UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES.

CADENA GARCIA STEPHANIE MICHELLE
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2022

UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES.

CADENA GARCIA STEPHANIE MICHELLE
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2022

UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES.

CADENA GARCIA STEPHANIE MICHELLE
PSICÓLOGA CLÍNICA

SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES

MACHALA, 16 DE FEBRERO DE 2022

MACHALA
16 de febrero de 2022

ENSAYO CASO

por Michelle Cadena

Fecha de entrega: 27-ene-2022 06:31p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1749597186
Nombre del archivo: MICHELLE_CADENA.docx (47.98K)
Total de palabras: 4541
Total de caracteres: 25709

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

La que suscribe, CADENA GARCIA STEPHANIE MICHELLE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes., 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 dispociones 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, 16 de febrero de 2022

CADENA GARCIA STEPHANIE MICHELLE
1719057307

ENSAYO CASO

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	7%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	gredos.usal.es Fuente de Internet	4%
2	www.rodyb.com Fuente de Internet	4%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 2%
Excluir bibliografía	Activo		

Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.

RESUMEN

Stephanie Michelle Cadena García

1719057307

scadena1@utmachala.edu.ec

La terapia cognitivo conductual (TCC) en pacientes adolescentes con trastorno de conducta alimentario (TCA) se ha desarrollado fundamentalmente en casos con bulimia nerviosa (BN) y anorexia nerviosa (AN). Los resultados en esta temática muestran como la TCC resulta de gran utilidad para conseguir una reducción de los síntomas bulímicos como son los atracones y vómitos y la normalización de una regularidad de los hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia. La TCC se basa en el supuesto de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo a partir de las experiencias previas. A través de la intervención se busca dotar a los pacientes de un modo de pensar y actuar más realista y adaptativo. Cronológicamente un adolescente es quien se encuentra entre la edad de 10 y 19 años. Para el desarrollo de la presente investigación se realizó un análisis bibliográfico de la Anorexia y Bulimia, así como la recopilación de técnicas eficaces para un tratamiento adecuado.

Palabras clave: Bulimia, Anorexia, adolescencia, Diagnóstico, terapia cognitivo-conductual

Cognitive behavioral therapy for the treatment of eating disorders in adolescents.

ABSTRACT

Stephanie Michelle Cadena García

1719057307

scadena1@utmachala.edu.ec

Cognitive behavioral therapy (CBT) in adolescent patients with eating disorder (ED) has been developed primarily in cases with bulimia nervosa (BN) and anorexia nervosa (AN). The results in this area show how CBT is very useful to achieve a reduction in bulimic symptoms such as binge eating and vomiting and the normalization of an irregularity in eating habits, both in quantity and frequency. CBT is based on the assumption that an individual's effects and behavior are largely determined by how they structure the world based on previous experiences. The intervention seeks to provide patients with a more realistic and adaptive way of thinking and acting. Chronologically, an adolescent is someone between the ages of 10 and 19. For the development of this research, a bibliographical analysis of Anorexia and Bulimia was carried out, as well as the compilation of effective techniques for an adequate treatment.

Keywords: Bulimia, Anorexia, adolescence, Diagnosis, cognitive-behavioral therapy

ÍNDICE

RESUMEN **2**

ABSTRACT **3**

INTRODUCCIÓN **5**

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES. **7**

CONCLUSIONES **16**

BIBLIOGRAFÍA **17**

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) aparecen recogidos en las clasificaciones especializadas de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales. Estos trastornos tienen como núcleos centrales la preocupación por la comida y el miedo a ganar peso, que pueden conducir a graves comportamientos como vómitos frecuentes, ejercicio físico excesivo, dieta o ansiedad física (Ortiz et al., 2017). Esto hace que resulte fundamental llevar a cabo una intervención temprana que prevenga las consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de este tipo de patología.

Según Gaete y López (2020), entre los TCA más comunes se encuentra la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). La prevalencia sobre la AN según el DSM-V es de un 0.5% a 1% a nivel mundial, mientras que la BN es aproximadamente de 1-2% a 4%; sin embargo, el 70% de los adolescentes declaran que no se sienten satisfechos con su cuerpo (Lladó et al., 2017), porcentaje que da muestra de la importancia de abordar esta temática, en pro de la salud física y psicológica de los jóvenes.

Asimismo, estos trastornos suelen ser más frecuentes en mujeres que en hombres y ser más prevalente en adolescentes y adultos jóvenes (APA, 2013). Según el estudio de Sánchez-Aguiar (2018), la prevalencia de los sujetos que presentaron algún TCA demostró que en los 30 pacientes en primer lugar se encuentra la anorexia con un resultado del 46,6%, mientras que de la bulimia fue el 16,7%. Estos porcentajes son muy altos, por ende, deberían preocupar a la sociedad, puesto que está en riesgo la salud de los adolescentes, considerados como el futuro de la sociedad. Por su parte, acerca del tratamiento de la AN y BN, estos suelen ser largos y complejos, sobre todo cuando la patología se vuelve crónica y requiere una intervención interdisciplinaria.
Ecuador no está exento de este problema, aunque los estudios sobre los TCA son reducidos, y tal como destaca Mosquera (2018), todavía no existen cifras exactas acerca de la incidencia de la AN y de la BN en los jóvenes ecuatorianos.

El objetivo del presente trabajo es analizar los TCA, en especial, lo referente a la AN y la BN, abordando sus características principales, la forma en la que afectan a los adolescentes, desde el aspecto físico (salud) así como con base en su desarrollo psicológico y su ideación o interpretación del cuerpo perfecto. Así mismo, se profundiza en el tema del tratamiento desde la perspectiva cognitivo conductual, ya que este abordaje

presenta mayor evidencia de eficacia. La orientación cognitiva-conductual se basa en el supuesto de que los efectos de la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo a partir de las experiencias anteriores. Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influye en el estado afectivo y en sus pautas de conducta. Por ello, a través de estas intervenciones se busca dotar a los pacientes con AN o BN de un modo de pensar más realista y adaptativo.

Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), un adolescente es quien se encuentra entre la edad de 10 y 19 años. En la actualidad hay cerca de 1.200 millones de adolescentes (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2022), lo que representa el 16% de la población mundial (Organización de las Naciones Unidas, 2022). La fase de la adolescencia suele ser una etapa llena de cambios físicos y emocionales, dicha circunstancia puede verse afectada por influencias sociales y de género especialmente las relacionadas con el autoconcepto (Cabrera, 2019).

La imagen corporal ideal se convierte en un valor asociado al éxito de las mujeres, y la presión por dicho ideal hace que puedan producir TCA (Fajardo et al., 2017). Esta predisposición antes mencionada tiene que ver con "la existencia de determinados modelos o ideales de cuerpo, o la exposición tanto a los medios de comunicación como a las influencias de carácter interpersonal ejercidas" (Alcaraz-Ibáñez, 2017, p. 81).

Estas influencias sobre cómo verse, y sobre cómo deberían ser los cuerpos ideales, repercuten de forma nociva en los adolescentes, puesto que se encuentran desarrollando su identidad, llegando en algunos casos a ocasionar un estado de ánimo negativo con ideación suicida (Suárez, 2017). Según Pertuz-Cortes et al. (2018), los TCA vienen acompañados de depresión y prácticas perjudiciales a la salud como las purgas y los atracones.

Históricamente, los TCA habían sido interpretados como trastornos o patologías que estaban presentes únicamente en países occidentales y desarrollados, situación que ha cambiado con el pasar de los años, detectándose adolescentes con TCA en culturas diversas y en países en vías de desarrollo (Gaete y López, 2020), y no distinguen estrato social alguno (Ortiz et al., 2017).

Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psicológico, caracterizado por una preocupación excesiva por el peso e imagen corporal con la disminución de ingesta de

alimentos a causa del miedo intenso a engordar (Concha et al., 2017). Lo cual lleva a que la persona disminuya su peso significativamente bajo los niveles etarios, de sexo y de salud física de la persona en cuestión (Maldonado-Ferrete et al., 2020).

La anorexia nerviosa, así como otros trastornos alimentarios están relacionado por diferentes factores, uno de ellos es el factor de presión social, puesto que es más común en mujeres que en varones y por lo tanto se encuentran influidas por la sociedad para mantener estándares altos de belleza y acoplarse a cuerpos delgados que muchas de las veces no son realistas. Esta apreciación respecto de la presión social se ve potenciado por las redes sociales, que son, a entender de Lucciarini et al. (2017), como un factor de riesgo, sobre todo, para aquellos adolescentes que se encuentran en etapa de confirmación y conformación de su identidad.

Las características principales de la AN, según Hamdan et al. (2017), se enmarcan en tres ejes. 1) distorsión en la percepción de la imagen física o corporal; 2) distorsión de sentimientos, con emociones exageradas e inadecuadas y 3) desarrollo de sentimientos de impotencia e ineficacia. Como se puede apreciar, la complejidad de los efectos de la AN, no solo en el organismo del adolescente que la padece, sino también en su mentalidad y personalidad.

Las personas que padecen AN, para controlar su peso, recurren al uso de los métodos purgativos o a la restricción de alimentos (Losada y Lupis, 2018). Una persona con anorexia adquiere diversas conductas compensatorias para no subir de peso, además de producirse el vómito y el uso de laxantes, una de las más comunes en la anorexia nerviosa es la realización excesiva de actividad física, que según Cano y Fernández (2017), esta afecta a un 80% de los pacientes que presentan trastornos de conducta alimentaria.

Según el DSM-V los criterios requeridos para diagnosticar un trastorno de AN son (APA, 2013):

> **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.

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.

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 peso corporal bajo actual.

En este sentido, es importante que los profesionales que van a realizar la intervención de adolescentes con AN sepan identificar cada una de estos criterios.

Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por la ingesta excesiva de alimentos que hace que la persona se sienta muy llena, y, en algunos casos esa sensación sea intensa y dolorosa lo que ocasiona episodios de compensación mediante el vómito inducido o realizando otras conductas purgativas (Losada y Lupis, 2018).

Además del vómito, algunas personas recurren a la utilización de enemas, laxantes y en algunos casos a realizar ejercicio físico excesivo, encuadrando estas conductas en los denominados episodios bulímicos compensatorios (Hamdan et al., 2017). Investigaciones desarrolladas por Gaete y López (2020) declaran que, si bien los TCA tienen una fuerte ligadura a comportamientos derivados de percepciones sociales erróneas (por ejemplo, los modelos de cuerpos propugnados por la moda) algunas investigaciones van más allá y establecen que a más de esta fuente social, los TCA, dentro de los que se encuadra la BN, tienen causas genéticas.

Según el DSM-V los criterios requeridos para diagnosticar un trastorno de bulimia nerviosa son (APA, 2013):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Terapia cognitivo conductual en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Entre los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria, uno de los más reconocidos como ya se ha mencionado es la terapia cognitivo conductual, por lo que es importante profundizar sobre ella.

La terapia cognitivo conductual surge a mediados de los 50 del siglo pasado como una alternativa a las psicoterapias de la época, sobre todo, frente al modelo psicoanalítico (Ruiz et al., 2012), donde se genera una tensión entre la psicoterapia y las obras nacientes de Beck, con sus ideas de intervenciones terapéuticas y su especial influencia en la curación del paciente (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017).

El concepto actual que se maneja de la TCC es referente a su modelo, donde se trabaja sobre los pensamientos, conductas y emociones disfuncionales que presenta el paciente, reemplazándolas por otros pensamientos y conductas que sean conducentes para combatir sus problemas (Puerta y Padilla, 2011), algo que, en el caso del presente trabajo, serían los TCA. Sobre esto último, González et al. (2018), destaca que la TCC es efectiva para tratar problemas de salud pública y eficaz como la farmacoterapia.

Dentro de un recorrido por las técnicas más utilizadas para el tratamiento de los TCA, en concordancia con el tema de la TCC, es la propuesta por Fairburn en 1985. Esta técnica fue ampliamente utilizada para el tratamiento de la BN, y tiene, como principales metas u objetivos la reducción de las conductas relacionadas con el uso de laxantes, de atracones y de todas aquellas medidas y conductas purgativas compensatorias.

Lo importante de la técnica propuesta por Fairburn es que además de “atacar” el tema de los atracones y de las medidas compensatorias, que son de reconocida esencia física, es decir, tienen reflejo en el físico de la persona; se aborda también un tema subyacente en los casos de BN, como es el tema psicológico. Aquí, Fairburn en 1985, demostró que su técnica de TCC, basada en la teoría explicativa del mantenimiento de la BN, podía ayudar a disminuir los índices de depresión, de autoestima baja y de deficiente funcionamiento social (Celis y Roca, 2011).

El enfoque clave, que hace que la TCC destaque como forma de abordar los TCA, es su interpretación de que los TCA se basan en errores de autopercepción o autoevaluación, donde se evidencia una clara contraposición entre la autoevaluación de la mayoría de las personas, en comparación con la autoevaluación que se realizan las personas que padecen TCA.

Por una parte, la autoevaluación de la mayoría de las personas se da con base a su ejecución de distintas áreas de su vida, como el trabajo, las relaciones familiares y laborales. Por otra parte, las personas con TCA, basan su autoevaluación sobre sus hábitos alimenticios, su figura fundamentando en los modelos socialmente impuestos, así como sobre el peso corporal (Celis y Roca, 2011).

Otra modalidad de terapia para el tratamiento de los TCA es la terapia familiar sistémica. Rodríguez-Bustamante et al. (2018), establecen que la terapia familiar es una orientación clínica, de acompañamiento al ser humano y que se enfoca en el trabajo con la familia. Así, la familia puede colaborar con el proceso de tratamiento de los TCA.

La terapia familiar es un proceso socialmente distribuido (Castañeda et al., 2018), por lo que las responsabilidades dentro del proceso de tratamiento se reparten de forma que todos en el seno familiar colaboran en la superación, en este caso, de los TCA.

Un enfoque específico de la terapia familiar para la anorexia nerviosa es el de Maudsley, el cual se enfoca principalmente en niños y adolescentes y tiene como objetivo principal la recuperación del peso, en donde los padres tienen un rol fundamental en la recuperación (Raich, 2011).

Evaluación de la sintomatología

Se realiza a través de la batería de cuestionarios autoadministrados antes y después del abordaje terapéutico. Los más usados son los siguientes:

- *Inventario de Desórdenes Alimentarios* (EDI; Garden, 2004). 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).
- *Cuestionario de Actitudes hacia la Comida* (EAT; Garner y Garfinkel, 1979). 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.
- *Test de Bulimia de Edimburgo* (BITE; Henderson y Freeman, 1987). Es un instrumento auto aplicado diseñado para identificar a sujetos con síntomas bulímicos: presencia y gravedad de bulimia o atracones.

Plan terapéutico del trastorno alimenticio: anorexia nerviosa

Se presenta un plan terapéutico para el trastorno alimenticio de la anorexia nerviosa. El plan está estructurado por 12 sesiones en total, que se realizarán una vez por semana con la duración de 60 minutos por sesión.

Nota: En todas las sesiones se registrará el peso de la paciente.

Enfoque: Cognitivo-Conductual

Objetivo General: Modificar pensamientos y conductas distorsionadas en la paciente mediante un proceso terapéutico para adquirir conductas más adecuadas.

Objetivos Específicos:

- Brindar recursos para disminuir las conductas autolesivas
- Disminuir la preocupación ante el peso y la comida

- Desarrollar el autoconcepto positivo de la paciente

PRIMERA FASE: Evaluación

Sesión 1

Actividades: Entrevista inicial con la paciente y la madre / Evaluación psicológica.

Descripción: Realizar una entrevista profunda con el fin de obtener datos esenciales y llegar a un diagnóstico, además se realiza evaluación psicológica compilando datos mediante test, con el fin de evaluar el funcionamiento de la paciente y corroborar el diagnostico.

Instrumentos utilizados: Entrevista estructurada (Entrevista para el diagnóstico de trastornos alimentarios (IDED), Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3), Test de personalidad IPDE, historia clínica, observación.

Sesión 2

Actividades: Devolución de los resultados obtenidos / Psicoeducación

Descripción: Brindar información sobre el trastorno que padece con el fin de tener conocimiento sobre su condición y de los efectos nocivos que puede padecer.

Instrumentos utilizados: Dialogo interactivo

SEGUNDA FASE: Modificación de distorsiones cognitivas

Sesión 3

Actividades: Registro de observación del comportamiento alimentario / Psicoeducación

Descripción: Utilizar un registro de observación con el fin de que la madre sea quien observe los comportamientos de su hija y los escriba detalladamente.

Brindar psicoeducación al paciente sobre el peso adecuado y sobre el IMC.

Instrumentos utilizados: Hoja de Registro

Sesión 4

Actividades: Técnica detección de pensamientos automáticos

Descripción: Para su realización se usa un registro diario de pensamientos con la finalidad que la paciente pueda identificar sus emociones o sus conductas problemas.

Instrumentos utilizados: Registro de pensamientos diario

Sesión 5

Actividades: Técnica de relajación

Descripción: Enseñar técnica sencilla de relajación con el fin de poder afrontar y controlar la ansiedad y el estrés de la paciente disminuyendo la tensión en el cuerpo.

Instrumentos utilizados: Música relajante

Sesión 6

Actividades: Búsqueda de evidencia

Descripción: Este método se utiliza para que el paciente en conjunto con el terapeuta compruebe los pensamientos automáticos y de esta forma corregir las distorsiones cognitivas.

Instrumentos utilizados: Dialogo interactivo

TERCERA FASE: Trabajar en el autoconcepto

Sesión 7

Actividades: Clasificación de las distorsiones cognitivas / Técnica de exposición al espejo

Descripción: Para la clasificación de las distorsiones cognitivas explicar a la paciente los errores cognitivos más frecuentes en la anorexia y como detectarlos y confrontarlos. Por otra parte, la técnica del espejo se utiliza con el fin de indagar cual es la percepción que tiene la paciente sobre ella misma.

Instrumentos utilizados: Espejo, diálogo interactivo

Sesión 8

Actividades: Psicoeducación / Brindar información al paciente sobre el autoconcepto y autoestima.

Descripción: Brindar información al paciente sobre el autoconcepto y autoestima.

La técnica de flecha descendentes se utiliza con el fin de distinguir las creencias personales de los pensamientos automáticos.

Instrumentos utilizados: Diálogo interactivo

Sesión 9

Actividades: Árbol de mi autoestima / Reestructuración cognitiva: Diálogo socrático

Descripción: El método del árbol de la autoestima es factible en adolescentes, por lo cual la paciente mediante un dibujo de un árbol describe sus cualidades tanto de su forma de ser y físicas. Y con la técnica del dialogo socrático se logra que cuestione sus creencias sobre sí misma.

Instrumentos utilizados: Diálogo interactivo

Sesión 10

Actividades: Técnica de respiración diafragmática

Descripción: Técnica que ayuda a la paciente a oxigenar el cuerpo con la finalidad de controlar el ritmo cardiaco y entrar en relajación.

Instrumentos utilizados: Ejercicio de respiración

CUARTA FASE: Final

Sesión 11

Actividades: Entrenamiento asertivo

Descripción: Se utiliza con el fin de aprender a responder de forma asertiva cuando se encuentra frente a una situación conflictiva.

Instrumentos utilizados: Diálogo interactivo

Sesión 12

Actividades: Prevención de recaídas y cierre

Descripción: Se concluye el tratamiento y se realiza una retroalimentación sobre las técnicas aplicadas con el fin de recordarle a la paciente que cuando se encuentre en una situación compleja puede acudir a ellas.

Instrumentos utilizados: Retroalimentación

CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grave problema psicológico y de salud física, por cuanto la persona que los padece adopta conductas extremas para modificar su cuerpo, siguiendo parámetros socialmente establecidos sobre figura y cuerpo perfecto. La bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa no sólo tienen una influencia directa en la salud corporal, sino que, a más de estos graves perjuicios, ocasiona también problemas de depresión, autoestima baja y un deficiente funcionamiento de las relaciones sociales.

Los TCA comúnmente inician en la fase de la adolescencia debido a los cambios por los que atraviesan, además de las críticas y presión social, lo que provoca una preocupación excesiva por el peso y el físico, por tal motivo es de suma importancia hacer énfasis tanto en la salud física y psicológica del adolescente, puesto que puede causar, pensamientos y conductas distorsionadas, baja autoestima y autoconcepto, y en consecuencia puede llegar a convertirse en una patología grave.

Se hace énfasis en la terapia cognitivo conductual como una herramienta muy provechosa para tratar los trastornos de la conducta alimentaria, puesto que permite abordar temas importantes como son los errores de autopercepción de la persona que padece estos trastornos, dejando de lado esa visión donde la persona que padece la bulimia o la anorexia, centra su atención únicamente en su cuerpo, cuando, de manera normal, la mayoría de las personas se auto perciben y autoevalúan a partir de otros factores, por ejemplo, las relaciones interpersonales, que sin lugar a dudas, son mucho más importantes que intentar modificar el cuerpo para únicamente seguir cánones de belleza y figura.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaraz-Ibáñez, M. (2017). Comparación social de la apariencia en contextos de ejercicio físico como variable predictora de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos. *Espiral, Cuadernos del Profesorado,* 10(21), pp. 80-89.

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta ed. - DSM-5. *Washington DC: APA.*

Cabrera, P. (2019). *Anorexia nerviosa en adolescentes: factores de riesgo, evaluación y tratamiento.* Tesis de grado, Universidad de la Laguna. Recuperado de: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14615/Anorexia%20Nerviosa%20en%20adolescentes%20factores%20de%20riesgo,%20evaluacion%20y%20tratamiento..pdf?sequence=1

Cano, M., y Fernández, A. (2017). Anorexia nerviosa y ejercicio físico. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 25, pp. 2795-2809.

Castañeda, G. C., Sánchez, L. P., & De Ávila, M. R. (2018). Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo de Stanton y Todd. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21 (3), pp. 989-1005.

Celis Ekstrand, A., & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica.

Concha, D., Cruzat-Mandich, C., y Moore, C. (2017). Kundalini yoga en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Un estudio cualitativo. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8 (1), pp. 82-94.

Fajardo, E., Méndez, C., y Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá – Colombia. *Revista Med*, 25 (1), pp. 46-57.

Fernández-Álvarez, H., y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22 (2), pp. 157-169.

Flores-Fresco, M. J., Blanco-Gandía, M. D. C., & Rodríguez-Arias, M. (2018). Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Clínica y Salud*, *29*(3), 125-132.

Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91 (5), pp. 784-793. https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Cifras de los adolescentes en el mundo.* Recuperado de: https://www.ioma.gba.gob.ar/index.php/servicios-y-prestaciones/programas/programa-adolescente/info-para-padres/cifras-de-los-adolescentes-en-el-mundo/

González, C., Ruiz, M., Cordero, P., Umaran, O., Hernández Abellán, A., Muñoz Navarro, R., y Cano Vindel, A. (2018). Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en atención primaria: un contexto ideal. *Revista de Psicoterapia*, 29 (10), pp. 37-52.

Hamdan, J., Mela, A., Pérez, M. y Bastidas, B. (2017). Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *RFS Revista Facultad de Salud*, 9 (1), pp. 9-19.

Lladó, G., González-Soltero, R., y Blanco, M. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34 (3), pp. 693-701. https://dx.doi.org/10.20960/nh.469

Losada, A., y Lupis, B. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*, (30), pp. 26-43.

Lucciarini, F., Losada, A. V., y Moscardi, R. (2021). Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. Avances En Psicología, 29(1), pp. 33-45. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2348

Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., Álvarez Valbuena, V., y Jáuregui-Lobera, I. (2020). Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5 (5), pp. 504-534.

Mosquera Méndez, S. (2018). *Problemática jurídica de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el Ecuador.* Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15123

Organización de las Naciones Unidas. (2022). *Desafíos globales: juventud.* Recuperado de: https://www.un.org/es/global-issues/youth

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud del adolescente*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Ortiz Cuquejo, L., Aguiaral, C., Samudio Domínguez, G., Troche Hermosilla, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge?" *Pediatría (Asunción)*, vol. 44, núm. 1, pp. 37-42.

Pertuz-Cortes, C., Navarro-Jiménez, E., Laborde-Cárdenas, C., Gómez-Méndez, P., y Lasprilla-Fawcett, S. (2020). Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49 (2), pp. 102-108.

Puerta, J., y Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8 (2), pp. 251-257.

Raich, R. (2017). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Ediciones Pirámide.

Rodríguez-Bustamante, A., Pérez-Arango, D. A., Bedoya-Cardona, L. M., & Herrera-Rivera, O. (2019). Terapia familiar sistémica. Sobre el self del terapeuta. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11 (1), pp. 89-108.

Ruiz Fernández, M., Díaz García, M., y Villalobos Crespo, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Sánchez-Aguiar, C. (2018). ¿Qué queda luego de un trastorno alimenticio? *Revista Universitas Científica*, 21(1), pp. 46-51.

Suárez Alonso, H. (2017). Apología de la anorexia y la bulimia en internet. *Repositorio digital de la Universidad de la Laguna.*