



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Facultad de Humanidades

Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestría en enfoques psicoterapéuticos

**Aplicación de la teoría Cognitiva en conductas alimentarias y estigmas de
belleza en adolescentes**

(Artículo Científico)

Mishel Alejandra Hernández López

Guatemala, noviembre 2021

**Aplicación de la teoría Cognitiva en Conductas alimentarias y estigmas de
belleza en adolescentes**

(Artículo Científico)

Mishel Alejandra Hernández López

M.A. Vilma Eugenia Solorzano de García (asesor)

M.A Patricia de la Peña (revisor)

Guatemala, noviembre 2021

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Autoridades

Facultad Humanidades

Decano M.A.	Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto año 2021.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Aplicación de la teoría Cognitiva en conductas alimentarias y estigmas de belleza en adolescentes”**. Presentada por el (la) estudiante: **Mishel Alejandra Hernández López** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Licda. Eugenia de García
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, 30 de octubre de 2021.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “Aplicación de la teoría Cognitiva en conductas alimentarias y estigmas de belleza en adolescentes”. Presentada por la estudiante: , previo a optar **Mishel Alejandra Hernández López** al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



M.A. Patricia de la Peña
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, noviembre 2021. -----

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: "**Aplicación de la teoría Cognitiva en conductas alimentarias y estigmas de belleza en adolescentes**", presentado por el (la) estudiante: **Mishel Alejandra Hernández López**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



☎ 1779

🌐 upana.edu.gt

📍 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. Método	1
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. Desarrollo	4
3.1 La adolescencia	4
3.1.1 Identidad del adolescente	5
3.2 Comportamiento del adolescente.	6
3.2.1 Estigmas sociales en el comportamiento del adolescente.	8
3.3 Trastornos de la conducta alimentaria	8
3.3.1 Definición de los trastornos de la conducta alimentaria	9
3.3.2 Tipos de trastorno de la conducta alimentaria.	11
3.4 El enfoque cognitivo y la conducta alimentaria en Adolescentes	18
3.4.1 Herramientas del enfoque cognitivo conductual	20
3.5 Abordaje para adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria.	22
3.5.1 Técnicas de intervención	27
3.5.1.1 Técnicas conductuales:	27
3.5.1.2 Técnicas cognitivas:	29
3.5.1.3 Técnicas emotivas:	30
4. Discusión de Resultados	32
Conclusiones	34
Referencias	35

Resumen

La investigación que a continuación se presenta se realiza para presentar el abordaje del trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de la terapia cognitiva conductual, tomando en cuenta que la etapa de la adolescencia es primordial para el desarrollo de un trastorno además se toma en cuenta que el adolescente es marcado por su entorno generando cogniciones negativas en el paciente.

Primero, se define la importancia que tiene crear la identidad del paciente, así mismo cual es el comportamiento del adolescente en su círculo familiar y social, valorizando el impacto que tiene para ser aprobado, siendo su base principal el estado de pertinencia a un grupo social específico. Se describen también los trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia, bulimia y atracones partiendo de qué es el trastorno y de cómo inicia, cuáles son las señales alerta, los criterios exactos para llegar a un diagnóstico y así evaluar las consecuencias significativas que estos pueden causar en la vida del adolescente tanto en lo cognitivo como conductual.

Finalmente, se presenta una propuesta de plan terapéutico desde la terapia cognitiva conductual en donde se describen distintas técnicas y herramientas generales que ayudan al abordaje del trastorno, en el proceso terapéutico se adecuan cada una de las necesidades del paciente, con el fin de que este proceso sea efectivo para lograr resultados palpables en la recuperación del adolescente- paciente.

Introducción

El trastorno de la conducta alimentaria es frecuente en la adolescencia porque el ser humano se encuentra en una etapa crucial en su vida en donde busca la identidad individual así como la identidad social, este trastorno es padecido en su mayoría en el sexo femenino esto debido que existen cogniciones negativas como “soy fea, estoy gorda, nadie me va querer por como luzco” todas impuestas por los estigmas sociales, debido a esto la investigación es titulada “Aplicación de la teoría Cognitiva en conductas alimentarias y estigmas de belleza en adolescentes”.

Por lo tanto, es importante mencionar cuál es el comportamiento del adolescente en su círculo social por fases, por ejemplo, si durante el proceso de desarrollo existe una fase que el adolescente no desarrolle de manera adecuada puede existir la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, también es importante notar que todas las consecuencias que existen en la vida del adolescente es por la manera que percibe el ambiente que le rodea y como se relaciona en el mismo.

Esta investigación pretende plantear un plan terapéutico viable para el trastorno de la conducta alimentaria, desde el enfoque de la terapia cognitiva conductual adecuando cada una de sus herramientas y técnicas generales que ayuden al paciente a identificar que existe un problema y como lo puede sobrellevar, integrando metas y objetivos específicos.

Finalmente, se toma en cuenta diversos autores para poder adentrarse en el abordaje del trastorno de la conducta alimentaria proponiendo desglosar el tema para comprenderlo desde su inicio como es la adolescencia, los estigmas sociales y el comportamiento del adolescente.

1. Método

En esta investigación se propone la psicoterapia cognitiva conductual para diagnosticar y tratar los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, tomando en cuenta que esta población se encuentra en riesgo porque aún está descubriendo su identidad psicológica por ende se toman en cuenta los estigmas de belleza impuesto por la sociedad los cuales pueden generar un impacto negativo al momento de querer encajar en grupo social específico distorsionando la imagen que se percibe de ellos mismos, creando un patrón de comportamiento que afectará a la Salud física y Mental.

Por esta razón, se considera importante la investigación para entender el porqué de este fenómeno cultural por lo tanto se toman fuentes que aportan información de gran importancia como lo es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (2013) y autores como Serra, Granizo y Castellani en donde explican cuáles son los criterios que se deben tomar en cuenta cuando se diagnostica un trastorno de la conducta alimentaria, autores como Nezu que afirma que las creencias sociales y religiosas se ven comprometidas en la manera que el paciente actúa ante cualquier situación.

Así mismo, se utilizan libros publicados por distintos autores como Moreno y Diverio (2018), Hidalgo y Colomina (2015) que explican a su totalidad lo que es la etapa de la adolescencia y los cambios que sufre en el transcurso del desarrollo que son de suma importancia para adquirir lo que es identidad que presentará ante la sociedad.

Para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria la psicoterapia cognitiva conductual posee las estrategias ideales para que de una forma gradual el adolescente pueda incorporarse a su vida cotidiana para esta investigación se tomaron en cuenta algunos manuales, entre ellos el Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos mentales (1998), Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual (2012) los cuales generan un aporte importante para dicha investigación.

Finalmente, esta investigación se presenta como un artículo científico en donde se trata de recopilar información primordial para tratar el trastorno de la conducta alimentaria y como abordar de la perspectiva de la terapia cognitiva conductual esto para esquematizar un plan terapéutico que pueda ayudar a profesionales de la salud mental a tratar esta problemática.

Presentando en cuatro fases la adolescencia, los estigmas sociales del comportamiento del adolescente, el trastorno de la conducta alimentaria y como abordar el trastorno a través de la terapia cognitiva conductual esto con el fin de iniciar la estructura de subtemas que fueran de suma importancia.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar las técnicas de la terapia cognitiva conductual que pueden ser oportunas para la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar los aspectos que influyen actualmente en estigmas de belleza
- Exponer los procesos de pensamiento que inciden en el adolescente y los trastornos alimenticios
- Explicar técnicas oportunas para la atención del adolescente con trastornos de la conducta alimentaria.

3. Desarrollo

3.1 La adolescencia

La adolescencia es la etapa vital en donde suceden distintos cambios que transforman al ser humano estos pueden ser estructura corporal, pensamientos, identidad y la forma que se relacionan con su familia y sociedad, en esta etapa se conduce a la madurez en donde existe la transición entre la infancia y la edad adulta siendo esta una esencial.

Es en la adolescencia se enfrentan a tres tipos de madurez que son: madurez biológica que se caracteriza por la culminación del desarrollo físico y sexual así mismo se presenta la madurez psicológica en donde se reorganiza la identidad, la autonomía emocional y por último la madurez social que se vincula al proceso de emancipación e independencia económica; así mismo se debe tomar en cuenta que en esta etapa a las variaciones de las características individuales, sociales, culturales e históricas en donde se desarrolla.(Moreno, 2015).

Según Colomina (2014) en la etapa de la adolescencia los grupos sociales como amigos, compañeros, grupos de música y novios cobran mucha importancia porque empiezan a buscar su pertenencia por ende inician a distanciarse de los adultos, además, en esta etapa inicia la ruptura de normas familiares; cabe mencionar que el adolescente empieza a incrementar su mundo de emociones y vivencias emocionales en donde pueden ser vulnerable a cualquier influencia social.

Entre los aspectos que se desarrollan durante la etapa de la adolescencia se tienen aspectos biológicos donde se desarrolla el crecimiento corporal como aumento de peso, masa y demisión corporal; aspectos psicológicos acá se manifiesta la identidad psicológica y sexual también se le da evolución al pensamiento abstracto, teniendo contradicciones en la conducta y fluctuaciones del estado anímico así refiere Diverio (2018).

De acuerdo con Hidalgo (2015) la adolescencia es un cambio constante de distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales por esta razón podemos esquematizar la adolescencia en tres etapas:

- **Adolescencia inicial:** Se refiere a los cambios puberales de los adolescentes que son relacionados con las hormonas, madurez biológica y la capacidad de reproducción en esta etapa, también inicia la comparación corporal con nuestro círculo social, creando la primera fase de la imagen distorsionada del cuerpo en donde se idealiza la forma en que se debe ver el adolescente para encajar en el ámbito que se desarrolla, esta etapa se da entre los 10 y 13 años de edad.
- **Adolescencia mediana:** Da inicio entre los 14 y 17 años de edad en esta etapa se le da mucha importancia a los grupos sociales porque existe una transición de la infancia a la edad adulta en donde ocurren modificaciones corporales dando el paso a la nueva estructura psicológica y ambiental para así formar la identidad, así mismo presenta muchas conductas de riesgo en donde se puede iniciar el desarrollo de los trastornos psicológicos.
- **Adolescencia tardía:** Esta etapa comprende la edad de 18 a 21 años, el adolescente se integra a un grupo social específico donde considera que se desenvuelve de la mejor manera, en esta etapa ejercerán una gran carga emocional los logros o frustraciones, así mismo los objetivos sicosociales son necesarios para la evolución del adolescente para que pertenezca un grupo social específico.

3.1.1 Identidad del adolescente

Diverio (2018) expone que la identidad es el hecho de ser uno mismo en tiempo y espacio en relación con los demás, se agrega la construcción de la realidad psíquica que es construida por el mundo exterior en donde nace la incertidumbre de que realizar con su vida implicando cambios significativos en el comportamiento social difícil de soportar especialmente cuando aún no se ha desarrollado tolerancia a la incertidumbre según lo indica.

Según Coleman y Hendry (2003) la identidad tiene cuatro estados o niveles que son los siguientes:

- Difusión de la identidad: En este estado el adolescente no ha experimentado una crisis de la identidad porque no presente un compromiso con su sistema de creencias.
- Hipoteca de la identidad: En este estado el adolescente aún no ha experimentado ninguna crisis sin embargo ya existe un compromiso con sus metas y creencias que son el resultado de elecciones hechas por otros de su alrededor.
- Moratoria: En el proceso de este estado aún no ha parado la lucha para encontrar su identidad, pero busca alternativas para la elección de su identidad.
- Consecución: En este estado el adolescente ya ha experimentado lo que es una crisis de identidad por lo que el resultado es el compromiso con su ideología y roles sociales.

3.2 Comportamiento del adolescente

Como lo explica la UNICEF (2002) los adolescentes en la actualidad dividen sus actividades de distintas maneras en las cuales sus redes sociales ocupan un 79% de su tiempo en donde generan una identidad dependiendo cuantos amigos tenga, cuantos likes, en la actualidad los estándares de belleza que ha impuesto las redes sociales son muy estrictos por cada día vende una imagen irracional de la mujer ideal en donde debe poseer cierto lineamientos como control del peso corporal sin ninguna imperfección de sobre peso.

La cultura juvenil lo manifiestan Galán y Burguillo (2013) como el conjunto de valores y actitudes que adoptan del resto de la sociedad generando una tendencia en donde desarrollan un conjunto de actitudes que pueden ser negativas o positivas a menudo necesitan que se les dé instrucciones porque un no poseen una identidad si no que han adoptado de lo perciben alrededor por pura presión social por lo que pueden ser expuesto a cualquier situación porque por el momento son vulnerables y un blanco fácil para presentar cualquier tipo de trastorno.

Tal como lo mencionaba Crone (2019) el comportamiento adolescente considera fases de desarrollo social y emocional donde buscan convertirse en seres humanos independientes con fines sociales maduros dichas fases se describen a continuación.

- Fase Impulsiva: Caracterizada por el comportamiento impulsivo, dependiendo de los demás y siendo obediente, actuando de manera agresiva, pero al mismo tiempo pretenden ser empáticos esperando que sus padres respondan a las necesidades de atención que en esta etapa necesita lo cual significa que buscan tener normas para corregir el comportamiento impulsivo esta fase puede ser llamada fase de dependencia.
- Fase de Autoprotección: En esta fase el comportamiento del adolescente es el intentar controlar sus emociones e impulsos, negándose a percibir miedo o simplemente sentirse herido, también se puede mencionar que el comportamiento alcanza el egoísmo buscando amistades únicamente a beneficio de este esto se refiere a que buscan escalar a nivel social.
- Fase de confirmación: Se caracteriza por el comportamiento social positivo incluyendo conductas de ayuda, cooperación y solidaridad este es muy importante porque se presenta el miedo al rechazo, las relaciones son recíprocas es decir que se debe de dar empatía mutua antes de realizar una actividad en un grupo social.
- Fase de Autoconciencia: En esta fase es la última del comportamiento del adolescente caracteriza por el sentimiento de unicidad, tolerancia y relaciones personales, en esta fase el adolescente llega a la conciencia de sus necesidades los objetivos personales se unen a los objetivos de un grupo específico se convierten en fiel a sus necesidades, aunque estas lo conduzcan al rechazo grupal.

Mientras estas fases de comportamiento suceden es muy importante estar pendientes del círculo social en que se desarrolla el adolescente ya que este es de gran influencia para que todas estas fases se den una forma correcta y no al contrario porque pueden generar una discrepancia en el comportamiento del adolescente dando cabida al desarrollo de los trastornos mentales.

3.2.1 Estigmas sociales en el comportamiento del adolescente

El estigma social se puede definir como una huella que hacen las creencias, actitudes y comportamiento afectando negativamente a una persona o un grupo en específico, los estigmas sociales se han surgido a través de los años basándose en las características físicas de los seres humanos como el color de piel, clase social, grupo étnico, creencias religiosas, género, incluso el aspecto físico; esto lo que genera es que la sociedad no acepte a estas personas entre sus grupos porque no llenan las características que erróneamente son las indicadas.

La palabra estigma es de origen griego y se refiere a la marca física que en este caso llevan los adolescentes para llevar la categorización social que tiene como fin delimitar y determinar qué es lo que se puede esperar de una persona inscrita en tal o cual categoría, en pocas palabras, es un saber de orden práctico que le permite a los sujetos colegir, a partir de unas pocas señales, qué tipo de relación puede establecer con el otro u otros. Si cercana o distante, agradable o desagradable, o si puede ver al otro como posibilidad o como amenaza. (Callejas, Piña, 2005 p.65).

Chávez (2014) expone que los adolescentes se colocan en riesgo de ser parte de los estigmas que son un signo distintivo donde se elabora la construcción social en este caso es la belleza que es impuesta por la sociedad, esto puede disfrazarse o presentarse como criterio que diferencia los grupos sociales.

3.3 Trastornos de la conducta alimentaria

Es importante abordar este tema para entender como da inicio un trastorno de la conducta alimentaria y como se convierte en una discrepancia para relacionarnos con el entorno social por esta razón se explica a continuación:

Trastorno Mental se considera como la alteración normal del funcionamiento los procesos mentales, afectando los pensamientos, sentimientos, estado de ánimo, conducta del ser humano,

los trastornos mentales pueden ser genéticos, traumáticos o posiblemente se den por el círculo social donde se desarrolle así mismo estos pueden ser transitorios o duraderos, afectando considerablemente la capacidad de relacionarse.

A continuación se describen que es un trastorno según el DMS-5 (2014)

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (p.20)

3.3.1 Definición de los trastornos de la conducta alimentaria

Como expresa Serra (2015) los trastornos de la conducta alimentaria son distinguidos por el comportamiento patológico delante de la ingesta de alimentos y la obsesión por mantener el control del peso corporal creando ideas distorsionadas de autoexigencias y de perfeccionismo para obtener la figura ideal provocando alteraciones a nivel emocional, además cabe mencionar los trastornos alimenticios que es una que se coloca como tercera enfermedad crónica que afecta al sexo femenino.

El sexo femenino es el más afectado en el trastorno de la conducta alimentaria ya que el género se ve estereotipado por el entorno social porque actualmente la generación se ve enmarcada por un tipo específico de medidas corporales, así como el peso esto lo que hace es la discrepancia en la realidad cayendo en conductas destructivas que afectaran al cuerpo humano y emociones deteriorando poco a poco si no se toma las medidas necesarias.

De acuerdo con Graziano (2020) al momento de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria se deben tomar en cuenta distintos factores como los factores predisponentes que son los individuales que pueden ser el género, la etapa en se encuentre a sí mismo la familiar como la genética y la sociocultural que involucra el entorno en que se desarrolla; también se encuentran los factores micro y macro sociales que abarcan la exigencias altas de los estándares de belleza que es expuesta la mujer joven la sociedad actual.

Este mismo autor continúa manifestando que de la misma manera se encuentran los factores precipitantes que son las exigencias ambientales incluso experiencias tempranas de abuso físico y una alteración en la homeostasis familiar; se puede mencionar los factores iatrogénicos que se caracterizan por la prescripción de dietas estrictas que juega un papel importante en la propagación de los trastornos alimenticios.

Para definir este trastorno se toman en cuenta diversas situaciones como el entorno familiar se toma uno de los precursores para que un trastorno se desarrolle en este caso son los trastornos alimenticios muchas veces desde allí el ser humano es inhibido en aceptar su cuerpo como es y que viene en diferentes tamaños a esto se agrega también la parte genética que influye en una gran parte para definir la consistencia biológica añadiendo que el entorno social es el último en agregar el valor de la belleza física.

Los trastornos de la conducta alimentaria en ocasiones son difíciles de diagnosticar durante la etapa de la adolescencia porque muchas veces son confundidos con problemas de peso o insatisfacción de la figura corporal sin embargo poseen una característica común que es la idea irracional como se proyecta su físico manteniendo un desequilibrio con los alimentos; al momento de padecer este trastorno se puede agrupar de la siguiente manera:

Primer grupo: Es el grupo perfeccionista que solo pretende tener una buena relaciona interpersonal sin embargo al final tienen un amplio sentido de autocrítica sintiéndose culpables por su apariencia física.

Segundo grupo: Restringido hipercontrolado caracterizado por coartación emocional, pasividad, inhibiendo la autoconciencia evitando por completo las relaciones interpersonales.

Tercer grupo: Con desregulación emocional y falta de control se caracterizan por la incapacidad de controlar emociones en donde se muestran emociones intensas, episodios de ira y comportamientos impulsivos.

3.3.2 Tipos de trastorno de la conducta alimentaria.

Los trastornos alimenticios por lo general son aparecen durante la adolescencia según la organización mundial de la Salud (OMS) es el problema de la salud más importante la humanidad porque va aumentando el número de afectados como el número de muertes por esta razón es importante que se conozcan para que en un momento dado se puedan identificar.

Entre los trastornos de la conducta alimentaria están:

- Anorexia Nerviosa

De acuerdo con Sierra (2015) la anorexia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria más común manifestando síntomas como la perdida evidente de peso, el miedo irracional por engordar creando el deseo obsesivo por adelgazar con dietas rigurosas que solo causan daño a la salud física, este tipo de actitud genera una imagen distorsionada lo que provoca la práctica de ejercicio excesivo con la única finalidad que esto solo hacer que el adolescente ponga en peligro su vida.

Graziona (2020) manifiesta que la anorexia nerviosa con frecuencia se manifiesta en la adolescencia en las edades de 12 años a 25 años en donde la patología a menudo se presenta en el género femenino por los estándares de belleza impuesta por la sociedad, sin embargo, al momento

de presentarse este tipo de trastorno se debe evaluar la combinación de distintos factores como biológicos, psicológicos y socioculturales.

Los Criterios de diagnósticos que se deben tomar en cuenta según el DSM-5 (2013) son:

- 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 bajo peso corporal actual. (p. 338, 339)

- **Bulimia Nerviosa**

La bulimia nerviosa también es uno de los trastornos de la conducta alimentaria que es caracterizados por ingesta incontrolada de ingesta de alimentos en corto lapso de tiempo esta actitud se da por el deseo excesivo por la comida lo que lleva al adolescente a generar un sentimiento de culpa por las acciones realizadas por otra parte se desencadena el mecanismo compensatorio que es como lo es el vómito, purgas, laxantes este tipo de acción hace que disminuya temporalmente el sentimiento de culpa, al final lo único que busca el adolescente es impedir subir de peso así lo manifiesta Castellani (2019).

Criterios de diagnóstico según el DMS-5 (2013):

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

1. Ingestión, en un período 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 (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

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.
(p.345)

- Atracones

Entre los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra los atracones que son caracterizados por la ingesta voraz de alimentos con pérdida del control donde no se realizan acciones compensatorias como vómitos, purgas o laxantes por lo general las personas que padecen este trastorno padecen de sobre peso u obesidad llevando a al adolescente a enfermedades diabetes colesterol entre otros según Serra (2015)

Criterios de diagnóstico según el DMS-5(2013)

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

1. Ingestión, en un período 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 ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o la anorexia nerviosas.” (p 350)

3.3.4 Causas de los trastornos de la conducta alimentaria.

En actualidad se desconoce la causa exacta que inicia los trastornos de la conducta alimentaria porque estas pueden variar según la genética, biología o el entorno social; sin embargo, podemos mencionar algunas.

Como lo indica el DSM 5 (2013)

- **Temperamentales.** Los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.
- **Ambientales.** La variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia de la anorexia nerviosa avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez. Las profesiones y las aficiones que alientan la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, también se relacionan con un mayor riesgo de presentar la enfermedad.
- **Genéticos y fisiológicos.** Existe un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. También se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa, especialmente entre los familiares de los individuos que tienen el tipo con atracones/purgas. Los porcentajes de concordancia para la anorexia nerviosa entre los gemelos monocigóticos son significativamente mayores que los observados en los dicigóticos. Se han descrito un conjunto de anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa gracias a las técnicas de imágenes funcionales (imágenes de resonancia magnética funcional, tomografía de emisión de positrones). No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición (p. 342).

3.3.5 Consecuencias del trastorno de la conducta alimentaria

Las consecuencias de los trastornos alimenticios suelen ser diversos y cada uno es importante porque afectan la consistencia física como emocional dañando la manera que el ser humano se

relaciona en el entorno distorsionando la realidad en la que actualmente se encuentra por a continuación se detalla la información.

Los trastornos de la conducta alimentaria puedan causar daños evidentes en el cuerpo de quien lo padezca causando problemas de salud en el metabolismo y el sistema endocrino empezando con dolores de cabeza frecuente afectando considerablemente la personalidad en donde los estados de ánimos son cambiantes evitando las relaciones interpersonales causando vulnerabilidad para padecer otro tipo de trastorno.

Como indica el DSM 5 (2013)

Hematología. La leucopenia es frecuente con pérdida de todo tipo de células, aunque normalmente existe una linfocitosis aparente. Puede haber anemia leve, así como trombocitopenia y, rara vez, problemas hemorrágicos.

Bioquímica sérica. La deshidratación se puede evidenciar por un nivel elevado de nitrógeno ureico en sangre.

Es frecuente la hipercolesterolemia. Los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados. Puede observarse ocasionalmente hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. El vómito autoprovocado puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloremia e hipopotasemia; el consumo excesivo de laxantes puede causar una acidosis metabólica leve.

Endocrino. Los niveles de tiroxina (T4) en el suero están normalmente en un nivel normal-bajo; los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados. Las mujeres presentan niveles bajos de estrógenos en el suero, mientras que los hombres tienen niveles séricos bajos de testosterona. Electrocardiografía. La bradicardia sinusal es común y rara vez se detectan arritmias. En algunos individuos se observa una prolongación significativa del intervalo QTc.

Masa ósea. A menudo se observa una baja densidad mineral ósea, con áreas específicas de osteopenia u osteoporosis. El riesgo de fractura es significativamente elevado. Electroencefalografía. Se pueden producir anormalidades difusas que reflejen una encefalopatía metabólica, a causa de alteraciones hidroelectrolíticas significativas. Gasto energético en reposo. A menudo se produce una reducción significativa del gasto energético en reposo. (p. 343)

Los individuos con anorexia nerviosa pueden mostrar todo un abanico de limitaciones funcionales asociadas al trastorno. Aunque algunas personas siguen activas en los ámbitos profesional y social, otras muestran un aislamiento social significativo o incapacidad de mantener el potencial académico o la carrera profesional.

Además de las consecuencias descritas anteriormente por el DSM 5 que son enfocados al funcionamiento físico en su mayoría también existen las consecuencias que afirma Lambruschini y Leis (2012) siendo estas las siguientes:

- Alteraciones digestivas

 - Gastroparesia con retraso del vaciamiento gástrico.

 - Estreñimiento.

 - Meteorismo.

- Alteraciones cardíacas

 - Bradicardia e hipotensión.

 - Prolapso mitral.

 - Disminución de la silueta cardíaca, del ventrículo izquierdo y del índice cardíaco.

 - Inversión de onda T.

- Alteraciones hematológicas

 - Anemia leve.

Disminución de la acción bactericida y de la adherencia de los granulocitos.

Disminución de linfocitos CD4 y CD8.

Disminución de niveles séricos de complemento

- Pérdida de masa ósea

Pérdida rápida y permanente y sólo reversible parcialmente. Posiblemente en relación con el déficit de estrógenos, hipercortisolismo y la disminución de IGF-I, como hemos comprobado en nuestros enfermos, llegando en ocasiones a déficit de -3 en el *score Z*.

Se correlaciona directamente con el tiempo de amenorrea. (p. 367)

3.4 El enfoque cognitivo y la conducta alimentaria en Adolescentes

A continuación, se da a conocer cómo surge la terapia cognitiva conductual que según la historia nace del psicoanálisis que son la base para dar inicio a la mayoría de las psicoterapias en este caso nace de fusión de la terapia conductual que se refiere únicamente al comportamiento del ser humano y la terapia cognitiva que su base fundamental son los procesos mentales teniendo los antecedentes de ambas nace lo que conocemos hoy en día como terapia cognitiva conductual.

Anteriormente en el siglo XX el psicoanálisis basado en los principios de la teoría de Sigmund Freud era la forma más común de la psicoterapia para tratar los trastornos psicológicos posteriormente mediante estudios descubrieron que tanto los animales como los humanos aprenden rápidamente por lo que desarrollan la terapia del comportamiento o conductual; el psiquiatra Joseph Wolpe y el psicólogo Arnold Lazaures encontraron una manera sencilla de cómo enfrentar a los pacientes que padecen los trastornos de la conducta alimentaria porque algo que se puede palpar es que les aterra el cambio; se debe tomar en consideración que los cambios significativos en el comportamiento del paciente se darán de manera gradual como lo refiere Gillihan (2018).

Posteriormente, indica Gillihan (2018) que el psiquiatra Aaron T. Beck y el psicólogo Albert Ellis postularon la idea que los pensamientos tiene un gran efecto tanto en los sentimientos como en el comportamiento por eso durante el tratamiento de la terapia cognitiva se deben identificar los

pensamientos negativos o destructivos del alrededor y de ellos mismo convirtiéndose en creencias erróneas y por esta razón se deben sustituir por pensamientos positivos o adecuados para poder lidiar con la situación que se esté enfrentado en ese momento.

La terapia cognitiva conductual como manifiesta Gillihan (2018) es una psicoterapia que se presenta como la alternativa para crear soluciones en donde se generan cambios en la forma de cómo piensan para posteriormente generar cambios en la forma que actuar para enfocarse directamente en los procesos mentales, que nace de los enfoques de la terapia conductista y la psicología cognitiva haciendo referencia al mundo mental del paciente por lo tanto se evade la manera esotérica y ambiguas de formular los pensamientos.

Continuando con lo anterior se menciona que se debe realizar un sistema en donde se categoriza los síntomas y signos para para posteriormente clasificarlos en un solo criterio racional para poder obtener en qué tipo de pensamientos se deben trabajar, así mismo la psicoterapia cognitiva conductual su finalidad es reducir los síntomas de malestar y aumentar el bienestar personal para obtener una vida saludable tanto física como psicológica, este tipo de psicoterapia se encarga de modificar los patrones de conductas que causen problemas en el paciente así como los pensamientos y el componente conductual que ayudaran a desarrollar acciones que resultaran efectivas en la vida del paciente.

Tomando en cuenta a Ruiz, Diaz, Villalobos (2012) para emplear la terapia cognitiva conductual se deben tomar en cuenta cuatro fases o rasgos obvios en la actualidad.

Primero: La terapia cognitiva conductual considera que los procesos de las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductual de carácter aprendido por lo que estas respuestas se han convertido en hábitos del comportamiento sin embargo los pacientes no saben identificar cuáles son las conductas aprendidas en un momento consideran que no tiene ningún control sobre ellas por lo tanto la terapia cognitiva conductual considera que el paciente tiene la completa responsabilidad sobre los procesos que afectan y ejercen control sobre ellos.

Segundo: Cuando se trata de la terapia cognitiva conductual se refiere a causar mejoras en la salud mental del paciente contando con técnicas y programas específicos para los diferentes problemas o trastornos que se presenten tomando en cuenta el ambiente del paciente en donde debe ser efectuada en un tiempo limitado.

Tercero: La terapia cognitiva conductual suele tomarse de carácter educativo porque conceptualiza el problema desde su inicio para que posteriormente se brinde de manera lógica el tratamiento.

Cuarto: En todo momento la terapia Cognitiva conductual su esencia es de carácter auto-evaluador el proceso se da a través del método experimental haciendo énfasis en la validación empírica del tratamiento esta metodología es tomada de la terapia conductual adaptando al método cognitivo conductual.

3.4.1 Herramientas del enfoque cognitivo conductual

El enfoque cognitivo conductual es muy amplio su base fundamental es detectar pensamientos destructivos para el ser humano para posteriormente modificar la conducta que está siendo destructiva para llevar una vida plena según Bandura (1988) el aprender nuevas conductas es parte de las herramientas a implementar son:

- Respiración profunda y control respiratorio

Esta técnica se utiliza cuando el paciente presenta una crisis en circunstancia el propósito de esta técnica es reestructurar la respiración para poder controlar la situación para no caer en la conducta que de la purga esta es una técnica directamente psicoeducativa la manera de ponerla en práctica es colocar la mano en la parte superior del pecho y la otra mano sobre el diafragma inhalando y exhalando de manera lenta y prolongada esto se debe implementar dos veces al día dependiendo la necesidad del paciente.

Las herramientas son armas que ayudan a modificar la conducta del paciente este es al final con conjunto porque integramos la conducta y el pensamiento para obtener un beneficio para el paciente.

- Planificación de las comidas

Planificar las comidas equilibradas es esencial para crear hábitos alimenticios completamente sanos para esta práctica se recomienda la que asista a un nutricionista para que brinde el plan alimenticio adecuado para asegurar que consuma las calorías necesarias para ganar peso en el caso de la anorexia y bulimia y perder peso en el caso de los atracones, que el paciente tenga una educación sobre la planificación de alimentos puede modificar las propias suposiciones erróneas de la comida, cuando se presente el trastorno alimenticio los pacientes tienen un régimen estricto para consumir sus alimentos evitando algunos alimentos que para ellos son prohibidos que a menudo suelen purgarse después de haber ingerido los alimentos así lo indica Williamson (1993).

Uno de los métodos para tratar el trastorno de la conducta alimentaria es identificar las comidas que causan mayor efecto negativo en los pacientes, por eso se implementa la exposición con prevención de la respuesta, este método trata de introducir constantemente los alimentos temidos, iniciando con los alimentos menos temidos que son los que causan menos ansiedad se introducen en la primera fase del tratamiento de forma gradual hasta llegar a los alimentos más temidos que se consumen poco a poco en las fases posteriores, estas exposiciones duran aproximadamente de 30 a 60 minutos en donde el deseo de purgarse se elimina a las dos horas de haber estado expuesto a las comidas temidas, cuando se habla de purgarse se considera un escape ante el miedo de ganar peso.

- Modificación de la Conducta al comer

Según el Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos (1998) expone:

Los métodos de control del estímulo se emplean normalmente para controlar los atracones y las conductas purgantes en la bulimia nerviosa. El insistir en la importancia de hacer tres comidas al día, a la misma hora y en el mismo lugar, sirve para reducir los atracones, ya que disminuye el que se dé un agotamiento de la energía y hambre, estos últimos

producidos por hacer dieta y por saltarse las comidas. Además, los estímulos ambientales que provocan los atracones pueden ser extinguidos gradualmente por medio de este método. (p. 200).

Como lo menciona Williamson, Smith y Barbien (1998) los principios básicos de los comportamientos alimenticios saludables son hacer las tres comidas al día en un horario coherente, comer lentamente sentado/a, servirse en porciones moderadas a pequeñas, jamás comprar comida cuando se tiene hambre, establecer objetivos conductuales que pueden ser pequeños para ir creando hábito por ejemplo comer el almuerzo todos los días a las 12:30 del mediodía así de forma gradual se pueden establecer los hábitos.

3.5 Abordaje para adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria.

El abordaje de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) desglosa que situación genera pensamientos, acciones y sentimientos que son perjudiciales para la adolescente comprendiendo a detalle cual es el problema que se presenta identificando que tipo de esquema presenta los pensamientos, en donde se están categorizando en creencias nucleares que son las que le dan el sentido de la identidad a la adolescente donde pueden presentar lo que es creencias periféricas que pueden ser las que en este momento están siendo afectadas por la idealización de un cuerpo perfecto cuando este esquema este organizando lograremos agenciarnos de estrategias de afrontamiento para que el adolescente cambie el patrón de comportamiento que esta presentado.

Como se debe realizar la modificación de la conducta en adolescentes para el abordaje de los trastornos alimenticios según Lechuga y Gámiz (2005):

- Primero identificar los factores precipitantes y de mantenimiento del problema esto se refiere a tener en cuenta lo que causa realizar la conducta ya sea de purga o de atracones en los adolescentes.
- Segundo asignar estrategias o tareas que sean complemente incompatible con las conductas que generan el problema en otras palabras asignar tareas en los momentos que el adolescente

realice su actividad de purgativa; organizar calendarios con conductas alimentarias correctas como cierto número de comidas al día entre otros.

- Tercero fijar metas adecuadas es decir que deben ser alcanzables para el adolescente para que no exista la frustración y puedan ser alcanzadas para así elevar la seguridad del mismo.
- Cuarto se sugiere sistematización de refuerzos en donde las metas suelen ser gratificantes de manera progresiva y por último se trabaja la rigidez mental que es la intolerancia al cambio.

En la terapia cognitiva conductual se debe tomar en cuenta la modificación cognitiva como objetivo primordial es cambiar el pensamiento pasivo que es el caracterizado por que se hagan adolescentes activos y que asuman la responsabilidad del tratamiento así mismo se deberán de modificar los pensamientos distorsionados estos se relacionaran con el peso corporal y los alimentos cuando estos se han identificados se reducirá la ansiedad y el malestar posteriormente cambiaran las distorsiones perspectivas que son las que dan una imagen negativa del cuerpo repercutiendo en las conductas alimentarias negativas y si este no se modifica se convertirá en un círculo vicioso y por último se modifican los miedos que estos son el temor a que el cuerpo no se aceptado ante los demás.

En la terapia cognitiva conductual el papel del terapeuta es solucionar problemas esto se debe efectuar realizando una evaluación y luego indicar un plan de tratamiento tomando en cuenta el A, B, C de la terapia que significa primero verificar antecedentes; segundo creencias, pensamientos ya sean negativos o positivos que hagan que el paciente siga con la misma conducta; tercero las consecuencias estas pueden ser emociones, acciones o conductas que el paciente realice.

- Orientación del problema

Como lo indica Nezu, Nezu, (2006) antes de realizar un plan terapéutico se debe tomar en cuenta la orientación del problema este es el conjunto de respuestas orientadas a las creencias sociales, religiosas, estigmas sociales, valoraciones y expectativas, estas son comprometidas por el paciente de la manera que reacciona ante los problemas o la visión que tiene del mundo respecto a los problemas.

- Resolución racional del problema

Continúa el mismo autor señalando que es importante la resolución racional del problema ya que consta de cogniciones y conducta, para realizar un plan terapéutico se deben tomar en cuenta: definir cuál es el problema principal acá se definen cuáles son las razones que delinear el problema; segundo generación de opciones esto es una lluvia de ideas que permitan aumentar las posibilidades de solucionar el problema; tercero toma decisiones es efectuar diversas opciones en donde se evaluar posteriormente se elabora el plan terapéutico y por último la evolución de resultados que es evaluar con eficacia todo lo realizado anteriormente.

Luego de todo este proceso se debe tomar en cuenta lo que es la formulación de caso de acuerdo a la terapia cognitiva conductual como lo indica Nezu (2006)

- Historia del paciente

En este punto se deben conocer distintos factores en las que se cuenta la vida del paciente de cómo surgió y como se mantiene el problema, acá el rol del terapeuta es inicia el plan terapéutico y como trazar metas para que puedan ser alcanzadas.

- Objetivos de casos de la terapia cognitiva conductual

Lo primero que debe realizar un terapeuta es comprender a detalle el problema que presenta el paciente; segundo identificar las variables que relacionan la manera que funcionan las dificultades del paciente; tercero diseñar los objetivas y metas del tratamiento que mejor se adecue al paciente.

- Variables relacionadas con el paciente

Cuando se toman en cuentan las variables en la conceptualización del problema esto hará que se realice un plan terapéutico efectivo:

VARIABLES DISTANTES: Estas se consideran los hechos biográficos del paciente, tomando en cuenta la historia familiar de antepasados (bisabuelos, entre otros) causando vulnerabilidad o desajuste en una situación o un problema específico. En esta variable se puede identificar de donde inicio el trastorno de la conducta alimentaria y como fue progresando en la vida del paciente.

VARIABLES DE ANTECEDENTES: Esta variable son elementos relacionados con el ambiente social y físico que son considerados que operan como desencadenantes al momento de desarrollar un trastorno. Aquí se toma en cuenta el círculo primario del paciente, esta ayuda a identificar como se encuentra el paciente relacionando con círculo familiar y ambiente que le rodea.

VARIABLES ORGÁSMICAS: En esta variable se toma en cuenta lo conductual y cognitivo; lo conductual es la manera que el paciente como se relaciona con la sociedad; lo cognitivo es como exterioriza sus emociones y cuáles son las consecuencias del problema o en este caso el trastorno.

VARIABLES DE RESPUESTA: Las variables de respuestas abarca directamente como va a reaccionar el paciente ante una situación.

VARIABLE DE CONSECUENCIAS: La variable de consecuencias es como le paciente son los problemas actuales del paciente o a donde va llegar en un futuro.

Para elaborar un plan de tratamiento se deben tomar varios aspectos para que sea completamente efectivo según Nezu, Nezu y Lambardo (2006) sugieren el siguiente plan:

Asignar metas generales de resultados finales para el tratamiento de la conducta alimentaria: Las metas que se trazan para mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir los pensamientos que causan las ideas irracionales distorsionadas de la realidad en la que vive, buscando incorporarlo a su vida familiar y social, las estrategias terapéuticas contemplan generar habilidades de adaptativas y eficaces.

Metas u objetivos principales del trastorno de la conducta alimentaria:

- Disminuir los pensamientos negativos o distorsionados de la realidad

Los pensamientos negativos o distorsionados de la realidad son recurrentes en el paciente generando sufrimiento por el hecho de imaginar que subiera de peso dichos pensamientos suelen ser angustiantes todo esto es el resultado de interpretaciones de los estereotipos impuesto por la sociedad, lo primordial es identificar los detonantes internos y externos creando síntomas somáticos ambiguos, se debe tomar en cuenta que los pacientes con frecuencia no están conscientes de la realidad por eso es importante considerar esta meta para modificar gradualmente los pensamientos.

- Eliminar las conductas de purga o atracones

Los pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria en ocasiones repetidas surge la necesidad de purgar o realizar atracones de comida esto debido a las sanciones somáticas de aumentar de peso o que la comida causara daño cuando esto sucede se da la activación fisiológica que en este caso es la necesidad de expulsar comida del cuerpo o comer todo lo que se pueda para calmar la angustia.

- Incorporar al paciente a su vida cotidiana

Posteriormente de haber controlado los pensamientos erróneos de soy feo no cumplo con las expectativas de la sociedad estos pensamientos son reestructurados por la terapia cognitiva conductual por pensamientos como el peso no define la personalidad, este tratamiento es importante porque generan la seguridad al paciente.

En el proceso psicoterapéutico se debe tomar en cuenta que las metas se deben de cumplir para poder disminuir el trastorno de la conducta alimentaria según Nezu, Nezu y Lombardo (2006) las metas se deben evaluar con las siguientes herramientas

- Registro de pensamientos disfuncionales según Beck (1995) Esta herramienta ayudara al adolescente a identificar situaciones que desencadenan los pensamientos automáticos reales, consecuencia emociones y adaptativos.
- Cuestionario de interpretación de sensaciones corporales según Clark, Salkovskis, Öst, Breitholtz, (1997) Valora las interpretaciones somáticas relacionadas con la ansiedad y otros síntomas corporales en este caso la sensación de purga o atracones.
- Cuestionario de Sensaciones Corporales realizada por Chambless, Caputo, Bright, Gallagher, (1984) Evalúa el temor asociado con las sensaciones somáticas de activación esto ayudara a descifrar que exactamente está sucediendo con el paciente al momento de presenta conductas purgativas o de atracones
- Prueba de Comportamiento de Evasión, Craske, Barlow, Meadows, (2000), este test evalúa la angustia que el paciente asocia en el afrontamiento en situaciones angustiantes en este caso el temor a consumir alimentos y subir de peso.

3.5.1 Técnicas de intervención

Las técnicas es un estudio basado en la actividad mental y comportamiento humano así mismo se puede decir que es un método estructurado que su finalidad principal conseguir las metas trazadas para el beneficio del paciente para que pueda agenciarse de habilidades para mejorar su estilo de vida.

3.5.1.1 Técnicas conductuales

El fin principal de esta técnica es lograr modificar la conducta negativa del paciente que padece algún trastorno alimenticio la manera de practicarla es colocar actividades por jerarquía estas deben ser actividades que causen menor dificultad a la actividad que causa mayor dificultad como iniciar a consumir los alimentos que tenga mínimas calorías para llegar a los alimentos que provoquen mayor dificultad se debe evaluar cada actividad que se realice de 0 a 5 puntos esto para saber si existe avance en el cambio de conducta.

Entre las técnicas conductuales se encuentran:

Distracción: Cuando existe la sensación de realizar la conducta purgativa o de atracón es beneficioso para el paciente crear una distracción enseñándole al paciente a controlar sus deseos corporales, puede realizar distintas actividades como cantar una canción, ver un video musical o simplemente entablar una conversación de algún tema que sea de su agrado.

Exposición: Esta técnica se basa en exponer al paciente en situaciones evitadas como comer alimentos que para ellos son prohibidos esto funciona como condicionamiento operante, la exposición se hace de manera eficaz contextos diversos esto quiere decir que puede ser de manera individual o grupal esto se realiza con la finalidad de minimizar el temor que se le tiene a la comida el paciente.

Entrenamiento autogénico: Los trastornos de la conducta alimentaria muchas veces generan ansiedad al momento de no controlar el consumo en exceso de los alimentos (atracones) o en caso contrario contralar el deseo excesivo de purgarse, el entrenamiento autogénico es diseñado para ayudar al paciente a reducir la tensión al momento de enfrentarse a un factor estresante este podría ser no poder controlar la purga o un atracón lo que se realiza es que el paciente se concentra en ciertos músculos reproduciendo algunas auto instrucciones para desplazar la tensión a cierto musculo y posteriormente controlarlo.

La actividad conductual: Es una forma de tratamiento para aumentar las fuentes de reforzamiento positivo con el fin de contrarrestar los patrones por evitación en este caso es lograr consumir alimentos que los pacientes con trastorno de conducta alimentaria consideren un peligro para aumentar de peso esto se debe realizar de la siguiente manera:

Primero se inicia con la activación focal emprendiendo actividades específicas en el paciente como por ejemplo comer tres veces al día en un horario específico, luego se inicia con la asignación gradual de actividades es decir asignar actividades más pesado como comer un helado para finalizar con la regulación de rutinas que es incorporarlo en las actividades diarias.

Mejorar las relaciones interpersonales: Cuando se padece un trastorno de la conducta alimentaria las relaciones interpersonales se ven significativamente afectadas realizar actividades programadas como salir al parque esto se debe realizar en la familia para confortar la relación y el paciente se sentirá seguro y se no se le dificultará retomar su vida cotidiana.

Para el abordaje del trastorno de la conducta alimentaria se deben tomar en cuenta distintas técnicas para intervenir al paciente según Beck (1999) estas se deben emplear de acuerdo con las necesidades del paciente.

3.5.1.2 Técnicas cognitivas

La técnica cognitiva trata de crear un auto registro de lo que sucede durante el día respecto a sus actividades diarias esto creará un registro personal de todos los pensamientos distorsionados que transcurren durante el día esto ayudara a crear una nueva perspectiva de los pensamientos destructivos.

Reestructuración cognitiva: La reestructuración trata de reducir los pensamientos automáticos negativos que causan daño dando paso a los esquemas desadaptativos que son una suposición básica cognitiva convirtiéndose en un distorsión negativa de la realidad estos se pueden presentar de la siguiente manera “estoy feo, mi cuerpo es terrible, estoy muy gorda, doy asco” cuando se identificas este tipo de distorsión se le solicita al paciente que realice un diario personal en donde se aplique el aplique un análisis de las ventajas y desventajas de este tipo de pensamientos la idea principal es fomentar en el adolescente que las suposiciones son totalmente erróneas cuando se identifican los pensamientos automáticos se debe reforzar con una recompensa positiva esta recompensa se debe adecuar a las necesidades del paciente.

Entrenamiento de relajación: Esta técnica pretende disminuir la activación fisiológica en situaciones que provocan malestar al paciente, cuando exista la necesidad de expulsar los alimentos o consumir alimento en cantidades mayores se le enseña al paciente a tensar y soltar esta puede ser a acompañada con la reestructuración cognitiva.

Exposición Interoceptiva: En esta técnica los pacientes se exponen a sugerencias somáticas induciendo a síntomas de angustia que hacen que el paciente presente una crisis pequeña para poderla controlar gradualmente durante la aparición de la crisis se realizan preguntas como ¿qué imágenes vienen a la mente? y ¿a qué conclusiones llega a la similitud de cómo se siente en un momento normal y como siente cuando tiene una crisis?, esto hará que el paciente haga sus propias interpretaciones de las sensaciones somáticas que tiene respecto a que la comida le hace daño a su cuerpo.

Control respiratorio: Esta técnica va acompañada con la técnica de entrenamiento de relajación, consiste en que la respiración diafragmática se maneja como técnica de afrontamiento realizando 8 a 12 respiraciones por minuto, esto generara seguridad en el paciente al sentir que puede controlar los impulsos.

Cognitiva focal: Es una técnica basada en el manual de Beck (1992) esta se caracteriza por interpretaciones erróneas que realiza el paciente acerca de las sensaciones corporal en el caso del trastorno de la conducta alimentaria es sentir gordo, feo, no aceptado de por la sociedad, considera que la comida es absolutamente mala cuando estos son enfocados disminuirán el comportamiento que ha es dañino para el paciente.

El entrenamiento autoinstruccional pretende inhibir las cogniciones negativas que presente el paciente para posteriormente remplazarla con cogniciones positivas como por ejemplo sugiriendo cogniciones “soy capaz de realizar tres comidas al día”, “soy capaz de no vomitar”, “soy capaz de controlar excederme de comida”, estas se deben practicar cuando el paciente se encuentre en situaciones que considere que no puede controlar.

3.5.1.3 Técnicas emotivas

Esta técnica es implementada posteriormente que se logra un avance en el control de la conducta en donde se pretende que el paciente explore sus emociones estas se aplica dependiendo a la necesidad del paciente induciéndolo a que sienta compasión de su situación y se capaz de llorar posteriormente si es necesario inducirle al cólera controlado para que exteriorice la cólera que tiene hacia su cuerpo.

Perspectiva de señales de seguridad: La perspectiva de señales de seguridad la sugiere Rachman (1984) esta técnica sugiere que es mucha más efectiva si el paciente tiene control respecto a la exposición, acá se ofrecen señales de seguridad para ayudarles a reducir la ansiedad durante la exposición por ejemplo estar acompañado de alguien con un ser querido al momento de ingerir la comida.

4. Discusión de Resultados

El objetivo general de la investigación es determinar las técnicas de la terapia cognitiva conductual que pueden ser oportunas para la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria por eso es importante indagar sobre la información para luego documentarla, para que posteriormente se pueda llegar a plasmar un plan terapéutico viable para el trastorno de la conducta alimentaria que se ha desarrollado en transcurso de la etapa de la adolescencia.

Es importante mencionar que la terapia cognitiva conductual es una terapia estructurada para modificar a nivel cognitivo los pensamientos desadaptados debido a la aparición de un trastorno que conlleva a conductas destructivas para la vida cotidiana, así mismo la terapia cognitiva no solo busca encontrar que es lo que genera el problema si no que también identificar la raíz del problema y que es lo que mantiene esto con la finalidad que el paciente aprenda llevar su situación.

Por lo que es importante recalcar que la terapia cognitiva conductual es ideal para adaptar al momento de abordar el trastorno de la conducta alimentaria a causa de los estigmas sociales. Dentro de la información investigada es primordial resaltar que terapia cognitiva conductual su finalidad es realizar una reestructuración cognitiva para posteriormente se resalten los cambios conductuales este proceso es necesario para poder integrar al paciente a su vida cotidiana.

Finalmente, la terapia cognitiva conductual presenta distintas técnicas que se pueden adecuar para presentar un modelo para tratar un trastorno de la conducta alimentaria, así como lo indica Nezu, Nezu (2006) generando un abordaje desde metas y objetivos para que paciente pueda identificar la raíz del problema y que es lo que lo mantiene adecuando cada una de ellas a las necesidades del paciente.

El segundo objetivo general trata de exponer los procesos de pensamiento que inciden en el adolescente y los trastornos alimenticios por esta razón, es importante mencionar que la etapa de la adolescencia es la etapa primordial en el ser humano porque existe una línea media entre la niñez y la edad adulta, en donde el adolescente es vulnerable porque se encuentra en la búsqueda de su identidad siendo un blanco fácil para sufrir crisis existenciales, buscando constantemente pertenecer a un grupo específico y lograr encajar para sentirse importante en su diario vivir.

También podemos mencionar que para describir el trastorno de la conducta alimentaria se puede mencionar la anorexia, bulimia y atracones que son lo que se dan con mayor frecuencia causando daños físicos, emocional en el paciente, haciendo que el mismo tenga una ruptura con su círculo familiar y social distorsionando la realidad en la que vive.

Finalmente, el tercer objetivo trata de combinar las técnicas oportunas para la atención de adolescentes con trastornos alimenticios tomando en cuenta lo que describe Nezu, Nezu y Lombardo (2006) que para abordar esta problemática se deben tomar en cuenta las técnicas cognitivas, conductuales y emocionales porque estas son una la base fundamental para readaptar al paciente a su vida cotidiana realizando cambios en su estructura cognitiva y conductual

Conclusiones

El objetivo general de la investigación es determinar las herramientas de la terapia cognitiva conductual que pueden ser oportunas para la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, donde se constata que la terapia cognitiva conductual se ha desarrollado durante décadas y se ha considerado como un método efectivo para tratar todo tipo de trastorno en este caso los trastornos de la conducta alimentaria ya que su base fundamental es modificar conductas.

Es importante recalcar que la terapia cognitiva posee diversas técnicas para el abordaje de los trastornos alimenticios desglosando la técnica en cognitivas, conductuales y emocionales cada una de ellas se debe de emplear de acuerdo a las necesidades del paciente para evaluar cada uno de los pensamientos distorsionados que causan malestar en la vida cotidiana del paciente; así mismo es importante mencionar que las técnicas implementadas para tratar los trastornos alimenticios se realiza de manera gradual.

En general la terapia cognitiva conductual trata de identificar las distorsiones cognitivas que son las causantes que un trastorno se desarrolle y persista, si estas no son identificadas oportunamente son las causantes de trastorno como la bulimia, anorexia y atracones.

Cabe mencionar que la causa primordial de los trastornos alimenticios son las huellas de los estigmas de belleza impuesto por la sociedad en donde crean en el adolescente presenta pensamientos distorsionados de su realidad afectando significativamente la vida cotidiana.

La terapia cognitiva conductual permite explorar todas las condiciones del paciente tomando en cuenta desde su historia familiar, historia actual, que detona el problema y que es lo que lo mantiene toda esta información ayudar abordar desde la experiencia del paciente en donde lo primordial es tener un meta para sobrellevar el trastorno y que no persista con el tiempo si no que el paciente pueda controlarlo para que poder ser incorporado a su vida cotidiana.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Estados Unidos. Editorial Médica Panamericana.
- Ceballo V.E. (1998) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos vol.2*. Editorial Siglo veintiuno de España editores. S.A
- Coleman J.C., Hendry. L.B. (2003) *Psicología del Adolescente*. Editorial Morata. S.A. Madrid
- Colomina B, Garcia Aguado P. (2014) *La adolescencia, 7 Claves para prevenir los problemas de conducta*. Editorial I., S.L Barcelona
- Granizo R. (2020) *Trastorno de la conducta alimentaria*. Editorial Española.
- Moreno A. (2015) *La adolescencia*. Editorial UOC Publishing,SL. Barcelona.
- Nuzu A.M, Nezu C.M, Lombardo E. (2006) *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos conductuales, un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual moderno, S.A de C.
- Ruiz M. A, Diaz M.I, Villalobos Crespo A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitiva Conductual*. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. Bilbao.
- Serra M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial UOC Publishing,SL. Barcelona.