TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

# FACULTAD DE PSICOLOGIA Y EDUCACIÓN

## SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

**“Trastorno de Ansiedad Generalizada: estudio de caso desde un enfoque cognitivo-conductual”**

Tesis para optar el título profesional de:
Segunda especialidad en Psicoterapia Cognitivo Conductual

Presentado por:
Adriana del Carmen Pineda Sanchez (0009-0006-0513-3509)

Asesor:
Renzo Martinez Munive (0000-0002-1882-9437)

Lima – Perú

2026

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO**

Lima, 6 de julio de 2026.

Los integrantes del Jurado de tesis:

| | | |
|---|---|---|
| Presidente: | Dr. Brocca Alvarado, Paul Roger | ☐ |
| Miembro: | Dr. Tacsa Pampas, Pablo | |

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

**"TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: ESTUDIO DE CASO DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL"**

Presentada por:

- ADRIANA DEL CARMEN PINEDA SANCHEZ

Para optar el título de segunda especialidad en PSICOTERAPIA CLÍNICA COGNITIVO CONDUCTUAL

Asesoradas por: **Dr. Martínez Munive, Renzo**

Luego de haber evaluado el informe final de su trabajo académico y evaluado el desempeño en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

| ADRIANA DEL CARMEN PINEDA SANCHEZ | | | Nota: letras (16) |
|---|---|---|---|
| Aprobado () | Aprobado - Muy buena (x) | Aprobado - Sobresaliente ( ) | Desaprobado () |

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.

Dr. Brocca Alvarado, Paul Roger
***Presidente***

Dr. Martínez Munive, Renzo
***Asesor***

Dr. Tacsa Pampas, Pablo
***Miembro***

**ANEXO: FORMATO DE DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE CONTENIDO DE INFORME FINAL DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR**

**DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE CONTENIDO DEL INFORME FINAL DE TESIS / TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (versión 2.0) [1]**

Lima, 04 de septiembre del 2026

Señor,
Percy Manuel Mayta Tristán.
**Vicerrector de Investigación**
**Universidad Científica del Sur**
**Presente. –**

De nuestra consideración,

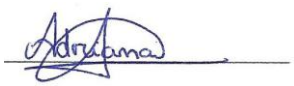
Los abajo firmantes, Adriana del Carmen Pineda Sanchez, egresada del Programa académico de Segunda especialidad en Psicoterapia Clínica Cognitivo Conductual de la Universidad Científica del Sur, y el asesor de tesis Renzo Martinez Munive, declaramos que este informe final de trabajo de investigación titulado "Trastorno de Ansiedad Generalizada: estudio de caso desde un enfoque cognitivo-conductual", que presentamos para optar el Título de Segunda Especialidad en Psicoterapia Clínica Cognitivo Conductual, es original.

En consecuencia, declaramos que el informe no contiene plagio ni total ni parcial; que, cuando se utilizó información de fuentes externas, se reconoció su autoría mediante la citación correspondiente; y que los resultados obtenidos son producto íntegro de nuestra investigación y no han sido falseados ni fabricados. Todo ello en cumplimiento del Código de ética en la Investigación, Reglamento de Disciplina de Pregrado y Posgrado, Reglamento de Propiedad Intelectual, Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para la obtención de títulos profesionales y grados académicos [2], que afirmamos conocer en su totalidad.

Declaramos, además, que no se han utilizado herramientas de inteligencia artificial (IA) generativa, de forma parcial ni total, en ninguna fase del desarrollo de la investigación ni en la redacción del informe final de tesis/trabajo de investigación. Sí declaro haber utilizado herramientas de IA no generativa para la corrección ortográfica y de estilo, así como la gestión y organización de referencias bibliográficas. conforme a la normativa de la Universidad [3]. Todo el material ha sido revisado por la autora, quien asume la responsabilidad de su contenido.

Por ello, en caso de identificarse alguna situación de plagio, falsificación o fabricación de resultados, uso indebido de IA generativa o uso no declarado de IA, nos sometemos al proceso de investigación que establezca la Universidad y aceptamos las sanciones que pudieran corresponder. También declaramos conocer las normativas institucionales que regulan las sanciones aplicables en estos casos, incluido el de la compra y venta de tesis.

Firmamos en conformidad con lo declarado,



**Firma tesista**
**DNI: 71879857**



**Firma del asesor de tesis**
**DNI: 41466055**

[1] En conformidad con la Resolución del Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD
[2] Los documentos están en: https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/3652
[3] GEA-GIE-POL-05 Política del uso de inteligencia artificial

## INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

**Título del documento evaluado.** Trastorno de ansiedad generalizada: estudio de caso desde un enfoque cognitivo-conductual

**Autores.** Adriana del Carmen Pineda Sanchez.

**Mecanismo de revisión de originalidad.** Evaluación con Turnitin (ID 3011979894).

**Resultado de la evaluación.** 9%.

**Revisado por.** Magaly Kelly Guerrero Huaracallo.

**Comentarios sobre la revisión.** Filtros usados: excluir fuentes de menos de 12 palabras.

INFORME DE ORIGINALIDAD

| 9% | 7% | 4% | 6% |
|---|---|---|---|
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | hdl.handle.net<br>Fuente de Internet | 1% |
| 2 | www.dheducacion.com<br>Fuente de Internet | 1% |
| 3 | Submitted to Blackboard<br>Trabajo del estudiante | 1% |
| 4 | Submitted to Universitat Oberta de Catalunya<br>Trabajo del estudiante | 1% |
| 5 | repositorio.unfv.edu.pe<br>Fuente de Internet | 1% |
| 6 | Submitted to Universidad Anahuac México Sur<br>Trabajo del estudiante | <1% |
| 7 | Submitted to Universidad Europea de Madrid<br>Trabajo del estudiante | <1% |
| 8 | Martin, Sara Rodriguez. "Evaluacion y tratamiento cognitivo-conductual y metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada y sus trastornos comorbidos", Universidad de La Laguna (Canary Islands, Spain), 2022<br>Publicación | <1% |
| 9 | dokumen.pub<br>Fuente de Internet | <1% |
| 10 | Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal<br>Trabajo del estudiante | <1% |
| 11 | qdoc.tips<br>Fuente de Internet | <1% |

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

# FACULTAD DE PSICOLOGIA Y EDUCACIÓN

## SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

**“Trastorno de Ansiedad Generalizada: estudio de caso desde un enfoque cognitivo-conductual”**

Tesis para optar el título de segunda especialidad en:
Psicoterapia Cognitivo Conductual

Presentado por:
Adriana del Carmen Pineda Sanchez (0009-0006-0513-3509)

Asesor:
Renzo Martinez Munive (0000-0002-1882-9437)

Lima – Perú

2026

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

## DEDICATORIA

A Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y esperanza en cada etapa de este camino, permitiéndome superar los desafíos y alcanzar esta meta profesional.
A mis padres, por su amor incondicional, sus enseñanzas y el apoyo constante que han sido el pilar de mi formación personal y profesional.
A mis hermanos, por su cariño, confianza y palabras de aliento, que me motivaron a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.
Y a mi novio, por acompañarme con paciencia, comprensión y apoyo durante este proceso, brindándome ánimo y confianza para culminar con éxito esta etapa de mi vida.
Con gratitud y cariño, les dedico este logro.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi asesor, Mg. Renzo Martínez Munive, por su orientación, dedicación y valiosos aportes durante el desarrollo de este estudio. Sus conocimientos, observaciones y acompañamiento fueron fundamentales para fortalecer la calidad académica y científica del presente trabajo.

Asimismo, agradezco a todos los docentes de la Segunda Especialidad en Psicoterapia Cognitivo-Conductual, quienes, a través de sus enseñanzas, experiencia profesional y compromiso con la formación, contribuyeron significativamente a mi crecimiento académico y al fortalecimiento de mis competencias como psicoterapeuta.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, me brindaron su apoyo, confianza y motivación para culminar satisfactoriamente esta importante etapa de mi formación profesional.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

INDICE

I. INTRODUCCIÓN ..... 1
II. MARCO TEÓRICO ..... 3
III. CASO BREVE CLÍNICO COGNITIVO CONDUCTUAL ..... 12
1. ASPECTOS ÉTICOS ..... 12
2. DATOS REFERENCIALES DE FILIACION. ..... 13
3. PROBLEMA ACTUAL ..... 13
4. HISTORIA PERSONAL ..... 199
5. EVALUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS ..... 21
6. ANALISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS PROBLEMAS ..... 27
7. HISTORIA DE CONDICIONAMIENTOS Y APRENDIZAJES. ..... 30
8. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO ..... 333
9. DISCUSIÓN ..... 3636
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..... 401
IV. REFERENCIAS ..... 422
V. ANEXOS ..... 455

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Inventario de pensamientos automáticos ..... 21
Tabla 2. Registro de opiniones de Albert Ellis ..... 21
Tabla 3. Inventario Multiaxial Millon IV – Patrones clínicos……..... 23
Tabla 4. Inventario Multiaxial Millon IV – Síndromes clínicos ..... 24
Tabla 5. Inventario de Ansiedad de Beck ..... 24
Tabla 6. Cuestionario de Esquemas de Young ..... 25
Tabla 7. EDI II: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria ..... 26
Tabla 8. Análisis funcional de la conducta problema: ansiedad ..... 28
Tabla 9. Análisis funcional: conducta de riesgo alimentaria (bulimia) ..... 29
Tabla 10. Condicionamiento operante de ansiedad ..... 30
Tabla 11. Condicionamiento clásico de ansiedad ..... 30
Tabla 12. Condicionamiento clásico de ansiedad ..... 30
Tabla 13. Modelo mediacional I de ansiedad ..... 31
Tabla 14. Condicionamiento operante de CRA (Bulimia) ..... 32
Tabla 15. Modelo mediacional de CAR (bulimia) ..... 32

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para la publicación de estudio de caso clínico ..... 45
Anexo 2. Resolución Directoral de Carrera: Psicología N.° 080-CI-DAFCE-U.CIENTIFICA-2026 ..... 48
Anexo 3. Inventario de pensamientos automáticos ..... 49
Anexo 4. Registro de opiniones de Albert Ellis ..... 50
Anexo 5. MILLON IV ..... 51
Anexo 6. Cuestionario de Esquemas de Young ..... 52
Anexo 7. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-II..... 53

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**RESUMEN**

El presente estudio de caso tuvo como objetivo evaluar e intervenir, desde el enfoque cognitivo-conductual, a una paciente de 22 años con diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad Generalizada. La paciente presentó preocupación excesiva y difícil de controlar en diversas áreas de su vida, acompañada de síntomas fisiológicos, conductas alimentarias de riesgo y sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante entrevista clínica, análisis funcional e instrumentos psicológicos como el BAI, BDI-II, EDI-2 e inventarios cognitivos. Los resultados permitieron descartar Trastorno Depresivo Mayor y Bulimia Nerviosa, al no cumplir plenamente los criterios del DSM-5. La intervención se fundamentó en el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas e incluyó psicoeducación, respiración diafragmática, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento asertivo y prevención de recaídas. Se concluye que la Terapia Cognitivo-Conductual permite abordar de manera integral los componentes cognitivos, emocionales y conductuales asociados al TAG.

**Palabras clave:** trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitivo-conductual, estudio de caso, conductas alimentarias de riesgo.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**ABSTRACT**

This case study aimed to assess and provide cognitive-behavioral intervention to a 22-year-old female patient with a primary diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. The patient presented excessive and difficult-to-control worry across several life areas, accompanied by physiological symptoms, risky eating behaviors, and depressive symptoms. The assessment included clinical interview, functional analysis, and psychological instruments such as the BAI, BDI-II, EDI-2, and cognitive inventories. The findings ruled out Major Depressive Disorder and Bulimia Nervosa, as the patient did not fully meet DSM-5 criteria. The intervention was based on Dugas' Intolerance of Uncertainty Model and included psychoeducation, diaphragmatic breathing, relaxation, cognitive restructuring, problem-solving training, assertiveness training, and relapse prevention. It is concluded that Cognitive Behavioral Therapy allows for a comprehensive approach to the cognitive, emotional, and behavioral components associated with GAD.

**Keywords:** generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy, case study, risky eating behaviors.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

# I. INTRODUCCIÓN

Pacheco – Unguetti & Muñoz (2024), refieren que la ansiedad es una experiencia habitual en la vida diaria, naturalmente funciona como un estado o respuesta emocional pasajera ante estímulos que representan una amenaza o falta de control frente a situaciones como un examen, una competencia o a la espera de resultados de una prueba importante. Así mismo, Méndez Carpio et al. (2025) refieren que esta respuesta se expresa a través de activaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales como la tensión muscular, la inquietud y la preocupación anticipatoria, las cuales, cuando se presentan en niveles moderados, facilitan la planificación y la toma de decisiones orientadas a la resolución de problemas cotidianos.

Sin embargo, el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (2024) advierte que esta respuesta puede transformarse en un problema clínico cuando su intensidad, frecuencia o duración resultan desproporcionadas frente a las demandas reales del entorno. En estos casos, también señalan que la preocupación persistente y difícil de controlar comienza a interferir de forma significativa en el funcionamiento diario, afectando progresivamente el desempeño académico, laboral y social, así como la percepción de bienestar y control personal.

Méndez Salazar et al. (2025) indican que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y generalizadas, que abarcan múltiples áreas de la vida diaria y resultan difíciles de controlar y suelen acompañarse de síntomas como fatigabilidad, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y dificultades de concentración, configurando un cuadro que genera un deterioro clínicamente significativo en el bienestar físico y emocional del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (2025), revela que los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes a nivel mundial, con un impacto en alrededor de 359 millones de personas en 2021, de los cuales, tienden a presentarse con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y, por lo general, sus síntomas comienzan en la infancia o la adolescencia, y aunque existen tratamientos altamente efectivos para abordarlos, solo una de cada cuatro personas que los padece recibe atención adecuada para esta condición.

Desde una perspectiva epidemiológica, Wu et al. (2025) destacan que los trastornos de ansiedad representan actualmente uno de los principales problemas de salud mental a nivel mundial, con una elevada carga sanitaria expresada en altos niveles de prevalencia, incidencia y años de vida ajustados por discapacidad. Manifiestan que esta carga afecta con mayor frecuencia a las mujeres y a los grupos etarios jóvenes, especialmente durante la adolescencia y la adultez temprana, patrón que se ha intensificado en países de América Latina, incluido el Perú.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2021) resalta que la complejidad clínica del TAG se ve incrementada por su elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, particularmente con los trastornos depresivos, por lo que ambas condiciones comparten síntomas como la inquietud, la fatigabilidad, la irritabilidad y las dificultades de concentración, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial y favorecer la persistencia del malestar si no se realiza una evaluación clínica integral.

De manera similar, López et al. (2020) señalan que los trastornos de ansiedad, y en particular el TAG, se presentan con elevada frecuencia en pacientes con trastornos de

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

la conducta alimentaria, especialmente en la bulimia nerviosa. Además, en estos casos, la ansiedad crónica, la autoexigencia elevada y las preocupaciones constantes contribuyen a intensificar las conductas alimentarias desadaptativas, dificultando la regulación emocional y el mantenimiento de la recuperación.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, Pérez y Graña (2019) explican que el TAG puede comprenderse a partir de modelos que resaltan el papel central de la intolerancia a la incertidumbre y los procesos de preocupación perseverativa, por lo que la tendencia a interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes incrementa la activación fisiológica y favorece conductas evitativas que, lejos de reducir el malestar, terminan manteniéndolo en el tiempo.

Frente a esta complejidad clínica, la Guía de Práctica Clínica (2024) reconoce que la terapia cognitivo-conductual constituye el tratamiento de elección tanto para el trastorno de ansiedad generalizada como para conductas de riesgo alimentaria asociadas a la bulimia nerviosa, debido a su sólida evidencia empírica, por ende, este enfoque permite intervenir de manera estructurada sobre los pensamientos disfuncionales, la activación fisiológica y las conductas de evitación, promoviendo cambios sostenidos en el tiempo. Así mismo, Ruiz (2025) enfatiza que el abordaje de cuadros comórbidos requiere una comprensión integral de los factores cognitivos, emocionales y conductuales implicados en su aparición y mantenimiento.

El presente estudio examina el caso de Lucero, una paciente de 22 años con diagnóstico presuntivo de trastorno de ansiedad generalizada, acompañado de conductas bulímicas y sintomatología depresiva, con el objetivo de fundamentar una intervención psicoterapéutica desde el enfoque cognitivo - conductual basada en la evidencia científica actual.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

# II. MARCO TEÓRICO

## 2.1. Definición y criterios diagnósticos del TAG.

### 2.1.1. Definición general del TAG.

La ansiedad es una respuesta que surge naturalmente frente a situaciones que generan incertidumbre o representan una amenaza, las cuales se manifiestan mediante reacciones fisiológicas como sudoración, tensión muscular, palpitaciones y preocupación sobre el futuro, por lo que puede resultar útil al prevenirnos de problemas; sin embargo, cuando esta ansiedad es excesiva resulta perjudicial para nuestro bienestar y salud (Méndez Carpio, et al., 2025).

El trastorno de ansiedad generalizada se define por la presencia de preocupación o ansiedad intensas, persistentes y difíciles de controlar que se manifiestan en múltiples situaciones o actividades cotidianas, caracterizándose por ser excesivas y desproporcionadas frente a las demandas reales del contexto, lo que genera un impacto significativo en el bienestar físico y emocional de la persona, presentándose con frecuencia de manera concomitante con otros trastornos de ansiedad o con cuadros depresivos (Méndez Salazar, et al., 2025).

### 2.1.2. Criterios diagnósticos.

Según el DSM V (2014), se debe considerar:

300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva), que se producen la mayor parte de los días durante al menos 6 meses, en relación con diversos acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los siguientes seis síntomas (en los niños solo se requiere uno):

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Fatigarse fácilmente.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para dormirse o mantenerse dormido, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicación) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, ansiedad social, TOC, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, hipocondría, esquizofrenia u otro trastorno psicótico).

Según el CIE 10 (2019):

(F41.1) Ansiedad generalizada y persistente, pero que no se limita a ninguna circunstancia ambiental en particular, ni siquiera predomina con fuerza en ella (es decir, es "flotante"). Los síntomas dominantes son

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

variables, pero incluyen quejas de nerviosismo persistente, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y molestias epigástricas. A menudo se expresa el temor de que el paciente o un familiar enferme pronto o sufra un accidente.

## 2.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidades del TAG.

### 2.1.2. Trastornos depresivos

El Ministerio de Salud (2021) refiere que se ha evidenciado la fuerte relación entre depresión y ansiedad; tal es que el riesgo de padecer depresión para un paciente con TAG se multiplica por 62 en la población que se encuentra sana y es así que la real dificultad se encuentra en la diferencia con el trastorno distímico, debido a que tiene una evolución continua y persistente, con fluctuaciones de manifestaciones leves, además en los síntomas se observan algunos que están presentes en el TAG como inquietud, fatigabilidad, irritabilidad e incapacidad para concentrarse.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) puede presentarse acompañado de sintomatología depresiva, sin que ello implique necesariamente la presencia de un trastorno depresivo mayor independiente. Esta coexistencia responde a la tendencia crónica de la ansiedad, caracterizada por preocupación persistente, hipervigilancia y activación fisiológica sostenida, que a largo plazo puede generar agotamiento emocional, desmotivación, alteraciones del sueño y disminución del interés por las actividades cotidianas, además la ansiedad mantenida en el tiempo actúa como un factor que favorece la aparición de síntomas depresivos secundarios, especialmente cuando el individuo percibe una pérdida de control o eficacia personal frente a sus preocupaciones (Mazo Álvarez et al., 2025).

Entre los principales factores de riesgo de la depresión, se encuentra la predisposición genética, ya que los antecedentes familiares incrementan la probabilidad de desarrollar el trastorno, especialmente cuando se combinan con alteraciones neuroquímicas y enfermedades crónicas. Asimismo, variables personales como el sexo femenino, ciertos rasgos de personalidad (ansiedad, neuroticismo), el consumo de alcohol o tabaco y la presencia de comorbilidades físicas o mentales aumentan la vulnerabilidad frente a la depresión (Viñuales, 2022).

Por otro lado, los factores psicosociales y cognitivos cumplen un rol determinante como situaciones de estrés sostenido como el desempleo, la precariedad económica, el aislamiento social o experiencias vitales significativas (duelos, rupturas, cambios vitales) pueden actuar como desencadenantes, a ello se suma la influencia de entornos familiares disfuncionales y patrones de pensamiento negativos persistentes sobre uno mismo, el entorno y el futuro, los cuales refuerzan la desesperanza y dificultan el afrontamiento adaptativo, contribuyendo al inicio y mantenimiento del cuadro depresivo (Viñuales, 2022).

### 2.2.2. Trastornos de la conducta alimentaria

Por otro lado, diversas investigaciones muestran que los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en los pacientes con TCA, siendo el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) uno de los diagnósticos más comunes, por ello, en estudios clínicos se observa que un porcentaje considerable de personas con bulimia nerviosa o trastorno por atracón cumplen también criterios de TAG, con cifras que rondan el 25% en muestras hospitalarias (López, et. al., 2020).

El TAG se manifiesta en estos pacientes a través de preocupaciones

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

constantes, tensión muscular elevada y una marcada autoexigencia, lo que contribuye a la intensificación de la sintomatología alimentaria y a la dificultad para mantener la recuperación; así mismo, investigaciones longitudinales han señalado que en muchos casos los síntomas de ansiedad, incluidos los del TAG, aparecen antes del inicio del TCA, lo que sugiere que este trastorno puede actuar como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas alimentarios (López, et. al., 2020).

### 2.3. Epidemiologia del TAG.

Chacón, et. al. (2021) manifiestan que los trastornos de ansiedad son de los problemas de salud mental más comunes a nivel global, con una prevalencia estimada entre el 3,8% y el 25% en distintos países, alcanzando hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas. Además, los autores citan a la OMS para expresar que más de 260 millones de personas padecen algún trastorno de ansiedad, representando la segunda causa de discapacidad psiquiátrica en la región de las Américas, siendo mayor la prevalencia en mujeres (7,7%) que en hombres (3,6%), y en Sudamérica Brasil muestra la cifra más alta (7,5%).

Avalos-Tinoco y Salcedo-Gómez (2025) refieren que, en el año 2019, se estimó que aproximadamente 301 millones de personas presentaban ansiedad como trastorno, cifra que aumentó gravemente durante la pandemia por COVID - 19, con un aumento global del 25% en 2021. Así mismo, se observó que la prevalencia es en ciertos grupos vulnerables, especialmente al personal de salud, quienes, debido a sobrecarga laboral, exposición constante al estrés y limitada educación emocional, presentan mayor susceptibilidad.

Wu et al. (2025) recolectaron datos epidemiológicos estandarizados sobre trastornos de ansiedad para 204 países y regiones desde 1990 hasta 2021. En 2021, los trastornos de ansiedad presentaron a nivel mundial una elevada carga sanitaria, con tasas estandarizadas por edad de prevalencia, incidencia y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) de 4421,9; 678,3 y 524,3 por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Estas cifras representaron incrementos cercanos al 18–21 % en comparación con 1990. Los países con mayor prevalencia fueron Portugal, Brasil y Paraguay, mientras que los mayores aumentos a lo largo del período analizado se registraron en Brasil, Bolivia y Perú. En cuanto a la distribución por sexo y edad, las mujeres mostraron un aumento progresivo de los AVAD hasta la adultez temprana-media (20–44 años), seguido de un descenso posterior, patrón que fue similar en los hombres. A nivel regional, la relación entre el índice sociodemográfico y la carga de los trastornos de ansiedad evidenció un comportamiento no lineal. Finalmente, aunque la incidencia femenina global se mantuvo relativamente estable entre 1990 y 2019, se observó un incremento marcado entre 2019 y 2021.

#### 2.3.1. Factores de riesgo asociados al TAG.

Ministerio de Salud (2025) identifica tres factores que incrementan y mantienen la ansiedad:

**a) Medio ambiente**

La prolongada exposición al estrés por diferentes problemas financieros, académicos o en las relaciones interpersonales. Un ambiente caracterizado por la sobreprotección, altas expectativas o conflictos en la

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

familia y la carencia de una adecuada red de apoyo.

**b) Estilo de vida**

Baja actividad física, mala alimentación consumo de alcohol o sustancias, baja calidad de sueño, falta de actividades placenteras, relaciones sociales y actividades cognitivas saludables.

**c) Factores hereditarios**

Los antecedentes familiares con trastornos de ansiedad o depresivos y variaciones en algunos genes que interfieren con neurotransmisores como la serotonina.

## 2.4. Modelo explicativo y terapéutico cognitivo-conductual

### 2.4.1. Modelos explicativos del TAG.

**a) Modelo de la aprehensión ansiosa (Barlow).**

Según este modelo, la aprehensión ansiosa comienza cuando el individuo percibe una situación estimulante que activa esquemas ansiógenos almacenados en la memoria a largo plazo, como ciertos contextos o incrementos de activación fisiológica sin causa aparente, lo que genera un estado emocional negativo caracterizado por sensaciones de imprevisibilidad, falta de control e incapacidad, junto con un aumento del arousal, posteriormente, la atención se dirige hacia el propio individuo, favoreciendo procesos de autoevaluación que mantienen una activación elevada y una menor percepción de control que se expresa en dificultades de afrontamiento, disminución de la atención y la concentración, y la aparición de conductas de evitación. (Santiago Gómez, 2022).

**b) Modelo de intolerancia a la incertidumbre (Dugas)**

El modelo de Dugas señala a la intolerancia a la incertidumbre como un factor central en el trastorno de ansiedad generalizada, entendida como una disposición a percibir como inaceptable la posibilidad de que ocurra un evento negativo, incluso cuando su probabilidad es baja, lo que lleva a interpretar las situaciones inciertas como amenazantes y difíciles de tolerar. Esta característica favorece el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad y las preocupaciones al promover sesgos cognitivos, una orientación negativa hacia los problemas, la creencia de que preocuparse resulta útil y el uso de estrategias de evitación, las cuales generan un efecto paradójico de incremento del malestar, proceso que se ve además influido por el estado de ánimo y los acontecimientos vitales. (Pérez & Graña, 2019).

**c) Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo (Davey)**

Este modelo integra elementos de otros modelos y propone que la preocupación patológica no se debe únicamente a un déficit en la resolución de problemas, sino también a una baja confianza en las propias capacidades. La persona interpreta sus estados de ánimo negativos como señales de que algo anda mal, lo que activa aún más la preocupación. Además, se da un proceso perseverativo, caracterizado por pensamientos repetitivos y evaluaciones constantes sobre el progreso hacia las metas personales. Este patrón forma un círculo vicioso en el que el malestar emocional alimenta la preocupación, y la

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

preocupación, a su vez, intensifica el malestar, dificultando la salida del ciclo ansioso (Velázquez Díaz, et. al., 2016).

### 2.4.2. Terapia Cognitivo conductual en el tratamiento del TAG

Dentro de las intervenciones psicológicas para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), la terapia cognitivo-conductual (TCC) se reconoce como el abordaje con mayor evidencia empírica. La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria resalta que la TCC constituye un tratamiento de elección por su eficacia para disminuir la ansiedad, las preocupaciones excesivas y los síntomas fisiológicos, manteniendo beneficios a mediano y largo plazo (Guía de Práctica Clínica, 2024).

Guía de Práctica Clínica (2024), también describe las principales técnicas:

**a) Psicoeducación**

Consiste en brindar al paciente información clara sobre la naturaleza de la ansiedad, su función adaptativa y el modo en que los pensamientos anticipatorios y la preocupación excesiva mantienen el malestar.

**b) Técnicas de relajación y control respiratorio**

Incluyen la respiración diafragmática lenta y los programas de relajación muscular progresiva (Jacobson) o autógena (Schultz). Estas técnicas buscan disminuir la hiperactivación fisiológica característica del TAG y entrenar al paciente en respuestas de calma y autorregulación.

**c) Reestructuración cognitiva**

Se centra en identificar pensamientos automáticos negativos, preocupaciones excesivas y creencias disfuncionales (ej. catastrofismo, intolerancia a la incertidumbre). Una vez detectados, el paciente aprende a cuestionar su validez y sustituirlos por interpretaciones más realistas y adaptativas.

**d) Exposición y desensibilización sistemática**

A diferencia de otros trastornos de ansiedad en los que se expone a estímulos externos, en el TAG la exposición se dirige principalmente a los estímulos internos, como los pensamientos anticipatorios y las imágenes de preocupación. A través de la exposición en imaginación y la prevención de conductas evitativas, el paciente aprende a tolerar la incertidumbre sin recurrir al control excesivo.

**e) Estrategias de autocontrol y afrontamiento**

Comprenden el entrenamiento en habilidades para detener la rumiación y la preocupación constante, mediante técnicas como la detención de pensamiento, el entrenamiento en solución de problemas y la práctica de mindfulness o atención plena. Estas herramientas ayudan a reducir la fusión cognitiva y promueven un afrontamiento más flexible y adaptativo.

## 2.5. Definición y criterios diagnósticos de Bulimia

### 2.5.1. Definición general del TCA y bulimia.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen afecciones mentales de carácter grave y multifactorial que se expresan a través de patrones disfuncionales y persistentes en la conducta, los pensamientos y las emociones vinculadas a la alimentación, los cuales alteran de manera significativa la forma en que las personas se relacionan con la ingesta de alimentos y generan un impacto negativo tanto en la salud física como en el funcionamiento psicológico y social

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

(Jiménez et al., 2025).

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios repetidos de atracones, los cuales consisten en la ingesta de grandes cantidades de alimentos en un lapso breve, acompañados de una sensación de pérdida de control sobre la alimentación que conllevan a conductas compensatorias, por lo que el nivel de gravedad del trastorno se establece en función de la frecuencia semanal de dichas conductas, clasificándose como leve cuando ocurren entre uno y tres episodios, moderado entre cuatro y siete, grave entre ocho y trece y extremo cuando superan los catorce episodios semanales (Doncel et al., 2023).

### 2.5.2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa.

Vázquez Arévalo et al. (2015) señalan los criterios diagnósticos del DSM V:

1. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
   a) La ingesta, en un periodo determinado (por ejemplo, dos horas), de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas consumirían en condiciones similares.
   b) Una sensación de falta de control durante el episodio, como la imposibilidad de dejar de comer o controlar qué y cuánto se come.
2. Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso. Estos incluyen vómito autoinducido, uso indebido de laxantes, diuréticos, ayuno prolongado o ejercicio físico excesivo.
3. Frecuencia mínima. Los episodios de atracón y las conductas compensatorias deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante tres meses consecutivos.
4. Autoevaluación alterada. La autoimagen y la autoestima del individuo están excesivamente influenciadas por el peso corporal y la forma del cuerpo.
5. Exclusividad diagnóstica. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

## 2.6. Diagnóstico diferencial de las conductas de riesgo alimentaria.

La anorexia y la bulimia nerviosa presentan características clínicas diferenciadas pese a compartir una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. En la anorexia nerviosa, el peso corporal está significativamente por debajo de lo normal y existe una restricción persistente de la ingesta calórica, acompañada de una alteración profunda en la percepción del cuerpo y una escasa conciencia del problema. Por el contrario, en la bulimia nerviosa, el peso suele mantenerse dentro de rangos normales y se observan episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias como el vómito autoinducido, junto a una sensación intensa de culpa y pérdida de control (García - Volpe & Murray Hurtado, 2023).

Guzmán y López (2025) expresan que el trastorno de la conducta alimentaria se manifiesta por la presencia de episodios repetidos de atracones, acompañados de conductas compensatorias de tipo purgativo con el fin de prevenir el aumento de peso. A diferencia de la anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa suelen presentar un peso corporal dentro de rangos normales o incluso superior al promedio.

Torres et al. (2022) plantea la diferencia de un Trastorno de conducta alimentaria con las conductas alimentarias de riesgo (CAR), definiéndolo como

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

comportamientos relacionados a la alimentación que guardan similitud con los TCA, pero que se diferencian por su menor frecuencia e intensidad. Entre estas conductas se incluyen el ayuno, los atracones, las dietas restrictivas, el vómito autoinducido y el uso de laxantes o diuréticos; además del ayuno, entendido como la abstinencia voluntaria de alimentos y líquidos por un periodo determinado, puede generar consecuencias físicas graves y alteraciones cognitivas que afectan el funcionamiento cotidiano. Asimismo, el atracón se caracteriza por la ingesta descontrolada de grandes cantidades de alimentos en un corto periodo, acompañada de una sensación de pérdida de control. Otras prácticas, como las dietas restrictivas, el vómito autoinducido y el uso de fármacos con fines compensatorios, buscan el control del peso corporal, pero conllevan importantes riesgos médicos y psicológicos.

## 2.7. Epidemiologia de la bulimia.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), presentan una prevalencia creciente en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente mujeres. Según Arija-Val et al. (2022), la prevalencia combinada de TCA en la población general es del 2,4 %, siendo más elevada en mujeres (hasta un 5,7 %) que en hombres (2,2 %), con una fuerte concentración de casos entre los 14 y 18 años. Estas cifras reflejan no solo una mejora en los criterios diagnósticos y la detección, sino también la creciente influencia sociocultural sobre los cánones estéticos, especialmente en las sociedades occidentales.

Pérez y García (2019), señalan que la bulimia nerviosa presenta una baja tasa de remisión en seguimientos a corto plazo, aunque esta mejora significativamente a largo plazo; sin embargo, cerca del 23% de los casos presenta un curso crónico y las tasas brutas de mortalidad se sitúan entre el 0% y el 2%, además el trastorno suele generar un deterioro en el funcionamiento académico y laboral.

Entre los principales factores de buen pronóstico destaca el inicio temprano del tratamiento, considerado el predictor más relevante de evolución favorable, incluso por encima del tipo o duración de la intervención, así como el inicio del trastorno durante la adolescencia frente a la edad adulta. Los autores también resaltan que se asocian a un peor pronóstico los antecedentes de trastornos por consumo de sustancias, el abuso de laxantes vinculado a intentos suicidas, la comorbilidad con trastornos obsesivos, la presencia temprana de conflictos o rechazo hacia la alimentación, un bajo funcionamiento psicosocial, una mayor alteración de la imagen corporal y la presencia de obesidad infantil, baja autoestima o trastornos de la personalidad (Pérez y García ,2019).

### 2.7.1. Factores de riesgo asociados a la bulimia

En cuanto a los factores predisponentes se enfatiza su carácter multifactorial. Bermúdez Durán et al. (2021) señalan que la aparición de TCA resulta de la interacción entre predisposición genética, influencias ambientales y rasgos psicológicos. Dentro de los factores neurobiológicos, destacan la desregulación de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, así como alteraciones en los circuitos de recompensa y autocontrol. Además, se reconocen antecedentes como preocupación excesiva por el peso, historia de dietas

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

restrictivas, conflictos familiares y, en algunos casos, experiencias de abuso en la infancia.

Por su parte, Arija – Val et al. (2022) resaltan el impacto de factores psicosociales como la insatisfacción corporal, baja autoestima y afectivo negativos los cuales actúan como facilitadores del trastorno en sujetos vulnerables. Esta situación se ve reforzada por la presión ejercida desde los medios de comunicación y las redes sociales, los cuales aumentan la idealización corporal. A nivel familiar, prácticas que valoran excesivamente el peso y la imagen corporal también pueden aumentar el riesgo, especialmente en entornos donde la delgadez se asocia con éxito o control personal.

### 2.8. Modelo explicativo en la bulimia nerviosa

Desde el enfoque cognitivo – conductual, la bulimia nerviosa es explicada como el resultado entre la interacción de esquemas cognitivos disfuncionales, conductas desadaptativas y dificultades en la regulación emocional, vinculadas a la sobrevaloración del peso, figura corporal y control de la alimentación. Estos procesos cognitivos mantienen un ciclo de restricción, atracón y conductas compensatorias que refuerzan el malestar psicológico y dificultan la recuperación (Perea – Beltrán & Reivan – Ortiz, 2025).

#### a) Condicionamiento clásico (aversión y vómito)

Pérez y Cruz (2003) señalan que el condicionamiento clásico ha sido aplicado en contextos clínicos para tratar diversos trastornos, incluyendo la bulimia, mediante técnicas aversivas que buscan desacoplar la asociación entre el estímulo (comida) y la respuesta inadaptada (vómito), promoviendo así nuevos aprendizajes más adaptativos.

**Reforzamiento negativo y positivo de la conducta alimentaria**

Rodríguez, et. al (2007) analizan cómo el ansia por la comida influye en la conducta alimentaria a través de mecanismos de reforzamiento:

*Reforzamiento negativo*: El ansia por la comida puede llevar a la ingesta como una forma de evitar o escapar de estados emocionales negativos, como el hambre, la tristeza, el aburrimiento o la ansiedad. Este proceso refuerza la conducta alimentaria al proporcionar alivio de estos estados aversivos.

*Reforzamiento positivo*: La exposición a las propiedades sensoriales placenteras de los alimentos (olor, sabor, textura) puede desencadenar el deseo de comer, ya que el consumo de comida proporciona una sensación de bienestar. Este bienestar actúa como un reforzador positivo que incrementa la probabilidad de repetir la conducta alimentaria.

### 2.8.1. Terapia cognitivo conductual en la bulimia nerviosa

Perea-Beltrán y Reivan-Ortiz (2025) señalan que la terapia cognitivo-conductual continúa siendo el abordaje con mayor respaldo empírico para la bulimia nerviosa, debido a que se orienta a interrumpir el ciclo de restricción, atracón y conductas compensatorias que refuerzan el malestar de la persona, mediante la identificación y modificación de pensamientos distorsionados, establecimiento de patrones alimentarios regulares, el monitoreo conductual, habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Señalan la importancia de adaptar el tratamiento a las características individuales del paciente.

De manera general. Ruiz (2025) resalta la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC), centrándose en la estrategia transdiagnóstico mejorada que es

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

una de las principales para tratar los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se basa en la modificación de pensamientos y comportamientos disfuncionales relacionados con la alimentación y la imagen corporal. Algunas de sus técnicas incluyen:

*Reestructuración cognitiva:* Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar pensamientos negativos sobre su cuerpo y alimentación.

*Exposición y prevención de respuesta:* Se trabaja en reducir la ansiedad ante ciertos alimentos y evitar conductas compensatorias como el vómito o el ejercicio excesivo.

*Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:* Se enseñan estrategias para manejar el estrés y las emociones sin recurrir a conductas alimentarias dañinas.

*Psicoeducación:* Se proporciona información sobre los TCA, sus efectos y la importancia de una alimentación equilibrada.

**a) Técnicas cognitivo-conductuales en Bulimia**

Terreros (2023), realiza un análisis de diferentes estudios que evalúan las técnicas cognitivo-conductuales más efectivas en el tratamiento de bulimia nerviosa, las cuales son:

*Percepción de imagen corporal:* La terapia de exposición al espejo ayuda a los pacientes a trabajar su autoimagen, reduciendo la ansiedad y la percepción negativa sobre su cuerpo.

*Ámbito social:* Incluir a la familia y el entorno social en el tratamiento mejora la regulación emocional y disminuye las conductas obsesivas.

*Consecuencias de la enfermedad:* La inoculación de estrés permite que los pacientes comprendan los efectos negativos de los atracones y el uso de laxantes.

*Restricciones conductuales:* La terapia restrictiva ayuda a regular la cantidad de alimentos consumidos, promoviendo patrones alimentarios más saludables.

*Pensamientos dicotómicos:* Se trabaja en modificar las creencias extremas sobre la imagen corporal, eliminando la tendencia a ver las cosas como "bonito-feo" o "aceptado-no aceptado".

*Continuidad de tratamientos:* Fomentar la relación entre terapeuta y paciente ayuda a mantener el proceso terapéutico a largo plazo, mejorando la adaptación psicosocial.

*Autorregistro***:** Los pacientes llevan un diario de sus pensamientos y hábitos alimentarios para identificar patrones problemáticos.

*Terapia basada en la familia (FBT):* En adolescentes, se recomienda involucrar a la familia en el proceso terapéutico para mejorar el apoyo y la adherencia al tratamiento.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

# III. CASO BREVE CLÍNICO COGNITIVO CONDUCTUAL

## 1. ASPECTOS ÉTICOS.

El caso clínico fue elaborado respetando los principios éticos fundamentales que dirigen la práctica profesional y la investigación con seres humanos, priorizando la dignidad, los derechos y el bienestar psicológico de la paciente, durante todo el proceso de evaluación, intervención y publicación académica. De acuerdo con el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), el psicólogo debe mantener cuidado a la dignidad humana y la protección de la salud mental, reconociendo a la persona como un fin en sí misma y no como un medio para la producción de conocimiento.

Este enfoque es consistente con los principios éticos internacionales que establecen que toda intervención psicológica debe salvaguardar la integridad física y psicológica de los participantes, especialmente personas en situación de riesgo vulnerable (Miranda-Novales & Villasís-Keever, 2019).

De acuerdo al principio de autonomía, la paciente fue considerada una persona capaz de tomar decisiones informadas respecto a su proceso terapéutico y a la utilización con fines académicos de su información clínica. Se obtuvieron dos consentimientos informados; el primero dirigido para la evaluación psicológica y tratamiento psicoterapéutico y el segundo para la publicación del caso, tras brindarle información suficiente, comprensiva y clara sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse del proceso en cualquier momento, sin tener consecuencias negativas. Este procedimiento va acorde tanto a las exigencias del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), que establece la obligatoriedad del consentimiento informado como muestra de respeto a la autonomía y a los principios éticos de investigación que describen Miranda - Novales & Villasís – Keever (2019).

Toda la información obtenida durante las entrevistas, evaluaciones y sesiones terapéuticas fue utilizada con estricta reserva profesional, limitando su uso exclusivamente a fines clínicos y académicos, respetando el principio de confidencialidad y anonimato. Para difundir el caso, se alteraron las iniciales del nombre, datos de residencia y cualquier información que pudiera facilitar la identificación directa o indirecta de la paciente, en cumplimiento del deber ético de proteger la privacidad de los usuarios de los servicios psicológicos (Colegio de Psicólogos del Perú, 2024). Estas medidas fueron basadas en las recomendaciones éticas internacionales que señalan que el anonimato de los datos constituye una estrategia fundamental para prevenir daños y proteger a las personas participantes en procesos de investigación y documentación clínica (Oxfam, 2019).

El caso clínico abordado se rigió al principio de beneficencia y no maleficencia, procurando maximizar los beneficios terapéuticos y minimizar cualquier riesgo potencial para la paciente. Las técnicas de evaluación e intervención empleadas corresponden a procedimientos psicológicos validados y de uso clínico habitual, aplicados de manera progresiva y cuidadosa, considerando los eventos traumáticos, sintomatología de trastorno de ansiedad y conductas alimentarias de riesgo. Es así que se respeta tanto el principio de cuidado competente y responsabilidad profesional, establecido en el Código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), como al principio ético de beneficencia, descrito por Miranda - Novales & Villasís – Keever (2019), según el cual los beneficios de toda intervención deben superar claramente los posibles riesgos.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Finalmente, se respetó el principio de justicia, el cual hace referencia a un trato equitativo y no discriminatorio, garantizando a la paciente el acceso a una atención psicológica de calidad basada en criterios científicos y éticos (Miranda-Novales & Villasís-Keever, 2019). Así mismo, la utilización del caso con fines académicos tuvo como propósito contribuir a la formación profesional y al desarrollo del conocimiento en psicología clínica, sin vulnerar los derechos individuales de la paciente. Este uso responsable de la información clínica es coherente con las bases éticas que señalan que la generación de conocimiento debe realizarse con integridad, transparencia y respeto por las personas, promoviendo beneficios colectivos sin comprometer la dignidad ni la seguridad de quienes participan en los procesos clínicos y de investigación (Oxfam, 2019).

## 2. DATOS REFERENCIALES DE FILIACION.

- Nombre: L. G. J. B.
- Edad: 22
- Sexo: Femenino
- Grado de instrucción: Secundaria completa

## 3. PROBLEMA ACTUAL

### 3.1. Motivo de consulta.

L, de 22 años, acude a consulta por recomendación de sus hermanos. Expresa: “Siempre me pasa algo malo, eso me hace sentir muy ansiosa porque no sé cómo manejar mis problemas. Tengo problemas con mi carrera, mi familia, conmigo misma y también con la comida”. Refiere sentir ansiedad 9/10 y experimentar cambios en su apetito, llanto, caída de cabello diaria, náuseas, fatiga, adormecimiento del brazo e insomnio. Piensa “no me va a ir bien el futuro”, “me preocupa que será de mí”, “todo me sale mal” y “tengo mala suerte”. Usualmente, cuando siente ansiedad, suele rascarse los dedos y la cabeza hasta hacerse heridas leves; en ocasiones se muerde los labios y en otras situaciones también come de manera compulsiva y posteriormente se induce el vómito. Señala que las conductas suelen variar dependiendo del problema que atraviese.

En el ámbito académico, manifiesta sentir gran ansiedad 10/10 e insatisfacción 10/10 y con su carrera de enfermería, pese a que está cursando el 8º ciclo y ha aprobado con buenas calificaciones. Al pensar en su futuro profesional o cuando alguien le dice que será una buena enfermera, expresa: “Siento que nunca voy a llegar a trabajar realmente como enfermera”, “pienso que no voy a ser buena en esto, que no sirvo para ser enfermera.”, “veo que todos parecen estar bien y felices, menos yo, como si todo me saliera mal”, “a veces creo que ni siquiera debería estar estudiando enfermería, como si hubiera elegido todo mal”, “es terrible imaginar que voy a usar el uniforme y que me identifiquen con la carrera”. Además, cuando estudia temas que no le gustan piensa: “no me puedo concentrar en nada”, “ya no entiendo nada como antes”, “no voy a poder aprobar, todo me sale mal”. Refiere que está próxima a sustentar su proyecto de tesis, pero tiene miedo de no aprobar debido a los comentarios de su asesora, tales como: “no debiste pasar de ciclo” o “esto ya deberías saberlo”. Al respecto, piensa: “voy a fallar al exponer”, “no voy a exponer bien”, “toda mi tesis está mal hecha”, “no debí pasar de ciclo” y ante esta situación, evita dormir para estudiar y no desaprobar o avanzar con todos sus trabajos, lo que usualmente le funciona y refuerza el pensamiento: “no dormir para estudiar me trae buenos resultados”. Señala que, cuando se encuentra sola por las noches (9:00 p.m.), en dos ocasiones durante el último mes, ha comido en grandes cantidades hasta sentir náuseas y vomitar, mencionando que esto depende de cómo maneja las situaciones y que, al estar sola, no tiene quién le escuche. Para evitar hacerlo, tiende a dormir o realizar otras actividades como sus trabajos. Indica que durante

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

el año pasado y a inicios del ciclo académico, esta conducta ocurría al menos dos veces por semana, hasta que sus hermanos se dieron cuenta, por comentarios de sus amigas, y avisaron a sus padres, quienes desde entonces se encuentran pendientes de ella.

En el ámbito familiar, refiere que, pese a que no vive con sus padres, siente ansiedad 8/10, frustración 8/10 y tristeza 7/10, principalmente porque sus padres están separados, pero aún viven juntos. Explica que, cuando ellos discuten, suelen llamarla para que interceda o simplemente le dan quejas. Expresa pensamientos como: “mi madre satura a mi papá”, “mi padre siempre se queja conmigo”, “nunca van a dejar de pelear”, “debo siempre escuchar a mi padre y no sobrecargarlo con mis padres”, “debo estar ahí como mediadora entre mis padres”. Señala que tiende a ayudarlos y que luego resuelven los problemas, además de mencionar que existen algunas dificultades económicas. Sin embargo, cuando la paciente siente tristeza evita comentar o discutir sus problemas con su familia, pues considera que no podrán comprenderla y darle el soporte adecuado y más aún cuando se da cuenta que hay problemas entre ellos, piensa: “nunca tengo con quien hablar sobre mí, pero yo estoy para todos”.

En el ámbito de pareja, manifiesta que ha tenido discusiones con su enamorado a raíz de rumores de infidelidad con la ex pareja de él, estos comentarios provienen de la novia del mejor amigo de su pareja. Explica que, frente a esta situación, experimenta ansiedad en 9/10 y pensaba: “seguro me está engañando”, “no debo creerle nada”, “nada va a estar bien”, además ha revisado los mensajes de él para buscar evidencias, pero no ha confirmado infidelidad, sin embargo, le ocultó la salida a una discoteca, además de seguir saliendo con su mejor amigo a tomar. Ante eso, refuerza la idea que él la engaña, pensando: “todos los hombres son así, mentirosos”, “quedo como tonta”, “la gente se va a burlar de mí”.

En cuanto a la alimentación, refiere que desde 2020, alterna episodios de atracones con ayunos para evitar subir de peso, conducta que se mantiene hasta los últimos tres meses, junto con vómitos autoinducidos que ocurrieron hasta hace un mes. Señala que restringe alimentos como arroz, que consume solo dos veces por semana, y que evita comer dulces con frecuencia. Su alimentación diaria es irregular, ya que rara vez realiza tres comidas al día e intercala los tiempos para consumir solo dos. Describe que en el desayuno suele tomar avena y, en ocasiones, un pan; en el almuerzo come lentejas o papa con pollo o carne; en la cena toma avena o jugo y galletas. Indica que no controla los ingredientes, pero intenta que las comidas sean “saludables”. Explica que come en porciones reducidas y que es ella misma quien prepara sus alimentos.

Sobre el vómito autoinducido, señala que lo realizaba pocos minutos después de comer, principalmente cuando se encontraba sola en casa, ya que sus hermanos llegan a las 9:30 p.m. Refiere que antes de comer en exceso, aparecían pensamiento como: “no me puedo controlar”, y luego de comer, piensa “no debí comer tanto”, los cuales se acompañaban de sentimientos de culpa 9/10. Indica que la última vez que vomitó fue el 29 de abril, durante su cumpleaños, después de varias comidas con familiares y amigas (todo el mismo día). Explica que mientras se cepillaba los dientes, el cepillo provocó una arcada que derivó en el vómito. Desde esa fecha no ha vuelto a vomitar, aunque aún presenta náuseas, especialmente en situaciones de estrés relacionadas con su tesis.

En relación con su imagen corporal, indica que en julio de 2024 pesaba 60 kg y que actualmente se encuentra en 52 kg. A pesar de la pérdida de peso, refiere

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

sentirse inconforme con su cuerpo y mantiene pensamientos como “me veo gorda”, lo cual la lleva a evitar mirarse en los espejos porque considera tener “dismorfia corporal”. Explica que su meta es llegar a 50 kg y que se siente bien cuando recibe comentarios positivos acerca de su apariencia, tales como: “qué flaquita te ves”, “se te ve bonita así”, “seguro toda la ropa te queda bien”. Manifiesta que le agrada que la ropa le quede bien y que disfruta verse delgada. Sin embargo, cuando observa que un pantalón ya no le queda, es una señal para angustiarse 8/10 y tener que dejar de comer.

Finalmente, menciona que su familia, su enamorado y sus amigas han mostrado preocupación por su alimentación. Señala que la felicitan cuando come adecuadamente y que están atentos a que no vuelva a vomitar, lo cual la ha motivado a intentar dejar esta conducta, aunque todavía presenta náuseas, especialmente en momentos de alto estrés, como en la actualidad, debido a su cercana sustentación de proyecto de tesis.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

### 3.2. Desarrollo cronológico breve de los síntomas inicio, situaciones, frecuencia, intensidad, duración, consecuencias ambientales.

Recuerda haber sido una niña independiente, ya que solía vestirse y comer sola, además de no contar con la supervisión constante, lo que posiblemente generó una percepción de autosuficiencia por parte de sus cuidadores. Al respecto piensa: “mis padres siempre confiaban en que yo iba a estar bien”.

A los 6 años, su madre se reincorporó a trabajar, por lo que L quedó al cuidado de su padre, quien tenía una expresión afectiva distante, ante lo que ella se sentía sola y poco valorada durante su infancia, pensando: “no tenía alguien con quien conversar”, “no me daban muestras de cariño” y “yo buscaba concentrarme en los estudios porque la pasaba mejor en el colegio”. Además, solía visitar diariamente a su abuela, que, si bien tampoco no brindaba afecto físico, pasaba la mayor parte del día con ella y la hacía sentir acompañada. En una de las visitas, a los 7 años, un amigo cercano a la familia intentó realizarle tocamientos indebidos pero ella pudo defenderse y escapar, frente a lo que pensó: “no sé a quién contarle”, “nadie me va a escuchar”, sintiéndose triste y angustiada por el peligro. Es así como decidió evitar ir de visita a la casa de su abuela y nunca contó lo sucedido. Reveló este hecho recién a los 18 años, durante una reunión familiar bajo efectos del alcohol, sin que se concretara el acceso a ayuda profesional.

A los 8 años, tras experimentar náuseas por haber comido en exceso, su padre, con la intención de aliviar su malestar, le sugirió que vomitar podía hacerla “sentir mejor”. Esta recomendación tuvo un impacto inmediato, y desde entonces, cada vez que se sentía demasiado llena, inducía el vómito, pensando en lo que su padre le había recomendado. No obstante, estos episodios eran poco frecuentes, ocurriendo aproximadamente dos veces al año y con consentimiento de sus padres.

A los 9 años, L percibía que sus logros académicos eran minimizados en comparación con los de sus hermanos, lo que le generaba tristeza y sentimientos de desvalorización. En una ocasión, pese a obtener buenas calificaciones, fue culpada por su madre de que su hermano repitiera el año escolar, lo que reforzó pensamientos como: “creo que realmente soy egoísta”, “mis padres no me toman importancia” y “me esfuerzo mucho, pero nadie me reconoce”.

A los 12 años enfrentó varios eventos familiares significativos: el suicidio de su hermano adoptivo mayor, el fallecimiento de su abuela y la separación de sus padres. Frente a estas situaciones, experimentó pensamientos como: “todo sale mal”, “mi familia se está destruyendo” y “nunca voy a ser feliz”, por lo que comenzó a refugiarse en el estudio como una forma de evadir los conflictos familiares y mantener su meta de estudiar medicina en el futuro.

A los 15 años se mudó a la ciudad donde vive actualmente para estudiar en una academia, ya que quería mejorar su educación. Cabe resaltar que, hasta esa edad, no otorgaba importancia a su imagen corporal; presentaba una contextura media y una talla acorde a su edad. Al haber crecido con hermanos varones, no solía preocuparse por su apariencia personal. Familiares y amigos a menudo comentaban que “parecía un niñito” debido a su forma de vestir con prendas sueltas y a que su grupo de amistades era mayoritariamente masculino. En ocasiones, su madre o tías le decían frases como “sé una señorita” o “debes verte bonita y delicada”, pero ella no les daba importancia, enfocándose principalmente

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

en sus estudios y en obtener buenas calificaciones.

A los 16 años intentó postular a tres universidades para estudiar medicina, su vocación inicial; sin embargo, no logró alcanzar el puntaje requerido. A los 17 años, en 2020 y en el contexto de la pandemia, regresó a su ciudad natal y continuó preparándose en academias virtuales, además de postular nuevamente a una universidad local, sin obtener resultados favorables. Durante ese mismo periodo, mientras permanecía en casa con su familia, su madre se encargaba de su alimentación y con frecuencia los fines de semana le ofrecía comidas tradicionales como chicharrones, tamales o pasteles. En estas ocasiones, al consumir grandes cantidades de comida, la paciente refiere que solía provocarse el vómito para aliviar la sensación de llenura, conducta que ocurría de forma espontánea y cuya frecuencia no recuerda con exactitud.

Ese mismo año, en agosto, empezó a asistir a fiestas con sus amigos, donde notó que sus amigas se arreglaban más, usaban maquillaje y ropa más ajustada y "femenina". Esto despertó en ella el deseo de mejorar su apariencia. Cuando su familia y amigos notaron el cambio, recibió comentarios como "te ves bonita" o "así se visten las señoritas", lo cual resultó significativo para ella. A partir de entonces, su imagen corporal comenzó a cobrar mayor relevancia y pensaba: "es importante ser bonita, te tratan mejor", "las chicas femeninas tienen más atención", ante eso continuó mejorando su apariencia, arreglándose con maquillaje y utilizando ropa más ajustada. Sin embargo, ese año había subido de peso a 60 kg.

A los 18 años (2021), L ingresó a la carrera de enfermería por sugerencia familiar, a pesar de que su vocación inicial era estudiar medicina. Aunque logró ingresar a una universidad privada, esta situación le generó ambivalencia emocional: satisfacción por el logro académico, pero frustración por no acceder a la carrera que deseaba, con pensamientos recurrentes como: "yo debía estudiar medicina". Durante este periodo comenzó a restringirse algunos alimentos con la intención de bajar de peso y ocasionalmente aparecieron episodios de vómito (aproximadamente una vez al mes) tras comer en exceso. A nivel emocional, empezó a experimentar mayor preocupación por su futuro académico y por haber tomado una decisión vocacional que consideraba incorrecta, manteniendo una elevada autoexigencia para responder al esfuerzo económico de sus padres.

A los 19 años (2022), intensificó las restricciones alimentarias y dejó de inducirse el vómito durante un tiempo, ya que al reducir las porciones evitaba la sensación de llenura. Sin embargo, con el retorno a las clases presenciales y el incremento de las exigencias académicas, comenzaron a aparecer niveles más altos de ansiedad, caracterizados por preocupación constante por su rendimiento y por temor a no cumplir con las expectativas familiares. En contextos familiares, especialmente cuando su madre le servía porciones abundantes de comida, experimentaba incomodidad y tensión al sentir que debía comer más de lo que deseaba, lo que en algunas ocasiones la llevó a retomar el vómito de forma esporádica como forma de aliviar la sensación física de llenura y la preocupación asociada al aumento de peso.

A los 20 años (2023), los conflictos familiares relacionados con su insatisfacción con la carrera incrementaron su malestar emocional. Tras una discusión con su hermano y la falta de apoyo cuando solicitó ayuda psicológica, comenzó a experimentar mayor ansiedad asociada a su futuro académico y a la presión familiar. En ese contexto, aparecieron episodios de ingesta excesiva,

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

principalmente en momentos de presión académica o tensión familiar, acompañados de preocupación intensa por el aumento de peso y pensamientos como: “debo bajar de peso” o “no puedo perder el control con la comida”. Como consecuencia, el vómito se volvió más frecuente (aproximadamente una vez por semana), principalmente por las noches. Además, empezó a presentar síntomas asociados a la ansiedad, como insomnio, fatiga y náuseas, especialmente en periodos de mayor exigencia académica.

En enero de 2024, aún con 20 años, la paciente comenzó a alimentarse con mayor normalidad, aunque aún mantenía ciertas restricciones. Su padre la motivaba a comer adecuadamente y le enviaba dinero para sus gastos, lo cual contribuyó parcialmente a este cambio. Sin embargo, volvió a subir de peso, en parte porque, al sentirse ansiosa, presentaba episodios de ingesta excesiva (atracones), pero evitaba inducirse el vómito. Con el paso de los meses, llegó el periodo de vacaciones y, en julio de 2024, regresó a su ciudad natal. Durante su estadía, vivió una situación incómoda con un joven que estaba interesado en retomar una relación con ella, ya que a los 20 años tuvieron una corta relación de 2 meses. A pesar de dejarle claro de diversas maneras que no compartía el mismo interés, él persistía, siguiéndola a los lugares donde salía con sus amigas e incluso contactando a su madre y hermanos.

Esta situación se volvió conocida en el pueblo, donde algunas personas hacían comentarios diciendo que “debería hacerle caso” por ser él una buena persona. Además, escuchó comentarios de vecinas comparándola con la expareja del joven, afirmando que “encima la otra chica era más bonita y delgada”, lo que le generó enojo y presión social. El joven, además, recurría a mensajes, insinuando que se quitaría la vida si ella no le daba atención o si ella estaba con alguien más. Por temor a que eso ocurriera, L sentía la necesidad de responderle los mensajes o darle explicaciones, aun cuando no deseaba mantener contacto con él.

Esta situación la considera como un factor importante para que ella “empeore” su situación. A partir de entonces, el vómito se volvió casi diario o en días intercalados, y comenzó a realizar ayunos una vez por semana. Al retomar clases en agosto, recibió comentarios positivos sobre su apariencia como “te ves bien” o “te ves flaquita”, aunque ella no se percibía de esa forma. Estos comentarios reforzaron su conducta restrictiva, llevando a una mayor preocupación por el conteo de calorías y la eliminación de alimentos que consideraba que la podían engordar.

Refiere que, al retomar sus estudios durante el segundo semestre de 2024, asistió a una fiesta donde le ofrecieron un cigarrillo, el cual aceptó por curiosidad. Al notar que le agradaba fumar, comenzó a incorporarlo como un hábito compartido con dos amigas, especialmente los fines de semana, utilizando el cigarro como una forma de manejar su ansiedad. Sin embargo, hacia finales del mismo año, una de sus amigas presentó un episodio grave de asma, lo que motivó al grupo a reducir progresivamente el consumo. Desde entonces, Lucero ha dejado de fumar de manera regular; la última vez que lo hizo fue a inicios de este año, consumiendo solo un cigarrillo y sin presentar dificultad para abandonarlo.

A inicios de abril de 2025, su segundo hermano mayor, con quien convive, escuchó una conversación entre ella y una amiga que había llegado a casa, en la que bromeaba sobre utilizar el vómito inducido como método para evitar subir de

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

peso. Ante esto, su hermano comenzó a preguntarle insistentemente si era cierto, por lo que ella terminó admitiéndolo. Luego, él decidió llamar a su otro hermano mayor, quien no vive con ellos, para contarle lo ocurrido. Este reaccionó con preocupación, la aconsejó y decidió informarle a su padre.

A partir de entonces, tanto sus hermanos como su padre empezaron a estar más pendientes de su comportamiento. El padre conversó con ella, intentando hacerle comprender que dicha conducta implicaba un riesgo grave para su salud, y le recomendaron asistir a un psicólogo. Como consecuencia, la paciente ha logrado reducir por sí misma los episodios de vómito autoinducido a uno cada dos semanas, y refiere que no lo ha hecho en el último mes, aunque aún experimenta el impulso de hacerlo.

Posteriormente, su madre también se enteró del problema durante la celebración de su cumpleaños número 22 (29 de abril). Desde entonces, toda su familia ha estado más vigilante en lo relacionado a su alimentación y la posibilidad de que vuelva a vomitar. Esta constante supervisión le genera una sensación de incomodidad (6/10), aunque reconoce que proviene de la preocupación y el afecto que su familia siente por ella

## 4. HISTORIA PERSONAL

### 4.1. Actitudes de la familia frente al niño.

Su madre fue inicialmente cariñosa, pero al reincorporarse al trabajo, delegó su cuidado al padre, quien se mostraba distante emocionalmente. Aunque L buscaba compañía en su abuela, esta tampoco expresaba afecto físico.

En el entorno familiar, sus logros eran asumidos como normales y no se celebraban como los de sus hermanos, lo que generó sentimientos de desvalorización. Asimismo, recibió comentarios correctivos sobre su apariencia (“pareces un niñito”, “debes verte más femenina”), lo que, aunque inicialmente no le afectó, más adelante influyó en su preocupación por la imagen corporal.

Paciente refiere que su familia está al pendiente de su problema, por lo que sus hermanos le sugirieron que asista a terapia psicológica. Sus padres la llaman con frecuencia para preguntar si se alimenta correctamente. Por otro lado, su hermano mayor se comunicó para consultar sobre la situación actual de la paciente, además para conocer formas de apoyarla.

### 4.2. Relaciones interpersonales

Manifiesta que establece vínculos según la actitud que percibe en los demás. Si la persona es amable, humilde y no discriminatoria, se muestra abierta; de lo contrario, tiende a ser reservada.

Tiene una mejor amiga desde la etapa escolar y actualmente mantiene un grupo de seis amigas en la universidad, con quienes sostiene relaciones de confianza y comunicación constante, incluyendo conversaciones sobre su salud mental y alimentaria.

A los 20 años tuvo una relación sentimental breve, que no consideraba significativa, pero fue justamente el joven que comenzó a hostigarla en 2024. Actualmente mantiene una relación estable con una pareja a quien conocía de la etapa escolar, pero con quien no tenía cercanía previa. Él fue ganando su interés a través de la persistencia y gestos de cuidado.

Él se muestra comprensivo ante sus necesidades emocionales y ha modificado conductas (como asistir a fiestas o beber alcohol) para contribuir a una relación más sana. L destaca que se siente escuchada, valorada y comprendida por él, especialmente desde que le compartió sus problemas alimentarios. Él respondió con empatía y refuerzos positivos sobre su imagen corporal.

### 4.3. Relación entre los padres y del paciente con los padres.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

La relación entre los padres es poco afectiva; se encuentran separados desde hace aproximadamente diez años, aunque continúan conviviendo. Esta situación genera discusiones frecuentes, principalmente por temas económicos y por las dificultades que atraviesan sus hijos. Ante ello, L. tiende a evitar hablar de sus propios problemas con el fin de no generar mayores conflictos entre ellos.

La paciente describe que mantiene una buena relación con su padre; si bien no es una persona cariñosa en lo físico, expresa su afecto a través de la preocupación por su bienestar y el estar pendiente de ella en la actualidad. Asimismo, señala que suele aconsejarla de manera amigable, evita gritarle y lo percibe como una persona buena, tranquila y pasiva.

En relación con su madre, la paciente refiere que mantienen una buena relación, aunque con poca confianza; señala que no suele contarle muchas cosas, pese a que ella se muestra constantemente pendiente. La describe como una persona buena y cariñosa, preocupada por todos, aunque con un carácter más fuerte cuando se enoja.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

## 5. EVALUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS

### 5.1. Aspectos cognitivos:

En base a la evaluación clínica, no se evidenciaron indicadores afectados en el nivel intelectual general de la paciente, observándose un adecuado desempeño acorde a su edad y rendimiento académico. No se aplicaron pruebas psicométricas específicas para la medición de inteligencia y otros procesos cognitivos.

Sin embargo, se identifican dificultades en la atención sostenida y la concentración, que corresponde a una alteración funcional asociada a la sintomatología ansiosa y depresiva, evidenciada en las escalas de ansiedad y depresión de Beck, cuyos puntajes se encuentran en rangos clínicamente significativos.

En cuanto al contenido del pensamiento, se evaluó el inventario de pensamientos automáticos y el Inventario de Registro de opiniones de Albert Ellis, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 1**

*Inventario de pensamientos automáticos*

| Distorsión cognitiva | Puntaje | Nivel |
|---|---|---|
| **Pensamiento polarizado** | 9 | Alto |
| **Falacia de cambio** | 9 | Alto |
| **Filtraje** | 7 | Alto |

Se observa que la paciente tiende a interpretar la realidad de manera rígida, extrema y centrándose en aspectos negativos, lo que aumenta el malestar emocional, dificulta la regulación emocional y procesos atencionales.

**Tabla 2**

*Registro de opiniones de Albert Ellis*

| Creencias Irracionales | Puntaje |
|---|---|
| **Creencia #6: Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.** | 10 |
| **Creencia #9: Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.** | 9 |
| **Creencia #7: Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.** | 7 |
| **Creencia #3: Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.** | 6 |
| **Creencia #2: Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.** | 5 |
| **Creencia #10: La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.** | 5 |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Desde el modelo cognitivo de Aaron Beck, se puede identificar durante las sesiones:

**a) Distorsiones cognitivas**

- **Visión catastrófica:**
  "Voy a fracasar en la tesis", "No me va a ir bien en el futuro", "Mi relación va a terminar mal", "Si no bajo de peso, todos me van a criticar".
- **Generalización excesiva:**
  "Siempre me pasa lo mismo", "Nada me sale bien", "Soy un fracaso en todo".
- **Descalificación de lo positivo:**
  "Aunque apruebe los cursos, no significa nada", "Me felicitan, pero en realidad no soy buena", "dicen que seré buena enfermera, pero no creo que sea así".
- **Lectura de pensamiento:**
  "Van a pensar que no sirvo como enfermera", "Mi asesora cree que no debí pasar de ciclo", "Los demás piensan que soy tonta o fea".
- **Debería:**
  "No debería fallar al exponer", "Tengo que ser fuerte y no mostrar lo que siento", "No debo preocupar a mi mamá", "No debo llorar por mi pareja", "debo ayudar a mis padres en sus peleas".

**b) Creencias intermedias**

- "Todo me sale mal".

**c) Creencias nucleares:**

- "Soy un fracaso"

En relación con las creencias irracionales, se identifica con un puntaje máximo "miedo y ansiedad a lo desconocido e incierto", seguido de "determinismo del pasado sobre el presente" y "evitación de dificultades y responsabilidades", que se ve reflejado en la anticipación de amenaza, rumiación y afrontamiento evitativo. Así mismo, creencias vinculadas al "perfeccionismo" y "exigencias rígidas hacia los demás", que refuerzan la autocrítica y la frustración interpersonal.

Los resultados indican la presencia de un estilo cognitivo disfuncional, sin alteraciones significativas del funcionamiento cognitivo, pero con una interferencia en el contenido del pensamiento sobre los procesos atencionales.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**5.2. Aspectos socioemocionales-afectivos (Personalidad).**

**Tabla 3**

*Inventario Multiaxial Millon IV – Patrones clínicos de personalidad*

| Síndromes clínicos | Indicador | Puntaje |
|---|---|---|
| **Ansiedad Generalizada** | Síndrome Prominente | 99 |
| **Síntomas Somáticos** | Síndrome Prominente | 99 |
| **Espectro Bipolar** | Síndrome Prominente | 96 |
| **Síndromes clínicos graves** | **Indicador** | **Puntaje** |
| **Espectro Esquizofrénico** | Síndrome Prominente | 91 |

Por otro lado, síndrome prominente con puntaje de 99 en ansiedad generalizada y síntomas somáticos, corroborados por la entrevista clínica, al identificase preocupaciones excesivas, síntomas físicos (náuseas, fatiga, caída de cabello, etc.) y una clara somatización del malestar psicológico.

Los puntajes altos en trastorno bipolar o psicótico podrían reflejar labilidad emocional, ideación negativa intensa, disociación leve o estados mentales transitorios ocasionados por el estrés.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**Tabla 4**

*Inventario Multiaxial Millon IV – Síndromes clínicos*

| Patrones clínicos de personalidad | Indicador | Puntaje |
|---|---|---|
| **Melancólico** | **Elevado** | **94** |
| **Cognitivamente Fatalista** | Significativo | 99 |
| **Autoimagen Inútil** | Significativo | 93 |
| **Temperalmente Afligido** | Significativo | 99 |
| **Dependiente** | **Elevado** | **93** |
| **Expresivamente Pueril** | Significativo | 77 |
| **Interpersonalmente sumiso** | Significativo | 97 |
| **Autoimagen inepta** | Significativo | 88 |
| **Paranoide** | **Elevado** | **97** |
| **Expresivamente Defensivo** | Significativo | 96 |
| **Cognitivamente Desconfiado** | Significativo | 97 |
| **Dinámicas de Proyección** | Significativo | 76 |

Al explorar características de personalidad y posibles vulnerabilidades clínicas o psicopatológicas, se observan puntajes elevados en patrones clínicos de personalidad melancólica, dependiente y paranoide, lo que significa un patrón de personalidad caracterizado por tristeza persistente, sentimientos de inutilidad, necesidad de aprobación y desconfianza interpersonal. Se evidencia una autoestima profundamente deteriorada, acompañada de actitudes de sometimiento y percepción de falta de competencia personal. Indica un estilo emocional pesimista y rigidez cognitiva, con dificultad para generar soluciones adaptativas.

**Tabla 5**

*Inventario de Ansiedad de Beck*

| Puntaje | Nivel |
|---|---|
| **55** | Ansiedad Grave |

El puntaje de 55 en el Inventario de Ansiedad de Beck indica un nivel grave de ansiedad, caracterizado por síntomas fisiológicos y cognitivos intensos como tensión muscular, sensación de ahogo, dificultad para relajarse, miedo anticipatorio, e hipervigilancia. Este resultado es coherente con lo referido en la entrevista, donde Lucero reporta niveles de ansiedad de 9/10 asociados a factores académicos, familiares y de imagen corporal. La sintomatología interfiere significativamente con su funcionamiento cotidiano, sobre todo en el contexto académico (tesis, relación con asesora), social y alimentario. Además, en la observación conductual, tiende a hablar sin hacer suficientes pausas, mueve constantemente la pierna y en ocasiones rasguña su mano mientras está contando algo que le genera ansiedad. En ocasiones llora cuando recuerda momentos que le generan tristeza y posteriormente intenta calmarse mediante la respiración.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**Tabla 6**

*Cuestionario de Esquemas de Young*

| Esquema temprano desadaptativo | Puntaje obtenido | Nivel |
|---|---|---|
| **Privación emocional** | 28 | **Alto** |
| **Aislamiento social** | 24 | **Alto** |
| **Imperfección / vergüenza** | 26 | **Alto** |
| **Fracaso** | 26 | **Alto** |
| **Vulnerabilidad al daño o enfermedad** | 27 | **Alto** |
| **Autosacrificio** | 22 | **Medio** |
| **Estándares implacables** | 26 | **Alto** |
| **Insuficiente autocontrol** | 24 | **Medio** |

Estos resultados aparentan una constante carencia de afecto, autoevaluación negativa y una percepción constante de amenaza o incapacidad para afrontar eficazmente las demandas de la vida cotidiana.

El esquema de vulnerabilidad al daño o enfermedad se relaciona con preocupaciones excesivas por la seguridad personal y la salud, lo que resulta coherente con la ansiedad elevada descrita en el caso. Además, los esquemas de imperfección/vergüenza y fracaso reflejan una autoimagen deteriorada y una expectativa recurrente de incompetencia, aspectos que se relacionan con la inseguridad académica y personal observada en la paciente.

Los esquemas identificados en nivel alto configuran un patrón cognitivo que favorece la ansiedad, autocrítica y sobre exigencia, integrándose en áreas relevantes para el abordaje terapéutico.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**5.3. Aspectos psicopatológicos.**

**Tabla 7**

*EDI II: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*

| Escala | Puntaje | Interpretación |
|---|---|---|
| **DT – Búsqueda de delgadez** | 21 | **Muy elevado:** indica fuerte deseo por perder peso, temor intenso a engordar. Suele estar presente en anorexia y bulimia. |
| **B – Bulimia** | 21 | **Muy elevado:** sugiere presencia de pensamientos, impulsos o comportamientos bulímicos (atracones, vómito). |
| **BD – Insatisfacción corporal** | 20 | **Muy elevado:** percepción distorsionada del cuerpo; insatisfacción con partes específicas. |
| **I – Ineficacia** | 21 | **Muy elevado:** baja autoestima, sentimientos de inutilidad, dependencia emocional. |
| **ID – Desconfianza interpersonal** | 11 | **Moderado-alto:** tendencia a distanciarse emocionalmente, dificultad para confiar en otros. |
| **IA – Conciencia interoceptiva** | 23 | **Muy elevado:** dificultades para identificar emociones internas y sensaciones corporales. Alta asociación con alexitimia y TCA. |
| **A – Ascetismo** | 19 | **Elevado:** presencia de conductas de autocontrol extremo, rechazo al placer. |
| **IR – Regulación de impulsos** | 15 | **Elevado:** dificultad para controlar impulsos, especialmente en momentos emocionales intensos. |
| **SI – Inseguridad social** | 11 | **Moderado-alto:** temor al juicio social, inseguridad en relaciones sociales. |

Mediante la aplicación del EDI-2, se evidencia que la paciente presenta una fuerte preocupación por su cuerpo y un deseo intenso por perder peso. Por lo tanto, se confirma la presencia de conductas alimentarias de riesgo, con características bulímicas, tales como atracones y vómitos autoinducidos, descritas también en la entrevista, las cuales sucedían una vez por semana, hasta hace 1 mes. Se evidencia baja autoestima y dificultad para interpretar señales internas (hambre, saciedad, emociones). Muestra una tendencia al autocastigo y dificultad para inhibir conductas desadaptativas (atracones, vómito, autolesiones leves como rascarse o morderse). Se revela cierto retraimiento social y miedo al juicio externo.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

## 6. ANALISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS PROBLEMAS

Listado de conductas problemas.

- Ansiedad
- Conducta de riesgo alimentaria: Bulimia
- Depresión
- Baja autoestima
- Déficit de asertividad

Listado de conductas adaptativas.

- Responsabilidad académica.
- Adecuado aseo y arreglo personal.
- Motivación para el tratamiento psicoterapéutico.
- Habilidades para entablar relaciones interpersonales.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

### 6.1. Conducta problema: Ansiedad

**Tabla 8**

*Análisis funcional de la conducta problema: ansiedad*

| Ed | R | Er |
|---|---|---|
| **Internos**<br>- Pensar en su futuro profesional, imágenes de ella usando el uniforme de enfermera.<br>- Recuerda que antes entendía con más facilidad los temas que estudiaba.<br>- Recuerda que se acerca la fecha de sustentación de proyecto de tesis.<br>- Imagina que no expone bien su proyecto de tesis.<br>**Externos**<br>- Que le digan que será una buena enfermera.<br>- Estudiar temas que no le gustan.<br>- Que su asesora de tesis le diga: "no debiste pasar de ciclo" o "esto ya deberías saberlo".<br>- Que sus padres la llamen a quejarse entre ellos.<br>- Que le lleguen mensajes sobre rumores de infidelidad de su pareja. | **Emocional**<br>- Ansiedad (8-9/10).<br>**Fisiológico**<br>- Aumento de apetito, insomnio y llanto.<br>- Caída de cabello diaria, náuseas, fatiga, adormecimiento del brazo, insomnio y llanto.<br>- Fatiga e insomnio.<br>**Cognitivo**<br>- "no voy a ser buena en esto, no sirvo para ser enfermera.", "veo que todos parecen estar bien y felices, menos yo; como si todo me saliera mal", "es terrible imaginar que voy a usar el uniforme y que me identifiquen con la carrera".<br>- "no me puedo concentrar en nada", "ya no entiendo nada como antes", "no voy a aprobar".<br>- voy a fallar al exponer", "no voy a exponer bien", "toda mi tesis está mal hecha", "no debí pasar de ciclo"<br>- mi madre satura a mi papá", "debo estar ahí como mediadora". "nada va a estar bien", "yo no quiero ser la burla de la gente.<br>**Motor**<br>- Comer en exceso. Rascarse los dedos, la frente y la cabeza. Morderse los labios.<br>- Rascarse. Estudiar y avanzar sus trabajos hasta la madrugada.<br>- Mediar entre sus padres los problemas que surgen entre ellos. Rascarse y morderse los labios.<br>- Reclamar y discutir con su pareja, buscar evidencias en mensajes. | **Internos**<br>- Alivio al dejar de pensar en su sustentación de tesis (RN).<br>- Alivio al pensar que evitará desaprobar (RN).<br>- Alivio al saber que sus padres dejarán de discutir (RN).<br>- Alivio al no encontrar evidencias de la supuesta infidelidad (RN).<br>- "lastimarme me ayuda a regular mi ansiedad" (RP).<br>- "no dormir para estudiar me trae buenos resultados". (RP).<br>- "solo cuando ayudo a mis padres dejan de pelear". (RP).<br>- "todos los hombres son así, mentirosos", "quedo como una tonta". (RP).<br>**Externos**<br>- Obtener calificaciones aprobatorias al estudiar (RP).<br>- Que sus padres dejen de discutir (RN).<br>- Que su pareja le dé su celular para que revise los mensajes (RP). |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

### 6.2. Conducta problema: Conducta de riesgo alimentaria (bulimia)

**Tabla 9**

*Análisis funcional de la conducta problema: Conducta de riesgo alimentaria (bulimia).*

| Ed | R | Er |
|---|---|---|
| **Interno**<br>- "me voy a engordar", "debo vomitar porque me hará sentir mejor".<br>**Externo**<br>- Estar sola en casa todo el día.<br>- Trabajos académicos importantes, discusiones familiares.<br>- Comer en grandes cantidades.<br>- Darse cuenta que ha subido de peso. | **Emocional**<br>Culpa (8/10)<br>Ansiedad (7/10)<br>**Fisiológico**<br>Molestias digestivas y dolor abdominal luego de comer; fatiga y deshidratación posterior al vómito.<br>**Cognitivo**<br>"es terrible lo que hice al comer así", "soy una gorda", "nunca más quiero comer", "siempre voy a tener este problema".<br>**Motor**<br>Autoinducir el vómito.<br>Restricción alimentaria. | **Interno**<br>- Alivio de la sensación de haber comido mucho después de inducirse al vomito (RN).<br>- Se alivia momentáneamente del estrés académico, familiar o relacional. (RN)<br>**Externo**<br>- Recibir comentarios como: "que flaquita te ves", "se te ve bonita así", "seguro toda la ropa te queda bien" (RP).<br>- Bajar de peso (RP). |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

## 7. HISTORIA DE CONDICIONAMIENTOS Y APRENDIZAJES.

### 7.1. Conducta problema: Ansiedad

**Tabla 10**

*Condicionamiento operante de ansiedad*

| **ED** | R | **ER** |
|---|---|---|
| Tener exámenes o trabajos académicos | Rascarse la cabeza y morderse los labios. | Evitar el malestar. |

**Tabla 11**

*Condicionamiento clásico de ansiedad 1*

| **EN** | **EI** | **RI** |
|---|---|---|
| Exámenes o trabajos académicos. | Gritos por parte de su madre hacia ella, por no ayudar a su hermano con bajas calificaciones. | Miedo.<br>Dolor en el estómago. |
| | **EC** | **RC** |
| | Exámenes o trabajos académicos. | Ansiedad y malestar. |

**Tabla 12**

*Condicionamiento clásico de ansiedad 2*

| **EN** | **EI** | **RI** |
|---|---|---|
| Conflictos familiares. | Gritos de parte de su madre y su padre. | Miedo.<br>Cefaleas. |
| | **EC** | **RC** |
| | Conflictos familiares. | Ansiedad y malestar. |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**Tabla 13**
*Modelo Mediacional I de ansiedad*

| Estímulos antecedentes (E) | Variables mediacionales (O) | Respuestas (R) | Consecuencias (C) |
|---|---|---|---|
| • Presentación de exámenes o trabajos académicos. | • "Todo me va a salir mal", "voy a fallar", "no voy a poder".<br>• "Siempre me pasa algo malo", "tengo mala suerte". | • **Conductuales:** Rascado compulsivo de dedos y cabeza. Evitación del sueño para estudiar. Control (revisar mensajes de la pareja).<br>• **Fisiológicas:** Insomnio, náuseas, caída de cabello.<br>• **Emocionales:** Ansiedad (8–10/10). | • Alivio inmediato de la ansiedad: El rascado reduce tensión. No dormir "funciona" para aprobar. Revisar mensajes disminuye momentáneamente la incertidumbre.<br>• Reforzamiento negativo: la ansiedad se mantiene y generaliza, porque la paciente aprende que estas conductas "ayudan" a corto plazo. |

**Modelo Mediacional II de ansiedad.**

- **Atiende:** Escucha críticas de su asesora acerca de que su trabajo está mal hecho.
- **Codifica:** "Si no está bien mi tesis, no puedo sustentarla".
- **Retiene:** "No soy lo suficientemente buena, no voy a aprobar, voy a fracasar".
- **Recupera:** Antes de exponer o al pensar en sustentar su tesis: "Me irá mal, me voy a quedar callada, no voy a poder aprobar".

**Modelo de aprendizaje social – vicario de ansiedad.**

**a) Atención**

Lucero observa que su madre responde a los problemas con preocupación constante, tensión emocional y anticipación negativa, especialmente frente a conflictos, errores o situaciones inciertas.

**b) Retención**

- Imagen de su madre gritando, desesperándose y buscando culpables porque su hermano obtenía bajas calificaciones.
- Imagen de su madre discutiendo y llorando con su padre porque en ocasiones no les alcanzaba el dinero.

**c) Reproducción motora**

- Hipervigilancia.
- Conductas de control y evitación.

**d) Motivación**

- Estar preocupada le da una sensación subjetiva de control.
- Evita la sorpresa o el error.
- Ha observado que anticiparse reduce críticas o consecuencias negativas.

**7.4. Conducta problema: Conducta de riesgo alimentaria (Bulimia)**

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**Tabla 14**

*Condicionamiento operante de CRA (Bulimia)*

| ED | R | ER |
|---|---|---|
| • Ansiedad, culpa, sensación de llenura.<br>• Pensamientos: "no debí comer", "me voy a engordar". | Inducción del vómito. | Disminución de la culpa, ansiedad y malestar físico. |

**Tabla 15**

*Modelo mediacional I de CRA (Bulimia)*

| Estímulos antecedentes (E) | Variables mediacionales (O) | Respuestas (R) | Consecuencias (C) |
|---|---|---|---|
| • Emociones intensas: ansiedad, tristeza, frustración, soledad. | • Creencias aprendidas:<br>• El vómito alivia (aprendido desde los 8 años).<br>• La delgadez significa valor personal y aceptación. | • Atracones.<br>• Vómito autoinducido.<br>• Restricción alimentaria y ayunos.<br>• Evitación de alimentos "prohibidos". | • Reducción inmediata de culpa, ansiedad y sensación de llenura.<br>• Comentarios positivos sobre su apariencia.<br>• Sensación de control. |

**Modelo Mediacional II de CRA (Bulimia) 1.**

- **Atiende:** Escucha comentarios sociales en los que se critica su apariencia física y se valora la delgadez como sinónimo de belleza.
- **Codifica:** "Ser delgada es ser bonita".
- **Retiene:** "Mi cuerpo no es atractivo, estoy gorda, no cumplo con lo que esperan los demás".
- **Recupera:** Al mirarse al espejo o al comer en exceso piensa: "Estoy fea, gorda, no valgo, debo vomitar para bajar de peso".

**Modelo Mediacional II CRA (Bulimia) 2.**

- **Atiende:** Lucero atiende al mensaje verbal de su padre cuando tenía aproximadamente 8 años, quien, ante la sensación de llenura y malestar físico tras comer en exceso, le indica que vomitar podría hacerla "sentir mejor". La atención se ve facilitada por tratarse de una figura de autoridad, cuidado y confianza.
- **Codifica:** "Si me siento muy llena, vomitar me hará sentir mejor".
- **Retiene:** "Cuando como demasiado y me siento mal, vomitar es una forma normal y efectiva de aliviarme".
- **Recupera:** Ante situaciones activadoras como sensación de llenura, culpa tras comer, ansiedad o estar sola, Lucero recupera automáticamente la regla aprendida y genera pensamientos como: "Me siento muy llena", "vomitar me ayudará a sentirme mejor".

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

# 8. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

## 8.1. Delimitación del problema:

La paciente presenta trastorno de ansiedad generalizada con comorbilidad de conductas alimentarias de riesgo asociadas a la bulimia nerviosa (tipo purgativo) y episodio actual depresivo moderado.

En ese sentido, el plan de intervención basado en terapia cognitivo conductual, está orientado a reducir la ansiedad de la paciente de niveles severos (8–10/10) a niveles moderados o leves (≤4/10), regular su conducta alimentaria estableciendo tres comidas al día al menos 6 de 7 días por semana, mantener la eliminación del vómito autoinducido (0 episodios por semana), disminuir progresivamente los atracones hasta su desaparición, y reducir las conductas desadaptativas de regulación emocional, con el fin de mejorar su funcionamiento académico, emocional y personal.

## 8.2. Objetivos:

### 8.2.1. Generales:
Disminuir los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada para reducir la preocupación excesiva, la activación fisiológica y las conductas desadaptativas, promoviendo estrategias de afrontamiento funcional y bienestar psicológico.

### 8.2.2. Específicos:

- Reducir la ansiedad de la paciente de niveles severos (8–10/10) a niveles moderados o leves (≤4/10), mediante el uso sistemático de técnicas de regulación fisiológica, cognitiva y conductual, registradas semanalmente.
- Disminuir la frecuencia diaria e intensidad de pensamientos automáticos disfuncionales relacionados con fracaso académico, autoexigencia y catastrofización, favoreciendo interpretaciones más realistas y flexibles.
- Regular la conducta alimentaria, logrando que la paciente realice tres comidas principales al día al menos 6 de 7 días por semana, manteniendo un patrón alimentario estable y menos restrictivo.
- Eliminar el vómito autoinducido, manteniendo 0 episodios por semana, y reducir progresivamente los episodios de atracón hasta su desaparición, mediante estrategias de afrontamiento alternativas.
- Reducir las conductas desadaptativas de regulación emocional, tales como autolesiones leves (rascarse o morderse), evitación conductual e insomnio, hasta un máximo de 0–1 episodios por semana.
- Incrementar el uso de estrategias adaptativas de afrontamiento, sustituyendo conductas evitativas por respuestas funcionales ante situaciones de estrés académico, familiar y emocional.
- Fortalecer la autoestima, promoviendo una autoevaluación más realista y positiva de sus capacidades, logros y recursos personales, disminuyendo la autocrítica y la dependencia de la validación externa.
- Mejorar habilidades de comunicación asertiva, reduciendo conductas de control interpersonal y el rol de mediación familiar para favorecer la expresión emocional adecuada y el establecimiento de límites.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

- Favorecer la activación conductual, incorporando actividades gratificantes, académicas y personales, de forma regular, con el fin de mejorar el estado de ánimo y motivación.

**8.2.3. Plan de intervención:**

- **Sesión 1: Evaluación clínica y formulación inicial**
  Se realiza la exploración de los síntomas de ansiedad, identificando antecedentes relevantes, conductas problema y factores de mantenimiento. Además, se establece la alianza terapéutica y se construye una formulación inicial del caso que permita comprender el problema desde un enfoque cognitivo – conductual.
- **Sesión 2: Psicoeducación en TAG**
  Se brinda explicación clara sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada, aclarando el ciclo fisiológico, cognitivo y conductual de la ansiedad, con el objetivo de que la paciente pueda comprender su funcionamiento y entienda sus reacciones, favoreciendo la adherencia al tratamiento.
- **Sesión 3: Respiración diafragmática**
  La respiración diafragmática consiste en entrenar una respiración lenta y profunda utilizando el diafragma, favoreciendo la activación del sistema nervioso parasimpático. Se practica de manera guiada en sesión y como tarea, con el objetivo de disminuir la activación fisiológica asociada a la ansiedad.
- **Sesión 4: Relajación muscular / entrenamiento autógeno**
  La relajación muscular progresiva se basa en tensar y relajar de forma sistemática distintos grupos musculares para aumentar la conciencia corporal y reducir la tensión. El entrenamiento autógeno utiliza autosugestiones corporales (sensaciones de calor y peso) para inducir un estado de relajación profunda. Ambas técnicas buscan disminuir la hiperactivación fisiológica.
- **Sesión 5: Autorregistros de pensamientos automáticos**
  El autorregistro consiste en anotar situaciones específicas, pensamientos automáticos, emociones y respuestas conductuales asociadas. Esta técnica permite identificar patrones cognitivos disfuncionales y aumentar la conciencia del impacto que estos pensamientos tienen sobre la ansiedad.
- **Sesión 6: Reestructuración cognitiva (debate socrático)**
  La reestructuración cognitiva mediante debate socrático utiliza preguntas guiadas para examinar la evidencia, utilidad y alternativas a los pensamientos automáticos negativos. El objetivo es sustituir interpretaciones rígidas o catastróficas por pensamientos más realistas y adaptativos.
- **Sesión 7: Autoinstrucciones y afrontamiento del estrés**
  Las autoinstrucciones consisten en el uso consciente de mensajes internos positivos y funcionales que guían la conducta ante situaciones estresantes, que, junto a las estrategias de afrontamiento, ayudan a anticipar y enfrentar situaciones problemáticas de forma más adaptativa.
- **Sesión 8: Regulación emocional**
  La regulación emocional implica entrenar habilidades para identificar, comprender y modular las emociones, sin evitarlas ni intensificarlas. Se

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

trabajan estrategias como el monitoreo emocional, aceptación y aplicación de respuestas reguladoras adaptativas.

- **Sesión 9: Solución de problemas**
  Es un procedimiento estructurado que incluye definir el problema, generar alternativas, evaluar consecuencias, elegir la mejor opción y ponerla en práctica. Su finalidad es reducir la preocupación excesiva y fomentar un afrontamiento activo.
- **Sesión 10: Asertividad y habilidades sociales**
  Enseña formas adecuadas para expresar opiniones, emociones y necesidades, respetando los propios derechos y los de los demás, incluyendo modelado, role playing y retroalimentación para mejorar la comunicación interpersonal.
- **Sesión 11: Red de apoyo y mantenimiento de conductas saludables**
  Centrado en identificar y fortalecer fuentes de apoyo social y familiar, así como en reforzar conductas saludables aprendidas durante la terapia, promoviendo el uso consciente de la red de apoyo como factor protector frente a recaídas.
- **Sesión 12: Consolidación y prevención de recaídas**
  Identificar señalas tempranas que anticipen malestar, revisar estrategias aprendidas y elaborar un plan de acción para afrontar futuras situaciones de riesgo. Su objetivo es mantener los logros terapéuticos a largo plazo.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

## 9. DISCUSIÓN

El caso de Lucero es explicado mediante la definición de trastorno de ansiedad generalizadas planteada por Méndez Salazar et al. (2025), quienes describen este cuadro como preocupación intensa, persistente y difícil de controlar, la cual está presente en diversas situaciones de la vida diaria y que repercuten significativamente en el bienestar físico y emocional. Es decir, la ansiedad de Lucero no aparece únicamente frente a un estímulo o contexto, sino que repercute de manera frecuente en diferentes ámbitos, lo que afecta su funcionamiento general.

Esta definición planteada, concuerda con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM – 5 (2014), donde se señala que el TAG, se manifiesta por ansiedad y preocupación excesiva durante al menos 6 meses, dificultad para controlar dicha preocupación y la presencia de síntomas tales como inquietud, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. En el caso de Lucero, el malestar ansioso, junto con la afectación emocional y funcional descrito, resulta coherente con los criterios clínicos. Así mismo, el CIE – 10 (2019) menciona que la ansiedad generalizada suele presentarse sin limitarse a una circunstancia ambiental en particular y se acompaña de manifestaciones somáticas como tensión muscular, palpitaciones, mareos, sudoración o molestias epigástricas. Esto resulta relevante en el caso, ya que la ansiedad no solo se expresa a nivel cognitivo, sino también mediante síntomas físicos y una sensación constante de activación, lo que refuerza el diagnóstico de TAG.

En cuanto al punto de vista epidemiológico, el perfil de la paciente resulta congruente con lo descrito sobre los TAG. La mayor prevalencia en mujeres suele intensificarse durante la adultez temprana, etapa vital caracterizada por demandas académicas, decisiones vocacionales y presiones interpersonales significativas (Chacón et al., 2021; Avalos – Tinoco & Salcedo – Gómez, 2025). Así mismo Wu, et al. (2025) reportan que las mujeres entre 20 a 40 años suelen presentar una elevada carga de ansiedad, lo que coincide con la edad de la paciente y la etapa en la que sus responsabilidades académicas incrementan, como por ejemplo la sustentación de su tesis.

Desde el enfoque cognitivo - conductual, Santiago Gómez (2022) refiere en el modelo de la aprehensión ansiosa de Barlow que la persona interpreta determinados estímulos, sean internos o externos, como señales de amenaza, activando esquemas ansiógenos relacionados a situaciones imprevistas, falta de control e incapacidad personal. Esto genera un estado de alerta sostenida, autofocalización y conductas de evitación que mantienen la ansiedad. En el caso de Lucero, resulta congruente este modelo porque ayuda a entender que el malestar crónico es favorecido por la percepción de amenaza y la sensación de no poder controlar estados internos.

Así mismo, Pérez y Graña (2019) explican, desde el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas, que uno de los núcleos del TAG es la baja tolerancia a eventos negativos, aún cuando no exista probabilidad de que estos sucedan. La persona percibe la incertidumbre como inaceptable, desarrolla sesos cognitivos amenazantes y su estrategia de preparación y control es la preocupación constante.

De manera complementaria, Velázquez Díaz et al. (2016) señalan en el modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo que la preocupación patológica también se alimenta de la interpretación negativa de los propios estados emocionales. Cuando la persona experimenta malestar, suele interpretarlo como evidencia de que algo anda mal, aumentando pensamientos rumiantes y debilitando su

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

confianza para afrontar dificultades. Este proceso ayuda a explicar por qué el malestar emocional no solo se mantiene, sino que además puede ampliarse, dificultando la interrupción del ciclo ansioso.

Respecto a la sintomatología depresiva, el Ministerio de Salud (2021) señala que existe una estrecha relación entre ansiedad y depresión, indicando que las personas con TAG presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. En el caso, la ansiedad persistente se acompaña de indicadores de afectación emocional, que sugiere la presencia de síntomas depresivos asociados al curso prolongado de la ansiedad. Además, Mazo Álvarez et al. (2025) explican que el TAG puede coexistir con síntomas depresivos sin necesariamente representar un trastorno depresivo independiente, ya que la preocupación crónica y la activación fisiológica sostenida puede generar agotamiento emocional, desmotivación y alteraciones del sueño. Esto resulta coherente con el caso, ya que el desgaste provocado por la ansiedad parece facilitar la aparición de un estado emocional depresivo.

Doncel et al. (2023) describen a la bulimia nerviosa como un trastorno caracterizado por episodios de atracones acompañados de sensación de pérdida de control y conductas compensatorias, como vómito autoinducido, dirigidas a evitar el aumento de peso. No obstante, Torres et al. (2022) señalan que cuando estas conductas se presentan con menor frecuencia o intensidad pueden conceptualizarse como conductas alimentarias de riesgo, las cuales incluyen dietas restrictivas, atracones o conductas purgativas ocasionales. En el caso de Lucero, la presencia de estos comportamientos permite considerar con mayor cautela la existencia de conductas alimentarias de riesgo con características bulímicas. Así mismo, López et al. (2020) indican que el TAG es uno de los diagnósticos más frecuentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y que, en muchos casos, la ansiedad aparece antes del inicio de los problemas alimentarios. Esto sugiere que, en Lucero, la ansiedad podría haber actuado como un factor de vulnerabilidad que favoreció la aparición y mantenimiento de las conductas alimentarias disfuncionales.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, Perea-Beltrán y Reivan-Ortiz (2025) señalan que las conductas bulímicas se mantienen por la interacción entre esquemas cognitivos disfuncionales, dificultades en la regulación emocional y la sobrevaloración del peso y la imagen corporal. En el caso de Lucero, este modelo resulta coherente con la presencia de insatisfacción corporal, restricción alimentaria, episodios de descontrol y conductas compensatorias.

Las conductas de atracón y vómito pueden entenderse como estrategias de regulación emocional que reducen momentáneamente estados aversivos como ansiedad o tensión, funcionando mediante reforzamiento negativo (Rodríguez et al., 2007). De igual manera, las propiedades placenteras de los alimentos pueden generar reforzamiento positivo, favoreciendo la repetición de la conducta. Reconocer esta función permitirá diferenciar hambre fisiológica de hambre emocional, aspecto que se trabajará mediante autorregistros y psicoeducación.

Desde la etiología, el caso refleja la interacción de diferentes factores de riesgo. A nivel ambiental, se identifica la exposición prolongada al estrés académico, los conflictos familiares persistentes y la ausencia temprana de validación emocional consistente, factores reconocidos como mantenedores de la ansiedad por el Ministerio de Salud (2025). Así mismo, se observan factores relacionados con el estilo de vida, como alteraciones del sueño, sobrecarga académica y escasa recuperación emocional, los cuales incrementan la vulnerabilidad ansiosa y dificultan la regulación emocional (Avalos-Tinoco & Salcedo-Gómez, 2025).

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

En concordancia con esta formulación, la intervención está orientada principalmente al abordaje del TAG como conducta problema central. Los objetivos terapéuticos iniciales se centraron en reducir la activación fisiológica, favorecer el cuestionamiento de pensamientos disfuncionales y fortalecer estrategias adaptativas de regulación emocional, siguiendo los lineamientos de la TCC para el TAG (Guía de Práctica Clínica, 2024).

En las primeras sesiones del proceso terapéutico se priorizará la psicoeducación en ansiedad, con el fin de que la paciente comprenda la naturaleza del trastorno y el funcionamiento del ciclo fisiológico, cognitivo y conductual que mantiene el malestar psicológico. Este proceso permitirá reconocer la relación entre pensamientos anticipatorios, activación fisiológica y conductas evitativas, favoreciendo una mayor conciencia de sus procesos emocionales y reduciendo la percepción de falta de control sobre los síntomas (Méndez Salazar et al., 2025).

Posteriormente, se trabajará de manera sistemática el entrenamiento en técnicas de regulación fisiológica, particularmente respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva de Jacobson, así como el entrenamiento autógeno de Schultz, estrategias recomendadas como intervenciones de primera línea para la reducción de la activación fisiológica en pacientes con TAG (Guía de Práctica Clínica, 2024). Estas técnicas resultan especialmente pertinentes en el caso de L., quien presenta síntomas físicos característicos del trastorno como tensión muscular constante, inquietud psicomotora y alteraciones del sueño, los cuales forman parte de los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). La disminución de la hiperactivación fisiológica permitirá, además, interrumpir parcialmente el ciclo de retroalimentación entre activación corporal y preocupación anticipatoria descrito en los modelos cognitivo-conductuales del TAG (Santiago Gómez, 2022).

En una siguiente fase, se fortalecerá el uso de autorregistros de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva, con el objetivo de identificar los patrones de pensamiento disfuncionales asociados a la preocupación excesiva. En la evaluación clínica se han identificado distorsiones cognitivas vinculadas principalmente con el catastrofismo, sobreestimación de amenazas y la intolerancia a la incertidumbre, procesos relevantes en el mantenimiento del TAG (Pérez & Graña, 2019). Para ello, se emplearán técnicas de reestructuración cognitiva que permitan cuestionar la evidencia de las creencias disfuncionales, reducir la rigidez cognitiva y promover interpretaciones más realistas y flexibles de las situaciones percibidas como amenazantes. Este procedimiento resulta coherente con el modelo de la intolerancia a la incertidumbre, que explica cómo las personas con TAG tienden a interpretar las situaciones ambiguas como altamente peligrosas, incrementando la preocupación anticipatoria (Pérez & Graña, 2019).

De manera complementaria, se realizará el entrenamiento en autoinstrucciones, estrategias de afrontamiento al estrés y técnicas de regulación emocional, orientadas a modificar el diálogo interno de autocrítica y a promover respuestas cognitivas más adaptativas frente a situaciones estresantes (Guía de Práctica Clínica, 2024). Estas estrategias buscan fortalecer la percepción de autoeficacia y reducir la tendencia a la autoexigencia excesiva y a la autocrítica persistente, factores que contribuyen al mantenimiento del malestar emocional (Méndez Carpio, et al., 2025). Así mismo, el entrenamiento en habilidades de regulación emocional permitirá disminuir conductas de autosacrificio y sobrecarga emocional que incrementan la ansiedad, favoreciendo una mayor capacidad para reconocer y expresar necesidades personales.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, estas serán abordadas como

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

conductas problema asociadas a la ansiedad, considerando la evidencia que señala que en pacientes con TAG, dichas conductas pueden funcionar como estrategias de regulación emocional frente a estados afectivos negativos (López et al., 2020). Desde una perspectiva conductual, los episodios de ingesta desorganizada y vómito autoinducido pueden mantenerse mediante procesos de reforzamiento negativo, ya que el alivio momentáneo del malestar emocional incrementa la probabilidad de repetición de la conducta (Rodríguez et al., 2007). Por ello, el tratamiento se orientará a establecer hábitos de alimentación regulares, implementar el monitoreo mediante autorregistros y desarrollar estrategias alternativas de regulación emocional que permitan reducir la necesidad de recurrir a conductas compensatorias.

Así mismo, se implementarán técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual para trastornos de la conducta alimentaria, como la identificación de pensamientos distorsionados sobre el peso y la imagen corporal, el fortalecimiento de hábitos alimentarios estructurados y el desarrollo de habilidades de afrontamiento frente al malestar emocional (Perea – Beltrán & Reivan – Ortiz, 2025). Es así que, el tratamiento buscará interrumpir el ciclo mediante la modificación de las creencias disfuncionales y fortalecer patrones conductuales adaptativos.

Otro componente relevante es el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, ya que permitirá trabajar la expresión de necesidades, el establecimiento de límites y la reducción de conductas de complacencia excesiva. El Ministerio de Salud (2025) señala que las dificultades interpersonales y el aislamiento social pueden actuar como factores mantenedores de la ansiedad, incrementando los niveles de estrés y preocupación. En ese sentido, mejorará la regulación emocional y disminuirá la sobrecarga psicológica asociada a conflictos relacionales, favoreciendo una mayor percepción de apoyo social.

En relación al proceso terapéutico, busca promover un mayor autocontrol emocional y una toma de decisiones más consciente, fortaleciendo las habilidades de afrontamiento adaptativo frente a situaciones estresantes. Ruiz (2025) señala que uno de los objetivos centrales de la intervención cognitivo – conductual consiste en desarrollar estrategias que permitan al paciente, manejar el estrés y las emociones negativa sin recurrir a conductas desadaptativas. Como resultado de este proceso terapéutico, se espera mantener la remisión de las conductas de vómito autoinducido, disminuir la preocupación excesiva por el peso corporal y fortalecer la capacidad de solicitar ayuda o apoyo antes de recurrir a estrategias de afrontamiento disfuncionales (Perea-Beltrán & Reivan-Ortiz, 2025).

Un elemento fundamental que favorecerá estos avances será el fortalecimiento de la red de apoyo familiar, particularmente a través del involucramiento de los hermanos mayores con quienes convive la paciente. Méndez Salazar et al. (2025) destacan que el fortalecimiento de redes de apoyo constituye un factor protector importante en el tratamiento del TAG, ya que reduce la sensación de amenaza constante y facilita estrategias de afrontamiento más adaptativas. En concordancia, Terreros (2023), señala que el apoyo familiar constituye un factor protector relevante en el tratamiento de los trastornos emocionales y alimentarios, ya que facilita la adherencia al proceso terapéutico y contribuye a la regulación emocional del paciente. En el caso de Lucero, la participación de la familia permitirá proporcionar contención emocional, supervisión no invasiva y refuerzo de los cambios conductuales promovidos en la terapia.

Finalmente, es importnate mencionar que la paciente podría continuar presentando niveles de ansiedad elevados, en situaciones de evaluación académica, debido a la presencia de esquemas cognitivos relacionados con el fracaso, la

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

autoexigencia y estándares personales inflexibles. Desde el modelo cognitivo – conductual de la ansiedad, estos esquemas pueden activar procesos de preocupación anticipatoria y rumiación cuando la persona percibe amenazas a su desempeño o valoración personal (Santiago Gómez, 2022). Por ello, el proceso terapéutico también se orientará a trabajar progresivamente más realistas del desempeño académico y reduciendo la tendencia a la evaluación autocrítica excesiva.

## 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 10.1. Conclusiones.

- Se confirma que el caso clínico corresponde al diagnóstico de Trastorno de Ansiedad generalizada, debido a que el eje central es el malestar psicológico en la paciente y se manifiesta de manera persistente y generalizada, mostrando impacto significativo en las áreas académica, familiar, interpersonal y personal. La ansiedad se identificó como el proceso nuclear a partir del cual se desarrollaron la sintomatología depresiva moderada y las conductas alimentarias de riesgo con características bulímicas.

- Las conductas de riesgo como atracones, vómitos autoinducidos y autolesiones leves, funcionan como mecanismos desadaptativos de afrontamiento. Además, se evidencia una clara dificultad en sus habilidades sociales y la expresión de pensamientos y emociones, favoreciendo el aislamiento y el círculo de ansiedad, malestar y autocrítica.

- La terapia cognitivo – conductual permitirá reducir la activación fisiológica y mejorar la conciencia emocional, favoreciendo una mejor percepción del control sobre los síntomas ansiosos. De igual manera, es importante la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos disfuncionales, especialmente aquellos asociados al catastrofismo, la autoexigencia y la intolerancia a la incertidumbre.

- La manifestación de conductas alimentarias de riesgo con características bulímicas se comprende principalmente como una estrategia de regulación emocional frente a estados intensos de ansiedad, frustración y tensión psicológica. En este sentido, dichas conductas no constituyen un trastorno alimentario estructurado, sino respuestas desadaptativas que cumplen una función de alivio temporal del malestar emocional.

- El fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, regulación emocional y apoyo social serán ejes centrales para una favorable evolución del caso. El desarrollo de estrategias adaptativas para manejar el estrés académico, mejorar la expresión emocional y fortalecer la red de apoyo permitirá disminuir la vulnerabilidad psicológica y prevenir la recurrencia de conductas desadaptativas.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**10.2. Recomendaciones.**

- Es recomendable que la paciente continúe con el proceso de terapia cognitivo conductual, priorizando el abordaje del Trastorno de Ansiedad Generalizada como problema central, mediante técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, regulación fisiológica y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, con el fin de reducir la preocupación excesiva y fortalecer la percepción de control sobre los síntomas ansiosos.

- Mantener el monitoreo y abordaje de conductas alimentarias de riesgo, mediante autorregistros conductuales, establecimiento de hábitos regulares de alimentación y entrenamiento en regulación emocional, con el obejtivo de prevenir la recurrencia de conductas compensatorias como el vómito autoinducido y favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas.

- Incorporar de manera progresiva el entrenamiento en asertividad, con el fin de fortalecer la expresión de necesidades, pensamientos y emociones, así como mejorar el establecimiento de límites en las relaciones interpersonales, reduciendo la sobrecarga emocional y el aislamiento.

- Fortalecer la red de apoyo familiar, promoviendo espacios de comunicación y contención emocional con los miembros de la familia que conviven con la paciente, de modo que puedan constituirse en un soporte protector que favorezca la adherencia al tratamiento y mantenimiento de los cambios conductuales.

- Finalmente, se sugiere trabajar en el manejo del estrés académico y la flexibilidad de los estándares de autoexigencia, promoviendo estrategias de organización, autocuidado y regulación emocional que permitan enfrentar las demandas académicas sin recurrir a patrones de preocupación excesiva o conductas desadaptativas de afrontamiento.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

## IV. REFERENCIAS:

Avalos-Tinoco, C., & Salcedo-Gómez, M. (2025). La ansiedad, una emoción endémica desde los enfoques evolutivo, cognitivo, psiquiátrico y filosófico. *Anales Médicos ABC*, *70*(3), 251–254. https://doi.org/10.24875/AMH.M25000119

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arija-Val, V., Romero-Montes, R., Vidal-Peracho, M. d. C., & Martínez-Gómez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(5), 1027–1033. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173

Bermúdez Durán, E. A., Jiménez Luna, M. A., & Gualteros Martínez, A. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria: una mirada desde los factores de riesgo y el diagnóstico temprano. Revista Científica General José María Córdova, 19(37), 377–399. https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.753

Chacón, J. I. (2021). Trastorno de ansiedad en situación de pandemia por COVID-19. *Revista Diversidad Científica*, *1*(1), 169–176. https://doi.org/10.36314/diversidad.v1i1.18

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (2019). 10.ª Revisión (CIE-10). Recuperado de https://icd.who.int/browse10/2019/en?utm_source=chatgpt.com#/F41.1

Colegio de Psicólogos del Perú. (2024). *Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú*. Consejo Directivo Nacional. Recuperado de https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco_legal/CPsP_CDN_codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

De Rosa, L., Dalla Valle, A., Rutsztein, G., & Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y autocrítica: Consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *21*(3), 209–215. https://www.redalyc.org/pdf/2819/281929021003.pdf

Doncel, J., Heredia, S., Mateus, Y., Cortes, N., & Ramírez, J. (2023). Factores de riesgo en la bulimia nerviosa (BN): Elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *13*(1), 85–99. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.760

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

García - Volpe, C., & Murray Hurtado, M. (2023). Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia, atracones. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 519–534. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42_alter_anorexia.pdf

Guía de Práctica Clínica. (2024). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de los trastornos de ansiedad en atención primaria*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.consaludmental.org/publicaciones/GPC-Trastorno-Ansiedad-Atencion-Primaria.pdf

Guzmán, D., & López, G. (2025). Adicción a los alimentos y trastornos alimenticios: reflexiones acerca de su repercusión en la salud. *Medicina Interna de México*, 41(8), 512–519. https://doi.org/10.24245/mim.v41i8.10015

Jiménez, R., Canga-Espina, C., Muñoz-Domenjó, A., Ochando, G., & Díez-Suárez, A. (2025). Trastornos de la conducta alimentaria: intervención del pediatra en la prevención, detección precoz, evaluación y tratamiento interdisciplinar. *Anales de Pediatría*, *103*, 503907. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503907

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

López, B., Baños, I., Vilariño, P., Unzeta, B., & Pérez, C. (2020). Ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. XXI. *Interpsiquis*. Recuperado de https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-44-POS20.pdf

Mazo Álvarez, M., Pérez Villa, M., Tapias Huertas, V., Carmona Ospina, T., Ossa Gaviria, M., & Herrera Gallo, M. (2025). La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos. RHS-Revista Humanismo y Sociedad, 13(2), 1–17. https://doi.org/10.22209/rhs.v13n2a03

Méndez Carpio, C; Pisco Zambrano, O., & Abril Sotomayor, J. (2025). La ansiedad como trastorno emocional influyente en el rendimiento académico. *Revista Científica Internacional Arandu UTIC*, *12*(1), 1704–1720. https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.703

Méndez Salazar, C. E., Moya Silva, L. S., Garzón Orellana, P. A., & Gaibor Bohorquez, A. X. (2025). Trastornos de ansiedad en adultos jóvenes: Manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos basados en neurobiología. *RECIAMUC*, *9*(2), 294–304. https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.294-304

Ministerio de Salud. (2021). *Guía de práctica clínica de manejo del trastorno de ansiedad generalizada* (Resolución Directoral N.° 107-2021-DG-HVLH/MINSA). https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/RD-107-2021-DG-HVLH-MINSA.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2025). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad en emergencia.* Gobierno del Perú. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7612382/6459036-guia-de-practica-clinica-del-diagnostico-y-tratamiento-del-trastorno-de-ansiedad-en-emergencia.pdf?v=1739219575

Miranda-Novales M.G., Villasís-Keever M.Á.. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Rev Alerg Mex*. 2019;66(1):115-122. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v66n1/2448-9190-ram-66-01-115.pdf

Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, *7*(3), 1–21. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf

Oxfam. (2019). *Ética de la investigación: una guía práctica*. Oxfam GB. Recuperado de https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621092/gd-reseach-ethics-practical-guide-091120-es.pdf;jsessionid=2A81FD4AD4E2BCAB63A88F40279E063F?sequence=14

Pacheco – Unguetti & Muñoz (2024) Tipos de ansiedad y alerta atencional. En A. Arcos y H. Thomas (Eds.), *Retos y riesgos de la psicología actual* (pp. 159–181). Dykinson. https://doi.org/10.5281/zenodo.14726665

Perea-Beltrán, A., & Reivan-Ortiz, G. (2025). Abordajes psicoterapéuticos en el tratamiento de la bulimia nerviosa: Una revisión sistemática. *593 Digital Publisher CEIT*, *10*(5), 1113–1129. https://doi.org/10.33386/593dp.2025.5.3581

Pérez-Acosta, A. M., & Cruz, J. E. (2003). Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados. *Interdisciplinaria*, 20(2), 205–227. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/180/18020204.pdf

Pérez, A., & García, M. (2019). Historia de los trastornos de la conducta alimentaria: Evolución, tipología y clasificación. *Psicología.com*, 23, 1–29. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_5615338190272.pdf

Pérez, M., & Graña, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, *19*, 99–126. https://www.masterforense.com/pdf/2019/2019art5.pdf

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

Rodríguez, S., Mata, J. L., & Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, *18*(1), 101–114. https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n1/v18n1a07.pdf

Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Recuperado de https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf

Ruiz, P. M. (2025). Conducta y alimentación: Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón. *Adolescere. Centro de Investigación y Desarrollo.* (Vol. XIII, Núm. 1, pp. 61–72). Recuperado de https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-XIII-n1-2025/2025-n1-61-72-Tema-de-revision-Conducta%20y%20alimentaci%C3%B3n-PM-Ruiz.pdf

Santiago Gómez, G. (2022). *Caso de una paciente con trastorno de ansiedad generalizada a través de la telepsicología* [Trabajo de fin de máster, Universidad Europea de Madrid]. Recuperado de https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2555/SANTIAGO%20GOMEZ%20Gema.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Santos - Morocho, J. L. (2022). *Psicopatología de la imagen corporal: Definiciones, alteraciones, teorías y evaluación*. CID - Centro de Investigación y Desarrollo. https://doi.org/10.37811/cli_w731

Terreros, P. D. (2023). Técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa: mini-review. *Revista Médica HJCA*, *15*(2), 74–79. DOI:http://dx.doi.org/10.14410/2023.15.2.rb.12

Torres, A.; Cisneros – Herrera, J. & Guzmán - Díaz; G. (2022). Comportamiento alimentario: Revisión conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula, 9(17), 36-44.* https://www.researchgate.net/publication/357610626_Comportamiento_alimentario_Revision_conceptual

Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Téllez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *6*(2), 108–120. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108

Velázquez Díaz, M., Martínez Medina, M. P., Martínez Pérez, M., & Padrós Blázquez, F. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. Revista de Psicología GEPU, 7(2), 156–167. Universidad del Valle. Recuperado DE https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/2934575e-663c-4341-a28c-0a10eb1d2d7b/content.

Viñuales, B. (2022). *La depresión y los estilos de vida saludable*. *NPunto*, *5*(54), 54–79. Recuperado de https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6336bdd442884art2-2.pdf

Wu, Y., Li, X., Ji, X., Ren, W., Zhu, Y., Chen, Z., & Du, X. (2025). Trends in the epidemiology of anxiety disorders from 1990 to 2021: A global, regional, and national analysis with a focus on the sociodemographic index. *Journal of Affective Disorders*, 373, 166–174. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.086

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

# V. ANEXOS:

## ANEXO 1

## ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACIÓN DE ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACIÓN DE ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

**Psicoterapia Clínica Cognitivo-Conductual**

**1. Información general del estudio**

Usted ha sido invitado(a) a otorgar su consentimiento para la publicación académica de un estudio de caso clínico, elaborado a partir de su proceso de atención psicológica realizado bajo el enfoque de Psicoterapia Clínica Cognitivo-Conductual (TCC).

Los datos clínicos que se utilizarán ya han sido previamente recolectados durante el proceso terapéutico regular. Este consentimiento no autoriza nuevas evaluaciones ni intervenciones, sino exclusivamente el uso académico y científico de la información ya existente, con fines de difusión académica.

El estudio de caso forma parte de un trabajo académico (tesis, trabajo de suficiencia profesional o artículo científico) que será depositado en el repositorio institucional de la universidad correspondiente y, eventualmente, podrá ser utilizado para publicaciones científicas o presentaciones académicas.

**2. Objetivo de la publicación del caso clínico**

El objetivo de la publicación es:

- Contribuir al conocimiento científico y académico en psicología clínica.
- Ilustrar, de manera técnica y educativa, la evaluación, formulación del caso, intervención y resultados terapéuticos bajo el modelo cognitivo-conductual.
- Servir como material académico para la formación de profesionales de la salud mental.

**3. Alcance del trabajo académico: presentación del caso clínico**

El estudio de caso podrá incluir, de manera **no identificable**, los siguientes componentes:

- Motivo de consulta (descrito de forma general).
- Historia clínica relevante para el análisis psicológico.
- Evaluación psicológica (instrumentos, resultados globales).
- Formulación cognitivo-conductual del caso.
- Descripción general de las estrategias de intervención utilizadas.
- Evolución terapéutica y resultados alcanzados.
- Discusión académica del caso con base en literatura científica.

**En ningún caso se incluirán datos que permitan su identificación directa.**

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**4. Manejo de la confidencialidad y protección de datos**

La confidencialidad de su información está plenamente garantizada. Para ello:

- No se consignará nombre, dirección, número de documento de identidad, imágenes, grabaciones de voz, ni ningún otro dato personal identificable.
- Se utilizará un código alfanumérico o seudónimo para referirse al caso.
- Cualquier dato contextual que pudiera permitir su identificación será modificado o generalizado sin alterar el valor académico del caso.
- La información será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.
- El documento final cumplirá con las normas éticas, de protección de datos personales y de confidencialidad profesional vigentes.

**5. Voluntariedad y derecho a retirar el consentimiento**

Su participación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a:

- Aceptar o rechazar la autorización para la publicación del caso clínico.
- Retirar su consentimiento antes de la publicación del trabajo, sin que ello genere ningún tipo de perjuicio, sanción o consecuencia negativa para usted.

Una vez publicado el trabajo en el repositorio institucional, la retirada del consentimiento no podrá aplicarse de forma retroactiva, debido a la naturaleza pública del material académico.

**6. Riesgos y beneficios**

**Riesgos**

No existen riesgos clínicos, físicos ni psicológicos derivados de esta autorización, dado que no se realizarán nuevas intervenciones ni evaluaciones. El principal riesgo potencial es mínimo y está relacionado con la confidencialidad, la cual será estrictamente protegida.

**Beneficios**

No existe un beneficio directo individual; sin embargo, su autorización contribuye al avance del conocimiento científico, a la formación de futuros profesionales y a la mejora de las prácticas clínicas en psicoterapia.

**7. Uso futuro de la información**

La información podrá ser utilizada:

- En el repositorio institucional de la universidad.
- En artículos científicos, congresos o eventos académicos.
- Como material educativo en contextos universitarios.

Siempre se mantendrán los mismos criterios de confidencialidad y anonimato descritos en este documento.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

**5. Declaración de consentimiento**

Declaro que:

- He leído o se me ha explicado claramente la información contenida en este documento.
- He tenido la oportunidad de realizar preguntas y estas han sido respondidas de manera satisfactoria.
- Comprendo que algunos datos clínicos ya recolectados serán utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos.
- Autorizo de manera libre y voluntaria la publicación del estudio de caso clínico, bajo las condiciones de confidencialidad descritas.

**6. Firmas**

Nombre del/de la participante:

Documento de identidad:

Firma:

Fecha:

Nombre del/de la investigador(a) / terapeuta:

Firma:

Fecha:

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**ANEXO 2**

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE CARRERA: Psicología N°080-CI-DAFCE-U.CIENTIFICA-2026**

CARRERA DE: Psicología y educación

Lima, 11 de mayo del 2026

**VISTO:**

El informe de resolución independiente académico: **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: ESTUDIO DE CASO DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**, presentado por:

**ADRIANA DEL CARMEN PINEDA SANCHEZ**

**CONSIDERADO:**

Que, de acuerdo al reglamento general de la Universidad Científica del Sur y los reglamentos para obtener en la Carrera de Psicología, se debe desarrollar un trabajo de investigación.

Que, de acuerdo con la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al director académico de carrera.

**SE RESUELVE:**

- Aprobar e inscribir el proyecto de tesis titulado: **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: ESTUDIO DE CASO DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**, y establecer el inicio del periodo de ejecución del mencionado proyecto.
- Nombrar al docente **RENZO MARTINEZ MUNIVE** como asesor para el desarrollo de tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Stefano De La Torre Bueno Mannarelli
DIRECTOR DE DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**ANEXO 3**
**Inventario de pensamientos automáticos**

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

Nombre----------Edad----------Fecha----------

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

| ITEMS | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan. | | | | 3 |
| Solamente me pasan cosas malas. | | | | 3 |
| 3.Todo lo que hago me sale mal | | | | 3 |
| 4.Sé que piensan mal de mi. | | | 2 | |
| 5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave? | | 1 | | |
| 6.Soy inferior a la gente en casi todo. | | | 2 | |
| 7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor. | | 1 | | |
| 8.¡No hay derecho a que me traten así! | | 1 | | |
| 9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental | | | 2 | |
| 10.Mis problemas dependen de los que me rodean. | | | | 3 |
| 11.Soy un desastre como persona. | | | | 3 |
| 12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa. | | | | 3 |
| 13.Debería de estar bien y no tener estos problemas. | | | 2 | |
| 14.Sé que tengo la razón y no me entienden | | | 2 | |
| 15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa | 0 | | | |
| 16.Es horrible que me pase esto. | | | 2 | |
| 17.Mi vida es un continuo fracaso. | | | | 3 |
| 18.Siempre tendré este problema. | | 1 | | |
| 19.Sé que me están mintiendo y engañando. | | 1 | | |
| 20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?. | | | 2 | |
| 21.Soy superior a la gente en casi todo. | | 1 | | |
| 22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean. | | 1 | | |
| 23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así | | | 2 | |
| 24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo. | | | 2 | |
| 25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas | | | | 3 |
| 26.Alguien que conozco es un imbecil. | 0 | | | |
| 27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa. | 0 | | | |
| 28.No debería decometer estos errores. | | | | 3 |
| 29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto. | | 1 | | |
| 30.Ya vendrán mejores tiempos. | 0 | | | |
| 31.Es insoportable, no puedo aguantar más. | | | 2 | |
| 32.Soy incompetente e inutil. | | | | 3 |
| 33.Nunca podré salir de esta situación | | | 2 | |
| 34.Quieren hacerme daño. | | 1 | | |
| 35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?. | | | | 3 |
| 36.La gente hace las cosas mejor que yo. | | | 2 | |
| 37.Soy una victima de mis circunstancias | | | 2 | |
| 38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco. | | 1 | | |

| ITEMS | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo. | | 1 | | |
| 40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas. | | | | 3 |
| 41.Soy un neurotico.. | 0 | | | |
| 42.Lo que me pasa es un castigo que merezco. | | | 2 | |
| 43.Deberia recibir mas atención y cariño de otros. | 0 | | | |
| 44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana. | | 1 | | |
| 45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor. | 0 | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 16 | 2 | 31 | 2 | FILTRAJE | 7 |
| 2 | 3 | 17 | 3 | 32 | 3 | PENSAMIENTO POLARIZADO | 9 |
| 3 | 3 | 18 | 1 | 33 | 2 | SOBREGENERALIZACION | 6 |
| 4 | 2 | 19 | 1 | 34 | 1 | INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO | 4 |
| 5 | 1 | 20 | 2 | 35 | 3 | VISION CATASTROFICA | 6 |
| 6 | 2 | 21 | 1 | 36 | 2 | PERSONALIZACION | 5 |
| 7 | 1 | 22 | 1 | 37 | 2 | FALACIA DE CONTROL | 4 |
| 8 | 1 | 23 | 2 | 38 | 1 | FALACIA DE JUSTICIA | 4 |
| 9 | 2 | 24 | 2 | 39 | 1 | RAZONAMIENTO EMOCIONAL | 5 |
| 10 | 3 | 25 | 3 | 40 | 3 | FALACIA DE CAMBIO | 9 |
| 11 | 3 | 26 | 0 | 41 | 0 | ETIQUETAS GLOBALES | 3 |
| 12 | 3 | 27 | 0 | 42 | 2 | CULPABILIDAD | 5 |
| 13 | 2 | 28 | 3 | 43 | 0 | LOS DEBERIA | 5 |
| 14 | 2 | 29 | 1 | 44 | 1 | FALACIA DE RAZON | 4 |
| 15 | 0 | 30 | 0 | 45 | 0 | FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA | 0 |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**ANEXO 4**
**Registro de opiniones de Albert Ellis**

| Tipo de Creencia | Puntaje Obtenido |
|---|---|
| **Creencia Irracional #1:** Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas. | 3 |
| **Creencia Irracional #2:** Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos. | 5 |
| **Creencia Irracional #3:** Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas. | 6 |
| **Creencia Irracional #4:** Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaria. | 4 |
| **Creencia Irracional #5:** Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones. | 4 |
| **Creencia Irracional #6:** Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta. | 10 |
| **Creencia Irracional #7:** Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida. | 7 |
| **Creencia Irracional #8:** Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos. | 4 |
| **Creencia Irracional #9:** Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente. | 9 |
| **Creencia Irracional #10:** La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final. | 5 |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

**ANEXO 5**
**MILLON IV**



# MCMI®-IV

## MILLON® CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY–IV

## Instrucciones:

La persona deberá responder las afirmaciones con una "1" en la casilla correspondiente. Elegirá la opción de "Verdadero" " casilla izquierda. Elegirá la opción de "Falso" casilla derecha. Trate de marcar cada frase aún cuando no está seguro de su decisión. Si ha intentado y todavía no se puede decidir, marque el Falso. Procure no hacer dobles respuestas.

| | ITEMS | V | F |
|---|---|---|---|
| 1 | Ultimamente parece que me quedo sin fuerzas incluso por las mañanas. | 1 | |
| 2 | Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado. | 1 | |
| 3 | Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar. | 1 | |
| 4 | Me preocupa que las personas de las que dependo me abandonen. | 1 | |
| 5 | Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo. | | 1 |
| 6 | Raramente exteriorizo los pocos sentimientos que tengo. | 1 | |
| 7 | Me cuesta mantener el equilibrio cuando camino. | 1 | |
| 8 | Siempre busco oportunidades nuevas que me resulten emocionantes. | 1 | |
| 9 | Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia | 1 | |
| 10 | Me gusta ser el centro de atención. | | 1 |
| 11 | De adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en la escuela o instituto. | | 1 |
| 12 | Me da miedo hacerme muy amigo de alguien, por que podría acabar sintiéndome ridiculizado o avergonzado. | | 1 |
| 13 | Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado. | | 1 |
| 14 | Hace uno años comencé a sentirme un fracasado. | 1 | |
| 15 | Si puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo. | 1 | |
| 16 | Ultimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas. | 1 | |
| 17 | Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo. | 1 | |
| 18 | A veces, cuando las cosas empiezan a irme mal, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad. | | 1 |
| 19 | Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás. | 1 | |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

# ANEXO 6
# Cuestionario de Esquemas de Young

## CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG (YSQ)

**Instrucciones:** *En la parte inferior se proporciona una lista de afirmaciones que una persona puede usar para describirse. Por favor, lea cada afirmación y decida cuán bien lo describe. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que **siente** emocionalmente, no en lo que **piensa** que es verdadero. Luego elija un número, de 1 a 6, y escriba este número en el espacio que antecede a cada afirmación.*

**ESCALA DE EVALUACIÓN**

1 = Completamente falso sobre mí
2 = Mayormente falso sobre mí
3 = Ligeramente más verdadero que falso
4 = Moderadamente verdadero sobre mí
5 = Mayormente Verdadero sobre mí
6 = Me describe perfectamente

(DE)

1. ___6__ La mayor parte del tiempo, no tuve a alguien que me cuide, que comparta su tiempo conmigo o que prestara atención a todas las cosas que me sucedían.
2. __6__ En general, la gente no ha estado conmigo para proporcionarme protección, sostén y afecto.
3. __5___ Durante la mayor parte de mi vida, no he sentido que haya sido especial para alguien.
4. __6___ En general, no he tenido a alguien que realmente me preste atención, me comprensa o que sintonice con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
5. __5___ Raramente he tenido a una persona importante que me brinde buenos consejos o dirección cuando no estaba seguro de lo que tenía que hacer.

(AB)

6. __1___ Encuentro que me aferro a la gente próxima a mí porque tengo temor de que me pueda dejar.
7. __1___ Necesito a otra gente hasta el punto que me preocupa la posibilidad de perderla
8. __1___ Me preocupa que la gente a la que siento próxima me vaya dejar o abandonar.
9. __2___ Cuando siento que alguien que me importa se aleja de mí, llego a desesperarme.
10. __1___ A veces estoy tan preocupado de que la gente me deje que termino alejándola.

(DA)

11. __4___ Siento que la gente va a sacar ventaja de mí.
12. __4___ Siento que no puedo estar con la guardia baja en presencia de otra gente, de lo contrario me puede hacer daño intencionalmente.
13. ___4__ Es sólo cuestión de tiempo el hecho de que alguien me engañe.
14. ___4__ Soy bastante suspicaz respecto a los motivos de otra gente.
15. ___4__ Usualmente estoy alerta para descubrir los motivos ocultos de la gente.

(ASA)

16. __4___ Yo no encajo (en un grupo, en una reunión, etc.).
17. ___6__ Soy fundamentalmente diferente de otra gente.
18. __4___ Yo no formo parte de nada; soy un solitario.
19. __6___ Me siento aislado de otra gente.
20. __4___ Siempre me siento fuera o al margen de los grupos.

(IV)

21. __5___ Ningún hombre/mujer desearía amarme una vez que viera mis defectos.
22. __6___ Nadie querría estar cerca de mi si realmente me conociera.
23. ___5__ Soy indigno del amor, atención y respecto de otros.
24. __5___ Siento que no soy simpático.
25. ___5__ Soy inaceptable de muchas fundamentales maneras para revelarme auténticamente a otra gente.

(FR)

26. __6___ Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en los estudios) es tan bueno como lo que otra gente es capaz de hacer.
27. __5___ Soy incompetente cuando ser trata de alcanzar logros o metas.
28. __5___ La mayoría de la gente es más capaz que yo en áreas del trabajo y de los logros.
29. __5___ No soy tan talentoso como lo es la mayoría de la gente en su trabajo.
30. __5___ No soy tan inteligente como la mayor parte de la gente que trabaja (o estudia)..

(DI)

31. ___5__ No soy capaz de arreglármelas yo solo en la vida diaria.
32. __5___ Pienso que soy una persona dependiente, cuando veo cómo funciono a diario.
33. __2___ Carezco de sentido común.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

TESIS
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

## ANEXO 7
## Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2

# EDI-2

**Nombre**

**Centro**

**Fecha** ___ -- ___ -- ___ (Día / Mes / Año) **Edad** ___ (Años) **Sexo** ___ Varón ___ Mujer

**Estatura** (centímetros) ___ **Peso** (kilogramos) ___

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 2 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 3 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 5 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 6 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 7 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 8 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 9 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 10 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 11 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 12 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 13 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 14 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 15 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 16 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 17 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 18 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 19 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 20 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 21 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 22 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 23 | 3 | 2 | 1 | | | |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 25 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 26 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 27 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 28 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 29 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 30 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 31 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 32 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 33 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 34 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 35 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 36 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 37 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 38 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 39 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 40 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 41 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 42 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 43 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 44 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 45 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 46 | | | | 1 | 2 | 3 |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 48 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 49 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 50 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 51 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 52 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 53 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 54 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 55 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 56 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 57 | | | | | | |
| 58 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 59 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 60 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 61 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 62 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 63 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 64 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 65 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 66 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 67 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 68 | | | | 1 | 2 | 3 |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 69 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 70 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 71 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 72 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 73 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 74 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 75 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 76 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 77 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 78 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 79 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 80 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 81 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 82 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 83 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 84 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 85 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 86 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 87 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 88 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 89 | 3 | 2 | 1 | | | |
| 90 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 91 | 3 | 2 | 1 | | | |

| | Items | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DT | 1 | 7 | 11 | 16 | 25 | 32 | 49 | Total |
| Puntuación | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 21 |

| | Items | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 | 18 | 20 | 24 | 27 | 37 | 41 | 42 | 50 | 56 | Total |
| Puntuación | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | 2 | 21 |

| | Items | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | 13 | 29 | 36 | 43 | 52 | 63 | Total |
| Puntuación | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 6 |

| | Items | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ID | 15 | 17 | 23 | 30 | 34 | 54 | 57 | Total |
| Puntuación | 3 | 2 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 11 |

| | Items | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IA | 8 | 21 | 26 | 33 | 40 | 44 | 47 | 51 | 60 | 64 | Total |
| Puntuación | 3 | 3 | 0 | 3 | 2 | 3 | 3 | 0 | 3 | 3 | 23 |

| | Items | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MF | 3 | 6 | 14 | 22 | 35 | 39 | 48 | 58 | Total |
| Puntuación | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 6 |

| | Items | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 66 | 68 | 71 | 75 | 78 | 82 | 86 | 88 | Total |
| Puntuación | 2 | 3 | 3 | 0 | 3 | 2 | 3 | 3 | 19 |

| | Items | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IR | 65 | 67 | 70 | 72 | 74 | 77 | 79 | 81 | 83 | 85 | 90 | Total |
| Puntuación | 3 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 15 |

| | Items | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | 69 | 73 | 76 | 80 | 84 | 87 | 89 | 91 | Total |
| Puntuación | 3 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 11 |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis