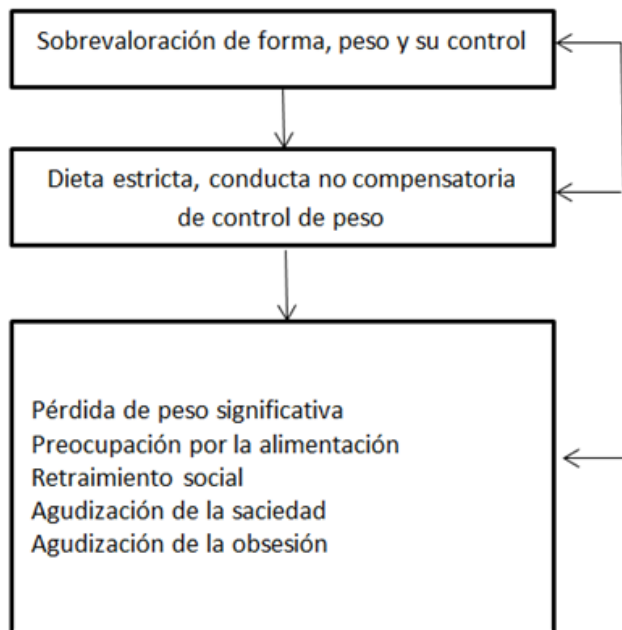
La teoría transdiagnóstica de Fairburn (2013) sostiene el hecho que anorexia y la bulimia nerviosa, comparten en esencia la misma psicopatología central, en donde el núcleo sintomático radica en la sobrevaloración de forma, peso y su control respectivo, y expresan esta patología en forma de conductas y actitudes tales como dietas estrictas, restricción rígida de ingestión de alimentos,

tienden al vómito, uso inadecuado de laxantes y diuréticos, y exceso en el ejercicio físico.

En relación a las características clínicas, desde la perspectiva transdiagnóstica, existe una psicopatología central en torno a los TCA, la misma que se manifiesta indistintamente tanto de mujeres, hombres, adultos y adolescentes, el cual es la “*sobrevaloración de forma y peso*”, el cual se refiere a una valoración ciertamente aislada, que da la idea de una visión de túnel, en donde la valoración de si, está basado generalmente en términos de forma, peso y de la capacidad para controlarlos, en lugar de que esta valoración sea más versátil y esté basado en otras áreas importantes de la vida del individuo tales como (social, laboral, académico, etc.); este esquema de sobrevaloración de forma y peso, posteriormente da lugar a la aparición del patrón de búsqueda de pérdida de peso y esto acarrea asimismo un miedo intenso por incrementar el peso y mostrar una imagen de gordura (Barlow, 2014).

## Figura 1

### Modelo transdiagnóstico de Barlow



*Nota:* esta tabla muestra los elementos cognitivos presentes en el mantenimiento de los TCA.

Los cuadros específicos de anorexia nerviosa, son definidos en forma cualitativa como un patrón de búsqueda de pérdida de peso, en donde conductas como restricciones severas y selectivas de ingesta de alimentos y evitación de alimentos que consideran que elevan el peso, son característicos; la AN muestra diversas etapas de desarrollo, inicialmente el paciente valora mucho el sentido de control que posee sobre la disminución en su alimentación, algunos pacientes pueden valorar el sentido de control que le otorga el someterse a un excesivo ejercicio físico y/o rutina física, mientras tanto otros buscan experimentar la sensación de control mediante la ingesta de laxantes y/o diuréticos, posteriormente el deterioro se hace evidente y muchas veces el trastorno coexiste

con tristeza patológica, disminución de la libido, estado de ánimo lábil, ideación obsesiva, distraibilidad, retraimiento social. (Barlow, 2014)

### **2.3. PERSPECTIVA DIAGNÓSTICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA DESDE EL DSM-5 Y CIE 10**

De acuerdo con el esquema del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), tres son las características esenciales que definen el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- Sobrevaloración de las características físicas de forma y peso, es decir darle contenido al valor personal, en función de las cualidades físicas de forma y peso.
- La expresión usual es el deseo intenso de ser delgada, el cual paralelamente viene acompañado de un temor intenso por incrementar el peso y engordar.
- Cuantitativamente se evidencia un peso significativamente bajo, expresado en cifras un peso < a 85% de lo esperado y un IMC <17.5.

El sistema del DSM-5, permite especificar entre un subtipo restrictivo y un tipo con atracones y/o purgas.

El esquema de la CIE-10, (Organización Mundial de la Salud, 2000), se aprecian 5 criterios diagnósticos, que se han de cumplir para determinar el diagnóstico de anorexia nerviosa; los cuales guardan referencia a:

- Disminución significativa de peso, con un IMC <17,5.
- La pérdida de peso, está relacionada con: rechazo hacia alimentos que se consideran que “engordan”, provocación de vómitos, purgas, rutinas de ejercicio físico rígidas y exigentes, consumo de diuréticos y sustancias anorexígenas.
- Distorsión de la imagen corporal, provocada por ideación sobrevalorada atribuida al peso y deseos de estar delgada, lo que genera el patrón de estar siempre por debajo del peso ideal.
- Afectación endocrina, traduciéndose en las mujeres en cuadros de amenorrea y en varones la pérdida del interés y potencia sexual.
- Afectación en el desarrollo psicosexual normal.

### **3. DEPRESIÓN**

#### **3.1. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN**

La depresión como problema de salud mental, es considerado como un síndrome frecuente en el espectro de los trastornos afectivos, al manifestarse puede concebirse como una respuesta ante un estímulo externo (p.e. una pérdida), o puede ser una forma de afrontamiento del individuo hacia la realidad, dicho cuadro posee diferentes grados de gravedad, estos asimismo determinan el grado de deterioro del paciente. (Caballo, 2007).

Desde la perspectiva cognitiva, la depresión es vista dentro de la interacción del modelo de diátesis – estrés, el cual contempla factores de predisposición (vulnerabilidad), desencadenantes y mantenimiento del episodio depresivo, se sabe que las cogniciones desempeñan un rol preponderante, dado

que interactúa sobre los factores de vulnerabilidad, sobre la manifestación así como en el mantenimiento del problema, por ende al hablar de cognición nos referimos a cogniciones superficiales y profundas, estas últimas adquieren la forma de actitudes, suposiciones, creencias nucleares, las cuales determinan en un elevado grado la mayoría de la forma de la conducta diaria, y de acuerdo con las experiencias tempranas vivenciadas, determinan el factor predisponente y de vulnerabilidad de la persona (Caballo, 2007).

El modelo cognitivo de la depresión de Beck (2005), surge en base a una serie de observaciones clínicas e investigaciones de tipo experimental, dicho modelo considera a tres conceptos clave para explicar la base psicológica de la depresión, entre ellos (a) la triada cognitiva, (b) los esquemas (c) distorsiones i/o errores en el procesamiento de la información.

La triada cognitiva de Beck (2005), se refiere a un paradigma cognitivo de tres componentes, los cuales comprende formas de percepción rígidas e idiosincráticas acerca de sí mismo, del futuro y de sus experiencias personales; el primer componente de visión negativa de sí mismo, se aprecia que tiene una opinión pobre de sí mismo, se considera insuficiente, con escaso valor, atribuye comentario negativos sobre aspectos morales, físicos, psicológicos y hasta se atribuye i/o magnifica defectos personales, tiende a utilizar criterio de defectos para definirse así mismo; el segundo componente se refiere a una visión negativa de las experiencias del paciente, la persona percibe que el entorno cada vez le genera demandas que van más allá de sus posibilidades, y también percibe que existen más obstáculos, amenazas en aras de lograr i/o concretar sus objetivos o metas, el lenguaje de auto derrotismo y frustración es frecuente al experimentar

dichas vivencias; el tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, se aprecia un contenido anticipatorio de pensamiento, en donde el paciente avizora futuras calamidades, considera que la pena, frustración, aún continúan de forma indefinida, no desea asumir responsabilidades dado que la percepción de fracaso es constante.

La manifestación de los tres componentes de la triada cognitiva, no siempre contribuyen o se comportan de la misma manera en un paciente, se sabe que los pacientes depresivos presentan atribuciones negativas de sí mismo y del mundo, en tanto que las visiones negativas del futuro son mayormente experimentadas por las personas con tendencia suicida, por otro lado la coexistencia de un ira elevada con depresión paralela, contienen mayores interpretaciones negativas del entorno, estas interacciones indican que la evaluación ha de ser extensamente colaborativa (Caballo, 2007).

El segundo concepto importante en el modelo cognitivo, es referido al modelo de esquemas, el cual es concebido por Beck (2005), como un patrón cognitivo estable, el cual se utiliza para explicar por un lado el aspecto de vulnerabilidad y también de mantenimiento, como factor de vulnerabilidad se entiende que son aprendizajes tempranos que condicionan el pensamiento, en donde el paciente actúa selectivamente sobre algunos estímulos, los procesa, conceptualiza y les atribuye significado de una forma particular; como factor de mantenimiento se entiende que estos esquemas determina el modo en el cual el individuo estructura diversas experiencias, incluso al margen de la evidencia empírica, ciertas ideas son mantenidas como válidas y renuentes al cambio. Los esquemas atribuibles a los desbalances del estado de ánimo, pueden mantenerse

inactivos hasta el organismo interactúa sobre algún agente estresor y estos a la vez va interactuando generando cogniciones poco funcionales que refuerzan constantemente la interpretación y/o atribuciones concordantes con un cuadro depresivo.

Los esquemas son factores de predisposición en la depresión, son definidos como estructuras cognitivas que sirven para detectar, codificar y evaluar los estímulos que interactúan con el organismo, gracias a estas estructuras, el paciente es capaz de estar alerta tanto en el aspecto de tiempo como espacialmente y otorgarle significado a las experiencias; en términos de psicopatología los esquemas son estructuras con contenido idiosincrásico altamente personal, que son activados durante la manifestación de trastornos ansiosos, depresivos y otros, los cuales tienden a dominar la vida del individuo, en un trastorno depresivo los esquemas tienen la forma de sesgo negativo sistemático en la interpretación, recuerdo y predicciones, y una dificultad evidente al acceso de esquemas positivos, lo cual indica la forma peculiar de interpretación del depresivo en donde el significado negativo predomina sobre el positivo, dichos esquemas son considerados como esquemas maladaptativos tempranos, el cual hace referencia a su origen en etapas tempranas de desarrollo, son ciertamente estables y duraderos, expresan una naturaleza disfuncional al apreciar las consecuencias del mismo (Young, Klosko, y Weishaar, 2015).

Barlow (2014), menciona que ciertos esquemas guardan relación con los pacientes deprimidos, es así que la literatura encontró que los esquemas de desconexión, rechazo, autonomía, desempeño e hipervigilancia están asociados a pacientes con depresiones crónicas; por otro lado los esquemas de desconexión y

rechazo, afectaciones a la autonomía y desempeño se relacionan con los niveles y gravedad de la depresión; por ende tres son los esquemas que guardan estrecha relación con la depresión, desconexión y rechazo, afectaciones en la autonomía y desempeño, en cierta manera dichas personas han de haber sido expuestas a situaciones desfavorables en donde escenas de abandono, trauma, excesivas críticas destructivas hacia su rendimiento y comportamiento, generaron autopercepciones disfuncionales, las cuales si concuerdan con eventos estresantes pueden ser activados y asumir un rol modulador tanto en la cronicidad como gravedad del trastorno afectivo.

Finalmente el modelo cognitivo de la depresión, menciona al componente de distorsiones i/o errores frecuentes en el procesamiento de la información, el modelo sostiene que existe una tendencia a interpretar sus experiencias en términos de privación o derrotas, irreversibles en el tiempo y como consecuencia se considera fracasado o como alguien a quien el destino le guarda solamente calamidades, dichas características hacen referencia a lo que se considera, una forma primitiva de pensamiento, cuyas características en la forma de pensar son: no dimensionales y globales “*soy fracasado*”, absolutista y moralista “*soy un fracasado despreciable*”, invariable “*siempre fui un fracasado*”, basado en el carácter “*siento las cosas de diferente manera*” e irreversible “*no creo que deje de ser fracasado*”, los pensamientos con estructura primitiva tienden a mostrar cierto matiz, los cuales asumen la forma de pensamientos automáticos y/o errores en el procesamiento de la información, los cuales se mantienen muchas veces incluso en contra de la evidencia empírica, asumen formas de reacción relativas al estímulo y respuesta, en los pacientes

depresivos podemos encontrar a los siguientes (Beck, Rush, Brian, y Emery, 2005):

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): adelantar conclusiones, en ausencia de evidencias, *“sé que, cada vez que hablo con mis hijos, ellos se callan porque me tienen pena y no quieren que me preocupe”*.
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): es concluir solamente basado en hechos aislados y muchas veces fuera de contexto, *“mi timidez, hace que continuamente pierda mi trabajo y la gente se aleje de mí”*.
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta): elaborar reglas generales basados en hechos particulares, y aplicarlas a situaciones similares o inconexas, *“yo fui al ejército, y uno sabe que no debe reclamar jamás, tiene que tener muchas disciplina y eso debe de enseñar a mis hijos y mi esposa”*
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta) : se magnifica los errores personales y se minimizan los aspectos positivos, *“no importan mis logros del pasado, fueron del pasado, hoy simplemente no soy nada”*
- Personalización (relativo a la respuesta), el paciente se atribuye fenómenos externos sin que haya evidencia al respecto, *“sé que por mi depresión, todo está mal, mis hijos están fracasando en la escuela, mi esposa me ve con pena”*
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta), el paciente busca clasificar todas sus experiencias en categorías opuestas, *“para mí la gente es buena o es mala, no acepto que nadie me mienta, y si alguien lo*

*hace prefero enterrarla en el baúl del olvido”* (Beck, Rush, Brian, y Emery, 2005).

### **3.2. MODELO DE LA DEPRESIÓN EN LA TERAPIA INTERPERSONAL**

La perspectiva teórica de la terapia interpersonal, considera dos principios fundamentales, el primero de ellos es que la depresión en un padecimiento físico susceptible al tratamiento y que deslinda totalmente de cualquier culpa por parte del paciente, el segundo principio radica en el hecho de que la depresión está relacionada con algún hecho estresante (actual o reciente), los eventos estresantes pueden desencadenar episodios depresivos en personas con vulnerabilidad inherente, así mismo los cuadros depresivos pueden hacer difícil el manejo de escenarios estresantes, considerando lo expuesto anteriormente, sostenemos que la terapia interpersonal se enfoca en resolver un problema en la vida del paciente, es decir un área interpersonal relacionada a su depresión (duelo complicado, disputa y/o transición de roles, déficit interpersonales) (Barlow, 2014).

Seis son las características de la terapia interpersonal para la depresión, que la hacen ciertamente diferente de otros modelos de abordaje, entre las características inherentes encontramos que: se sostiene en una sólida base empírica, su orientación se basa en un diagnóstico, se enfoca en el presente y en mejorar la situación futura del paciente, considera que los problemas del paciente no radica en conflictos internos sino se centra en el funcionamiento interpersonal y su mejora, considera fervientemente que el estado de ánimo depresivo hace

difícil el manejo de los sucesos estresantes y que por su parte los sucesos estresantes desencadenan episodios depresivos, en una terapia provocadora de afecto, dado que se normaliza su expresión, se entiende la función del mismo y se utiliza en los encuentros interpersonales (Barlow, 2014).

El foco de atención de la terapia interpersonal, se centra en resolver, una de las cuatro áreas de problema interpersonal, utilizando estrategias de abordaje en los factores de inicio y mantenimiento del problema depresivo, las áreas objetivo son: duelo, disputa de roles, transición de roles y déficit interpersonales, el abordaje del área de duelo complicado, implica la expresión de sentimientos dolorosos, validación, normalización y cambio de perspectiva sobre la pérdida, viéndola como una oportunidad para establecer conexiones con los demás; el área de disputa de roles, sostiene que el paciente con tendencia depresiva muchas veces tiende a asumir roles y/o satisfacer necesidades de los demás sin pensar o considerar su situación, la terapia se enfoca en la validación de emociones y la enseñanza de estrategias de afrontamiento asertivo; el área de transición de roles, implica cambios súbitos de actividades, por ende conflictos de adaptación, la terapia ayuda a analizar aspectos positivos de cada rol antiguo o nuevo, y establecer conexión con los demás en el proceso adaptativo; en relación a los déficits interpersonales se enfoca en tratar en la respuesta común de aislamiento de los pacientes depresivos, utilizando las estrategias anteriores del paciente, para lo cual anteriormente el paciente ha de haber tenido ciertas conexiones y contar con habilidades sociales mínimas y necesarias (Barlow, 2014).

### **3.3. PERSPECTIVA DIAGNÓSTICA DE LA DEPRESIÓN DESDE EL DSM-5 Y CIE 10**

Se requiere que un episodio depresivo cumpla por lo menos con cinco requisitos fundamentales: (1) un evidente estado de ánimo depresivo o pérdida de placer e interés en las cosas, (2) los síntomas deben de tener un periodo determinado de por lo menos 2 semanas, (3) acompañado de cierta cantidad de síntomas, (4) que genere malestar y/o algún grado de discapacidad, (5) no cumpla con ninguno de los criterios de exclusión. Los síntomas que han de acompañar al estado de ánimo depresivo son los siguientes: a) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, b) notable disminución del interés y experimentar placer por todas o casi todas sus actividades cotidianas la mayor parte del día, c) pérdida o incremento de peso, por lo menos del 5% en un mes, así como la disminución o incremento del apetito, d) diariamente presente insomnio e hipersomnia, e) agitación o retraso psicomotor, f) sensación de fatiga o pérdida de energía casi todos los días, g) sentimientos de inutilidad o de culpabilidad presente casi diariamente, h) dificultad para hilar pensamientos, escasa concentración, dificultades para tomar decisiones presente casi todos los días, i) ideación y conducta suicida. (American Psychiatric Association, 2014)

Los episodios depresivos son trastornos mentales en donde el paciente experimenta un humor depresivo, así como una disminución significativa de la capacidad de interesarse y disfrutar de sus actividades, disminución del nivel de energía que trae como consecuencia una reducción del nivel de actividad así como un cansancio considerado como exagerado, junto a ello aparecen otros síntomas tales como: a) afectaciones cognitivas como disminución de la atención y

concentración, b) afectivamente se aprecia sentimiento de desconfianza hacia sí mismo así como sentimientos de inferioridad, c) ideaciones de culpa y argumentos sobre la inutilidad de uno mismo, d) perspectiva pesimista del futuro, e) ideaciones y actos suicidas, así como conductas autolíticas, f) desórdenes en el hábito de sueño, g) variaciones en el apetito por exceso o por defecto. Así mismo se distingue entre niveles de depresión, siendo ellas (leve, moderado y severo), cada nivel requiere la intensificación de los síntomas y el grado de deterioro en las áreas importantes de desenvolvimiento personal, de ahí que en episodios depresivos leves predominan síntomas afectivos menos intensos, y con una afectación ciertamente mínima en el desenvolvimiento, en los episodios depresivos moderados destacan además de un estado de ánimo depresivo, malestar somático y un grado mayor de disfuncionalidad, en cambio en los episodios depresivos severos o graves, predominan estados de ánimo depresivos, síntomas somáticos y compromiso de vida por conductas tipificadas como suicidas, a veces acompañado de síntomas psicóticos (Organización Mundial de la Salud, 2000).

#### **4. MODELOS COGNITIVOS DE LA ADICCIÓN: NICOTINA**

##### **4.1. MODELO COGNITIVO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE MARLATT**

Según este modelo se describen cuatro procesos cognitivos relacionados con los procesos de adicción, autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad, y proceso de toma de decisiones. La

autoeficacia hace referencia a la capacidad del sujeto de manejarse de forma competente frente a situaciones que demandan desafío o cierto peligro, en pacientes con problemas de consumo de sustancias existen expresión de autoeficacia tales como “sé que puedo hacer intento de reducir el consumo de cigarrillos”, “entiendo que es dañino para mí”; la autoeficacia se incrementa conforme al grado de abstinencia; los resultados esperados, son las cogniciones anticipadas que el paciente cree que ocurrirá, mientras lo esperado sea más beneficioso que nocivo, es probable que el consumo aún continúe; las atribuciones de causalidad, se refiere a la atribución de la causa en el consumo de drogas, si las atribuciones se centran en factores externos que en internos, es muy probable que el consumo se mantenga, “*si fumo es porque mis amigos también lo hacen y nos ayuda a estudiar*”; el proceso de abuso de sustancias y de recaídas, en sí es un proceso de tomas de decisiones, debido a que ciertas formas de exposición “inocentes”, como el decidir no fumar pero estar expuesto a fumadores, puede generar en un futuro un consumo y recaída (Beck, Wright, Newman, y Liese, 1999).

#### **4.2. PERSPECTIVA SANITARIA**

Las sustancias psicoactivas son todo compuesto de tipo natural o sintético, que actúa directamente sobre el sistema nervioso central, afectando el funcionamiento de la capacidad de pensar, de comportarse y de las emociones. Existen aspectos legales de regulación de distintas sustancias , entre aquellas conocidas por su uso recreativo como el (alcohol y tabaco), los que son considerados como drogas médicas, así

como los de uso industrial (solventes), así como los de uso restringido para estudios de investigación y extracción de derivados para uso médico, el uso de las sustancias psicoactivas implícitamente presentan un riesgo personal y de salud pública, los cuales se visualizan a corto y largo plazo, a corto plazo encontramos efectos como de intoxicación lo cual incrementa el riesgo de lesiones, el uso repetido a largo plazo se traduce en cuadros de dependencia, en donde la capacidad de control hacia la ingesta de sustancias es ciertamente nula, generando consecuencias negativas sobre las áreas de desenvolvimiento del individuo (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Los problemas de consumo de sustancias, se relacionan con problemas físicos y mentales, ciertos hábitos de consumo riesgosos, ocasionan problemas sociales importantes, podemos apreciar aquellos relacionados con la familia, amigos, legales, económicos, laborales y académicos, la evidencia ha permitido identificar patrones de consumo y sus respectivas consecuencias, entre ellas podemos mencionar a: a) intoxicación, b) consumo regular, c) consumo dependiente, cada uno de ellos presenta una gravedad creciente (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

El patrón de consumo por intoxicación, se refiere a que en un solo consumo, la persona experimenta riesgos debido a los efectos de la sustancia, entre ellos sobredosis, pérdida de conciencia, riesgo de agresión, riesgo de lesión, conducta claramente desinhibidas; el patrón de consumo regular, conlleva problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos variaciones en el estado de salud, problemas en el entorno familiar,

económicos, legales, dificultades para conciliar el sueño, afectaciones en procesos cognitivos, dificultades laborales y económicos; los patrones de consumo dependientes generalmente relacionado con un elevado consumo de la sustancia, uso frecuente y presencia de problemas en donde se aprecia síntomas de tolerancia, deseos intenso de consumo, síndrome de abstinencia, deterioro significativo interpretado como abandono de sus principales áreas de desenvolvimiento (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Los problemas de salud específicos asociado a cada sustancia psicoactiva, para los objetivos de esta investigación, mencionaremos a la productos de tabaco, se sabe que el consumo de productos de tabaco, causan la mayor cantidad de muertes en el mundo, una gran cantidad de problemas a largo plazo, aumenta la gravedad del riesgo de complicaciones, entre ellas hipertensión arterial, asma y diabetes; los niños que son expuestos a humos del tabaco tiene un riesgo elevado de desarrollar problemas respiratorios y asma, las mujeres embarazadas tienen riesgo de parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer, así mismo se ha brindado un conjunto de consecuencias que van de menor a mayor gravedad y se detalla a continuación (Organización Panamericana de la Salud, 2011):

### **Tabla 1**

#### *Riesgos asociados al consumo de tabaco*

Los riesgos asociados al consumo de tabaco (que van de menos a más)

---

1	Envejecimiento prematuro y problemas en la piel.
2	Disminución del rendimiento físico y recuperación lenta de enfermedades respiratorias simples.
3	Infecciones respiratorias, incluida asma.
4	Hipertensión arterial y diabetes mellitus.
5	Aborto espontaneo, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer.
6	Enfermedades renales
7	Enfermedades crónicas del aparato respiratorio, tipo enfisema pulmonar.
8	Enfermedades de tipo cardiaco, cardiovascular, apoplejías.
9	Neoplasias del pulmón, vejiga, mama, boca, garganta, estómago.

*Nota:* esta tabla muestra los riesgos asociados al consumo, graduados de los de leve a severa intensidad

## **5. ANTECEDENTES**

### **5.1. INTERNACIONALES**

Con respecto a la asociación de variables afectivas y problemas de conducta alimentaria, el estudio de realizado en el país de Colombia titulado *“relación entre síntomas interiorizados y riesgo de trastorno de conducta alimentaria”*, el objetivo de la mencionada investigación radica en encontrar la

relación entre síntomas internalizados y riesgo de desarrollar trastorno de conducta alimentaria, se evaluó a 791 adolescentes, los resultados hallados indicaron que el 32,7% presenta riesgo de sufrir algún trastorno de conducta alimentaria , así mismo la sintomatología depresiva y ansiosa fue más alta entre la población que contaba con riesgo de conducta alimentaria. (Mercado y Yadel, 2020)

En un estudio realizado en la ciudad de Almería cuyo título es *“comparación social de la apariencia en contexto del ejercicio físico como variable predictora de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos”*, cuyo objetivo fue el de demostrar que la comparación de la apariencia actúa sobre el riesgo de padecer un problema de conducta alimentaria, dicho estudio se realizó con una muestra de 236 escolares, los resultados indicaron que la percepción de insatisfacción corporal acrecienta la relación, en donde se incrementa el riesgo de aparición de problemas de conducta alimentaria. (Alacaraz, 2017)

En otro estudio realizado en la ciudad de Cantabria titulado *“prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en la comunidad de Cantabria”*, en este estudio de tipo bibliográfico, se concluyen que en los últimos 06 años, con respecto a los factores de riesgo para padecer un TCA, se encontraban circunstancias biológicas, psicológicas, conductuales, o familiares, las mismas que se asocian como factores predisponentes o precipitantes al desarrollo del TCA. (Gonzales y Gonzales, 2017)

En el contexto latinoamericano, se realizó un estudio titulado *“prevalencia y factores asociados a conductas de riesgo alimentario en población indígena de Colombia”*, se buscó algún factor de riesgo asociado a un TCA, inicialmente se mantenía la hipótesis de que variables sociodemográficas podían contribuir en el desarrollo de un TCA, sin embargo se encontró que las variables personales, se encuentran asociadas a conductas de riesgo alimentarias, se apreció que la presencia de trastornos afectivos mostró ser un factor importante para desarrollar conductas de alto riesgo de conducta alimentaria, el estudio se realizó en una población de adultos (493), se evidenció también que las conductas alimentarias de tipo disfuncional son: dieta restrictiva, malestar al comer, atracones y vómitos auto inducidos. (Restrepo, 2017)

En el país de Colombia se realizó un estudio cuyo título es *“síntomas de orden emocional y/o conductual en pacientes adolescentes que consultan a un programa de trastornos de conducta alimentaria”*, que tenía como objetivo, describir los síntomas de orden emocional y conductual que presentan los adolescentes que consultan a un programa especializado en trastornos de conducta alimentaria, el estudio incluyó a 40 pacientes con diagnóstico de trastornos de conducta alimentaria, de los cuales el 65% satisfacía los criterios para trastornos por ansiedad, el 30% para depresión, 22, 5% mostraba síntomas de agresividad, el 17,5 conducta antisocial, el 72,5 cumple criterios para desórdenes de tipo internalizante y el 42,5 % cumple criterios para trastornos de tipo externalizantes, por ende se concluyó que el grupo que presentaba bulimia sobre todo, presentaba mayores síntomas internalizantes (ansiedad y depresión), siendo coexistentes (Osorio, 2019).

En la ciudad de Madrid, se realizó un estudio titulado *“modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia”*, en donde se buscó determinar, si los comportamientos interiorizados y exteriorizados son factores de riesgo de los TCA, el estudio se realizó con una muestra de 180 mujeres, de 12-18 años, los resultados de la investigación indican que los factores interiorizantes, están significativamente relacionados con el riesgo de desarrollo de TCA, entre los factores interiorizantes se pueden mencionar a : obsesión por la delgadez, ineficacia, conciencia interoceptiva, depresión, ansiedad, esto devela la alta comorbilidad de trastornos internalizantes con TCA. (Alba y Moraleda, 2021).

En territorio español, se hizo un estudio titulado *“consumo de tabaco en población escolarizada y su relación con trastornos de conducta alimentaria”*, que pretendía conocer la asociación entre el consumo de tabaco y los comportamientos característicos de la anorexia y bulimia nerviosa, como suposición teórica el estudio mencionaba que el consumo de tabaco es un factor de cierta forma de mantenimiento, dado que actúa en la supresión y/o control del apetito, el estudio se centró en una población con riesgo asociado al conductas de tipo anoréxico-bulímico, el estudio encontró que es bastante usual que el grupo con síntomas de TCA, consumió por lo menos un cigarrillo diariamente durante los últimos 06 meses, lo cual demuestra la asociación de las variables (Castro y Castro, 2017).

Los diferentes estudios de comorbilidad, relacionan al TCA, con muchos otros cuadros clínicos, entre ellos el consumo de sustancias sobre todo aquellas con características estimulantes, es así que en España, se realizó un

estudio, en donde se partió del supuesto teórico en donde las sustancias juegan un papel modulador de la impulsividad y la restricción de alimentos, el estudio a su vez encontró que el consumo de sustancias y TCA, se da generalmente en mujeres (Castro y Castro, 2017).

Un estudio realizado en España titulado “*obsesión por la delgadez y la musculatura en mujeres, un estudio transcultural: comparación entre Chile y España*”, reveló que luego de los resultados obtenidos, se pudo notar que el modelo predictivo de la obsesión por la delgadez viene acompañado de variables de perfeccionismo, insatisfacción corporal, presión familiar, medios de comunicación y contexto sociocultural, por ende la obsesión por la delgadez es tomada como una práctica sociocultural de tipo disfuncional que requiere de futuras investigaciones para la prevención de problemas de salud mental (Escandon y Genesis, 2021).

Por otro lado una revisión teórica denominada “*¿categorías o dimensiones? hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria*”, el cual tuvo como objetivo comparar en relación a la evidencia la validez categorial o dimensional de los problemas de conducta alimentaria, encontrando que existe suficiente evidencia para demostrar la naturaleza dimensional de los TCA, en donde existen pruebas asociadas a comorbilidad, cobertura, migración en el diagnóstico, categorías residuales y existencia de indicadores de falsos positivo y negativos, así mismo utilizar este enfoque permite un mejor abordaje en términos de no considerar a puntos de corte rígidos entre categorías, permite observar el trastorno considerando la línea evolutiva, así como la descubrimiento de los mecanismo internos de funcionamiento (origen y

mantenimiento) de síntomas, en los TCA, se sabe que existen síntomas comunes como la desregulación emocional y el afecto negativo (Hernandez y Contreras, 2020).

Los estudios relacionados con los síntomas de TCA, como el titulado *“el perfeccionismo en adolescentes con trastornos en la conducta alimentaria”*, este estudio tuvo como muestra a 100 adolescentes españoles, se pretendió validar la idea de que el perfeccionismo como psicopatología central crítica de la personalidad de los pacientes con problemas de conducta alimentaria, los resultados revelaron que puntuaciones elevadas de perfeccionismo se correlacionan significativamente con sintomatología depresiva, insatisfacción corporal y autoestima disminuida, por ende es menester concluir que el rasgo de perfeccionismo que presentan algunos pacientes con TCA, es vital a la hora de mejorar la sintomatología más superficial (Laporta y Delgado, 2020).

En un estudio titulado *“modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia”*, en esta investigación se trató de dilucidar los factores inherentes a la etiología de los TCA, para lo cual se utilizó a 3 tipos de muestra, entre ellas una muestra de 50 personas con patología depresiva, un grupo de 50 personas con patología somática “asma” y una tercera de 50 personas con patología inexistente; los resultados indican que los procesos psicopatológicos de interiorización son significativos a la hora de desarrollar un TCA, entre ellos la búsqueda de una delgadez, ineficacia, pobre conciencia interoceptiva, síntomas depresivos, ansiedad como rasgo, sintomatología obsesivo compulsiva, y la alta comorbilidad con otras patologías de tipo interiorizante (Encinas y Moraleda, 2021).

En España, se realizó una investigación cuyo título es “*Autocosificación y problemas de conducta alimentaria en mujeres: una revisión sistemática*”, el estudio pretendió encontrar a posibles variables mediadoras entre la autocosificación y los problemas de conducta alimentaria, para ello se hizo una revisión exhaustiva de 16 artículos sobre la base datos ProQuest y Scopus, la autocosificación propuesta por el autor, está referida a una vigilancia exhaustiva del cuerpo y un intenso sentimiento de vergüenza por el cuerpo, dichas conductas tratan de ser disminuidas mediante acciones como aquellas que pretenden disminuir el peso y relacionadas a ella, las cuales con precedentes a un TCA, así mismo definiendo más operacionalmente la cosificación está referida a una disminución de la valoración sobre el rendimiento en el trabajo, logros y competencia, las cuales se reducen solo a la evaluación por medio de la apariencia, esto a largo plazo representa la forma en cómo la mujer será tratada y percibida (Del Rosal, 2022).

En un estudio titulado “*Papel de la intercepción en la anorexia nerviosa*”, mediante un estudio de revisión teórica, se tomó como base a 09 artículos, en donde se resalta la alteración de la intercepción en la anorexia nerviosa positiva como negativamente, por ende se concluye que la capacidad para detectar la condición fisiológica interna del cuerpo, cumple un posible papel en la aparición y mantenimiento de los TCA (Villalobos, 2019).

Estudios relacionados a la impulsividad, como el titulado “*impulsividad y asertividad en mujeres con trastornos alimentarios*”, tuvo como objetivo estudiar la relación entre estas dos variables debido a que se aprecia la manifestación común de estos síntomas en los casos de personas con TCA,

estudio en total a 42 mujeres con TCA, en donde se encontraron primeramente elevadas puntuaciones de impulsividad en el grupo de TCA, y por otro lado niveles insuficientes de asertividad en el mismo grupo TCA, lo cual evidencia una correlación negativa, interpretada como que el grupo de TCA muestra elevada impulsividad y escasa asertividad (Behar y Pomareda, 2021).

Los estudios de intervención como el de *“intervención psicológica de un trastorno de conducta alimentaria abordado desde la terapia cognitivo conductual : presentación de un caso de anorexia nerviosa”*, parte de la ejecución de un análisis funcional del comportamiento, con la finalidad de incrementar inicialmente la motivación y la adherencia al tratamiento, establecer un adecuado hábito alimenticio y estabilizar el estado afectivo del paciente, el proceso duró 18 meses, en donde se aplicaron técnicas de entrevista motivacional, conductuales, de exposición y finalmente de reestructuración cognitiva, obteniendo resultados favorables medidos en una post prueba y observaciones conductuales (Begoña, 2018).

Así mismo en España, se diseñó un tratamiento el cual se presentó en el estudio titulado *“tratamiento de hospital de día de un caso de anorexia nerviosa restrictiva”*, los procedimientos se centraron en la recuperación de los síntomas propios de la Anorexia, así como sintomatología subyacente como autoestima, gestión de las emociones y entrenamiento en habilidades sociales, el procedimiento duró 7 meses, con sesiones de seguimiento a largo plazo, manteniendo la mejoría e incidiendo en la prevención de recaídas (Montero, 2021).

Así mismo se menciona al estudio titulado “*Tratamiento de anorexia nerviosa en hospital de día*”, en donde se abordó a una paciente con disminución significativa de peso, hábito alimentario muy alterado, se aborda en cierta forma en forma familiar y personal, al tratar el aspecto personal se centró en sus actividades habituales, disminuyeron las auto exigencias, se notó que el entorno de hospitalización produce un beneficio mayor, dado que la paciente había estado anteriormente en consulta ambulatoria sin avance significativo (Gomez, 2022).

Considerando a las intervenciones dentro de la ola de la tercera generación existe un estudio titulado “*tratamiento de un caso de trastorno de conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso*”, este tipo de tratamiento aborda sintomatología asociada a evitación experiencial, fusión cognitiva, escasa motivación, déficits en vivencias de tipo sensorial, el proceso implicó un tratamiento de 8 meses, el cual se tradujo en el incremento de actividades cotidianas (relaciones sociales, laborales, familiares, académicas, ocio, etc.) siempre y cuando guarden consonancia con los valores personales (Casanova y Cabañas, 2018).

## **5.2. NACIONALES**

Ciertos estudios nacionales, de tipo relacional, justifican en cierta manera que los TCA, son trastornos de alta comorbilidad, es así que en la Ciudad de Arequipa, se hizo un estudio titulado “*conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal*”, el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo con la insatisfacción de la imagen corporal, para lo cual se tuvo una muestra de 193 estudiantes de género

femenino, siendo las variables de conductas de riesgo a dieta, bulimia, preocupación por la comida, en relación a la variable de insatisfacción se aprecian elementos de insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima, deseo a perder peso; concluyendo que los procesos internos de insatisfacción por la imagen corporal se encuentra relacionada con las conducta de riesgo de tipo alimentaria (Ramirez, 2017).

Así mismo, en un estudio que lleva como título “*estilos de crianza e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa* “ se pretendió relacionar las variables estilos de crianza, insatisfacción con la imagen corporal, en una población que lleva por diagnóstico a la anorexia nerviosa, el grupo evaluado manifestó un elevado nivel de insatisfacción corporal, y una tendencia elevada de estilos de crianza autoritario, las pruebas estadísticas, concluyeron que no existe una relación del estilo de crianza, con respecto a la insatisfacción de la imagen corporal, en mujeres diagnosticadas con anorexia. (Hernandez, 2021).

En la ciudad de Arequipa, el estudio titulado “*relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios*”, pretendió establecer la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de trastorno de conducta alimentaria, se evaluó a 218 estudiantes de 15-17 años, se encontró relación significativa entre el grupo de adolescentes que viven solos 67.5%, 64,5 % trabajan, 57,7% presentan padres separados, 56,6 % presentan un patrón disfuncional de familia y el riesgo de trastorno de conducta alimentaria 57.7%, en conclusión si existe una relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de TCA. (Aguilar, 2019).

En la ciudad capital, un estudio que lleva como título “*Red de síntomas psicopatológicos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad y estrés postraumático en adultos peruanos en cuarentena por COVID 19*” se estudió la posible correlación psicopatológica, de la sintomatología del TCA, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, en personas de edad adulta, en el contexto de la pandemia por el COVID 19, el estudio demostró que producto de los cambios bruscos de los estilos de vida , entre ellos, el sueño, alimentación, presencia de estrés mal gestionado, síntomas ansioso – depresivos, a mediano plazo pueden ser considerados factores que favorecen el desarrollo de un TCA, el estudio demostró que los TCA, forma un red compleja entre los cuales se tiene como síntomas nucleares a la insatisfacción por el peso, junto a un estado de ánimo ansioso, dichos síntomas se expresan mediante una hipervigilancia, dificultades de concentración, síntomas depresivos, pérdida de placer, ideas sobrevaloradas en relación al peso (Ramos, 2020).

En un estudio realizado en la ciudad de Lambayeque, se realizó un estudio titulado “*frecuencia de trastornos alimenticios y factores asociados en estudiantes de la facultad de medicina de una universidad Lambayecana*”, utilizando como muestra a estudiantes de la carrera de medicina humana, se obtuvo como resultado que el 14,3% tendrían un diagnóstico de TCA, siendo algunos factores asociados, el género femenino, vivir sola, dedicarse solamente a estudiar y trasladarse a un lugar distinto al de origen (Cardozo, 2019).

En la ciudad de Puno, se realizó un estudio de prevalencia y descripción de características clínicas, en relación a trastornos de conducta alimentaria, titulado “*trastorno de la conducta alimentaria, prevalencia y características*

*clínicas en adolescentes del centro preuniversitario* “ el estudio abarcó a 150 adolescentes con TCA, los resultados indican que el 88% presentan riesgo de evitación hacia los alimentos, el 92,7% riesgo de control oral, el 43.3 % preocupación por la alimentación; los hallazgos en riesgo indican que el 14,7% presenta riesgo moderado según índice corporal, y el 14,7 % riesgo en la presión arterial; en conclusión la mayor parte de adolescentes muestra evitación hacia la alimentación, control oral y preocupación por los alimentos (Vilca, 2018).

En el ámbito local, Puno, específicamente en el distrito de Juli se llevó a cabo un estudio titulado “*trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria*”, se pretendió conocer las características de los TCA, en adolescentes escolares, para lo cual se utilizó una muestra de 450 estudiantes, de ambos géneros, y como resultado se obtuvo que el 48,3% presenta un riesgo para desarrollar un TCA, entre los cuales 37% es representado por mujeres y un 10% en varones, así mismo la mencionada investigación corroboró en cierta medida que el factor de IMC representa a un elemento predictivo de la insatisfacción corporal, lo cual así mismo eleva el riesgo de presentar síntomas importantes del espectro del TCA (Torres y Torres, 2021).

## **CAPÍTULO III: EVALUACIÓN**

### **1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

#### **1.1 OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA**

Entre las técnicas de abordaje se encuentra el proceso de observación el cual es el primer eslabón de la entrevista psicológica, el cual consta de darse cuenta de la presentación de la persona entre el cual se buscan elementos como: apariencia general, modales de presentación, gesticulación volumen de la voz, lo cual otorga en primer término un perfil de diferenciación personal; por otro lado la observación dota de un perfil de expresión de la persona, así como el grado de sociabilización y la capacidad de empatía (Perpiña, 2012).

#### **1.2 ENTREVISTA PSICOLOGICA**

Se define a la entrevista como una forma interactiva, con un claro objetivo direccionado; esto implica una planificación en el tiempo, intencionalidad en los contenidos tratados, los roles claramente son definidos entre ellos hay uno que dirige la interacción y alguien que claramente es el ser entrevistado, así mismo tienen que mediar elementos como el aspecto de no juzgar al entrevistado, y clarificar el aspecto de la confidencialidad en el tratamiento de la información vertida (Perpiña, 2012).

#### **1.3 PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Este proceso claramente pretende conocer las respuestas del usuario hacia un problema específico, sin embargo es necesario mencionar que tiene que estar

vinculado directamente al proceso i/o modelo terapéutico, si consideramos al modelo cognitivo conductual, toda evaluación ha de estar ha de amoldarse al sistema de triple respuesta (estímulo, organismo, respuesta, y las consecuencias reforzantes (Caballo, Gualberto, y Sierra, 1996).

## **2. DESCRIPCIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Para la evaluación de esta área se utilizaron los siguientes instrumentos:

### **2.1. CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, EDI-2.**

#### **Ficha técnica**

##### **Nombre**

EDI 2, Inventario de trastornos de conducta alimentaria.

##### **Autor**

David Garner

##### **Año**

1998

##### **Procedencia**

PAR, Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, Florida.

##### **Adaptación española**

Sara Corral, Marina Gonzales, Jaime Pereña, Nicolás Seisdedos (TEA Ediciones, S.A)

##### **Aplicación**

Individual y colectiva.

##### **Tiempo de aplicación**

20 minutos en adelante, sin restricciones.

### **Edad**

De 11 años en adelante.

### **Descripción de las Escalas**

El inventario comprende de las siguientes escalas:

#### **Obsesión por la delgadez**

Referido a una búsqueda incesante por la delgadez corporal, lo cual también implica un temor intenso por engordar, siendo este aspecto un síntoma nuclear de los trastornos de conducta alimentaria específicamente anorexia y bulimia nerviosa (Garner, 1998).

#### **Bulimia**

Esta escala está referida a la ocurrencia de ideación y/o conductas de comilonas o atracones de comida, de forma incontrolable (Garner, 1998).

#### **Ineficacia**

Esta escala se refiere a la presencia de sentimientos de incapacidad, escasa valía personal, así como deficiencia en cuanto al control de su propia vida, en el término amplio de la palabra está asociado a déficits en el autoestima (Garner, 1998).

#### **Insatisfacción corporal**

Esta escala describe a las personas que sienten insatisfacción general de su aspecto corporal o también de partes específicas (brazos, hombros, cuello, etc.), las mujeres muestran mayor insatisfacción por el cuerpo, si esta condición tiende a ser frecuente entonces se convierte en un factor esencial de los trastornos de conducta alimentaria (Garner, 1998).

### **Perfeccionismo**

Esta dimensión guarda relación con la creencia del sujeto, que solamente es aceptable grados elevados de rendimiento personal y que los demás (familiares, amigos, etc.) tienen expectativas altas de uno mismo (Garner, 1998).

### **Desconfianza interpersonal**

Esta escala está relacionada con la dificultad para establecer relaciones interpersonales, así como deficiencias en la expresión de pensamientos y sentimientos, rasgo presente en los comportamientos de conducta alimentaria (Garner, 1998).

### **Conciencia Introceptiva**

Se denomina coloquialmente como “paranoia intrapsíquica”, definido como una desconfianza hacia los estados internos, como sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y saciedad, por otro lado hace referencia también a la dificultad para identificar estados emocionales (Garner, 1998).

### **Ascetismo**

Esta escala se refiere, a la percepción espiritual, virtuosa y hasta de auto superación, con respecto a la restricción de alimentos, en sentido más estricto puede estar relacionada con la renuncia a las satisfacciones físicas (Garner, 1998).

### **Miedo a la madurez**

Esta escala se refiere a la interpretación en donde, las restricciones en cierta manera impiden la madurez psicobiológica, en donde se vuelve a la apariencia y los estados hormonales son desestabilizados, adquiriendo formas de respuesta aparentemente infantiles (Garner, 1998).

### **Impulsividad**

Esta escala se refiere específicamente a la dificultad en el control de los impulsos, y las tendencias asociadas a ellas entre las cuales encontramos el abuso de sustancias, agresividad, conductas auto lesivas, las formas más críticas se asocian con rasgos borderline de la personalidad, las cuales adquiere formas crónicas del problema (Garner, 1998).

### **Inseguridad social**

Esta escala refiere que el paciente que adolece problemas de conducta alimentaria, tiende a percibir a su entorno como amenazante, insatisfactorio, incómodo y de poca calidad (Garner, 1998).

### **Forma de corrección**

El EDI-2, consta de 91 ítems, los sujetos contestan utilizando una escala que va del 0-5, en donde las alternativas “nunca, pocas veces y a veces” puntúan como 0, y las alternativas “a menudo” puntúa como 1, “casi siempre” como 2 y “siempre” como 3. Posterior a ellos se realiza la sumatoria por escalas, se utiliza el baremo para la transformación a percentiles y se procede a la elaboración del perfil.

## **Interpretación**

La presentación de resultados se da mediante, el formato de perfil, el cual contempla puntuaciones directas y percentiles, la interpretación se da en base a los resultados elevados tanto en puntuaciones directas como en percentiles, se sugiere que como referencia los percentiles mayores a 60 sean tomados como significativos en la escala evaluada.

## **Adaptaciones nacionales**

La adaptación nacional del instrumento EDI-2, se hizo en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de edad, en la ciudad de Lima, considerando a ambos géneros, el proceso de adaptación concluyó que la adaptación al ámbito peruano era válida y confiable, se obtuvieron resultados semejantes a la adaptación española (Guerrero, 2008). Del cual se desprenden los baremos peruanos.

### **2.2. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI 6.0.0**

#### **a. Ficha técnica**

**Nombre**

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI 6.0.0

**Autor**

Sheehan y Lecrubier

**Año**

2010

**Definición**

La MINI, fue diseñada en un formato de entrevista breve y estructurada, con el objeto de ayudar a determinar los trastornos psiquiátricos del EJE 1, cuyos criterios satisfacen al DSM IV y al CIE 10 (Sheehan y Lecrubier, 2010)

**Procedencia**

Estados Unidos.

**Tiempo de aplicación**

Promedio de 15 minutos.

**Módulos de evaluación**

- o Episodio depresivo mayor
- o Suicidalidad
- o Episodio maniaco
- o Trastorno de angustia
- o Agorafobia
- o Fobia social
- o Trastorno obsesivo compulsivo
- o Trastorno de estrés postraumático
- o Dependencia/abuso de alcohol
- o Dependencia/abuso de sustancias
- o Trastornos psicóticos
- o Anorexia nerviosa
- o Bulimia nerviosa

- o Trastorno de ansiedad generalizada
- o Trastornos orgánicos
- o Trastorno de personalidad antisocial

### **2.3. Inventario de Depresión de Beck BDI-II.**

#### **Ficha técnica**

#### **Nombre**

Inventario de depresión de BECK II.

#### **Autor**

Aaron Beck, Robert Steer, Gregory Brown.

#### **Procedencia**

Estados Unidos de América.

#### **Año**

2009.

#### **Uso Clínico**

El BDI-II, es un instrumento que se utiliza para determinar la severidad de los síntomas depresivos, una vez que el paciente cuente con diagnóstico psiquiátrico, la utilización como instrumento diagnóstico es posible, siempre y cuando no se obvien otras comorbilidades psiquiátricas (Beck, Steer, y Brown, 2009).

#### **Tiempo de administración**

5 a 10 minutos.

### **Puntuación**

Las puntuaciones se basan en la asignación de la respuesta a una determinada alternativa, la cual oscila entre 0 a 3 puntos.

### **Interpretación**

La interpretación se da en base al siguiente esquema

Tabla 2

*Puntuaciones del BDI 2*

Puntuaciones totales	Rango
0-13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo

*Nota:* esta tabla muestra los rangos de severidad de los cuadros depresivos evaluados por el BDI 2.

### **Síntomas evaluados**

La escala evalúa un total de 21 síntomas:

- o Tristeza
- o Pesimismo
- o Fracaso
- o Pérdida de placer

- o Sentimiento de culpa
- o Sentimiento de castigo
- o Disconformidad con uno mismo
- o Autocrítica
- o Pensamientos o deseos suicidas
- o Llanto
- o Agitación
- o Pérdida de interés
- o Indecisión
- o Desvalorización
- o Pérdida de energía
- o Cambios en los hábitos de sueño
- o Irritabilidad
- o Cambios en el apetito
- o Dificultad de concentración
- o Cansancio o fatiga
- o Pérdida de interés en el sexo

### **Adaptaciones nacionales**

Con respecto a las propiedades psicométricas, el inventario se sometió a un análisis estadístico, para lo cual se utilizó una muestra de 400 personas, de edades entre 17 y 71 años, tales personas tienen la condición de usuarios en un centro de salud mental en la ciudad de Lima, las conclusiones indican que el inventario

presenta un alto nivel de validez y confiabilidad, así mismo se resaltó que el inventario tiende a evaluar solamente el constructo de depresión (Barreda, 2019).

Por otro lado en otro estudio de análisis dimensional, aplicado a una muestra mayor de población procedente de distintos departamentos del Perú, entre ellos Cajamarca, Lima, La libertad y Lambayeque, encontró que el inventario presenta dos dimensiones, y que es mejor utilizar la escala de forma unidimensional, que el punto de corte para determinar los casos de depresión es de 11, por ende guarda similitudes con los estudios normativos originales por ende es válido y confiable para la población peruana (Sanchez, Farfan, De la Fuente, y Chavez, 2022)

#### **2.4. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias, ASSIST.**

##### **A. Ficha técnica**

###### **Nombre**

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, ASSIST.

###### **Procedencia**

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

###### **Año**

2011

###### **Objetivo**

El cuestionario ASSIST, indica la puntuación de riesgo para cada sustancia evaluada

### **Sustancias que evalúa**

- o Tabaco
- o Alcohol
- o Cannabis
- o Cocaína
- o Estimulantes tipo anfetamina
- o Inhalantes
- o Benzodiacepinas
- o Alucinógenos
- o Opiáceos
- o Otras sustancias

### **Interpretación de las puntuaciones**

El cuestionario ASSIST, otorga un grado de riesgo a cada sustancia evaluada.

**Tabla 3**

*Puntajes de riesgo de acuerdo al ASSIST*

	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	27 +	27+

Nota: esta tabla muestra los rangos de severidad asociados al consumo de alcohol, medidos mediante el ASSIST

El riesgo bajo indica la baja probabilidad de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol o sustancias. El riesgo moderado indica una alta probabilidad de presentar problemas relacionados con el consumo de alcohol entre ellos problemas de índole físico u otro tipo. El riesgo alto indica la probabilidad elevada de desarrollar problemas de dependencia, con severas afectaciones en las áreas social, económico, legal, e interpersonales (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

### **3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

#### **3.1. OBSERVACIÓN Y EXAMEN MENTAL**

Paciente de 18 años, de contextura delgada no aparenta su edad cronológica, se le aprecia de menor edad, cabello corto de color negro, tez clara, tiende a encorvarse la mayor parte del tiempo de la entrevista, mirada gacha, solloza con facilidad y tiende al llanto fácil, utiliza ropa de tipo holgado, colabora con el proceso de entrevista y muestra disposición hacia el proceso terapéutico, con respecto a sus procesos de conciencia se encuentra lúcida y alerta hacia el entorno, adecuadamente orientada en espacio, lugar y persona; sus procesos de atención y concentración muestran algo de variabilidad en ocasiones se encuentra distraída; memoria a largo plazo está conservada, a mediano plazo se aprecian ciertos olvidos y la memoria inmediata y de trabajo muestra deficiencia debido a olvidos frecuentes; la percepción centrada en el cuerpo indica insatisfacción, aprecia una forma desproporcionada de su cuerpo, carece de alucinaciones, emocionalmente presenta la tendencia hacia la tristeza patológica la mayor parte del día, debido a

los recurrente y lo intenso, incluso quitándole las ganas de disfrute y placer por sus actividades cotidianas, por otro lado muestra episodios de ansiedad intensa, sobre todo asociado al acto de alimentación; afecto lábil dado que las respuestas emocionales tienden a ser desbordantes y fácilmente estimuladas; con respecto al proceso del lenguaje en su forma expresiva es claro y comprensible, en su forma comprensiva es capaz de entender cada una de las indicaciones brindadas; el pensamiento en relación al curso es dirigido hacia un objetivo, el contenido presenta ideación pesimista, autoculpatoria, ideación nuclear cuyo contenido es de imperfección/vergüenza, incompetencia, fracaso y auto sacrificio; así como ideación automática asociada a generalización, abstracción selectiva, etiquetaje y debería; conserva la capacidad de realizar cálculos numéricos, comprensión de textos, y habilidades ejecutivas; conserva la capacidad de juicio y discernimiento, denota finalmente una conciencia parcial de enfermedad.

**3.2. CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA ( EDI – 2)**

**A. Resultados cuantitativos del EDI 2**

**Tabla 4**

*Puntajes directos, percentiles y significación obtenida mediante el EDI-2*

ESCALA	PD.	PERCENTIL		SIGNIFICACIÓN
		Baremos de mujeres con TCA (Garner, 1998)	Baremos de mujeres peruanas (Guerrero, 2008)	
Obsesión por la delgadez	05	25	66	Relevante
Bulimia	03	62	87	Relevante
Insatisfacción corporal	09	36	78	Relevante
Ineficacia	07	43	90	Altamente Relevante
Perfeccionismo	11	84	81	Relevante
Desconfianza interpersonal	18	99	100	Altamente relevante
Conciencia Introceptiva	18	86	97	Altamente Relevante
Miedo a la madurez	05	45	31	Poco relevante
Ascetismo	01	12	16	Poco relevante
Impulsividad	06	58	73	Relevante
Inseguridad social	10	71	96	Altamente Relevante

**Nota:** Esta tabla muestra los resultados cuantitativos obtenidos mediante el EDI-2.

## **B. Resultados cualitativos del EDI 2**

De acuerdo con los resultados, se aprecian como indicadores altamente a las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia Introceptiva e inseguridad social, lo cual describe que el comportamiento de los síntomas asociados al TCA, en la paciente tienden a mostrar a una persona con notable disminución del sentido de valía personal, con auto concepto negativo de sí misma, y una evaluación deficiente del actuar, así mismo se evidencia una notable dificultad para establecer relaciones interpersonales, así mismo muestra temor y confusión por algunas sensaciones internas tanto emocionales como físicas, denotando temor al experimentarlas, finalmente la creencia que el entorno social le genera tensión, y la calificación de relaciones sociales insatisfactorias.

Entre los resultados, considerados como escalas relevantes, se aprecia la presencia de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo e impulsividad, el cual describe que la paciente muestra preocupación por el peso, dieta y el temor por subir de peso; así como pensamientos de descontrol sobre la ingesta de la comida, así como perturbación de la percepción de la imagen corporal, así como la expectativa alta de los demás hacia la paciente, finalmente cierta forma de reacción airada hacia el entorno.

**3.3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA  
INTERNACIONAL (MINI 6.0.0)**

**A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

**Resultados cuantitativos del MINI (depresión mayor)**

**Tabla 5**

*Ítems descriptivos del episodio depresivo mayor mediante el MINI 6.0.0*

ITEMS	DESCRIPCIÓN	PRESENCIA DE SINTOMA
A1.	Humor depresivo	Presente, diaria o casi diariamente, durante las dos últimas semanas.
A2.	Pérdida de interés	Presente, la mayor parte del tiempo, durante las dos últimas semanas.
A3.	Pérdida de peso	Presente, durante las dos últimas semanas.
	Dificultades para dormir	Presente, durante las dos últimas semanas.
	Inquietud	Presente, durante las dos últimas semanas.
	Fatiga	Presente, durante las dos últimas semanas.
	Culpabilidad	Presente, durante las dos últimas semanas.
	Concentración disminuida	Presente, durante las dos últimas semanas.
	Conducta suicida	Presente, durante las dos últimas semanas.
A4.	Dificultades en áreas de desenvolvimiento	Presente, durante las dos últimas semanas.
A5.	Recurrencia	No presente
A6.		01 solo episodio reconocible.

*Nota:* esta tabla muestra la presencia de síntomas en un típico cuadro depresivo, tipificados en el DSM IV

### Resultados cualitativos del MINI (depresión mayor)

La paciente cumple con los indicadores centrales de depresión, siendo la presencia de humor depresivo y la pérdida de interés en sus actividades, en periodo de dos semanas, persistiendo este estado durante casi todo el día. Así mismo se requiere de 5 o más síntomas de A3, de acuerdo con los referido por la paciente se aprecia que existe pérdida de peso, dificultades para dormir, inquietud, fatiga, culpabilidad, concentración disminuida, e ideación suicida sin contemplar un plan para hacerlo. Así mismo se evidencia la afectación en áreas de desenvolvimiento generalmente social, interpersonal y laboral. No cumple con el requisito de episodio recurrente.

### 3.4. ANOREXIA NERVIOSA

#### A. Resultados cuantitativos del MINI (Anorexia Nerviosa)

**Tabla 6**

*Ítems descriptivos de la anorexia nerviosa mediante el MINI 6.0.0*

ITEMS	DESCRIPCIÓN	PRESENCIA DE SINTOMA
L1.	Inadecuado IMC (índice de masa corporal)	IMC deficiente
L2.	Intento de no subir de peso	presente
L3.	Miedo intenso por subir de peso	Presente
L4.	Percepción de gordura	No presente
	Influencia del peso en la percepción de uno mismo	presente
	Consideración del peso actual como normal o excesivo	presente
L5.	Positivo a L4	Presente
L6.	Retraso menstrual por tres meses	Presente.

Nota: esta tabla muestra la presencia de síntomas típicos de la anorexia nerviosa, el cual está basado en el sistema de clasificación del DSM IV.

## **B. Resultados cualitativos del MINI (Anorexia nerviosa)**

De acuerdo con los síntomas evaluados, se aprecia que cumple con los indicadores indispensables de screening de L1 (en donde el peso es inferior a la talla, y presenta un IMC de 15.8 clasifica como bajo).

Cumple con los síntomas nucleares de L2 Y L3, en donde se aprecia intentos de no subir de peso, acompañado de miedo a engordar, considera a L4, que el peso influye en el autoconcepto de sí, así como la consideración que su peso actual es normal. Así mismo cumple con el criterio de L6 que describe la presencia de retraso menstrual por lo menos por un periodo de tres meses.

### **3.5. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)**

#### **A. Resultados cuantitativos del BDI-2**

**Tabla 7**

*Resultados del BDI-2*

PUNTUACIÓN TOTAL	SEVERIDAD
43	Severo

Nota: esta tabla muestra los resultados de la paciente, siendo estos evaluados mediante el BDI-2.

#### **B. Resultados cualitativos del BDI-2**

Los resultados generales indican una depresión de intensidad severa, el comportamiento de los síntomas depresivos indican que, existe una tristeza la

mayor parte del día, la ideación de pesimismo con respecto al futuro es recurrente, se considera asimismo en términos de fracaso, experimenta escasa sensación de placer por sus actividades, los sentimientos de culpa asociados a varias experiencias, siente decepción sobre sí misma, tiende a autocriticarse de forma muy severa, contempla en cierta medida la idea de muerte, percibe que el llanto es frecuente, siente que la inquietud interna es algo cotidiano, así mismo la pérdida de interés y sobre todo por recuperarlo se hace complicado, le cuesta mucho tomar decisiones, así mismo la consideración de sí misma tiende a la desvalorización, percibe una disminución considerable de la energía, denoto episodios de hipersomnia, se muestra más irritable de lo usual, el apetito es disminuido y hasta con episodios de ninguna ingesta, la capacidad de concentrarse se vio alterada, nota un cansancio extremo que le perjudica el inicio y mantenimiento de sus actividades, finalmente refiere poco interés por actividades de tipo sexual.

### **3.6. PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS (ASSIST)**

#### **A. Resultados cuantitativos del ASSIST**

**Tabla 8**

*Resultados de la paciente mediante la prueba del ASSIST*

SUSTANCIA	PUNTUACIÓN	NIVEL DE RIESGO	
TABACO	22, moderado	0-3	Bajo
		4-26	Moderado
		27-+	alto

Nota: Esta tabla muestra los resultados que la paciente obtuvo mediante la aplicación de la prueba del ASSIST

## **B. Resultados cualitativos del ASSIST**

La sustancia evaluada es el consumo de tabaco, se aprecia el siguiente patrón de consumo, en los últimos tres meses se aprecia un consumo de 2- 3 veces por semana, sintió deseos intensos de fumar de entre 2-3 veces, no aprecio consecuencias mayores en sus áreas legal, social, familiar; no dejo de hacer actividad alguna por dedicarse a consumir, algunos amigos han mostrado preocupación por su forma de fumar, intentó eliminar el consumo de tabaco pero sin resultados significativos.

## CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN

### 1. ÁREAS PROBLEMÁTICAS

**Tabla 9**

*Áreas problemáticas sensibles al tratamiento*

ÁREAS PROBLEMÁTICAS	CONSECUENCIAS SOBRE EL TCA	CONSECUENCIAS SOBRE LA DEPRESIÓN	CONSECUENCIAS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO
Área cognitiva	X	X	X
Área emocional-afectiva	X	X	X
Área familiar	X	X	
Área interpersonal	X	X	X
Área física	X	X	X
Área de hábitos	X	X	X
Área productiva	X	X	

*Nota:* esta tabla muestra las 07 áreas problemáticas, que luego son motivo de intervención psicoterapéutica.

### 2. NIVELES DE INTERVENCIÓN

Las variables se priorizan mediante el siguiente orden, así mismo se encuentra demarcada en un sistema terapéutico.

**Tabla 10***Áreas problemáticas a intervenir y la prioridad de intervención*

PRIORIDAD	ÁREAS	SISTEMA TERAPÉUTICO	JUSTIFICACIÓN
I	EMOCIONAL-AFECTIVO	Se centra en el modelo cognitivo conductual, con énfasis en tareas conductuales, exposiciones graduales, y principios de la terapia interpersonal.	Clínicamente se considera que es importante empezar con los síntomas depresivos, dado que puede condicionar el resultado de la terapia para el TCA (Barlow, 2014).
II	HÁBITOS	Intervención breve para el consumo de tabaco, sistema transdiagnóstico de Fairburn, para la recuperación del hábito alimenticio.	Los procesos de intoxicación pueden hacer difícil la utilización de técnicas cognitivas conductuales, por ello el abordaje es también prioritario (Barlow, 2014).
III	FISICA	Se enfoca en el modelo cognitivo y el sistema transdiagnóstico de Fairburn.	En una primera etapa es bueno abordar los pensamientos asociados al peso e introducir un patrón de alimentación saludable. (Barlow, 2014)
IV	COGNITIVA	Se enfoca en el modelo cognitivo y el sistema transdiagnóstico de Fairburn.	Posteriormente se aborda los síntomas nucleares, las cuales tienen una alta manifestación cognitiva, evaluando a la progresos y dificultades, reformulando si fuera necesario (Barlow, 2014)
V	FAMILIAR	Se enfoca en el modelo cognitivo y el sistema transdiagnóstico de Fairburn, con énfasis en la parte de prevención de recaídas.	Esta etapa tiene dos objetivos, la primera de mantener los cambios a largo plazo y prevenir futuras recaídas (Barlow, 2014).
VI	INTERPERSONAL		
VII	PRODUCTIVA		

**Nota:** esta tabla muestra las áreas priorizadas en la intervención psicoterapéutica, así mismo el sistema terapéutico que lo sustenta y la justificación por medio del cual se priorizan las intervenciones.

### 3. TRATAMIENTO Y TECNICAS DE INTERVENCION

**Tabla 11**

*Objetivos y técnicas de intervención*

ÁREAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS	SESIONES
I. EMOCIONAL-AFECTIVO	Disminuir el grado de ansiedad, depresión e impulsividad e incrementar experiencias emocionales de tranquilidad, alegría y sensación de control.	C. Relajación progresiva de Jacobson. D. Programación de actividades de dominio y placer. E. Técnicas de regulación emocional. F. Entrevista motivacional	1-4
II. HÁBITOS	Incorporar rutinas de hábitos saludables con énfasis en la alimentación, sueño y actividades de recreación alternativas al consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rutina de dieta alimenticia, incluye interconsulta a nutricionista, para dieta hipercalórico.</li> <li>● Rutina de higiene de sueño, incluye psicofarmacología.</li> <li>● Intervención breve para el consumo de sustancias, incluye entrevista motivacional y actividades alternativas.</li> </ul>	5-10
III. FISICA	Brindar estrategias que promuevan el incremento del peso corporal, así mismo disminuir los síntomas físicos de inapetencia, desorden de sueño, fatiga, autolesiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rutina de alimentación +Auto monitoreo de peso corporal.</li> <li>● Lista de actividades agradables + auto monitoreo de actividades agradables.</li> <li>● Relajación progresiva de Jacobson + Auto monitoreo de sensaciones internas (sueño, tensión)</li> </ul>	11-15

ÁREAS	OBJETIVOS	TÉCNICAS	SESIONES
IV. COGNITIVA	Abordar sobre las cogniciones poco funcionales, debatirlas y modificarlas por otras mayormente adaptativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Esquema básico ABC (Situación, emoción, conducta).</li> <li>● Ficha de distorsiones cognitivas asociadas a TCA, DEPRESIÓN Y CONSUMO DE TABACO.</li> <li>● Reestructuración cognitiva + terapia de exposición.</li> </ul>	16-18
V. FAMILIAR	Mejorar el funcionamiento familiar, facilitando estrategias de implicación, compromiso y comunicación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducación familiar + estrategia de prevención de recaídas</li> </ul>	19-20
VI. INTERPERSONAL	Disminuir la ansiedad por el contacto social, así como el aislamiento, tratando de conectar con el círculo de amistades y brindando estrategias de afrontamiento social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Habilidades sociales + estrategia de prevención de recaídas.</li> </ul>	20-22
VII. PRODUCTIVA	Incentivar al descubrimiento de un perfil vocacional y brindar opciones de desenvolvimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientación vocacional + estrategia de prevención de recaídas</li> </ul>	23-25

Nota: esta tabla muestra los objetivos terapéuticos de cada área priorizada, técnicas psicoterapéuticas específicas , así como la cantidad de sesiones propuestas

## DISCUSIÓN

El estudio encontró variables altamente relevantes en la evaluación de la paciente, entre ellas a la ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, inseguridad social, los cuales engloban a síntomas internalizantes así como externalizantes; ciertos estudios de naturaleza relevante indican que la ineficacia como tal, interpretada como una disminución de la autoeficacia y la capacidad de hacerle frente a situaciones problemáticas lo consideran como un indicador de mantenimiento y perpetuidad del TCA, debido a que representa un síntoma que aparece debido a características perfeccionistas del paciente y al estar relacionado con síntomas depresivos fomentan la perpetuidad del trastorno (Laporta y Delgado, 2020); los estudios que permiten desenmascarar la etiología de los problemas de conducta alimentaria, revelan que ciertos mecanismos internalizantes tienen una alta carga de evidencia que explica el origen de los TCA, entre ellos se incluyen a la ineficacia y la pobre conciencia Introceptiva (Villalobos, 2019); por otro lado la relevancia de indicadores externalizantes radica en el hecho que representan en sí mismos a variables mediadoras entre una estructura social que percibe a las mujeres en función a la apariencia y la psicopatología alimentaria entre ellas se encuentran a la vergüenza del cuerpo, ansiedad por la apariencia y la comparación con los demás (Del Rosal, 2022); dicho esto significa que los síntomas internalizantes deben de ser tomados como factores etiológicos, de mantenimiento y los factores externalizantes han de ser tomados como mediadores, por ende los resultados tienden a ser coherentes con los estudios mencionados, dada la complejidad del trastorno en mención.

La Obsesión por la delgadez es un síntoma considerado nuclear en la psicopatología de la conducta alimentaria (Belloch, Sandin, y Ramos, 2020), en el presente estudio de caso se evidenció, que muestra una red compleja de formación y manifestación del síntoma, encontramos que este aspecto guarda relación con una reacción emocional negativa de temor y angustia por engordar o subir de peso, se puede apreciar que el contenido de dicho síntoma tiene mucho que ver con una interacción social así de negativa, traducida en términos de “burla”, en relación al aspecto y peso de la persona, así como una red compleja de cogniciones relacionados a evitar/restringir la dieta alimenticia, así como una influencia social de acorde a la edad que brinda mensajes específicos a favor de una “delgadez”; dichos hallazgos fueron también encontrados en un estudio comparativo en España, en donde mediante métodos de regresión lineal encontraron que el modelo que explicaría la obsesión por la delgadez estaba conformado por los factores de perfeccionismo, satisfacción corporal negativa, presión social generado desde el grupo familiar, mensaje directo e indirecto de los medios de comunicación y el funcionamiento sociocultural próximo (Escandon y Genesis, 2021). Ello implica que la variable de obsesión por la delgadez como síntoma representa una red compleja de formación que va desde el ámbito personal en forma de sistema de cogniciones, social y hasta familiar, este dato permite enfocar cualquier intervención desde una óptica de macrosistema.

La categoría Bulimia de la escala no implica necesariamente la presencia de este grupo específico en la persona, sino que implica un funcionamiento ciertamente inadecuado de la conducta alimentaria en forma de incontrolabilidad de la ingesta alimenticia; esto viene corroborado por un enfoque transdiagnóstico

que con respecto a los TCA, revela que entre estos se aprecian una comorbilidad excesiva, cobertura poco funcional, migración de categorías diagnósticas, categorías de índole residual y falsos positivos y negativos según corresponda, así mismo el modelo indica transdiagnóstico indica también que existen ciertos mecanismos psicológicos considerado comunes en los problemas de conducta alimentaria entre ellos, la ya mencionada incontrolabilidad, afecto negativo y la desregulación emocional (Hernandez y Contreras, 2020). Lo mencionado anteriormente indicaría que a partir de un modelo considerado transdiagnóstico, ciertas etiquetas psiquiátricas carecerán del aspecto de absolutismo y especificidad, debido a que cuadros psicopatológicos por contar con elementos internos comunes, pueden permitir de acuerdo a la exposición a estresores una migración diagnóstica, sin que esto implique necesariamente un error en los procesos de diagnosis.

Los síntomas de Insatisfacción corporal y Perfeccionismo son relevantes a la hora de tipificar un cuadro de trastorno de conducta alimentaria TCA, es así que ciertos estudios consideran a la insatisfacción corporal como factor de riesgo en el desarrollo de conducta alimentarias disfuncionales (Ramirez, 2017), y un indicador predictivo de insatisfacción corporal estaría definido por el IMC corporal considerado como bajo (Torres y Torres, 2021), en cambio el perfeccionismo representaría a una categoría más profunda inclusive asociada a un rasgo de personalidad dado que implica una tendencia a ver las situaciones desde un punto de vista autoexigente (Garner, 1998), y esto se corrobora en algunos estudios en donde personas con elevados indicadores de perfeccionismo muestran puntajes así de elevados en insatisfacción corporal, baja autoestima y

tendencia a episodios depresivos (Laporta y Delgado, 2020). Lo cual puede significar que en consonancia con la terapia de esquemas existen ciertos mecanismos internos estables, duraderos y que actúan como patrones de comportamiento, considerados como personalidad que estructuran mecanismos mucho más superficiales (Young, Klosko, y Weishaar, 2015), en relación con el TCA, el rasgo de personalidad considerado como perfeccionismo o la tendencia a mostrar autoexigencia, autocrítica severa, deseo de alcanzar niveles altos de logro, podría ser un rasgo que mantienen y perpetua los TCA, mediante una cognición de satisfacción corporal inadecuada, un estado de ánimo negativo y una pobre capacidad de autoeficacia traducida en baja autoestima.

El indicador de impulsividad en el TCA, implica la dificultad para la autorregulación de las emociones, impulsos y actos que reflejan incontrolabilidad (Garner, 1998), la prevalencia de impulsividad es ciertamente notoria en los grupos con TCA, tanto en su forma cognitiva, así como motora, dado su manifestación frecuente ha de ser considerada como un factor recurrente en la aparición de los TCA (Behar y Pomareda, 2021); la presencia del mencionado síntoma de impulsividad se recalca con el estudio mencionado; lo mismo quedó demostrado mediante la revisión de literatura, denotando la relación significativa entre impulsividad y síntomas de TCA, por ende este factor podría estar actuando como un factor de aparición y mantenimiento dado que cumpliría la función de variable predisponente.

Los estudios de comorbilidad sobre episodios depresivos y TCA, han sido recurrentes; los estudios muestran resultados explicativos distintos algunos defienden al episodio depresivo como un factor predisponente-riesgo a desarrollar

TCA (Mercado y Yadel, 2020); evidenciado también como forma general en donde la presencia de trastornos afectivos demostró ser un factor de alto riesgo para desarrollar TCA (Restrepo, 2017), Algo similar se observa cuando mencionamos que los grupos que reciben tratamiento por TCA, tienden a presentar mayor sintomatología internalizantes (ansiedad y depresión) (Osorio, 2019); al parecer los estudios de riesgo tienden a demostrar el papel preponderante de los factores interiorizantes en el desarrollo del TCA; por ende en este estudio se corrobora que ciertos eventos de interacción negativa, permiten el inicio de un cuadro depresivo, acrecentando la vulnerabilidad para el desarrollo, mantenimiento y/o activación de los esquemas asociados al TCA, tales como temor por engordar y marcada tendencia por la restricción de la ingesta alimenticia.

En el presente estudio, el consumo de tabaco ciertamente representa un riesgo personal, y actúa como regulador de estados emocionales intensos, asociados a ansiedad y ganar motivación, al parecer cumpliría la función moduladora de intensidad en la manifestación de episodios afectivos y ayudaría a manejar ciertas consecuencias emocionales derivadas de la restricción alimenticia; estos resultados fueron corroborados al tratar de correlacionar el consumo de tabaco y los síntomas de TCA, revelando que juega un rol importante en el manejo de la impulsividad y la restricción alimenticia (Castro y Castro, 2017). Al parecer el consumo de tabaco puede ser tomado como una variable que refuerza negativamente los síntomas de TCA, evitando ciertas consecuencias emocionales negativas como ansiedad o impulsividad, el manejo regulado de la ansiedad e impulsividad estaría representado por la capacidad de pensar con claridad.

En relación al proceso terapéutico, se busca inicialmente disminuir la sintomatología afectiva, se obtuvo una puntuación inicial considerada como de intensidad severa, dado que esta sintomatología puede ser un factor condicionante del problema en lo que respecta al resto del tratamiento, se aborda en primer lugar, mediante técnicas netamente conductuales que buscan incrementar el refuerzo positivo y emociones positivas; los procedimientos mencionados también fueron utilizados en un estudio de caso en donde se partió de un estudio de caso único con puntuación de BDI-II considerada como grave, en donde se utilizan métodos psicoeducativos, motivación al cambio, técnicas conductuales y de exposición, con el objeto de regular las emociones con respecto al aspecto físico, sirviendo de preámbulo para el abordaje cognitivo (Begoña, 2018). Por ende es importante recalcar la comorbilidad con el episodio depresivo, la disminución de síntomas en sí estaría relacionado con un adecuado nivel de refuerzo positivo acompañado de motivación al cambio y exposición a situaciones consideradas estresantes, como primera etapa de intervención estaría dentro del proceso de encuadre de síntomas y adherencia, el cual de por sí demuestra que actúa directamente sobre la disminución de síntomas afectivos negativos.

Incorporar rutinas, incremento del peso corporal, son áreas que son consideradas en planes de tratamiento que finalmente resultaron eficaces, las rutinas de hábitos saludables, han de ser consideradas dentro de las técnicas conductuales, el incremento del peso corporal involucra un proceso de exposición de acciones con alto contenido ansioso, enmarcado dentro de jerarquías de exposición de aspectos corporales como el pesarse, o reaccionar adecuadamente a las sensaciones de saciedad y hambre, las cuales han de considerarse como un

etapa importante considerada como de adherencia que en cierta forma permite establecer un pronóstico sobre el caso (Begoña, 2018), la presencia de estos factores al estar incluidos dentro del programa mencionado, abordan aspectos resaltantes de compromiso al cambio, al tener connotación práctica y siendo los beneficios fácilmente observables y traducidos en bienestar, con el transcurrir del tratamiento se evidencia que el haber colocado estrategias conductuales al inicio del tratamiento favorece la adherencia y crea entornos que favorecen el refuerzo positivo.

La incorporación de etapas iniciales de hábitos adecuados, mejora del aspecto físico y la disminución de síntomas emocionales negativos, como en el esquema propuesto; guarda coherencia con los objetivos terapéuticos de: una educación alimentaria adecuada, estabilidad ponderal revisada mediante el IMC, trabajar estados de vinculación que generan emociones de alto contenido negativo, evidenciados en el tratamiento del TCA (Montero, 2021). En el proceso terapéutico se demostró la relevancia de estos aspectos como indicador de pronóstico y de adherencia, dada su alta carga emocional y compromiso. Los resultados son ciertamente coherentes tanto en el aspecto de adherencia como en la disminución de síntomas emocionales negativos; se aprecia que el contexto podría ser un elemento importante a la hora de considerar la efectividad de uno u otro tratamiento, dado que el aspecto institucionalizado permite un mayor control sobre el paciente, desde todo punto de vista incluido el del equipo multidisciplinario, en el caso del presente estudio se basó en recomendaciones hechas por interconsulta de nutricionista, y mediante la programación de ingesta mediante un registro diario de ingesta, dicho proceso es reforzado por algunos

familiares, que inicialmente fueron algo reacios a la intervención; por ende es importante resaltar la importancia de la inclusión temprana de hábitos y mejora del aspecto físico, pero por otro lado al ser un problema complejo, demanda el compromiso conjunto de quienes lo rodean, tratándose de una consulta ambulatoria.

El aspecto cognitivo en la intervención casi siempre, es incorporada en etapas intermedias de la intervención, o hasta finales, se presentan posteriores a la incorporación de habilidades de gestión emocional, disminución de síntomas emocionales, los componentes cognitivos son abordados mediante estrategias de reestructuración cognitiva, debate de evidencias, utilidad y gravedad, así como pruebas de realidad (Gomez, 2022), en otros estudios se abordan creencias sobre el cuerpo y la comida (Begoña, 2018), así como distorsiones cognitivas asociadas a la imagen corporal y a la forma de alimentarse, así como la ideación sobre sí mismo y el diálogo interno (Montero, 2021), en nuestro caso introducimos el esquema básico ABC, con el fin de generalizar el aprendizaje a diferentes distorsiones cognitivas, asociadas a la alimentación, aspecto corporal, delgadez y problemas asociados a elementos depresógenos así como el consumo de tabaco. En si existe coherencia y los resultados obtenidos indican en cierta medida que el aprendizaje de habilidades de cambio de pensamiento basado en experimentos reales, facilitan la reestructuración cognitiva.

El mejorar el funcionamiento familiar a pesar del peso biográfico, que puede explicar el origen de mucha de la sintomatología del TCA, se aborda en etapas finales de la intervención, tal como se demuestra en algunos estudios, que actúa inclusive como factor de prevención de recaídas (Begoña, 2018), o como

aspecto coadyuvante que ayuda en la motivación al cambio, compromiso del paciente y apoyo terapéutico (Gomez, 2022). La intervención familiar en nuestro caso cumple ambas funciones tanto de factor de prevención de recaída debido a que mucho de los eventos estresores provienen de mensajes dados por la familia, así mismo la minimización de síntomas proviene de la familia, por ende la psicoeducación implica un involucramiento importante del núcleo familiar, esto se logró mediante la implicación multidisciplinaria de los profesionales sobre la familia, siendo el enfoque comunitario cada profesional interviene desde la óptica de su ciencia, en el caso concreto, se abordó temas de psicoeducación desde la adherencia al tratamiento tanto médico, apoyo social, desactivación de invalidación del entorno, seguimiento oportuno de la familia e información real y consistente sobre la patología que presenta la paciente, en el proceso se notó que la vinculación positiva con la paciente se traduce en una mejor adherencia y progresión de objetivos de tratamiento, debido en buena parte a que el entorno cambia de perspectiva, en la mente de la paciente, al considerarlo como amenaza inicialmente a considerarlo en términos afectivos, como las personas que siempre estarán para ella.

El componente social, en los planes de intervención revisados actúan como forma de entrenamiento en habilidades sociales, al tolerar críticas provenientes del entorno social (Montero, 2021); o como búsqueda de apoyo extrafamiliar (Gomez, 2022); nuestro estudio es parcialmente coherente con las intervenciones expuestas dado que lo consideramos un aspecto importante en lo que respecta a la prevención de recaídas así como una fuente para ejercitar ciertas habilidades sociales como forma de afrontamiento, nuestros resultados avalan que el aprender

habilidades sociales permiten una mejor regulación emocional y afrontamiento del estrés, así mismo permite reestructurar algunas ideas que funcionan como refuerzo negativo.

Creemos que toda intervención debe de traducirse necesariamente en las áreas de funcionamiento cotidiano de la paciente, en donde la conexión a diferentes aspectos de su vida es más que trascendente, lo cual no lo demuestra en el plan de tratamiento de Montero (2021), el cual finaliza con la gestión de las emociones, o el estudio de Begoña (2018), el cual finaliza con la prevención de recaídas enfocado en el ámbito familiar, encontramos sin embargo al estudio de (Gomez, 2022), quien incorpora en su estructura a procedimientos de terapia ocupacional claramente indicando la importancia de un plan de vida, e incluso se utilizaron procedimientos de terapia de tercera generación, teniendo como métrica de efectividad, el incremento de actividades cotidianas en consonancia con sus valores personales (ocio, trabajo, estudios, etc.) (Casanova y Cabañas, 2018), por ende nuestro estudio al involucrar este componente y al apreciar el compromiso de sí misma, nuestra paciente muestra disminución de la evitatividad hacia actividades cotidianas e incluso académicas y laborales.

## CONCLUSIONES

- Considerando a los resultados obtenidos, se aprecia con respecto a los TCA, que los síntomas internalizantes como la ineficacia y la conciencia Introceptiva, son variables que se encuentran en otros estudios cuya muestra considera a pacientes con TCA, estas variables son consideradas como factores de origen y de mantenimiento; por otro lado las variables como inseguridad social y desconfianza interpersonal son consideradas como factores externos que cumplen una función mediadora dentro de los TCA.
- En términos de psicopatología nuclear, se corrobora que la obsesión por la delgadez es una sintomatología compleja que conlleva elementos cognitivos y conductuales, tales como ansiedad o temor por engordar, ideación asociada al proceso de restricción alimenticia, autopercepción distorsionada, los cuales son reforzadas por importantes refuerzos de tipo social y hasta familiar
- Ciertos factores pueden ser considerados como predisponentes dentro del espectro del TCA, entre ellos la insatisfacción corporal , perfeccionismo y la impulsividad, que hasta cierto punto la investigación demuestra que son característica de personalidad de individuos con problemas de en la conducta alimentaria, los cuales se traducirían en un patrón de conducta autoexigente con respecto a la imagen corporal.

- En el estudio en mención, se apreció la importante comorbilidad del TCA con otras condiciones psicopatológicas, generalmente de tipo internalizante afectiva, como la depresión; los estudios avalan la idea que en muchos de los casos el trastorno afectivo antecede al TCA, y actúa como factor activante de variables de vulnerabilidad del TCA, específicamente el temor a engordar y la inapetencia traducida luego en restricción alimenticia.
- La comorbilidad con las sustancias psicoactivas , generalmente son adquiridas una vez instaurada el TCA, junto con un profundo malestar emocional-afectivo, siendo la sustancia consumida un refuerzo negativo, que permite regular disfuncionalmente las consecuencias emocionales derivadas por la restricción alimenticia y el temor a engordar.
- Se corrobora desde el enfoque transdiagnóstico, y la evidencia que el proceso de intervención terapéutico, en casos de TCA con comorbilidad de trastornos afectivos, ha de iniciar con el abordaje de la sintomatología afectiva, en el caso en mención al producir una disminución del episodio depresivo moderado (F321), se logra una mejor adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad y se fortalece el proceso de cambio, por lo vasto del refuerzo positivo; así mismo prepara al usuario a una intervención con un enfoque más cognitivo, dado el dominio conductual de esta primera parte.
- La incorporación posterior de rutinas de hábitos alimenticios, cumple una función importante en el proceso de adherencia al tratamiento, es más funge como factor de predicción sobre el proceso de recuperación, debido

a su alta carga conductual el sujeto establece hábitos con respecto a su problema, siendo los primeros indicios de cambio cognitivo, los cuales son generados por la práctica de hábitos de tipo antagónico con respecto a la restricción alimentaria.

- Los procesos de cambio cognitivo, son incorporados formalmente luego de la estructuración de hábitos alimenticios, se demostró que mucha de las ideas funcionales se obtuvieron luego de la exposición hacia situaciones consideradas estresantes para la usuaria como (ingesta de alimentos saludables, dieta hipercalórico, control de peso regular, rutina de ingesta), siendo técnicamente abordadas mediante técnicas de reestructuración cognitiva.
- Las intervenciones del entorno inmediato, como el aspecto familiar y social son considerados como importantes elementos que apoyan a la prevención de recaídas, debido a que muchos de los mensajes provenientes de estos factores, actúan como antecedentes y refuerzos en algunas circunstancias, por ello actuar sobre el entorno demostró lo importante en el proceso de mantenimiento del cambio, esto no debe considerarse como una evitación de la estimulación del entorno , sino como un habilidad adecuada y funcional de afrontamiento hacia los estímulos estresores.
- El componente terapéutico de proyecto de vida, involucra la puesta en práctica del proceso terapéutico, en aras de lograr una adecuada conexión con las necesidades internas y la demanda del ambiente, el estudio reveló que este aspecto permite quitar progresivamente la etiqueta de disfuncionalidad asociada al TCA, así como el compromiso y

mantenimiento del proceso de cambio, el cual es avalado por estudios en donde la inclusión de este componente es primordial dado que representa la evidencia de un trabajo terapéutico previo.

## RECOMENDACIONES

- Considerando el estudio de caso realizado, se sugiere que los casos diagnosticados por algún trastorno de conducta alimentaria, sean evaluados desde la perspectiva de la comorbilidad, esencialmente trastornos afectivos, del estado de ánimo y consumo de sustancias.
- Considerar que los problemas de conducta alimentaria muchas veces son el diagnóstico primario y los trastornos afectivos promueven su mantenimiento y modulación.
- La discapacidad que acarrea la presencia de un trastorno de conducta alimentaria junto con cuadros depresivos, es ciertamente preocupante dado que afecta a áreas vitales del ser humano como la alimentación, sueño y productividad.
- A nivel macro se sugiere puntualizar en población adolescente y adulta joven la evaluación periódica de hábitos alimenticios, trastornos depresivos.
- Los resultados positivos a un consumo de sustancias en el género femenino, puede involucrar que este consumo enmascara problemas mayores o hasta sirve de modulador.
- Para mejorar la adherencia al tratamiento, es necesario trabajar mediante la estrategia de la psicoeducación desde la óptica de cada especialidad, tanto en el seguimiento farmacológico, familiar, social, interpersonal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, N. (2019). *Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa 2019*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Alacaraz, M. (2017). Comparación social de la apariencia en contexto del ejercicio físico como variable predictora de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos. *Cuadernos del profesorado*, 80-89.
- Alba, M., y Moraleda, J. (2021). Modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 51-72.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5* (Quinta ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- Ames, A. (2022). *Autoestima y desarrollo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes y adultos jóvenes*. Lima: Universidad de Lima.
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*. Arlington: Médica Panamericana.
- Barlow, D. (2014). *Manual clínico de trastornos psicológicos, tratamiento paso a paso*. New York: Manual Moderno.
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II) en una Muestra Clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 39-51.
- Beck, A., Rush, E., Brian, S., y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Desclée de Brower.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2009). *Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. México: Paidós.
- Begoña, A. (2018). Intervención psicológica de un trastorno de conducta alimentaria abordado desde la terapia cognitivo conductual: presentación de un caso de anorexia nerviosa. *Revista Información Psicológica*, 79-94.

- Behar, R., y Pomareda, R. (2021). Impulsividad y asertividad en mujeres con trastorno de conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 102-112.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España.
- Bermudez, V., Chacon, A., y Rojas, M. (2021). Actualización en Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), 1-10.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V., Gualberto, B., y Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: SIGLO XXI.
- Cardozo, S. (2019). *Frecuencia de trastornos alimenticios y factores asociados en estudiantes de la facultad de medicina de una universidad lambayecana*. Lambayeque: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Casanova, I., y Cabañas, V. (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 85-117.
- Castro, J., y Castro, S. (2017). Consumo de tabaco en población escolarizada y su relación con trastornos de conducta alimentaria. *Revista Scielo*, 41-50.
- Centro Nacional de Epidemiología. (2022). *Vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela 2016-2022*. Lima: MINSA.
- Del Rosal, M. (2022). *Autocosificación y problemas de conducta alimentaria en mujeres: una revisión sistemática*. Granada: Universidad de Granada.
- DEVIDA. (2012). *Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Lima: DEVIDA.
- DEVIDA. (2022). *Prevención de drogodependencias y otros riesgos sociales en la atención primaria de salud*. Lima: Devida.
- Encinas, M., y Moraleda, A. (2021). Modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista de Psicología Conductual*, 51-72.
- ENDES. (2021). *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2021, nacional y departamental*. Lima: INEI.

- Escandon, N., y Genesis, G. (2021). Obsesión por la delgadez y la musculatura en mujeres, un estudio transcultural : comparación entre Chile y España. *Revista Scielo*, 669-677.
- Espeleta, L., y Toro, J. (2014). *Psicopatología del Desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Fairburn, C. (2013). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- Fernandez, L. (2022). *Anorexia nerviosa y bioética: un estudio con profesionales de la salud mental sobre el internamiento involuntario y capacidad del paciente para la toma de decisiones de tratamiento*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Flores, M., y Blanco, M. (2020). Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Revista Scielo*, 125-132.
- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de conducta alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gomez, V. (2022). *Tratamiento de la anorexia nerviosa en hospital de día*. Madrid: Universidad Europea Madrid.
- Gonzales, G., y Gonzales, B. (2017). Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria en la comunidad de Cantabria. *Médica Valdecilla*, 14-20.
- Guerrero, D. (2008). *Adaptación de inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hernandez, L. (2021). *Estilos de crianza e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa en Lima metropolitana*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Hernandez, L., y Contreras, A. (2020). ¿categorías o dimensiones? hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 232-245.
- Huete, M. (2022). Trastorno de conducta alimentaria durante la pandemia del SARS-COV-2. *Revista de Neuropsiquiatría*, 85(1), 66-71.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay 2010*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.

- Laporta, I., y Delgado, M. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 97-107.
- Mendez, X., Espada, P., y Orgiles, M. (2018). *Terapia psicológica con niños y adolescentes, estudio de casos clínicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mercado, M., y Yadel, L. (2020). *relación entre síntomas interiorizados y riesgo de trastorno de conducta alimentaria*. Colombia: Corporación Universitaria del Caribe.
- MINSA. (2006). *Orientaciones para la atención integral del adolescente en el primer nivel de atención*. Lima: MINSA.
- Montero, M. (2021). *Tratamiento en hospital de día de un caso de anorexia nerviosa restrictiva*. Madrid: Universidad Europea Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*. Madrid: Médica Panamericana.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *La prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, M. (2019). *Psicopatología Clínica adaptada al DSM 5*. Madrid: Pirámide.
- Osorio, C. (2019). *Síntomas de orden emocional y/o conductual en pacientes adolescentes que consultan a un programa de trastornos de conducta alimentaria*. Colombia: Universidad del Bosque.
- Papalia, D., y Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Perpiña, C. (2012). *Manual de la Entrevista Psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Ponce, C., Keny, T., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J., y Alvaro, T. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana Salud Pública*, 43(4), 551-561.
- Ramirez, M. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal-adolescentes mujeres-IE*. San José de Sucre. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Ramos, C. (2020). Red de síntomas psicopatológicos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad, y estrés postraumático en adultos peruanos en cuarentena por covid 19. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-12.

- Restrepo, G. (2017). Prevalencia y factores asociados a conductas de riesgo alimentario en población indígena de Colombia. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 113-122.
- Sadock, B., y Ahmad, S. (2018). *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sadock, J., Sadock, A., y Ruiz, P. (2018). *Manual de Psiquiatría Clínica*. Philadelphia: Wolters Kluber.
- Sanchez, A., Farfan, E., De la Fuente, V., y Chavez, D. (2022). Estructura Factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología* , 158-170.
- Sheehan, D., y Lecrubier, Y. (2010). *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 6.0.0*. Tampa: Mapi Institute.
- Torres, E., y Torres, F. (2021). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria. *Revista Innova Educación*, 349-359.
- UNODC. (2016). *III estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016*. Lima: UNODC.
- Vilca, D. (2018). *Trastorno de la conducta alimentaria , prevalencia y características clínicas en adolescentes del centro preuniversitario una puno*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano.
- Villalobos, L. (2019). *Papel de la interocepción en la anorexia*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Young, J., Klosko, J., y Weishaar, M. (2015). *Terapia de Esquemas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

## ANEXOS

## PROTOCOLO DE INSTRUMENTOS

### 1. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, EDI 2



NOMBRE

CENTRO

FECHA     
DIA MES AÑO

EDAD   SEXO

ESTATURA (CENTIMETROS)

PESO (KILOGRAMOS)

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

RODEE LA OPCION ELEGIDA. EJEMPLO

1
2
3
**4**
5

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

# EDI2

## HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

NOMBRE   
CENTRO

FECHA  -  -   
DIA MES AÑO

EDAD  SEXO

ESTATURA (CENTIMETROS)

PESO (KILOGRAMOS)

SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA VARIABLE Y ANOTE EL TOTAL EN LAS CASILLAS DE ABAJO.  
DESPUES CONSULTE LOS BAREMOS PARA OBTENER LAS PUNTUACIONES TRANSFORMADAS.

DT	3 2 1		I		1 2 3	IA		1 2 3	SI	3 2 1	
BD		1 2 3	DT		1 2 3	MF		1 2 3	IR		1 2 3
MF		1 2 3	IA	3 2 1		DT		1 2 3	A	3 2 1	
B		1 2 3	I		1 2 3	I	3 2 1		IR		1 2 3
B		1 2 3	B		1 2 3	IA		1 2 3	SI	3 2 1	
MF		1 2 3	P		1 2 3	P		1 2 3	IR		1 2 3
DT		1 2 3	ID	3 2 1		B		1 2 3	A		1 2 3
A		1 2 3	BD	3 2 1		ID		1 2 3	SI	3 2 1	
BD		1 2 3	DT		1 2 3	BD	3 2 1		IR		1 2 3
I		1 2 3	IA		1 2 3	I		1 2 3	A		1 2 3
DT		1 2 3	ID		1 2 3	ID	3 2 1		IR		1 2 3
BD	3 2 1		MF		1 2 3	MF	3 2 1		SI	3 2 1	
P		1 2 3	P		1 2 3	BD		1 2 3	IR		1 2 3
MF		1 2 3	I	3 2 1		IA		1 2 3	A		1 2 3
D	3 2 1		B		1 2 3	B		1 2 3	IR		1 2 3
DT		1 2 3	MF	3 2 1		BD	3 2 1		SI		1 2 3
D	3 2 1		IA		1 2 3	P		1 2 3	IR		1 2 3
I		1 2 3	I		1 2 3	IA		1 2 3	A		1 2 3
BD	3 2 1		I	3 2 1					SI		1 2 3
I	3 2 1		P		1 2 3	IR		1 2 3	A		1 2 3
A		1 2 3	IA		1 2 3	A		1 2 3	SI	3 2 1	
MF	3 2 1		BD		1 2 3	IR		1 2 3	IR	3 2 1	
D	3 2 1		B		1 2 3	A		1 2 3	SI	3 2 1	

PD

DT B BD I P ID IA MF A IR SI

# EDI 2 PERFIL

MUJERES CASOS CLINICOS.

V+M CASOS SIN TRANSTORNOS ALIMENTICIOS.

DT B BD I P ID IA MF A IR SI



DT B BD I P ID IA MF A IR SI

PD												PD
Centil												Centil

Grupo Normativo

Tabla de Baremo

## 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK, BDI 2

### BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

#### 8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)  
Traducido y adaptado con permiso.  
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.  
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.  
Todos los derechos reservados.

Subtítulo Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total

### 3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL, MINI 6.0.0

#### A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(➡ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

A1	a	¿Estuvo <u>alguna vez</u> deprimido/a o decaído/a casi todo el día, casi todos los días, durante dos semanas?	NO	SÍ
		SI RESPONDIÓ NO, CLASIFIQUE LA <b>A1b</b> COMO NO: SI RESPONDIÓ <b>SÍ</b> , PREGUNTE:		
	b	<u>Durante las últimas dos semanas</u> , ¿estuvo deprimido/a o decaído/a casi todo el día, casi todos los días?	NO	SÍ
A2	a	¿Tuvo <u>alguna vez</u> mucho menos interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado mucho menos de las cosas que antes disfrutaba, la mayor parte del tiempo durante dos semanas?	NO	SÍ
		SI RESPONDIÓ NO, CLASIFIQUE LA <b>A2b</b> COMO NO: SI RESPONDIÓ <b>SÍ</b> , PREGUNTE:		
	b	Durante la mayor parte del tiempo en las <u>últimas dos semanas</u> , ¿tuvo mucho menos interés en la mayoría de las cosas o disfrutó mucho menos de las cosas que antes disfrutaba?	NO	SÍ
		¿CLASIFICÓ LA <b>A1a</b> O LA <b>A2a</b> COMO <b>SÍ</b> ?	➡ NO	SÍ

A3 SI **A1b** O **A2b** = **SÍ**: INVESTIGUE EL EPISODIO **ACTUAL** Y EL EPISODIO **PASADO** MÁS SINTOMÁTICO;  
SI **A1b** Y **A2b** = **NO**: INVESTIGUE SÓLO EL EPISODIO **PASADO** MÁS SINTOMÁTICO

**Durante el período de las últimas dos semanas, cuando se sintió deprimido/a o con falta de interés:**

			Las últimas 2 semanas		Episodio pasado	
			NO	SÍ	NO	SÍ
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Subió o bajó de peso sin querer (es decir, por $\pm 5\%$ de su peso o $\pm 8$ libras o $\pm 3.5$ Kg., para una persona de 160 libras/70 Kg. en un mes)? SI RESPONDIÓ <b>SÍ</b> A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO <b>SÍ</b> .		NO	SÍ	NO	SÍ
b	¿Tuvo dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para dormirse, se despertaba a media noche, muy temprano en la mañana o dormía excesivamente)?		NO	SÍ	NO	SÍ
c	¿Habló o se movió más lentamente de lo normal o no pudo quedarse quieto/a ni estar sentado/a o sin estar moviéndose casi todos los días?		NO	SÍ	NO	SÍ
d	¿Se sintió cansado/a o sin energía casi todos los días?		NO	SÍ	NO	SÍ
e	¿Se sintió culpable o como que no valía nada casi todos los días? SI RESPONDIÓ <b>SÍ</b> , PIDA EJEMPLOS. LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE.	Episodio actual Episodio pasado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	NO	SÍ
f	¿Tuvo dificultad para concentrarse o tomar decisiones casi todos los días?		NO	SÍ	NO	SÍ
g	¿Consideró lastimarse, tuvo deseos de suicidarse o de estar muerto/a repetidamente? ¿Intentó suicidarse o planeó suicidarse? SI RESPONDIÓ <b>SÍ</b> A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO <b>SÍ</b> .		NO	SÍ	NO	SÍ
A4	¿Le causaron estos síntomas problemas significativos en su casa, en el trabajo, socialmente, en sus estudios o de otra manera importante?		NO	SÍ	NO	SÍ
A5	Entre 2 episodios de depresión, ¿alguna vez tuvo un intervalo de al menos 2 meses sin ninguna depresión o ninguna pérdida de interés significativa?				NO	SÍ

## L. ANOREXIA NERVIOSA

(➔ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

L1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pulg.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cm.
	b	¿Cuál fue su peso más bajo durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg.
			➔		
	c	¿ES EL PESO DEL/DE LA PACIENTE IGUAL O MÁS BAJO QUE EL LÍMITE QUE LE CORRESPONDE CON BASE EN SU ESTATURA? (VEA LA TABLA A CONTINUACIÓN)	NO	SÍ	

**En los últimos 3 meses:**

L2	A pesar de su peso bajo, ¿ha intentado no subir de peso?	➔ NO	SÍ	
L3	¿Ha tenido un miedo intenso de subir de peso o engordar, aunque esté por debajo de peso?	➔ NO	SÍ	
L4	a	¿Se ha considerado demasiado grande o gordo/a o que parte de su cuerpo era demasiado grande o gorda?	NO	SÍ
	b	¿Ha influido el peso o la forma de su cuerpo de gran manera en el modo en que se sentía sobre sí mismo/a?	NO	SÍ
	c	¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo?	NO	SÍ
L5	¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS DE LA L4 COMO SÍ?	➔ NO	SÍ	
L6	SÓLO PARA MUJERES: en los últimos 3 meses, ¿dejó de tener todos sus períodos menstruales cuando debería haberlos tenido (no estando embarazada)?	➔ NO	SÍ	

PARA MUJERES: ¿CLASIFICÓ LA L5 Y LA L6 COMO SÍ?

PARA HOMBRES: ¿CLASIFICÓ LA L5 COMO SÍ?

NO	SÍ
<b>ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

**TABLA DE ESTATURA / PESO CORRESPONDIENTE AL LÍMITE DE IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL) DE 17.5 KG./M<sup>2</sup>**

Estatura/Peso		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
pies/pulg.	libras	81	84	87	89	92	96	99	102	105	108	112	115	118	122
cm.	Kg.	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
Estatura/Peso		5'11	6'0	6'1	6'2	6'3									
pies/pulg.	libras	125	129	132	136	140									
cm.	Kg.	180	183	185	188	191									
		57	59	60	62	64									

Estos límites de peso fueron calculados usando un índice de masa corporal (IMC) igual o menor que 17,5 Kg./m<sup>2</sup> con respecto a la estatura del/de la paciente. Estas son las directrices/pautas correspondientes a los límites de peso por debajo de los cuales una persona se considera por debajo del peso recomendado por los Criterios de Diagnóstico para la Investigación de Anorexia Nerviosa del DSM-IV y la CIE-10.

#### 4. PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

##### ASSIST

### La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico

Clinica

Identificación o nombre del usuario

Fecha

#### Introducción (léasela al usuario o adáptela a las circunstancias locales)\*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

#### PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

\* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como 'filtro' para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8   ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE
A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

### Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

### Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

## Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**.

## Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

Nombre del trabajador clínico

Fecha de la prueba

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a Productos de tabaco		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
b Bebidas alcohólicas		0 – 10 11 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
c Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
d Cocaína		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
f Inhalantes		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
g Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
h Alucinógenos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
i Opiáceos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
j Otras, especifique: _____		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto

### ¿Qué significan sus puntuaciones?

**Bajo:** Usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

**Moderado:** Usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

**Alto:** Usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.