



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE  
ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR

QUIMI SEGOVIA DAMARIS KATHERINE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE  
ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR

QUIMI SEGOVIA DAMARIS KATHERINE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ANOREXIA  
NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR

QUIMI SEGOVIA DAMARIS KATHERINE  
PSICÓLOGA CLÍNICA

SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES

MACHALA, 21 DE SEPTIEMBRE DE 2021

MACHALA  
21 de septiembre de 2021

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR

*por* Damaris Katherine Quimi Segovia

---

**Fecha de entrega:** 21-ago-2021 10:48a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1634012981

**Nombre del archivo:** DAMARIS\_KATHERINE\_QUIMI\_SEGOVIA.docx (28.5K)

**Total de palabras:** 3838

**Total de caracteres:** 20670

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, QUIMI SEGOVIA DAMARIS KATHERINE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Diagnóstico y tratamiento para el trastorno de anorexia nerviosa en el adulto mayor, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 21 de septiembre de 2021



QUIMI SEGOVIA DAMARIS KATHERINE  
0705566008

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR

### INFORME DE ORIGINALIDAD

**5%**

INDICE DE SIMILITUD

**5%**

FUENTES DE INTERNET

**3%**

PUBLICACIONES

**3%**

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repository.javeriana.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>dehesa.unex.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.cuc.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to UNIBA</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>gredos.usal.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>qdoc.tips</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>conscientementemindfulness.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

<b>10</b>	<b>www.jesusguerrero.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>11</b>	<b>Edgar García Fortea. "Desarrollo de materiales de pre-mejora y herramientas biotecnológicas para la adaptación de la berenjena al cambio climático", Universitat Politecnica de Valencia, 2020</b> Publicación	<b>&lt;1%</b>



# **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR**

## **RESUMEN**

Damaris Katherine Quimi Segovia

0705566008

dquimi2@utmachala.edu.ec

Existen diversos factores que condicionan que en el anciano surjan una serie de necesidades y problemas añadidos a la edad que requiere desarrollar una aproximación diagnóstica y terapéutica diferente. Algunos de ellos se derivan del propio envejecimiento, otros debido a la progresiva acumulación de patologías crónicas como la anorexia, disfagia y deshidratación. Para hacer un diagnóstico correcto es necesario realizar una valoración global del paciente y con frecuencia es preciso incorporar al tratamiento técnicas terapéuticas de diversa índole. Es esencial diferenciar los efectos del envejecimiento normal de los ocasionados por trastornos prevalentes en el anciano.

Cronológicamente la edad 65 años es la más aceptada como línea de demarcación entre la madurez y la vejez. Para el desarrollo de la presente investigación se recogieron datos de la historia clínica, informes médicos, así como el uso de test estandarizados para diagnosticar el trastorno de anorexia nerviosa (AN), además de recopilar técnicas eficaces para un tratamiento adecuado.

**Palabras clave:** Anorexia, adultos mayores, Diagnóstico, tratamiento

# DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR ANOREXIA NERVOSA DISORDER IN THE OLDER ADULT

## ABSTRACT

Damaris Katherine Quimi Segovia

0705566008

dquimi2@utmachala.edu.ec

There are several factors that cause a series of needs and problems to arise in the elderly that require the development of a different diagnostic and therapeutic approach. Some of them are derived from aging itself, others due to the progressive accumulation of chronic pathologies such as anorexia, dysphagia, and dehydration. In order to make a correct diagnosis it is necessary to make a global assessment of the patient and it is often necessary to incorporate different therapeutic techniques into the treatment. It is essential to differentiate the effects of normal aging from those caused by disorders prevalent in the elderly.

Chronologically, the age 65 years is the most accepted as the demarcation line between maturity and old age. For the development of the present research, data were collected from the clinical history, medical reports, as well as the use of standardized tests to diagnose anorexia nervosa (AN) disorder, in addition to collecting effective techniques for an adequate treatment.

**Keywords:** Anorexia, older adults, Diagnosis, Treatment

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR .....	8
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRFÍA.....	17
ANEXOS .....	21

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son una patología grave que repercute la salud de un individuo, es por ello que en la actualidad ha generado que distintos profesionales se centren en la detección, evaluación y tratamiento con el fin de disminuir la sintomatología de los pacientes con dicho padecimiento. Según Fernández, et al., (2020) los TCA generan una alteración de la conducta alimentaria debido a los distintos pensamientos, creencias, estereotipos y la presión de la sociedad, además de la excesiva fijación en el peso y la figura corporal causando que muchas personas adopten comportamientos inadecuados radicado en dietas, restricciones, obsesión por la ingesta de comida con grasas saturadas, medidas purgatorias y el exceso de ejercicio para conseguir estos objetivos.

Dichas repercusiones psicológicas han ido afectando no solo en adolescentes o adultos jóvenes como comúnmente se comprende, si no que en la actualidad se ha empezado a reconocer que el crecimiento de su incidencia se da también en personas de todo tipo de edad, género o clases sociales. González y Anunciabay (2014) establecen que existe un impacto en adultos de la tercera edad, ya que poseen un mayor grado de vulnerabilidad, a pesar de muchos de los signos que un adulto mayor pueda denotar estos pueden llegar a ser confundidos como síntomas normales que surgen en el envejecimiento.

Según Caballero y Benites (2011), hacen referencia a que dichos casos se encuentran reflejados en las valoraciones generales que se han realizado, denotando que la anorexia es la más prevalente, afectando a un 6-15% de la población y entre un 25-60% de los ancianos institucionalizados. Por otro lado, las Estadística y Censos del Ecuador (2010) menciona que el 43.3 % ancianos de 65 a 74 años comen menos que antes, en el último año, por problemas digestivos o falta de apetito y que 13.5% de la población geriátrica entre los 60 a 64 años ha disminuido más de 3kg de su peso en el último año sin haber recurrido a dietas. Denotando que cada año existe un considerable porcentaje de ancianos que necesitan de valoraciones psicológicas- nutricionales.

Según la APA (American Psychiatric Association, 2000) han hecho énfasis en distintas terapias para el manejo de la AN , una de las corrientes más destacadas es el enfoque cognitivo conductual, sin embargo entre los más recientes y actualizados dentro de esa misma rama está el Mindfulness y compasión para TCA, partiendo de ello es

recomendable que se aplique una valoración global con instrumentos fiables y válidos en los distintos casos clínicos que demarquen un diagnóstico certero y confiable que constituyan una base sólida para la implementación de técnicas expuestas en un plan terapéutico que garanticen un exitoso proceso de recuperación para los adultos mayores con AN .

Es por ello que esta investigación tiene como finalidad enfocarse en la valoración general que permita establecer un diagnóstico más certero sobre la anorexia nerviosa que puedan presentar adultos mayores, además de desarrollar un respectivo plan de tratamiento enfocado en las técnicas promovidas por las distintas corrientes psicológicas de distinta índole.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADULTO MAYOR**

El crecimiento de la población geriátrica que existe en la actualidad se ha tornado significativa en las sociedades desarrolladas, sin embargo, a pesar de ello, este grupo son los que se encuentran mayormente olvidados por parte de autoridades e instituciones internacionales.

González y Anunciabay (2014) manifiestan que un individuo es considerado un adulto mayor cronológicamente a partir de los 65 años, debido a que se considera que en esta etapa se encuentran en un proceso de envejecimiento que resulta de la suma de todos los cambios a nivel físico, psicológico, psicosocial que ocurren a través del tiempo, además existen alteraciones en cuestión a hábitos que pueden llegar a repercutir en las distintas áreas de la vida volviéndolos seres con alto nivel de vulnerabilidad. Uno de los principales aspectos que suelen verse afectados es la alimentación, aumentando la posibilidad de padecer enfermedades crónicas, que imposibilitan al anciano a nivel funcional-cognitivo.

En esta población existen diversas demandas para valoraciones clínicas, debido a que muchos adultos mayores comienzan a tener problemas en la alimentación, que van desde la hiporexia a la hiperfagia, estas variaciones repercuten tanto en la salud física psicológica, pudiendo desencadenar un TCA. Este desequilibrio alimentario se da por diversos factores tanto fisiológicos debido a la pérdida paulatina de peso con los años, alteración en la percepción del nivel de saciedad y apetito, disfagia, además los factores psicológicos por el cambio del estilo de vida, padecimiento de enfermedades como la demencia o el Parkinson o del estado del ánimo, abuso de sustancias y factores sociales como la jubilación influyen en el padecimiento de TCA (Ariza et al., 2020; Álvarez et al., 2016; Flores, et al., 2018; Restrepo et al. 2006).

Además, en muchas ocasiones dichas alteraciones tienden a intensificarse, convirtiéndose en un estado psicopatológico grave. Sánchez (2018), manifiesta que los TCA son condiciones significativamente graves que repercuten las facultades neurocognitivas, caracterizados por el pensamiento distorsionado del peso y la imagen de sí mismo.

Diversos estudios indican que los adultos de la tercera edad no son un grupo conocido por padecer TCA, sin embargo, en la actualidad se refleja el aumento de la incidencia en dichos grupos debido a que se vincula a la prevalencia en problemas nutricionales

(Méndez et al. ,2008; Acero, 2020). Al respecto, Caballero y Benites (2011), afirman que dichos casos se encuentran reflejados en las valoraciones generales que se han realizado, denotando que la anorexia es la enfermedad con mayor prevalencia, afectando a un 6-15% de la población y entre un 25-60% de los ancianos institucionalizados.

### **Anorexia Nerviosa**

La anorexia nerviosa es una patología grave que repercute distintas áreas de la vida de una persona, se centra en la presencia de un peso corporal anormalmente bajo, inferior al que debería de tener de acuerdo a su edad, sexo y altura, sin causa orgánica-médica aparente. Sin embargo, esto se da debido a las conductas autodestructivas como los constantes ayunos, reducción extremada de porciones de comida que se someten los usuarios, además se estima que el 50% de las personas comienzan con la mala práctica del vomito autoinducido, abuso de diuréticos o laxantes y la excesiva ejercitación con el fin de perder peso (Raich, 2011).

La prevalencia en casos de personas con trastorno de anorexia nerviosa en Europa y Estados Unidos, está situada en un 0,5% en mujeres jóvenes (APA, 2000, como se citó en Raich, 2011). Esto hace referencia que una de cada doscientos mujeres puede padecer o desarrollar AN en el transcurso de su vida.

Por lo general, las personas que padecen anorexia nerviosa tienen conductas destructivas para el bienestar psíquico y físico que vienen encaminados a la omisión de comidas, excusas a la hora de comer, fijación en la alimentación saludable, , comienzan con dietas estrictas, además de comer poco inclusive desistir de comer completamente o al contrario comer en exceso varias veces en el día, muchos pacientes dejan de realizar las actividades que antes solían realizar, además es muy usual que estas personas se encuentren irritables, molestas, expresen sentimientos de culpa o vergüenza en cuestión a los hábitos alimenticios (Lorenzo, 2017)

Según Bravo et al. (2000) los individuos que desarrollan anorexia reprimen los deseos de comer y llegan a tolerar la sensación de hambre, todas estas conductas conllevan a que exista una pérdida paulatina de peso pudiendo generar malnutrición. Cabe destacar que en la población de ancianos estos síntomas se denotan en la disminución del peso corporal, que en ciertas ocasiones suele llegar a ser percibida como un signo característico de la vejez, sin embargo, la existencia de un porcentaje alto de pérdida de peso debería ser señal de supervisión y seguimiento.

Es por ello, que teniendo en cuenta los diversos factores, causas y signos que influyen en la aparición de la anorexia nerviosa (AN), se requiere realizar un adecuado psicodiagnóstico centrado en los criterios de los Manuales de Clasificación Internacional (DSM V) para especificar y diferenciar el tipo de patología pudiendo ser esta anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica, rumiación, trastorno por atracones. Por tanto, es importante revisar los criterios diagnósticos de la AN en los últimos Manuales Diagnósticos del DSM.

La sociedad americana de psiquiatría (APA) tiene como función el avance de la psicología y el bienestar humano, se caracteriza por poseer los manuales mas importantes de los trastornos psiquiátricos en donde se detalla con eficacia los criterios diagnósticos con el fin de categorizar y diagnosticar dichas patologías. Este proceso se desarrolla mediante la participación de diversos especialistas, quienes analizan dando consenso y renovaciones a medida que se van estudiando a profundidad cada enfermedad. Por ello existe actualmente la quinta versión (DSM-V).

### **Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en el DSM-V (APA, 2014)**

(A) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso

(B) Miedo intenso a ganar peso o a engordar.

(C) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso.

Especificar si: (F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

En muchos casos, la pérdida de peso equivale al cumplimiento de una meta, haciendo referencia al autocontrol, muchos de los pacientes que padecen anorexia pueden reconocer estar un poco delgados sin embargo no son capaces de admitir que necesitan ayudan, en diversas ocasiones el paciente es conducido a consulta por medio de los familiares después de notar los signos de desnutrición que presentan, es muy raro que los pacientes vayan por su propia cuenta a consulta debido a que no tiene un claro concepto del problema, es por ello que para realizar una buena evaluación de los antecedentes se

necesita de la información proporcionada por dichos familiares (Fuertes, 2018; Cetraro, 2011)

Según explica la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) es importante que los profesionales se basen en un estudio a profundidad del caso, en donde el primer paso a seguir es la entrevista directa o indirecta, para receptar la mayor información posible para la correcta elaboración de la historia clínica. Durante la anamnesis se debe enfocar en recabar la mayor información posible sobre las distintas áreas: emocional, si la persona padece de depresión, ansiedad, insomnio, en el área conductual qué tipo de medidas restrictivas de alimentación y de compensación está utilizando el paciente y en el área cognitiva analizar cuáles son las distorsiones o pensamientos en relación a su persona, peso e imagen, además es importante conocer sus niveles de autoestima.

Por otro lado, Peñaguirre, et al., (2014), mencionan que los familiares son una parte fundamental en la terapia debido a que, al ser fuentes indirectas, llegan a proporcionar información necesaria e importante, además pueden llegar a ser útiles en el proceso terapéutico utilizándolo como coterapeutas en caso de ser necesario. Es fundamental establecer pautas, límites y ajustes en el contexto familiar en caso de ser necesario, debido a que esto es la clave para la mejoría del paciente. Por otro lado es importante contar con la aplicación de instrumentos estandarizados que ayudaran a corroborar la hipótesis sobre el diagnóstico planteado.

## **Un caso clínico de Trastorno de anorexia nerviosa en un adulto mayor**

### **Anamnesis y examen de estado actual del paciente**

En cuestión al caso presentado fue derivada por un médico nutricionista debido a los notables signos de desnutrición puesto que su peso es de 47,90 (IMC 17,60), además presenta ritmo cardiaco irregular, fatiga, insomnio, bradicardia, piel seca o amarillenta y un recuento de células sanguíneas anormal.

La paciente de 68 años, proviene de una familia extensa, sin embargo, la persona al cuidado (hija) menciona que desde hace un año aproximadamente ha notado que su madre ha tenido una pérdida excesiva de su peso corporal, además de presentar una alimentación restrictiva. Al entrevistar a la paciente reconoce haber tenido largos periodos de saltarse algunas comidas, rehusarse a comer con frecuencia o inclusive no comer cierto grupo

alimentario como lácteos, carnes. Cereales, por el miedo a que estos le generen malestar o sobrepeso, además especifica que abusa en el consumo de chicles con el fin de calmar la sensación de hambre.

A nivel psicológico la paciente presenta un Estado de ánimo indiferente (altibajos emocionales), suele encontrarse irritable, retraimiento social, no tiene una percepción sobre las consecuencias crónicas de la enfermedad, inseguridad y elevada distorsión corporal, además disminución en el interés de relacionarse y dificultad para tomar decisiones.

A nivel social y familiar existe una evidente retracción social, la paciente prefiere quedarse en casa que asistir a reuniones familiares o cenas familiares, no desea ir de paseo, y prefiere comer en horario en que no hay personas en la mesa, además dentro de su núcleo familiar existe problemas de comunicación a excepción con la hija que es quien cuida de ella.

También se pudo observar que, durante la entrevista, la paciente se mostraba colaboradora con la información que se requería, sin embargo, no existía preocupación al hablar de la pérdida de peso y las implicaciones de ello. La adulta mayor fue repetitiva en expresiones como “estoy bien”, “estoy un poco delgada, pero así me siento bien” en donde se reflejaba de cierta manera la falta de enfoque al problema.

### **Instrumentos utilizados para valorar la Anorexia Nerviosa (AN)**

A continuación, para corroborar la entrevista se procedió con la aplicación un Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) donde se pretende valorar las diversas áreas de cognición y conducta de los trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia y Bulimia nerviosa). Esta herramienta consta de 64 reactivos agrupados en 8 escalas que evalúan los comportamientos enfocados a la comida e imagen corporal, desconfianza e inmadurez del paciente (Flores, 2018). La valoración total máxima de este estudio es de 192. Los resultados revelados en la aplicación de este caso, corresponden a 80 puntos lo que implica una patología alimentaria.

Otro instrumento aplicado fue el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT) se lo aplico con la finalidad de identificar síntomas e inquietudes que hacen referencia a los TCA en un muestreo no clínico. Según Velero et al. (2010), este instrumento es diseñado en especial para la detección de conjuntos y actitudes de la anorexia nerviosa en

poblaciones de riesgos. se compone por 40 ítems en formato de tipo Likert con la valoración de 1 para Nunca y el más alto de 6 para hacer referencia a Siempre. Los resultados obtenidos fueron de 32 puntos lo que refleja necesidad de una mayor evaluación investigación debido al riesgo de padecer TCA.

Así mismo se aplicó un Cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI) se centra en medir los conceptos independientes y niveles de ansiedad en dos dimensiones una como rasgo (ansiedad estable) y otra como estado (condición emocional transitoria) , este reactivo se determina por su eficacia , validez y fiabilidad consta de 20 reactivos dividido en 2 sub escalas para medir ambas dimensiones que se aplican en una escala de Likert de 40 ítems en total con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3) (Del Rio, 2018). En los resultados obtenidos se validó un puntaje de 50 que aplica dentro del rango 0.93 en la categoría de ansiedad/estado.

Por otro lado, se creyó pertinente aplicar una Escala de las 5 facetas de Mindfulness (FFMQ) debido a que es una prueba de auto reporte que se centra en motivar a la persona a enfocarse a la realización de actividades basadas en la atención plena a partir de la utilización de las 5 habilidades básicas del individuo, posee 36 ítems planteados en una escala de tipo Likert dando como referencia al puntaje de 1(nunca) y al mayor 5(siempre). En este caso se obtuvo un puntaje en la consistencia interna de esta adaptación fue de 0,86 y para los demás factores referentes a actuar con consciencia piloto fue 0.80, dentro de la faceta de observar se obtuvo 0.78, en cuanto al parámetro de describir positivo 0.77, describir negativo 0.77, en el área de no reaccionar un puntaje de 0.76 y por último actuar distraídamente (0,64) (Rodriguez,2017).

Y por último es necesario rendir un seguimiento con un Auto Registro Alimentario (ARA) para medir la evolución del paciente y con ello mientras va avanzando el proceso de tratamiento ir comprobando la eficacia que va teniendo las técnicas que la paciente vaya realizando (Losada, 2013).

Una vez que se ha conocido la información detallada del caso y se ha corroborado con la aplicación de test estandarizados, seguidamente se presume a intervenir terapéuticamente en el caso dado la gravedad que presentan estos trastornos alimentarios, el plan debe tener la frecuencia y duración optima que garantice la mejora del paciente, además de accionar un plan integral- multidisciplinario que participen distintas profesionales de manera coordinada. Según la APA (American Psychiatric Association,2000; Celis, 2011) existen

diversos enfoques psicológicos para trabajar los TCA, sin embargo, los estudios en donde se han demostrado mayor efectividad han sido basadas en la terapia cognitivo conductual (TCC).

### **Tratamiento de la Anorexia Nerviosa**

Es por ello que se procedió a trabajar con un programa de intervención en Anorexia Nerviosa basado en el Mindfulness y compasión para la modificación de hábitos y conductas alimentarias, esperando que con el tiempo el paciente vaya adaptando estos comportamientos normales y habituales en su vida cotidiana. Díaz et al., (2019) manifiesta que estas intervenciones apoyado en este repertorio de atención plena son cada más reconocidos por emplear tratamientos relacionados a la alimentación, buscando de alguna manera que los usuarios desarrollen estabilidad emocional y conciencia sobre los estados internos.

Dentro de este programa se subdivide en cuatro fases, en primer lugar, el proceso de psicoeducación y mejoramiento motivacional, el cual se basa en explicarle al paciente todo lo referente a la patología, programa y el proceso de tratamiento, la segunda fase es la de Meditación con Mindfulness o Recuperación con una duración de 20 sesiones grupales, de las cuales se comienza por 2 sesiones las primeras 4 semanas, y tercer lugar está el desarrollo habilidades de autocompasión y por último el mantenimiento.

En este programa mencionado anteriormente, se pueden emplear estrategias como disminuir la velocidad al comer /pausa y hambre, buscando la manera más eficaz de como disminuir la velocidad al comer, mediante la técnica de meditación de transición o movimiento consciente, con el fin de que el usuario analice la acción de comer y la vuelva consciente, para ello primero se debe dar una breve introducción sobre el hambre, otra técnica empleada es la identificación de patrones condicionados en torno a la alimentación que consiste en analizar patrones de comida en casa, como se siente al ingerir estos alimentos y buscar un equilibrio de calma (Moreno, 2018)

Una de las técnicas con mayor eficacia en el tratamiento de los TCA es la de Entrenamiento en comer consciente (MB-EAT). Según Kristeller et al. (2014), esta técnica tiene como principal finalidad volver a regular el equilibrio entre los factores fisiológicos y factores no nutritivos que impulsan la alimentación, es decir volver a establecer una relación sana entre la comida- alimentación, tomar mayor consciencia de

cuando sienten hambre física y saciedad y los procesos para autorregulación del apetito, emoción y conducta además del cultivo de aceptación de sí mismo.

Otro programa utilizado y comúnmente conocido es el de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR). Melero et al. (2019) menciona que esta técnica consiste en una intervención estructurada en entrenar intensivamente prácticas sobre meditación de atención plena, además se enfoca en implementar estrategias de autocuidado y autorregulación con el fin de tener bases sólidas para enfrentar estresores internos externos del día a día. Además, su efectividad se centra en la reducción de la preocupación alimentaria y aumento de la conciencia al comer además de la regulación emocional.

Así mismo es importante centrarse en el programa de Mindfulness Self Compassion (MSC) debido a que se basa en que los pacientes desarrollen habilidades de auto-compasión, logrando aumentar significativamente los niveles de compasión por sí mismo y los demás, atención plena y satisfacción con la vida, además logra un punto muy importante en la disminución de signos de depresión, ansiedad, estrés y evitación emocional (Moreno, 2018).

También es pertinente en este tipo de trastornos alimentarios, trabajar en técnicas sobre Prevención de recaídas, ya que esta terapia se centra en que los pacientes logren distinguir una caída de una recaída, aquí se incentiva al paciente con el repaso de los avances y pequeñas metas que ha conseguido durante el transcurso de las sesiones terapéuticas y cuales han sido las estrategias más útiles que le han servido para superarlos, además es importante mencionar los factores de riesgos y cuál es el plan que se debe ejecutar en caso de que vuelvan a surgir. Según Beltrán (2017), menciona que en esta técnica es fundamental crear y dar a conocer un plan de mantenimiento para largo plazo.

Por último, como técnica adjunta, se recomienda que el paciente emplee una técnica de autorregistro de conductas alimentarias, con el objetivo de enumerar las ingestas diarias, sean picoteos, atracones, conductas compensatorias inadecuadas, y así de esta manera ir generando conciencia de la ingesta exacta de alimentos desde el inicio de la terapia, hasta el final del proceso, logrando que el usuario establezca una comparación de los progresos del proceso terapéutico (Losada, 2013).

## CONCLUSIONES

Las intervenciones psicoterapéuticas que se están sometiendo los distintos pacientes que padecen alguna patología de la conducta alimentarias (AN) resultan ser positivas y beneficiosas para un gran número de casos, sin embargo, existe otro porcentaje de personas que presentan dificultades o problemas al momento de adherirse al tratamiento, no logran estabilizar sus emociones siendo así propensos a desencadenar una fuerte sintomatología y aumentar el riesgo de recaídas.

Los programas centrados en el mindfulness y compasión posibilitan a los pacientes tomar conciencia de sus estados emocionales, las formas inadecuadas de funcionamiento emocional-conductual y desarrollar actitudes con atención plena, ocasionando que los pacientes generen bases sólidas para combatir la sintomatología de la AN. Así mismo, este proceso va ayudarles a modificar de cierta manera su experiencia propia, mejorando la percepción y la relación de sí mismo, con los demás y su entorno. La práctica de la meditación formal concede al individuo entrar en contacto con su persona de manera interoceptiva en un proceso de calma y armonía con todo tipo de sensaciones corporales y emociones, todo esto con el fin de reintegrar el conjunto de percepciones mente, cuerpo, alma y así lograr aceptarse plenamente a sí mismo y la realidad.

Además, con la práctica de compasión el paciente aprender progresivamente a relacionarse consigo mismo desde la comprensión, la calma, el autocuidado y el respeto, permitiéndole conseguir la estabilidad y el bienestar que necesita. Aunque los estudios son limitados, los resultados son prometedores y deberían ser estudiados en mayor profundidad para poder optimizar los programas de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acero Moreno, M. E. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en relación al deterioro cognitivo en adultos mayores del hogar del anciano “San Vicente de Paúl” Atuntaqui, Imbabura 2019 [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte].//repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9936
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Practice guideline for the treatment of eating disorders. Washington, DC: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. 10.1002/zamm.19770570626
- Álvarez-Roldán, Daniela, Deossa-Restrepo, Gloria Cecilia, & Estrada-Restrepo, Alejandro. (2016). Relación entre estado nutricional y síntomas depresivos en personas de 50 años o más, Sabaneta (Antioquia-Colombia) 2015. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(1), 11-23. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a02>
- Ariza-Galindo, Carlos José, & Rojas Aguilar, Diana María. (2020). Disfagia en el adulto mayor. *Universitas Medica*, 61(4), 117-128. Epub September 30, 2020.<https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-4.disf>
- Bravo Rodríguez, Martha, Pérez Hernández, Argelia, & Plana Bouly, Roberto. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 300-305. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312000000400011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400011&lng=es&tlng=es).
- Beltran, L. (2017). Tratamiento psicológico en un caso de trastorno del comportamiento alimentario. Repositorio Universidad Autonoma de Madrid Facultad de Psicología. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680167/beltran\\_garrayo\\_lucia\\_tf\\_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680167/beltran_garrayo_lucia_tf_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Caballero G, Benítez R. (2011) Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Grupo de Trabajo de Atención Primaria, perteneciente a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/caballero-manualancianodesnutrido.pdf>
- Celis Ekstrand, Amanda, & Roca Villanueva, Elia (2011). TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA VISIÓN TRANSDIAGNÓSTICA. *Acción Psicológica*, 8(1),21-33.[fecha de Consulta 17 de Agosto de 2021]. ISSN: 1578-908X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002>
- Cetraro, P. (2011). Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes [Tesis de Licenciatura, Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111817.pdf>

- Del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), xx-xx <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Díaz-Tendero, Dafne, Cruzat-Mandich, Claudia, Jiménez, Teresita, Martínez, Pía, Saravia, Susana, y Ulloa, Valentina. (2019). Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 75-84. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.483>
- Fernández, Carlos, y Alburquenque, Marcela. (2021). Anorexia Nerviosa y la pandemia por COVID-19: Un llamado de atención para los cardiólogos. *Revista chilena de cardiología*, 40(1), 82-83. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602021000100082>
- Flores-Fresco, M. J., Blanco-Gandía, M. C. y Rodríguez-Arias, M. (2018). Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Clínica y Salud*, 29, 125-132. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a18>
- Fuertes Ortiz, J., Pérez, R., Hernández A. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. Elsevier. Vol. 29. Núm. 2. páginas 72-77. ISSN: 0212-047X. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-bulimia-X0212047X10489696>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. [http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_440\\_TCA\\_Cataluya.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf)
- González Bernal, Jerónimo, y de la Fuente Anunciabay, Raquel (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-129. [fecha de Consulta 6 de Julio de 2021]. ISSN: 0214-9877. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>
- Veloso Gouveia, Valdiney, & Lucena Pronk, Sandra de, & Santos, Walberto S., & Gouveia, Rildésia S. V., & Cavalcanti, Jane P. N. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 28-36. [fecha de Consulta 17 de Agosto de 2021]. ISSN: 0034-9690. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640004>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Presentación de resultados. Quito: INEC; 2010. <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Kristeller, J., Wolever, RQ y Sheets, V. (2014). Entrenamiento de conciencia de alimentación basado en la atención plena (MB-EAT) para atracones: un ensayo

clínico aleatorizado. *Mindfulness*, 5 (3), 282-297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>

- Lorenzo Pérez T. (2017). Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del trastorno [Tesis de Maestría, Universitat de les illes balears]. Repositorio Institucional-Universitat de les illes balears.  
[https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146363/tfm\\_%202016-17\\_MPGS\\_tlp632\\_641.pdf?sequence=1](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146363/tfm_%202016-17_MPGS_tlp632_641.pdf?sequence=1)
- Losada, Analia Veronica y Marmo, Julieta (2013). Herramientas de Evaluacion En Trastornos de La Conducta Alimentaria. Madrid: Editorial Académica Española.  
<https://www.academica.org/analia.veronica.losada/14.pdf>
- Melero, A. Ramon J., Bernabé Y., Crego, A., Cortes A., Gómez A. (2019). Eficacia del programa de reducción de estrés basado en atención plena (rebap) aplicado a familiares de jugadores patológicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. Vol. 27, N° 3, pp. 355-373. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/01.Melero-27-3oa.pdf>
- Méndez, Juan Pablo, Vázquez-Velazquez, Verónica, y García-García, Eduardo. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&tlng=es).
- Moreno García, E. (2018). Mindfulness y Transtornos Alimentarios. Moreno Garcia, E. (Ed). *Tratamientos psicológicos basados en mindfulness y compasión*.(15-34)
- Peñaguirre, M., Centeno, V., y Martínez, J. (2014). UNA ALTERNATIVA PARA LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN UN MUNDO DIFERENTE. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 29-33.  
<http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851788004.pdf>
- Pérez. Gerontología y nutrición del adulto mayor. Hill MG, editor. Culiacán; 2010. 18. Caballero G, Benítez R. Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Grupo de Trabajo de Atención Primaria, perteneciente a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); 2011.
- Raich, R. M. (2011). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide
- Restrepo M, Sandra Lucia, Morales G, Rosa María, Ramírez G, Martha Cecilia, López L, Maria Victoria, y Varela L, Luz Estela. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>
- Rodríguez N. (2017). Mindfulness: Instrumento de evaluación. Una revisión bibliográfica. *PSOCIAL, Revista de Investigación en Psicología Social*. 3(2), 46-65. <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/download/2615/2277>

- Sanchez, C. (2018). ¿Qué queda después de un trastorno alimenticio? Artículo de Divulgación Científica, 51.  
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/universitas/article/view/8524/7829>
- Varela, Luis Fernando (2013). Nutrición en el Adulto Mayor. Revista Médica Herediana, 24(3),183-185. [fecha de Consulta 6 de Julio de 2021]. ISSN: 1018-130X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338030978001>
- Veloso Gouveia, Valdiney, y Lucena Pronk, Sandra de, y Santos, Walberto S., y Gouveia, Rildésia S. V., y Cavalcanti, Jane P. N. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 44(1),28-36.[fecha de Consulta 26 de Julio de 2021]. ISSN: 0034-9690.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640004>

## ANEXOS

### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** NN

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** Machala, 20 de enero del 2012

**EDAD:** 68 años

**ESTADO CIVIL:** divorciada

**NÚMERO HIJOS:** 3 hijas

**NÚMERO DE HERMANOS:** 2 hermanos

**LUGAR QUE OCUPA:** madre

**INSTRUCCIÓN:** Primaria

**TRABAJO:** no refiere

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA:** N.N

#### **MOTIVO DE CONSULTA:**

La paciente acude a consulta por derivación de medicina general debido a los notables signos de desnutrición puesto que su peso es de 47,90 (IMC 17,60), además de presentar ritmo cardiaco irregular, fatiga, insomnio, bradicardia, piel seca o amarillenta y un recuento de células sanguíneas anormal. La hija refiere que desde hace un año aproximadamente ha notado que su madre ha tenido una perdida excesiva de su peso corporal, además de presentar una alimentación restrictiva.

#### **ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA**

Al realizar la evaluación, la paciente refiere que su madre padecía de depresión y sobrepeso falleciendo a causa de un infarto. En la actualidad la paciente proviene de una familia extensa, sin embargo, la persona al cuidado (hija) menciona que desde hace un año aproximadamente ha notado que su madre ha tenido una perdida excesiva de su peso corporal, además de presentar una alimentación restrictiva. Al entrevistar a la paciente reconoce haber tenido largos periodos de saltarse algunas comidas, rehusarse a comer con

frecuencia o inclusive no comer cierto grupo alimentario como lácteos, carnes. Cereales, por el miedo a que estos le generen malestar o sobrepeso, además especifica que abusa en el consumo de chicles con el fin de calmar la sensación de hambre.

También se pudo observar que, durante la entrevista, la paciente se mostraba colaboradora con la información que se requería, sin embargo, no existía preocupación al hablar de la pérdida de peso y las implicaciones de ello. La adulta mayor fue repetitiva en expresiones como “estoy bien”, “estoy un poco delgada, pero así me siento bien” en donde se reflejaba de cierta manera la falta de reconocimiento al problema.

### **ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA**

A nivel familiar existe una evidente retracción social, la paciente prefiere quedarse en casa que asistir a reuniones familiares o cenas familiares, no desea ir de paseo, y prefiere comer en horario en que no hay personas en la mesa, además dentro es su núcleo familiar existe problemas de comunicación a excepción con la hija que es quien cuida de ella.

La paciente además menciona que desde que su madre murió debido a las complicaciones que se dieron por el sobrepeso que cargaba, se siente intranquila y nerviosa por ello decidió mejorar su alimentación y su salud, dejando de comer las comidas preferidas, grasas entre otras, volviéndose cada vez más estricta con su vida alimentaria.

### **ANAMNESIS SOCIAL- EDUCATIVA - LABORAL Y SEXUAL**

La paciente convive la mayor parte del tiempo con la hija mayor, quien es la que cuida de ella, en cuestión al ámbito social la paciente presenta desinterés en realizar actividades que involucren un círculo social muy amplio, no desea salir de casa, ni involucrarse con gente ajena a su familia, además la paciente refiere sentirse mejor estando en casa.

En cuestión al ámbito laboral la paciente es una profesora jubilada.

## **2. PSICOANAMNESIS ESPECIAL:**

### **FACTORES PREDISONENTES:**

Presencia de antecedentes familiares de trastornos de depresión (genética) por parte de la Madre de la paciente

- **FACTORES DETERMINANTES:**

Ausencia de redes de apoyo adecuadas.

- **FACTORES DESENCADENANTES:**

Jubilación, muerte de la madre con sobrepeso.

### **3. PROCESO EVALUATIVO**

#### **3.1. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS. (ESPECIFICANDO CADA ÁREA REALIZAR CUADROS).**

<u>Pensamiento</u>					
<u>Curso</u>		<u>Estructura</u>		<u>Contenido</u>	
<u>Aceleración</u>	<u>No registra</u>	<u>Perseveración</u>	<u>No registra</u>	<u>Ideas recurrente y persistente</u>	<u>Preocupación excesiva por no ganar peso ni engordar.</u>
<u>Retardo</u>	<u>No registra</u>	<u>Prolijo</u>	<u>No registra</u>	<u>Ideas dominantes</u>	<u>No registra</u>
<u>Intercepción</u>	<u>No registra</u>	<u>Incoherencia</u>	<u>No registra</u>	<u>Ideas delirantes</u>	<u>No registra</u>

<u>Bloqueo</u>	<u>No registra</u>	<u>Disgregación</u>	<u>No registra</u>	<u>Tipo</u>	
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------	--

<u>Afectividad</u>			
<u>Alteraciones del ánimo</u>			
<u>Cuantitativas</u>		<u>Cualitativas</u>	
<u>Hipermania</u>	<u>No registra</u>	<u>Distimia</u>	<u>No presenta</u>
<u>Hipotimia</u>	<u>No registra</u>	<u>Ciclotimia</u>	<u>No registra</u>
<u>Euforia</u>	<u>No registra</u>	<u>Reacción afectiva</u>	
<u>Euforia</u>	<u>No registra</u>	<u>Irritabilidad</u>	<u>Si registra</u>
<u>Mórea</u>	<u>No registra</u>	<u>Embotamiento</u>	<u>No registra</u>
<u>Depresión</u>	<u>No registra</u>	<u>Indiferencia</u>	<u>No registra</u>

<u>Melancolía</u>	<u>No registra</u>	<u>Labilidad</u>	<u>No presenta</u>
<u>Hipomanía</u>	<u>No registra</u>	<u>Tenacidad</u>	<u>No registra</u>
<u>Cacaforia</u>	<u>No registra</u>	<u>Ambivalencia</u>	<u>No registra</u>
<u>Beatitud</u>	<u>No registra</u>	<u>Anhedonia</u>	<u>No registra</u>
<u>Éxtasis</u>	<u>No registra</u>		

<u>Atención</u>			
<u>Cuantitativas</u>		<u>Cualitativas</u>	
<u>Hiperprosexia</u>	<u>No registra</u>	<u>Distracción</u>	<u>No registra</u>
<u>Aprosexia</u>	<u>No registra</u>	<u>Distraibilidad</u>	<u>No registra</u>
		<u>Paraprosexia</u>	<u>No registra</u>

<u>Memoria</u>
----------------

<u>Cuantitativas</u>		<u>Cualitativas</u>	
<u>Amnesia</u>	<u>No registra</u>	<u>Paramnesia</u>	<u>No registra</u>
<u>A. Anteretrograda</u>	<u>No registra</u>	<u>Criptimnesia</u>	<u>No registra</u>
<u>A. Retrógrada</u>	<u>No registra</u>	<u>Deja Vú</u>	<u>No registra</u>
<u>Síndrome amnésico</u>	<u>No registra</u>	<u>Jamais Vú</u>	<u>No registra</u>
<u>Laguna mental</u>	<u>No registra</u>	<u>Amnefotia</u>	<u>No registra</u>
<u>Hipermnesia</u>	<u>No registra</u>	<u>Mentira patológica</u>	<u>No registra</u>

<u>Conciencia</u>					
<u>Cualitativos por</u>		<u>Cualitativos por exceso</u>		<u>Cuantitativos</u>	
<u>disminución</u>					
<u>Somnolencia</u>	<u>No registra</u>	<u>Hipervigilancia</u>	<u>No registra</u>	<u>Delirium</u>	<u>No registra</u>

<u>Conciencia hipobúlica</u>	<u>No registra</u>	<u>Conciencia escotomica</u>	<u>No registra</u>	<u>Amnesia</u>	<u>No registra</u>
<u>Obnubilación mental</u>	<u>No registra</u>	<u>Hiperfrenia</u>	<u>No registra</u>	<u>Situación parasomnia de la conciencia</u>	<u>No registra</u>
<u>Sopor</u>	<u>No registra</u>				
<u>Estado crepuscular</u>	<u>No registra</u>				
<u>Confusión mental</u>	<u>No registra</u>				

<u>Voluntad</u>			
<u>Cuantitativa</u>		<u>Cualitativa</u>	
<u>Hiperbulia</u>	<u>No registra</u>	<u>Negativismo positivo</u>	<u>No registra</u>

<u>Hipobulia</u>	<u>No registra</u>	<u>Obediencia automática</u>	<u>No registra</u>
<u>Abulia</u>	<u>No registra</u>	<u>Sugestibilidad</u>	<u>No registra</u>
<u>Actos impulsivos</u>	<u>No registra</u>	<u>Negativismo negativo</u>	<u>No registra</u>
<u>Actos compulsivos</u>	<u>No registra</u>	<u>Esterotipias</u>	<u>No registra</u>
		<u>Catalexia</u>	<u>No registra</u>

<u>Orientación</u>	
<u>Alteración alopsíquica</u>	<u>No registra</u>
<u>Alteración Autopsíquica</u>	<u>No registra</u>

<u>Inteligencia</u>	
<u>Proceso de adquisición</u>	<u>No registra</u>

<u>Proceso de conservación</u>	<u>No registra</u>
<u>Proceso de elaboración</u>	<u>No registra</u>
<u>Proceso de ejecución</u>	<u>No registra</u>
<u>Alteraciones psicopatológicas</u>	<u>No registra</u>
<u>Niveles de gravedad</u>	<u>Ninguno</u>

<u>Lenguaje</u>	
<u>Taquilalia</u>	<u>No registra</u>
<u>Bradilalia</u>	<u>No registra</u>
<u>Logorrea</u>	<u>No registra</u>
<u>Mutismo</u>	<u>No registra</u>

<u>Neologismo</u>	<u>No registra</u>
<u>Coprolalia</u>	<u>No registra</u>
<u>Estereotipias verbales</u>	<u>No registra</u>

<u>Sueño</u>	
<u>Insomnio</u>	<u>Si registra</u>
<u>Pesadillas</u>	<u>No registra</u>

### 3.2. VALORACIÓN MULTIAXIAL

#### EJE I. Trastornos clínicos

##### > F50 – F59 TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS

- F50 Trastorno de la conducta alimentaria
- F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1)

#### EJE II. Trastornos de la personalidad- RM

- > Z03.2 No refiere

#### EJE III Enfermedades médicas

- > No refiere anemia

#### EJE IV

➤ <b>Problemas relativos al grupo primario:</b>
○ <b>Familia Disfuncional-Divorcio</b>
➤ <b>P. R. al ambiente social:</b>
○ <b>Disminución de las relaciones Sociales</b>
➤ <b>P. R. con la enseñanza:</b>
➤ <b>P. laborales:</b>
○ <b>No refiere</b>
➤ <b>P. de vivienda:</b>
○ <b>No refiere</b>
➤ <b>P. económicos:</b>
○ <b>No refiere - se presumen</b>
➤ <b>P. R. al servicio médico:</b>
○ <b>No refiere</b>
➤ <b>P. R. a la interacción con el sistema legal o crimen:</b>
○ <b>No refiere</b>
➤ <b>Otros problemas psicosociales y ambientales:</b>
○ <b>No refiere</b>

**EJE V: EEAG 58**

**3.3. APLICACIÓN Y RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLÓGICOS: (EXPLICAR EN QUÉ AYUDA LA BATERÍA DE TEST SELECCIONADOS EN EL CASO).**

**Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI):** se pretende valorar las distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Esta herramienta consta de 64 reactivos agrupados en 8 escalas que evalúan los comportamientos enfocados a la comida e imagen corporal, desconfianza e inmadurez del paciente. La valoración total máxima de este estudio es de 192.

**Resultados:** Los resultados revelados en la aplicación de este caso, corresponden a 80 puntos lo que implica una patología alimentaria

**Inventario de Miedos Escolares - Forma II:** Los miedos, especialmente los escolares, están fuertemente relacionados con el Método 103 ansiedad por separación, por ello se ha estudiado la relación entre estas variables. La prueba evalúa el miedo y la ansiedad en situaciones escolares de niños de 8 a 11 años. Se compone de 25 ítems puntuados con una escala de tres puntos: Nada (0), Un poco (1) y Mucho (2). Tiene cuatro factores, que explican el 55,80% de la varianza: Factor 1, Miedo al fracaso y al castigo escolar, por ej. ítem 14 “sacar malas notas”; Factor 2, Miedo al malestar físico, por ej. ítem 22 “tener dolor de barriga en el colegio”; Factor 3, Miedo a la evaluación social y escolar, por ej. ítem 8 “que me pregunte el profesor”; y Factor 4, Ansiedad anticipatoria, por ej. ítem 2 “salir de casa para ir al colegio”. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, es 0,89.

**Resultados:** al calificar los ítems del test arrojó un resultado de 25 lo cual hace referencia a un rango significativo.

**Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)** se lo aplico con la finalidad de identificar síntomas e inquietudes que hacen referencia a los trastornos de la alimentación en muestras no clínicas. Además, este instrumento es diseñado en especial para la detección de conjuntos y actitudes de la anorexia nerviosa en poblaciones de riesgos. se compone por 40 ítems en formato de tipo Likert con los siguientes extremos: 1= Nunca y 6 = Siempre.

**Resultados:** Al calificar los ítems del test arrojé un puntaje de 32 puntos lo que refleja necesidad de una mayor evaluación investigación debido al riesgo de padecer TCA.

**Cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI)** se aplicó con la finalidad de medir los conceptos independientes y niveles de ansiedad en dos dimensiones una como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y otra como estado (condición emocional transitoria), consta de 20 reactivos dividido en 2 sub escalas para medir ambas dimensiones que se aplican en una escala de Likert de 40 ítems en total con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3), Tiene una adecuada validez y fiabilidad, con una consistencia interna de 0,90-0,93 (subescala Estado), 0,84-0,87 (subescala Rasgo) y con una fiabilidad test-retest de 0,73-0,86 subescala Rasgo (Del Rio 2018).

**Resultados:** En los resultados obtenidos se validó un puntaje de 50 que aplica dentro del rango 0.93 en la categoría de ansiedad/estado.

**Escala de las 5 facetas de Mindfulness (FFMQ)** es una prueba de auto reporte que mide la tendencia general a proceder con Atención Plena de los participantes, presenta 36 ítems en escala tipo Likert del 1 (nunca o muy raramente verdad) al 5 (Muy a menudo o siempre verdad). Dentro de la escala se establecen 5 facetas o categorías: faceta observar (ocho ítems): 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36; faceta describir (ocho ítems): 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37; faceta actuar con conciencia (ocho ítems): 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R; faceta no-enjuiciamiento (ocho ítems): 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R; faceta no-reactividad (siete ítems): 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33. Existen 19 ítems de puntuación inversa (R) que son todos los ítems de la faceta actuar con conciencia y todos los de la faceta de no-enjuiciamiento, además de tres ítems de la faceta –describir.

**Resultados:** En este caso se obtuvo un puntaje en la consistencia interna de esta adaptación fue de 0,86 y para los demás factores referentes a actuar con conciencia piloto fue 0.80, dentro de la faceta de observar se obtuvo 0.78, en cuanto al parámetro de describir positivo 0.77, describir negativo 0.77, en el área de no reaccionar un puntaje de 0.76 y por último actuar distraídamente (0,64)

**Auto Registro Alimentario (ARA)** se lo aplica para medir la evolución del paciente y con ello mientras va avanzando el proceso de tratamiento ir comprobando la eficacia que va teniendo las técnicas que la paciente vaya realizando

**Resultados:** se registró desde el inicio hasta el final del proceso las conductas alimentarias del paciente.

#### **7.4. SÍNTOMAS DEL PACIENTE RELACIONADO CON CIE-10 F50 – F59 TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS**

##### **ANÁLISIS DEL DSM 5**

En la valoración médica se detectó notables signos de desnutrición puesto que su peso es de 47,90 (IMC 17,60), debido que durante el último año la paciente ha tenido una pérdida excesiva de su peso corporal debido a que posee un miedo intenso a ganar peso o engordar, también realiza dietas restrictivas con dicho fin. Por lo que cumple con el **criterio A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo,**

**el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado y así mismo el criterio B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.**

Además, la paciente refiere sentirse bien con el peso en que se encuentra inclusive le gustaría verse un poco más delgada, durante la entrevista la paciente expresa frases como “estoy bien”, “estoy un poco delgada, pero así me siento bien” en donde se reflejaba de cierta manera la falta de enfoque al problema. Cumpliendo con el **criterio C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.**

Por lo cual el caso se representa por un F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1)

#### **CONCLUSIONES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN:**

Los síntomas de la paciente responden claramente a los criterios del trastorno F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1) de tipo Restrictivo (**F50.01**), debido a la intensidad de la sintomatología que causan interferencia en el funcionamiento individual, social y familiar, además que los últimos tres meses, no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas

En el inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) los resultados revelados en la aplicación de este caso, corresponden a 80 puntos lo que implica una patología alimentaria

Inventario de Miedos Escolares - Forma II al calificar los ítems del test arrojó un resultado de 25 lo cual hace referencia a un rango significativo.

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT) Al calificar los ítems del test arrojó un puntaje de 32 puntos lo que refleja necesidad de una mayor evaluación investigación debido al riesgo de padecer TCA.

Cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI) En los resultados obtenidos se validó un puntaje de 50 que aplica dentro del rango 0.93 en la categoría de ansiedad/estado.

Escala de las 5 facetas de Mindfulness (FFMQ) En este caso se obtuvo un puntaje en la consistencia interna de esta adaptación fue de 0,86 y para los demás factores referentes a actuar con consciencia piloto fue 0.80, dentro de la faceta de observar se obtuvo 0.78, en cuanto al parámetro de describir positivo 0.77, describir negativo 0.77, en el área de no reaccionar un puntaje de 0.76 y por último actuar distraídamente (0,64)

Auto Registro Alimentario (ARA) se registró desde el inicio hasta el final del proceso las conductas alimentarias del paciente.

## **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CIE 10/DSM 5).**

### **DSM 5**

#### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS (329)**

307.1 Anorexia nerviosa (338)

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo

(F50.02) Tipo con atracones/purgas

### **CIE 10**

#### **F50 – F59 TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS**

**F50** Trastorno de la conducta alimentaria

**F50.0** Anorexia Nerviosa (307.1)

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Se deberían considerar otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo o una pérdida significativa de peso en el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa, especialmente cuando ésta presenta características atípicas (p. ej., con inicio después de los 40 años).

**Afecciones médicas** (p. ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]). En estas enfermedades se puede producir una pérdida importante de peso, pero las personas con estos trastornos normalmente no suelen manifestar una percepción alterada del propio peso o la propia constitución, ni miedo intenso a ganar peso, ni comportamientos insistentes que

interfieran con el aumento apropiado del peso. La pérdida aguda de peso asociada a una afección médica puede desencadenar ocasionalmente el inicio o la recurrencia de una anorexia nerviosa, que se podrá ocultar inicialmente tras la afección médica comórbida. Rara vez se desarrolla una anorexia nerviosa después de una cirugía bariátrica para la obesidad.

**Trastorno depresivo mayor:** En el trastorno depresivo mayor se puede producir una pérdida importante de peso, aunque la mayoría de los individuos con trastorno depresivo mayor no tiene deseos excesivos de perder peso, ni miedo intenso a ganarlo.

**Esquizofrenia:** Los individuos con esquizofrenia pueden presentar comportamientos alimentarios extraños y pueden tener ocasionalmente pérdidas significativas de peso, pero raramente muestran miedo a ganar peso o la alteración de la imagen corporal que exige el diagnóstico de anorexia nerviosa.

**Trastornos por consumo de sustancias:** Los individuos con trastornos por consumo de sustancias pueden tener un peso bajo debido a una ingesta nutricional escasa, pero generalmente no tienen miedo a ganar peso y no manifiestan ninguna alteración de su imagen corporal. Los individuos que abusan de sustancias que reducen el apetito (p. ej., cocaína, estimulantes) y que admiten tener miedo a ganar peso deben ser evaluados cuidadosamente ante la posibilidad de una anorexia nerviosa comórbida, dado que el consumo de sustancias puede representar un comportamiento persistente capaz de interferir con el aumento de peso (Criterio B).

**Trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal.** Algunas de las características de la anorexia nerviosa se solapan con los criterios de la fobia social, el TOC y el trastorno dismórfico corporal. En particular, los individuos pueden sentirse humillados o avergonzados si les ven comiendo en público, como en la fobia social; pueden mostrar obsesiones y compulsiones relacionadas con los alimentos, como en el TOC; o pueden preocuparse por un defecto imaginario en su apariencia corporal, como en el trastorno dismórfico corporal. Si el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales que se limitan solamente a la conducta alimentaria, no se debería realizar un diagnóstico de fobia social, aunque los miedos sociales que no están relacionados con la conducta alimentaria (p. ej., el miedo excesivo a hablar en público) podrían justificar un diagnóstico adicional de fobia social. Análogamente, se debería considerar un diagnóstico adicional de TOC solamente si el

individuo presenta obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos (p. ej., un miedo excesivo a la contaminación), y se debería considerar el diagnóstico adicional de trastorno dismórfico corporal solamente si la distorsión no está relacionada con el tamaño y la constitución corporal (p. ej., la preocupación de que la propia nariz es demasiado grande).

**Bulimia nerviosa:** Los individuos con bulimia nerviosa muestran episodios recurrentes de atracones, utilizan comportamientos inapropiados para evitar ganar peso (p. ej., el vómito autoprovocado) y están excesivamente preocupados por el peso y por la constitución corporal. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los individuos con anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas, los individuos con bulimia nerviosa mantienen un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal.

**Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos:** Los individuos con este trastorno pueden mostrar una pérdida de peso significativa o un déficit nutricional significativo, pero no tienen miedo a ganar peso o a engordar, ni tienen ninguna alteración en la forma de percibir su peso y su constitución corporal.

## **RECOMENDACIONES GENERALES**

1. Se recomienda llevar a cabo la Terapia Cognitivo Conductual basada en el Mindfulness y compasión
2. Se recomienda a la paciente que practique técnicas de relajación con la finalidad que maneje la ansiedad que se le presente en las distintas situaciones que le provoquen malestar y de esta manera conllevar de mejor manera el proceso terapéutico.
3. Además, es necesario que la paciente realice ciertas actividades físicas ligeras en un horario fijo con el fin de estimular el apetito
4. Es imprescindible que realice una Higiene Buco-Dental ya que con frecuencia se pierde peso porque la boca está en mal estado.
5. Es importante que exista un trabajo multidisciplinario con un nutricionista, un médico general y psiquiatría en caso de ser necesario.

## **PRONÓSTICO**

Esta paciente tiene un pronóstico desfavorable dado que la paciente no se encuentra consciente del problema que posee, además es importante mencionar que la sintomatología presente en el paciente posee cierto grado de complejidad, por lo que es esencial la aplicación de un tratamiento óptimo y adecuado al diagnóstico, denotando así una mejoría.

<b>PLAN DE INTERVENCIÓN</b>		
<b>SESION N°1</b>		
<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Contrato terapéutico y Psicoeducación	
<b>OBJETIVO</b>	Establecer pautas de información relacionadas con los resultados obtenidos y la vinculación con un compromiso terapéutico	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>1. Establecimiento del vínculo terapéutico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bienvenida y Rapport</li> </ul>		10 minutos
<b>2. Devolución de resultados obtenidos y diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicación del problemática y relación de las características de diagnóstico basados en la entrevista, pruebas psicométricas y proyectivas.</li> <li>● Introducción del tema <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es un trastorno alimentario? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnósticos y definiciones</li> <li>- Semejanzas entre los trastornos</li> <li>- Un modelo para la comprensión de los trastornos</li> </ul> </li> <li>-Consecuencias de los trastornos alimentarios <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgos físicos de inanición</li> <li>- -Consecuencias psicológicas, sociales, laborales, familiares</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		25 minutos
<b>3. Contrato psicoterapéutico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer las reglas para las sesiones de terapia: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Asistencia</li> <li>➤ Puntualidad</li> <li>➤ Uso del celular</li> <li>➤ Enfoque terapéutico</li> <li>➤ Tareas</li> <li>➤ Número de Sesiones</li> </ul> </li> </ul>		15 minutos

➤ Costó del proceso terapéutico			
<b>4. Cierre y despedida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tienes alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?</li> <li>• Explicación de tarea</li> </ul>			10 minutos
<b>TAREA</b>	Tarea: registrar conductas, emociones y situaciones en las que el paciente manifiesta los síntomas		

SESION N°2-3		
<b>FECHA</b>	02/08/2019	
<b>TEMA</b>	Psicoeducación	
<b>OBJETIVO</b>	Explicar detalladamente el propósito y la importancia de la terapia basada en el mindfulness y compasión	
<b>TIEMPO</b>	50 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>TIEMPO</b>	
<b>1.</b>	Bienvenida y Rapport	5 minutos
<b>2.</b>	Explicación del propósito y la importancia de la terapia - <b>¿Qué es mindfulness y compasión?</b> Por qué y cómo aplicarla a la alimentación  <b>Introducción al Programa</b> Ej. n° 1 Meditación Básica de Alimentación consciente Ej. n° 2 Escuchando al estómago	Video y folleto informativo  Charla educativa
<b>3.</b>	Técnica de relajación	5 minutos
<b>4.</b>	Cierre y despedida <ul style="list-style-type: none"><li>• Responder a preguntas o dudas</li><li>• Asignamiento y explicación de tarea para casa</li></ul>	15 minutos
<b>TAREA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Autorregistros</li> <li>Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia</li> </ul>	

<b>SESION N°4</b>		
<b>FECHA</b>	05/08/2019	
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness	
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la velocidad al comer/Pausa y Hambre Meditación de transición o movimiento consciente	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida, preguntar cómo le fue en la semana, cómo lo llevó con la tarea</b>	
		<b>TIEMPO</b>
		10 minutos
	<b>2. Disminuir la velocidad al comer/Pausa y Hambre Meditación de transición o movimiento consciente Ej. n° 1 Introducción al tema del hambre.</b>	Hoja de registro Lápiz
		20 minutos
	<b>3. Aplicación del cuestionario de salud general (GHQ) y el SCS: “Self Compassion Scale”</b>	Cuestionario
		15 minutos
	<b>5. Cierre y despedida</b>	Música Relajante
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Técnica de relajación</li> <li>● Responder a preguntas o dudas y asignar tarea para casa</li> </ul>	10 minutos
<b>TAREA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Autorregistro de hábitos alimentarios.</li> <li>Ψ Disminuir la velocidad al comer/Pausa y Hambre</li> </ul>	

<b>SESION N°5</b>		
<b>FECHA</b>	12/08/2019	
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness	
<b>OBJETIVO</b>	Identificar señales de satisfacción y plenitud	
<b>TIEMPO</b>	50 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida, preguntar cómo le fue en la semana, cómo lo llevó con la tarea</b> <b>2. Retroalimentación</b>	
	<b>2. Plenitud y Satisfacción</b> Meditación de transición Revisión de la práctica en casa Ej. n° 1 Plenitud y Satisfacción Ej. n° 2 Meditación de gratitud hacia el cuerpo	
	Técnica de Relajación	Música Relajante
<b>TAREA</b>	<b>Ψ Movimiento consciente</b> <b>Ej. n° 3 Una mirada profunda hacia nuestra comida</b>	

<b>SESION N°6</b>		
<b>FECHA</b>	19/08/2019	
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness	
<b>OBJETIVO</b>	Identificar patrones condicionados en torno a la alimentación	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la tarea</b>	5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	10 minutos
	<b>2. Identificación de Patrones Condicionados en torno a la Alimentación</b>  <b>2. Meditación de transición</b> Ej. n° 1 Cómo comíamos en casa Ej. n° 2 Dos maneras de disminuir la velocidad al comer y sentirse en calma	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lista de actividades</li> <li>● Contrato personal</li> <li>● Lista de gratificación</li> </ul> 25 minutos
	<b>3. Técnica de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Música relajante</li> </ul> 10 minutos
	<b>4. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	10 minutos
<b>TAREA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Autorregistros</li> <li>Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia</li> </ul>	

SESION N°7		
<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness	
<b>OBJETIVO</b>	Establecer emoción y conciencia corporal mediante la practica sensorial	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>	<b>TIEMPO</b> 5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	10 minutos
	<b>3. Emociones y Conciencia Corporal</b> - <b>Meditación de transición</b> - Introducción a la Atención Plena en el Cuerpo Ej. n° 1 Meditación de Escaneo Corporal Ej. n° 2 Vinculando las emociones con las sensaciones físicas en el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recursos humanos</li> <li>● Hoja</li> <li>● Lápiz</li> </ul> 25 minutos
	<b>Técnica de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Música relajante</li> </ul> 10 minutos
	<b>4. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	10 minutos
<b>TAREA</b>	Ψ Autorregistros  Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia	

## SESION N°8

<b>FECHA</b>			
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness		
<b>OBJETIVO</b>	Explicar la relación que existe entre la comida y el estado de animo		
<b>TIEMPO</b>	60 minutos		
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente		
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>		5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>		10 minutos
	<b>3. Comida y Estados de Ánimo</b> -Meditación de transición Introducción a la comida y estados de ánimo. Ej. n° 2 Comida y Estados de Ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recursos humanos</li> <li>● Video y chalara informativo</li> </ul>	25 minutos
	<b>Técnica de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Música relajante</li> </ul>	10 minutos
	<b>4. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión		10 minutos
<b>TAREA</b>	<p>Ψ Autorregistros</p> <p>Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia</p>		

<b>SESION N°9</b>		
<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness	
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la sensación de ansiedad por comer mediante técnicas de relajación y control de impulsos.	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>	<b>TIEMPO</b> 5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	10 minutos
	<b>3. Ansiedad por Comer</b> <b>-Meditación de transición</b> Discusión sobre la ansiedad por comer Ej. n° 1 Surfear el Impulso Ej. n° 2 Respiración de 3 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recursos humanos</li> <li>● Video y chalara informativo</li> </ul> 25 minutos
	<b>4. Técnica de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Música relajante</li> </ul> 10 minutos
	<b>5. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	10 minutos
<b>TAREA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Autorregistros</li> <li>Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia</li> </ul>	

<b>SESION N°10</b>		
<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Meditación con Mindfulness	
<b>OBJETIVO</b>	Establecer diversas formas de satisfacer el hambre emocional	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>	
		<b>TIEMPO</b>
		5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	
		11 minutos
	<b>3. Trabajando con el Hambre del Corazón</b> Meditación de transición Revisión de la práctica en casa Introducción al Hambre del Corazón Ej. n° 1 Comida Reconfortante Ej. n° 2 Formas de satisfacer el hambre del corazón que no implican comer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recursos humanos</li> <li>● Video informativo</li> </ul>
		25 minutos
	<b>4. Técnica de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Música relajante</li> </ul>
		10 minutos
	<b>5. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	
		10 minutos
<b>TAREA</b>	<p>Ψ Autorregistros</p> <p>Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia</p>	

**SESION N°11**

<b>FECHA</b>			
<b>TEMA</b>	Compasión		
<b>OBJETIVO</b>	Cultivar la Compasión o Bondad Amorosa hacia uno mismo		
<b>TIEMPO</b>	60 minutos		
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente		
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>		5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>		10 minutos
	<b>3. 11: Cultivar la Compasión o Bondad Amorosa hacia uno mismo</b> Introducción al concepto de compasión y autocompasión Ej. n° 1 Explorar los deseos universales de felicidad y compasión para uno mismo. Y aceptar la naturaleza cambiante de las cosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recursos humanos</li> <li>● Video informativo</li> </ul>	25 minutos
	<b>4. Técnica de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Música relajante</li> </ul>	10 minutos
	<b>5. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión		10 minutos
<b>TAREA</b>	Ψ Autorregistros  Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia		

## SESION N°12

<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Compasión	
<b>OBJETIVO</b>	Cultivar la Compasión o Bondad Amorosa hacia uno mismo y los demás.	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
		<b>TIEMPO</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>	5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	10 minutos
	<b>3. Practicar la humanidad compartida y desarrollar el aprecio por los demás y la interconexión</b> Ej. n°1 Generar sentimientos y cogniciones compasivas hacia los individuos cercanos emocionalmente y también para los desconocidos y enemigos.	25 minutos
	<b>4. Técnica de relajación</b>	10 minutos
	<b>5. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	10 minutos
<b>TAREA</b>	Ψ Autorregistros  Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia	

SESION N°13		
<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Compasión	
<b>OBJETIVO</b>	Aprender aceptar el dolor mediante la meditación.	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>	5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	10 minutos
	<b>3. Práctica de la compasión activa para cultivar el coraje</b> Meditación Tonglen (exposición interoceptiva). Forma de meditación (aprender aceptar el dolor)	• Recursos humanos 25 minutos
	<b>4. Técnica de relajación</b>	• Música relajante 10 minutos
	<b>5. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	10 minutos
<b>TAREA</b>	Ψ Autorregistros  Ψ Reforzar en casa los ejercicios explicados en terapia	

**SESION N°14**

<b>FECHA</b>		
<b>TEMA</b>	Cierre	
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el proceso de la terapia mediante la socialización de los resultados con el fin de conocer los avances, logros y actitudes positivas que se han generado en el proceso terapéutico.	
<b>TIEMPO</b>	60 minutos	
<b>PARTICIPANTES</b>	Paciente	
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>
	<b>1. Bienvenida y revisión de la practica en casa</b>	5 minutos
	<b>2. Retroalimentación</b>	10 minutos
	<b>3. Revisión del tratamiento. Plan de Práctica Postratamiento</b> -Revisar con el paciente los objetivos terapéuticos planteados al inicio y se hace un balance final. -Se administran de nuevo los cuestionarios que se aplicaron en la sesión 2. -Se hace un plan personalizado de ejercicios para casa. -Se sugiere sesiones de apoyo en grupos de práctica de Mindfulness	25 minutos  ● Recursos humanos ● Alimentos de diversos sabores
	<b>5. Cierre y despedida</b> Despejar cualquier inquietud que el paciente tenga sobre lo explicado en la sesión	10 minutos
<b>TAREA</b>		