



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**Taller psicoeducativo, basado en el tratamiento transdiagnóstico  
de los trastornos alimentarios, para disminuir la  
psicopatología alimentaria de una estudiante universitaria**

TESIS

que, para obtener el título de

licenciada en Psicología,

P R E S E N T A

Espinosa Páramo Elenice Andrea

Director: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Revisora: Dra. Angélica Juárez Loya

Sinodales: Dra. Claudia Margarita Rafful Loera

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Dra. Karla Edith González Alcántara

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, septiembre de 2023

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a  
Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica  
(PAPIIT) de la UNAM <<IA301622, Construcción y  
validación de un cuestionario psicométrico para evaluar  
la psicopatología alimentaria>>

Se agradece a la DGAPA - UNAM la beca recibida.

Investigación realizada gracias al Programa para  
Actividades Especiales de Cooperación  
Interinstitucional (PAECI). Se agradece a la DGECI -  
UNAM la beca recibida.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

*Para lograr grandes cosas, primero debemos soñar, luego visualizar, luego planificar ... creer ... ¡actuar!*

*- Alfred A. Montapert*

Sin duda son muchas las personas que me han acompañado en este trayecto y estoy inmensamente agradecida con cada una de las personas que me rodean. Espero poder resumir con palabras acertadas todo mi cariño y admiración a quienes han sido pieza clave en mi desarrollo.

En primer lugar, quiero agradecerles a mis padres que siempre me han brindado su apoyo para poder alcanzar todos mis objetivos personales, deportivos y académicos durante esta etapa tan importante de mi vida. Ellos son los que con su cariño, palabras y actos me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a los obstáculos. Les agradezco por todo lo que me han brindado para poder concentrarme en mis estudios y continuar día con día mi formación y crecimiento. Han sido y seguirán siendo una parte importante de mi desarrollo personal, académico y profesional. Los amo.

A mis hermanos por apoyarme y estar cada día conmigo, por permitirme seguir con las noches de desvelo, por escucharme y aconsejarme. También les agradezco por el apoyo que me brindaron cuando estuve fuera del país.

A mi familia materna: abuelos y tías. Les agradezco por estar siempre conmigo, por estar al pendiente de mí y mi formación, por impulsarme a ser mejor día con día y a conseguir mis sueños, pero sobre todo por enseñarme a nunca dejar de sonreír y buscar estar cerca de personas que me sumen.

A mi familia paterna: primos, tía y abuela quiero agradecerles por sus palabras de aliento y apoyo en estos últimos años.

A mi pareja Josué Morales. Quien desde el inicio me ha apoyado en todos mis objetivos y me ha ayudado a buscar los vehículos para poder conseguir todas y cada una de mis metas. Sin duda ha sido una persona muy importante en toda esta trayectoria. Todas y cada una de tus palabras de aliento, actos de amor y servicialidad me han orillado a buscar lo mejor y seguir creciendo. Gracias por siempre confiar en mí y tener las palabras indicadas en todo momento. Lo logramos amor. Te amo.

A mis amigos: Diego, Sol, Natahel, Bruno, Azul, Wendy, Caro, Karen, Paco y Yadi. Gracias por escucharme cada día y motivarme a continuar con mis sueños, pero sobre todo quiero agradecerles por estar conmigo en todo momento y por brindarme tanta seguridad, alegrías y experiencias. Mi trayectoria académica a su lado ha sido increíble porque no solo he reído y llorado sino también, nos hemos transformado juntos en nuestras mejores versiones. Los amo.

A mi compañera y amiga de intercambio: Mish. Te agradezco por estar a mi lado en esta etapa, por ser mi compañera de nuevas experiencias, llantos, alegrías, aprendizajes y viajes. Tu amistad y compañía llenan mi corazón de momentos increíbles que jamás olvidaré. Gracias por estar, te quiero.

A mi director de tesis Dr. José Alfredo Contreras Valdez. Le agradezco muy profundamente por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones tan acertadas no hubiese podido llegar al término de este proyecto con tanto éxito, este proyecto también es de usted. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en mi futuro profesional. De usted he aprendido demasiado, desde su calidad profesional y dedicación hasta su pasión por la psicología.

A mis compañeros de seminario de tesis: Miguel, Eleazar, Meli, Héctor, Karla y Monse. Quiero agradecerles porque sin duda cada uno de ustedes me ha apoyado de una forma increíble en este proceso, con sus comentarios y compañía sesión tras sesión. Fueron

una pieza importante para que este proyecto pudiera realizarse con la mejor calidad posible. Comenzaron siendo compañeros de seminario y ahora puedo decir que gané amigos increíbles. Sin duda realizar un trabajo de titulación siempre será mejor con un gran equipo con ustedes.

A la Dra. Yolanda Quiles Marcos, Dra. Ma. José Quiles Sebastián, Mtro. Héctor Hernández Penádes, Mtra. Paola Reyes Castillo, Dra. Bárbara Ivorra Navarro y equipo de CREA. Estoy inmensamente agradecida con todos ustedes por abrirme las puertas de CREA. Sin lugar a duda culminé mi estancia con mucha satisfacción y conocimientos que me han permitido poder desarrollarme académicamente. Gracias a la oportunidad que me brindaron pude desarrollarme con éxito y conocer a grandes profesionales que me brindaron conocimientos y apoyo durante mi estancia, también me contagiaron de su pasión por la psicología y su afán por el saber.

A mis profesores Esp.Liliana Guzman, Lic.Fernando Borja y demás. Les quiero agradecer porque me han transmitido muchísimos conocimientos que han ayudado a poder desarrollarme satisfactoriamente en este proyecto. Gracias por todo su apoyo e impulso en esta etapa tan importante para mi. Estaré siempre agradecida por todo lo que me han enseñado.

A mi revisora la Dra. Angélica Juárez Loya y mis sinodales quiero agradecerles por sus comentarios en este trabajo ya que también gracias a ustedes este proyecto ha podido culminar con éxito.

A mis gatos que sin duda ellos no podrán leer esta parte de los agradecimientos, pero ellos también fueron parte de esta gran etapa pues han sido una gran compañía, han estado conmigo cada noche de desvelo, me han escuchado, me han brindado su cariño incondicional.

Y por último quiero agradecerle a la UNAM por todas las oportunidades que me ha brindado desde el primer momento en que comencé a ser parte de esta comunidad. Quiero

agradecerle por permitirme conocer a personas maravillosas en estos años, por apoyarme y guiarme, por brindarme apoyo económico para poder cumplir mis metas, por brindarme no solo la oportunidad de desarrollarme académicamente sino también deportivamente y, permitirme llevar su nombre en cada competencia, rincón del país y España.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>8</b>
<b>Abstract</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1. Trastornos alimentarios</b>	<b>12</b>
¿Qué son los trastornos alimentarios?	12
¿Por qué los TCA constituyen un problema social?	13
Modelo categorial y dimensional	16
¿Qué es la teoría del transdiagnóstico de los TCA?	20
<b>Capítulo 2. Terapia cognitivo conductual mejorada (CBT-E) para los trastornos de la conducta alimentaria</b>	<b>23</b>
¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada aplicada en psicopatología alimentaria CBT-E?	23
¿Cuál es la evidencia de la eficiencia de la CBT-E para el abordaje de los TCA?	25
<b>Capítulo 3. Manifestaciones de la psicopatología alimentaria en población universitaria</b>	<b>27</b>
¿Por qué la población universitaria es vulnerable a los TCA?	27
¿Cuáles son las principales consecuencias de la psicopatología alimentaria en universitarios?	29
<b>Método</b>	<b>31</b>
Planteamiento del problema	31
Pregunta de investigación	33
Hipótesis	33
<i>Hipótesis del primer seguimiento (una semana)</i>	35
<i>Hipótesis del segundo seguimiento (un mes)</i>	35
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
Diseño	37
Variables	37
Descripción de variables	37
Participante	38
<i>Criterios de inclusión</i>	38
<i>Criterios de exclusión</i>	38
<i>Criterios de eliminación</i>	39
<i>Descripción de caso</i>	39
Instrumentos	41
Consideraciones éticas	42
Procedimiento	44
Fidelidad al tratamiento	51
Escenario	52
Análisis de datos	52

<b>Resultados</b>	<b>54</b>
Resultados de los efectos del taller psicoeducativo sobre la psicopatología alimentaria central y la insatisfacción corporal	54
Resultados cualitativos	60
<b>Discusión</b>	<b>61</b>
Limitaciones y fortalezas	70
Conclusiones	73
<b>Referencias</b>	<b>75</b>
<b>Anexos</b>	<b>96</b>

## Resumen

Inicialmente, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han estudiado como grupos síntomas que se diferencian claramente entre ellos, los cuales, a su vez, se describen en los principales sistemas categoriales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) o la CIE-11 (OMS, 2019). Sin embargo, la teoría del transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003) ha propuesto la existencia de un conglomerado de síntomas que subyace a las categorías diagnósticas de los TCA, conocido como psicopatología alimentaria central. Esta teoría ha recibido evidencia en su favor al encontrarse eficacia elevada de un tratamiento que se desarrolló con base en sus principales postulados (tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, también conocido como terapia cognitivo conductual mejorada; CBT-E, por sus siglas en inglés), el cual se dirige específicamente a esa psicopatología central y que ha logrado disminuir los síntomas de diferentes tipos de TCA.

Debido a que en México no existen investigaciones acerca de este tratamiento, el cual ha mostrado ser uno de los más eficaces a nivel internacional, el objetivo de este estudio es someter a prueba el efecto de un taller psicoeducativo, basado en la teoría del transdiagnóstico, para disminuir la psicopatología alimentaria central y la insatisfacción corporal. En este estudio participó una estudiante universitaria de 25 años de la Ciudad de México, quien recibió una intervención de 10 sesiones psicoeducativas de aproximadamente dos horas, de forma presencial, en la facultad de Psicología de la UNAM. Para medir la psicopatología alimentaria central y la insatisfacción corporal, respectivamente, se utilizaron las versiones adaptadas a población mexicana del Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) y del Body Shape Questionnaire (BSQ). Se realizó un estudio de tipo cuasi experimental pre-post, con dos seguimientos, uno de una semana y otro de 28 días. Tras

concluir la intervención, se observó un cambio clínico significativo en la psicopatología alimentaria central y en la insatisfacción corporal; en ambos casos, el efecto del tratamiento se mantuvo en los dos seguimientos. Es necesario continuar evaluando la eficacia de la CBT-E en población universitaria mexicana para el abordaje transdiagnóstico de las diferentes manifestaciones del espectro de los TCA.

*Palabras clave:* trastornos alimentarios, transdiagnóstico, perfeccionismo clínico, baja autoestima, peso, figura, sobrevaloración.

## **Abstract**

Initially, eating disorders (EDs) have been studied as symptom groups that are clearly differentiated from each other, which, in turn, are described in major categorical systems, such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013) or ICD-11 (WHO, 2019).

However, transdiagnostic theory (Fairburn et al., 2003) has proposed the existence of a cluster of symptoms underlying the diagnostic categories of EDs, known as core eating psychopathology. This theory has received evidence in its favor by finding high efficacy of a treatment that was developed based on its main postulates (transdiagnostic treatment of eating disorders, also known as enhanced cognitive behavioral therapy; CBT-E), which specifically targets this core psychopathology and has been successful in reducing the symptoms of different types of ED.

Since there is no research in Mexico about this treatment, which has been shown to be one of the most effective internationally, the objective of this study is to test the effect of a psychoeducational workshop, based on the transdiagnostic theory, to reduce central eating psychopathology and body dissatisfaction. This study involved a 25-year-old university student from Mexico City, who received an intervention of 10 psychoeducational sessions of approximately two hours, in person, at the Faculty of Psychology of the UNAM. To measure central eating psychopathology and body dissatisfaction, respectively, the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) and the Body Shape Questionnaire (BSQ) were adapted to the Mexican population. A quasi-experimental pre-post study was carried out, with two follow-ups, one of one week and the other of 28 days. After completion of the intervention, a significant clinical change was observed in core eating psychopathology and body dissatisfaction; in both cases, the treatment effect was maintained at both follow-ups. It is

necessary to continue evaluating the efficacy of CBT-E in the Mexican university population for the transdiagnostic approach to the different manifestations of the ED spectrum.

*Keywords: eating disorders, transdiagnostic, clinical perfectionism, low self-esteem, weight, figure, overvaluation.*

## Capítulo 1. Trastornos alimentarios

### ¿Qué son los trastornos alimentarios?

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCA) se caracterizan por una alteración persistente en el consumo o absorción de los alimentos y en el comportamiento relacionado con esta, y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (American Psychiatric Association [APA], 2013; Moreno et. al, 2021).

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5 por sus siglas en inglés; APA, 2013], los trastornos alimentarios abarcan: trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), pica, trastorno de rumiación, trastorno por atracones (BED) y otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado (OSFED) como la anorexia nerviosa atípica, bulimia de frecuencia baja o duración limitada, trastorno de atracones (de frecuencia baja o duración limitada), trastorno por purgas, síndrome de ingesta nocturna de alimentos; también se incluyen los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (UFED; APA, 2013). Por otro lado, para la Clasificación Internacional de las Enfermedades undécima revisión (CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, trastorno de ingesta de alimentos restrictivo de evitación, pica, trastorno de rumiación-regurgitación, otros trastornos de la alimentación o alimentarios y trastornos de la alimentación o alimentarios no especificados.

## **¿Por qué los TCA constituyen un problema social?**

Los TCA son una causa considerable de la morbilidad física y psicosocial que, por lo general, comienza su desarrollo en la adolescencia y puede tener un curso crónico. La mayor incidencia se encuentra en las adolescentes y mujeres jóvenes y, se presenta con menor frecuencia en los hombres (Franco et al. 2019; Galmiche et al., 2019; Unikel-Santoncini et al., 2019). Los TCA tienen consecuencias negativas, en las que se incluyen complicaciones médicas y alteraciones en el funcionamiento cognitivo, emocional y social (APA, 2013; Gismero, 2020). Estos diagnósticos constituyen un problema clínico importante debido a las consecuencias psicológicas y físicas, comúnmente agravadas por la alta comorbilidad psiquiátrica y médica, que incluso pueden causar la muerte (Lema, 2017; Smink et al., 2012; Stice et al., 2010).

Estos trastornos tienen una etiología compleja que incluye factores socioculturales, psicológicos y biológicos (Gismero, 2020). Además, los TCA se asocian a múltiples complicaciones médicas como problemas dermatológicos, endocrinos, cardiovasculares y pulmonares, desequilibrio electrolítico, desmineralización ósea (Unikel-Santoncini et al., 2019), disminución de la energía y la masa corporal, además de irregularidades en la menstruación, desnutrición y disminución del glucógeno, entre otras complicaciones (Berny et al., 2020). No solo se encuentran consecuencias médicas, sino también psicológicas que impactan en la vida diaria de la persona, como retraimiento social, ansiedad, depresión, ideas obsesivas e incluso comportamiento suicida (Lozano, 2012; Montero et al., 2018). La gravedad de las consecuencias depende del tiempo y la intensidad del trastorno.

Los TCA se han convertido en una especie de epidemia de finales del pasado milenio en las sociedades occidentales, al menos, en su impacto (Caballo et al., 2014) y derivado de la pandemia de COVID-19 se ha observado un incremento en el número de casos y

hospitalizaciones por TCA (Goldberg et al., 2022; Lin et al., 2021); se estima que cerca de 2% de la población sufre de algún trastorno alimentario (Barlow, 2014). Con respecto a este siglo, se ha visto que las categorías residuales OSFED y UFED siguen siendo los diagnósticos más frecuentes, seguido por BED, BN y AN (Arija-Val et al., 2022; Flors, 2021), y la prevalencia puntual es de 5.7% para mujeres y 2.2% para hombres; además, en América la prevalencia puntual (4.6%) se sitúa por encima de Asia (3.5) y Europa (2,2%; Arija-Val et al., 2022; Galmiche et al., 2019); estos diagnósticos constituyen un gran problema ya que, estas categorías residuales son en menor medida diagnosticadas y, es por esto que es importante implementar programas de prevención.

En México, se ha calculado que hasta 25% de las adolescentes mexicanas padece en diferentes grados un TCA (Secretaría de Salud, 2023) y 1% tendrá afectaciones graves (Cámara de Diputados, 2019), además, se estima que entre el 11 y 69% de mujeres jóvenes mexicanas presentan insatisfacción corporal (IC) (Paredes et al., 2019). Esto coloca a los TCA con una mayor tasa de mortalidad que cualquier otro trastorno mental; calculando que 10% de las jóvenes con anorexia y 17% con bulimia han reportado intento suicida (Cámara de Diputados, 2019). Aunado a esto, en un trabajo realizado por Unikel-Santoncini (2010) se observó que en la ZMVM existe una prevalencia total de riesgo moderado en un 14.2% y de riesgo alto de 60.8% de presentar un TCA. Además, se estima que 25% de adolescentes en México presenta en diferentes grados algún tipo de TCA (Secretaría de Salud, 2023), y que 1.9% de las mujeres y 0.8% de los hombres tienen el riesgo de desarrollar un TCA (Gutiérrez et al., 2012).

Cabe mencionar que el curso evolutivo de los TCA está caracterizado por remisiones (recaídas), por lo que los pacientes suelen responder desfavorablemente a un tratamiento psicológico. Además, el tratamiento suele ser costoso y tardado y, en muchos casos solo se logra una recuperación parcial (Hart et al. 2011; Swift et al., 2012; Unikel-Santoncini, 2019).

Estas razones, así como la existencia de factores de riesgo altamente frecuentes, por ejemplo, comer en exceso en la niñez, se asoció con un mayor riesgo de atracones y trastorno por atracones en la adolescencia, mientras que la alimentación insuficiente o *quisquillosa* (únicamente en niñas) se asoció a un mayor riesgo de anorexia nerviosa (Herle et al., 2020), contribuyen a que los TCA ocupen el tercer lugar de incidencia entre adolescentes y jóvenes adultas en las sociedades desarrolladas (Abebe et al., 2012).

Es posible describir factores de riesgo (factores que preceden y predicen respectivamente un resultado) que anteceden a un diagnóstico de TCA. Dentro de estos existen factores psicosociales como los ideales socioculturales de la delgadez: la exposición a los medios, presión e internalización por tener el cuerpo ideal delgado y las expectativas de mejora de vida general al adelgazar (Gismero, 2020; Orrero y García, 2019; Pertas 2020). De igual forma, la IC, la presión social, los comentarios negativos sobre el peso o la forma, las conductas de dietas o de ayuno, así como la presencia de sucesos de vida negativos, son importantes factores de riesgo que predicen el establecimiento futuro de algún TCA (Unikel-Santoncini, 2019).

Los TCA constituyen un problema de salud importante por su prevalencia, mortalidad y alta probabilidad de desarrollar complicaciones psicológicas y somáticas e incluso cronificarse (Arija-Val et al., 2022; Beatriz, 2022; Galmiche et al., 2019; Goldberg et al., 2022; Lin et al., 2021; Unikel-Santoncini et al., 2019), es por ello por lo que resulta necesario trabajar para disminuir su prevalencia y su impacto a nivel social (Valladolid et al., 2023). Además de comprender los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar un TCA y aquellos factores que pueden contribuir a mantenerlos, es necesario partir de planteamientos teóricos sólidos que faciliten su abordaje de forma integral.

## **Modelo categorial y dimensional**

El DSM y la CIE utilizan el sistema categorial para la clasificación de los diferentes tipos de psicopatología. Este es un sistema de clasificación y diagnóstico ampliamente utilizado en la psiquiatría y en la psicología para los trastornos mentales, en donde se incluyen un grupo de signos y síntomas en grupos delimitados para ayudar a identificar trastornos, desarrollo y pronóstico entre los clínicos brindando, así, un lenguaje universal (APA, 2013).

Los TCA no son la excepción, pues también están tipificados dentro de este modelo categorial. Gracias a estas clasificaciones se ha podido avanzar y tener facilidad para describir, comprender y brindar atención a los trastornos mentales, sin embargo, en la actualidad, en este modelo categorial se ha encontrado que existen varias desventajas. Entre ellas se encuentra que existe una mayor posibilidad de presentar comorbilidades, en otras palabras, el que en una misma persona se presenten dos o más trastornos, lo cual puede explicarse por la alta similitud entre los síntomas (Echeburúa et al., 2014; Hernández-Guzmán et al., 2020; Keel et al., 2013).

Específicamente, en el caso de los TCA, existe una alta migración diagnóstica (es decir, una persona puede pasar de tener un diagnóstico a otro en pocos meses, con o sin tratamiento) debido a que las categorías presentan barreras marcadas y poco flexibles (Fairburn et al., 2011; Pérez Rodríguez, 2017; Vázquez et al., 2014;), imposibilitando así poder adaptarse a las diferencias individuales a pesar de que, en la clínica, los síntomas no siempre se agrupan como se señala en las categorizaciones (Forbush et al., 2016). Al respecto, un estudio realizado por Glazer et al. (2019) encontró que 12.9% de las personas diagnosticadas con bulimia nerviosa migraron al trastorno por atracones y, entre las demás participantes del estudio diagnosticadas con algún otro TCA migraron entre 20% a 40% a

otro diagnóstico de TCA. Además, un estudio longitudinal realizado por Stice et al. (2013) reveló que la migración diagnosticada más común es de BN subumbral a BED (23% de los casos iniciales del estudio); posteriormente el diagnóstico BED subumbral migró a BN subumbral (22% de los casos iniciales) y BED subumbral a BN (22% de los casos), lo cual sugiere que la migración diagnóstica es más probable en trastornos que involucran atracones.

Retomando el argumento de las limitaciones del sistema categorial, se puede mencionar que existe entonces, la gran posibilidad que algunas manifestaciones de la psicopatología queden fuera de estas categorías al no cumplir los criterios necesarios, entonces, muchas personas quedan fuera de un diagnóstico a pesar de presentar psicopatología, lo cual es común. (Fairburn et al., 2003; Fairburn et al., 2008; Fairburn y Cooper, 2011). Una forma de abordar este fenómeno ha sido la creación de categorías residuales. En el caso de los TCA, es posible encontrar en el DSM-5 las siguientes categorías residuales: trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (UFED) y otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (OSFED; APA, 2013), las cuales se utilizan para incluir algunas variaciones en los trastornos cuyos síntomas causan malestar clínicamente significativo, pero no precisamente idénticos a los de la anorexia, bulimia o trastorno de atracones. Estas categorías llegan a ser más variadas y menos estrictas, por lo que ayudan a no excluir la psicopatología; sin embargo, al contrario de lo que se esperaría, la prevalencia de diagnósticos de estas categorías residuales suele ser elevada (Fairburn y Cooper, 2011; Gismero 2020).

Otra de las desventajas, es que, al existir cada vez más categorías para intentar englobar todos los trastornos, se ha intentado trabajar en la creación de más tratamientos para cada uno de los diagnósticos (Echeburúa, 2014) imposibilitando así reducir el tiempo y eficacia de las intervenciones. Aunado a esto, la propuesta de establecer diagnósticos por

medio de conteos de síntomas incrementa la posibilidad de encontrar falsos positivos y falsos negativos (Hernández-Guzmán et al., 2020). Es decir, tener erratas al establecer un diagnóstico, lo cual se traduciría en la imposibilidad de brindar una atención óptima a quien lo necesite. La cobertura deficiente (cobertura inadecuada), que se observa al no incluir en los manuales diagnósticos grupos de síntomas que sí se observan en la realidad (por ejemplo, las conductas de comprobación del cuerpo [*body checking*] presentes en la AN, BN, trastorno de atracones y OSFED; Forbush et al., 2016), es otra limitación de este modelo. Derivado de esto, es posible concluir que las limitantes del modelo categorial son bastantes.

Si bien el modelo categorial ha ofrecido un lenguaje común entre clínicos y ha ayudado al entendimiento de los trastornos mentales, la APA en el DSM-5 se menciona que busca ser esencial para el desarrollo de los modelos dimensionales, que probablemente complementarán o sustituirán al modelo categorial en los próximos años (APA, 2013). En acuerdo con lo anterior, diversos autores coinciden que el modelo dimensional se ajusta de una mejor forma para explicar los síntomas de trastornos alimentarios (Castellini et al., 2011; Ekstrand et al., 2011; Egan et al., 2012; Fairburn, 2003; Mansell et al., 2009; Moreno et al., 2021; McEvoy et al., 2009; Kotov et al., 2017; Wildes et al., 2013). Este modelo dimensional es definido como una agrupación natural de atributos, a diferencia de categorías, dando la posibilidad de describir las diferentes clases de psicopatología que no poseen límites exactos (Sandín, 2013). Gracias a este modelo es posible explicar las similitudes entre los trastornos, como parte de una psicopatología común (indicadores o síntomas compartidos), ayudando así a tener una mejor comprensión y abordaje de los trastornos mentales (Hernández-Guzmán et al., 2020).

El modelo dimensional ha permitido el estudio de los trastornos alimentarios no como categorías excluyentes, sino como un amplio espectro de psicopatología en el que se

manifiestan diferentes variaciones. Factores como la insatisfacción corporal (Forbush et al., 2017; Harrer et al. 2020; Levinson et al., 2018; Peter et al., 2021; Unikel-Santoncini, 2019; Stice et al., 2011), el miedo a subir de peso, la alimentación a consecuencia de las emociones, la dieta restrictiva o los atracones (Forbush et al., 2016; Forbush et al., 2017; Goldschmidt et al., 2018), son ejemplos de grupos de síntomas que, por ellos mismos, no representan un trastorno alimentario, pero que pueden causar malestar significativo y disminución de la calidad de vida (Chapa et al., 2022).

En los últimos años, se ha intensificado la controversia acerca de qué modelo podría ser la mejor alternativa para el abordaje de la psicopatología. La teoría del transdiagnóstico representa una propuesta que, sin dejar de lado las categorías diagnósticas, explica las manifestaciones de la psicopatología de acuerdo con el modelo dimensional.

## ¿Qué es la teoría del transdiagnóstico de los TCA?

La evidencia científica muestra que la terapia cognitivo conductual (TCC) es el tratamiento que ha mostrado mayor eficacia para el abordaje de los TCA (Atwood y Friedman, 2019; Dahlenburg et al., 2019). Las primeras versiones de este tratamiento empezaron con la propuesta de Fairburn (1985) para la bulimia nerviosa (TCC-BN), donde se tenía como objetivo reducir los atracones y las conductas compensatorias (ingesta de laxantes, diuréticos o vómitos autoinducidos), modificar la tendencia a hacer dietas extremas, y cambiar las actitudes hacia el peso y la figura; además de disminuir síntomas asociados (Lema, 2017). Sin embargo, menos de 40% de los pacientes mostraban disminución significativa de la sintomatología, por lo que Fairburn et al. (2003) decidieron revisar con detalle el planteamiento teórico del tratamiento para conocer las razones de esta eficacia tan limitada.

El primer paso fue identificar las limitaciones del modelo categorial de la psicopatología alimentaria. Específicamente, señalaron que la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y los trastornos alimentarios no especificados (a excepción del trastorno por atracones que surge como consecuencia de la limitación de la dieta), presentaban más características en común que diferencias (lo cual explicaría por qué ocurre con frecuencia la migración entre diagnósticos). Por ello, comenzaron a desarrollar la hipótesis de la existencia de un espectro de síntomas en el que las categorías constituirían variaciones menores. En este sentido, plantearon la existencia de una dimensión que englobaría indicadores compartidos por los TCA, llamada psicopatología alimentaria central (preocupación/sobrevaloración sobre el peso, la figura y la forma de comer), la cual estaría presente en la AN, la BN y los trastornos residuales. Si esta psicopatología alimentaria central fuese el núcleo de los TCA, entonces sería pertinente desarrollar un tratamiento único para abordarla, sin tomar en cuenta el diagnóstico, por lo que el tratamiento propuesto se conoce como *transdiagnóstico*, y se ha

llamado *transdiagnóstica* a la teoría en la que se sustenta (Fairburn et al., 2003). Esta teoría se centra en los aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos de los trastornos psicológicos para diseñar tratamientos que apliquen a los mismos principios independientemente del diagnóstico (Lema, 2017).

Además de la psicopatología alimentaria central, los autores identificaron cuatro mecanismos comunes para el mantenimiento en los TCA, los cuales son obstáculos externos al cambio que interactúan con el núcleo psicopatológico de los TCA, y que también tienen relevancia para el desarrollo de un trastorno (aunque estos mecanismos no se presentan simultáneamente y no están presentes en todos los casos; Fairburn et al., 2008; Fairburn et al., 2003). Estos cuatro mecanismos son el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales.

Con respecto al comportamiento perfeccionista, se sabe que es común entre las personas con TCA y, en ocasiones suele estar presente antes del inicio del trastorno; además, este afecta significativamente la vida de la persona (Fairburn et al., 2003). En esencia, la psicopatología del perfeccionismo clínico se basa en una sobrevaloración del logro, por lo que las personas suelen juzgarse en gran medida en el cumplimiento de estándares exigentes y el trabajo duro en las áreas de interés, dando como resultado una marginación en otros aspectos de la vida y afectando el rendimiento (Fairburn et al., 2008; Gómez et al., 2022; López et al., 2015). Si aparece como un mecanismo de mantenimiento puede intensificar la psicopatología de los trastornos alimentarios (Fairburn et al., 2008; Fairburn et al., 2003; Laporta-Herrero et al., 2020)

Por otro lado, la baja autoestima, al igual que el perfeccionismo clínico, puede estar presente en personas con algún TCA. Si bien la autoestima suele mejorar con el tratamiento del trastorno alimentario, en algunos casos puede obstaculizar el cambio, dando así que se vean con poca o ninguna preceptiva de recuperación y, puede llevar a los pacientes a

esforzarse por controlar su alimentación, figura o peso para elevar su autoestima obstaculizando así el cambio (Fairburn et al., 2003; Laporta-Herrero et al., 2020; Caballero et al., 2018). Una baja autoestima puede reflejarse como una visión negativa incondicional y generalizada de ellos mismos (percibiendo con poco o ningún valor como persona), de la posibilidad del cambio y de su futuro al igual que presentar sesgos negativos en el procesamiento cognitivo que no se explica por una depresión clínica (Fairburn et al. 2008).

El contexto de la regulación emocional constituye, a su vez, otro factor predictor de la psicopatología alimentaria central. Quienes presentan intolerancia a los cambios en el estado de ánimo tienen problemas para afrontar adecuadamente algunos estados emocionales, así como para reconocer y aceptar sus emociones; lo cual propicia que intenten modular este malestar con conductas desadaptativas, como el vómito, ejercicio físico o atracones (Caballero et al., 2018; Ekstrand et al., 2011; Pascual et al., 2011).

Por otro lado, algunos pacientes presentan dificultades interpersonales (principalmente familiares) y, en caso de no contar con las habilidades adecuadas para resolverlas (o de no percibir la autoeficacia suficiente para afrontarlas de forma adaptativa), pueden conducir a regular el malestar con un incremento en la restricción dietética, inclusive pueden dejar de comer por un tiempo, también suelen tener episodios de atracones o vómitos, tomar laxantes o inclusive hacer demasiado ejercicio en un intento por resolver el problema (Fairburn et al., 2003; Fairburn et al., 2008). Un ejemplo claro de este tipo de dificultades es la existencia de algún miembro de la familia que realice críticas acerca del peso, la figura o la forma de comer. Es importante destacar que no en todas las personas con un TCA se debe incluir el abordaje de este mecanismo en el tratamiento ya que, normalmente cuando se disminuye la psicopatología del TCA, este mecanismo mejora por consecuencia.

## **Capítulo 2. Terapia cognitivo conductual mejorada (CBT-E) para los trastornos de la conducta alimentaria**

### **¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada aplicada en psicopatología alimentaria CBT-E?**

La teoría transdiagnóstica ha emergido durante los últimos veinte años como un enfoque científico prometedor que representa una innovación en la salud mental, dando lugar a una nueva frontera en el avance de la psicología clínica (Sandín et al., 2012), lo que permite reconsiderar la comprensión de los trastornos mentales, el tratamiento, la prevención y la promoción de la salud mental (David et al., 2018). El tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, que surge del enfoque transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003), se conoce también como terapia cognitivo conductual mejorada (*Enhanced Cognitive and Behaviour Therapy*; CBT-E, por sus siglas en inglés). Se le llamó mejorada debido a que se trata de una versión revisada del tratamiento cognitivo conductual tradicional que se usaba para los TCA a finales del siglo pasado. El carácter transdiagnóstico de la CBT-E permite abordar cualquier diagnóstico de TCA.

Los TCA son esencialmente trastornos cognitivos ya que comparten una psicopatología central distintiva (cognitiva): una sobrevaloración de la forma peso y su control teniendo como consecuencia una autoevaluación limitada a juzgar su autoestima en gran medida o casi exclusivamente en términos de su figura, peso y su capacidad para controlarlos (Fairburn, 2008). Por lo cual, este tratamiento se centra en abordar los procesos que mantienen la psicopatología de los TCA en lugar (sobrevaloración de la forma y peso, sobrevaloración del control de la alimentación, restricción de la dieta, cambios relacionados con sucesos y estados de ánimo y tener un peso inferior a lo normal) de los responsables de su desarrollo inicial (Fairburn, 2008).

La CBT-E es un tratamiento que se ajusta a la medida de la psicopatología y evolución de cada paciente. El terapeuta es el encargado de crear y adaptar la versión de la CBT-E al tipo de trastorno alimentario que se presente, por lo cual se trata de un tratamiento individualizado (Enhanced Cognitive Behavior Therapy, 2022). Inicialmente la CBT-E fue diseñada para adultos (Fairburn, 2008), aunque se ha adaptado ya a pacientes más jóvenes (Dalle et al., 2021). Este tratamiento cuenta con componentes estándares, por ejemplo, cuenta con una duración fija en la que la gran mayoría de los pacientes reciben 20 sesiones y, se abordan estrategias y procedimientos especificados para la psicopatología alimentaria. Consta de cuatro etapas (Fairburn, 2008):

1.- Etapa inicial intensiva, la cual incluye dos citas semanales con el objetivo de involucrar al paciente en el tratamiento y el cambio, crear conjuntamente una formulación personalizada, así como proporcionar educación relevante. Además, se busca, como eje principal del tratamiento posterior, introducir y consolidar dos patrones de comportamiento fijos en la vida cotidiana: 1) pesarse únicamente en la sesión terapéutica (incluye una educación sobre el peso, el cambio de este) y 2) comer de forma sistematizada (aprender a realizar las comidas con una frecuencia establecida).

2.- La segunda etapa es de transición. Se realiza un balance, se revisa el progreso y se identifican barreras al cambio; se modifica la formulación inicial, en caso de ser necesario y se planifica la tercera etapa. En esta fase las sesiones pueden programarse una vez por semana, en caso de que los pacientes no cuenten con un peso bajo.

3.- La tercera etapa consta de ocho citas semanales y es el cuerpo principal del tratamiento, pues el objetivo es abordar la psicopatología alimentaria central. La forma de abordar los comportamientos objetivo varía en función de las necesidades de cada paciente.

4.- La cuarta etapa es la etapa final del tratamiento y cuenta con citas a intervalos de dos semanas con un enfoque hacia el futuro. Esta fase tiene dos objetivos: garantizar que los cambios se mantengan (durante las siguientes 20 semanas) y el segundo es minimizar los riesgos de recaída a largo plazo.

Además de estas cuatro fases, existe una versión extendida del tratamiento que cuenta con tres módulos adicionales diseñados para abordar los mecanismos *externos*, al trastorno alimentario que contribuyen a su mantenimiento: perfeccionismo clínico, baja autoestima, dificultades interpersonales e intolerancia a los estados de ánimo (Fairburn, 2008).

### **¿Cuál es la evidencia de la eficiencia de la CBT-E para el abordaje de los TCA?**

Los estudios en los que se ha evaluado la eficacia de la CBT-E de forma experimental, para el tratamiento de los TCA, han encontrado que muestra mayor eficacia por encima de otras terapias, como la interpersonal (Agras, 2019; Cooper et al., 2016; Fairburn et al., 2015) y la psicoanalítica (Poulsen et al., 2014). Además, también se ha encontrado que este tratamiento resulta ser más corto y menos costoso que los tratamientos habituales (TAU) (tratamiento psicoanalítico o TAU no especificado) (De Jong et al., 2020; Poulsen et al., 2014; Ohara et al., 2020). Su implementación es benéfica para los pacientes con intolerancia al estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima o dificultades interpersonales, ya que en un estudio se reveló que responden adecuadamente al tratamiento con CBT-E (Fairburn et al., 2019); estos mismos resultados se han observado, incluso, con pacientes con estrés post traumático (Trottier et al., 2022). Las mejoras se presentan desde el inicio del tratamiento y se mantienen tras seguimientos de un mes, tres meses (Linardon et al., 2022; Pelizzer et al., 2019; Trottier et al., 2022), 5 meses (Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2015), 6 meses (Trottier et al., 2022), 10 meses (Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2015) e incluso 60 semanas posteriores (Fairburn et al. 2009; Fairburn et al., 2015). Otro de los

beneficios encontrados es que la CBT-E ha logrado disminuir de forma significativa la IC, así como mejorar la autoestima, el funcionamiento social y la salud física y mental a través de intervención en la web (Ter Huurne et al., 2015).

Además de haber mostrado mejores efectos en comparación con otras terapias, la CBT-E ha demostrado ser eficaz para pacientes jóvenes (Dalle et al., 2015; Le Grange et al., 2020) y adultos (Byrne et al., 2011; Dalle et al., 2020; Signorini et al., 2017; Wonderlich et al., 2014). Esto es importante a destacar, ya que las personas que se encuentran en la adolescencia y la adultez joven son muy vulnerables a los efectos dañinos de la exposición a los medios de comunicación que, de forma constante, han promovido los cuerpos delgados como sinónimo de belleza y éxito (Berengüí et al., 2016); de tal forma, las mujeres adolescentes y en la adultez temprana suelen mostrar insatisfacción con su peso y forma corporal, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar algún tipo de TCA (Stice et al., 2011). Es por ello por lo que el siguiente capítulo se dirigirá a la población universitaria, quienes viven diferentes situaciones de riesgo que incrementan la probabilidad de presentar algún tipo de desenlace psicológico negativo, entre ellos algún TCA (Auerbach et al., 2016).

### **Capítulo 3. Manifestaciones de la psicopatología alimentaria en población universitaria**

#### **¿Por qué la población universitaria es vulnerable a los TCA?**

En la población joven los TCA son uno de los principales problemas de salud y constituyen el tercer tipo de psicopatología más común en la adolescencia y la primera juventud (Escolar et al., 2017). En estas edades, destaca específicamente la población universitaria, ya que, durante los estudios universitarios, los factores de riesgo aumentan al ser sometidos a los cambios de la juventud (donde hay profundos cambios físicos, psíquicos y sociales, lo que conduce a la exploración de la identidad personal y desarrollo de la personalidad), hacia la transición universitaria (donde va obteniendo mayor responsabilidad de salud personal, bienestar y distintos aspectos de la vida) y en muchas ocasiones, estos cambios pueden alterar el funcionamiento psicológico y somático (Escolar et al., 2017). Además, se ha encontrado que estos trastornos tienen un origen multifactorial; algunos factores asociados son ser mujer, ser estudiante universitaria, presentar problemas de comunicación familiar, vivir en condiciones económicas media o alta y estar expuesto a medios de comunicación (Ponce et al., 2017; Orrero y García, 2019; Pertas 2020). Estos medios de comunicación suelen mostrar ideales de belleza poco realistas lo cual puede contribuir a las conductas alimentarias disfuncionales e IC jugando un papel importante en el desarrollo de la enfermedad (Peter et al., 2021).

Un factor de riesgo son las alteraciones en la percepción de imagen corporal y, en algunos estudios se ha mostrado que ésta no siempre corresponde a la realidad por lo que se sobreestima el índice de masa corporal (IMC) y condiciona la busca de la belleza ideal (Escolar et al., 2017; Soro et al., 2015). Además, se ha sugerido que los pares pueden incidir en la interiorización del ideal corporal, insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas en edades entre 9 y 23 años; dicho esto, es importante poder incidir en este grupo poblacional debido a las vulnerabilidades que se pueden presentar en este cambio importante

hacia la vida universitaria, donde la búsqueda de autonomía e independencia se acentúan (Amaya-Hernández et al., 2017).

En un estudio realizado por Escolar et al. (2017) se encontró que estudiantes universitarias menores a 20 años fueron un grupo con mayor riesgo de conductas de bulimia, y 7.7 % de las participantes de dicho estudio presentaron bajo peso y preocupación excesiva por la comida y el peso. Asimismo, las mujeres universitarias presentaron una mayor obsesión por la delgadez e IC en comparación con los hombres. Los estándares actuales de belleza impuestos por la sociedad son un gran factor de riesgo debido a que estos suelen transmitirse diariamente a través de los medios de comunicación donde se fomenta la delgadez en mujeres y musculatura en hombres como ideal y requisito para aspirar al éxito social (Amaya-Hernández et al., 2017; Orrero y García, 2019; Pertas 2020). La presión por la apariencia corporal es un problema entre los estudiantes universitarios independientemente del programa de estudios (Sundgot-Borgen et al., 2021).

En estudios realizados en muestra de estudiantes universitarios en México en edades de 16 a 26 años se reporta una prevalencia de TCA de 7.9% a 18.9% en mujeres, y de 4.2% al 13% en hombres (Franco et al. 2019; Unikel-Santoncini et al., 2019). Estos estudios señalan que, en México, entre 13.9 y 18.9% de las mujeres realizan Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) con base en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT, por sus siglas en inglés; Franco et al. 2019). Asimismo, utilizando el Cuestionario Breve de CAR se reportó que entre 5.3 y 26% de las mujeres presentaron CAR (las CAR son manifestaciones similares a los TCA, pero se dan con menor frecuencia e intensidad, y pueden conducir al desarrollo de un TCA; Franco et al. 2019; Ramírez et al. 2021). Aunado a esto, entre 11% y 69% de las mujeres jóvenes mexicanas presentaron insatisfacción corporal deseando ser más delgadas. Esto es importante ya que, cuando se presentan las CAR en la adolescencia, tienden a persistir en la adultez (Franco et al., 2019), es por ello por lo que resulta importante ampliar

el número de investigaciones e implementar estrategias de prevención, promoción de hábitos de alimentación saludables, así como promover y mejorar la percepción de la imagen corporal, diseñar intervenciones direccionadas a disminuir la sobrevaloración de la figura y el peso en adultos para prevenir el desarrollo de un TCA y, trabajar en la población universitaria (específicamente mujeres universitarias) puede ayudar a lograr este objetivo (Datta et al., 2021).

### **¿Cuáles son las principales consecuencias de la psicopatología alimentaria en universitarios?**

Los TCA y las CAR, como se ha mencionado, representan un importante problema de salud (principalmente en mujeres de edades cada vez más tempranas) en la población universitaria (Cueto-López et al., 2022), no solo debido a sus múltiples consecuencias en el contexto de la alimentación, sino también en el desempeño académico y en diferentes habilidades socioemocionales (Ponce et al., 2017). Por ejemplo, tener patrones saludables de alimentación es clave para lograr funciones cerebrales óptimas, lo que trae beneficios en tareas de atención, memoria, inhibición, procesamiento de información y funcionamiento ejecutivo en general. Por el contrario, la restricción de alimento está asociada con un deterioro en el funcionamiento cognitivo (Datta et al., 2020).

Derivado de la elevada prevalencia con la que los estudiantes universitarios, especialmente las mujeres, presentan diferentes manifestaciones de psicopatología alimentaria, tanto a nivel internacional (Benitez et al., 2019; Escolar-Llamazares et al., 2017; Martínez-Gonzales et al., 2014), como en México (Bautista-Jacobo et al., 2023; Padrós-Blázquez et al., 2022), así como a las múltiples consecuencias que esta conlleva tales como alteraciones emocionales y neuropsicológicas en medidas de flexibilidad cognitiva o toma de decisiones y regulación emocional (Segura-Serralta et al., 2019). Es de suma importancia

abordar y prevenir los TCA implementando tratamientos eficaces que beneficien la calidad de vida de esta población (Eisenberg et al., 2009).

En función de la eficacia que ha mostrado la CBT-E en esta población (Datta et al, 2020; Harrer et al. 2020), se sospecha que podría constituir una excelente alternativa para atender esta problemática en la población universitaria de México.

## Método

### Planteamiento del problema

Los TCA representan un problema social ya que traen consigo consecuencias como una calidad de vida deteriorada y una alta comorbilidad con trastornos afectivos como la depresión o ansiedad y condiciones somáticas, tendencias suicidas e incluso mortalidad (Keski et al., 2016), su desarrollo comienza en la adolescencia y puede tener un curso crónico presentándose frecuentemente, también mujeres jóvenes (Franco et al. 2019; Galmiche et al., 2019; Unikel-Santoncini et al., 2019, se estima que cerca del 4,6 % de la población en América sufre algún tipo de TCA (Arija-Val et al., 2022). Además, el deterioro en el funcionamiento psicosocial tiende a persistir después del tratamiento (Byrne et al. 2016)

Ser joven (con todos los cambios físicos, psicológicos y cognitivos) y asistir a la universidad durante este periodo, puede constituir una vulnerabilidad elevada hacia la presencia de preocupaciones sobre el peso y la dieta, IC e impulso por la delgadez (Harrer et al., 2020), lo que podría afectar el desempeño académico, así como causar dificultad para pertenecer a un grupo social o inadaptación al entorno universitario en términos de deterioro funcional, social u ocupacional (Byrne et al., 2016; Claydon et al., 2019; Eisenberg et al., 2009). Por lo anterior, resulta importante abordar los factores de vulnerabilidad a un TCA en la población universitaria. Debido a que los TCA en adultos jóvenes es el momento en el ciclo de la vida en el que la prevalencia es más alta, la etapa universitaria puede ser un entorno adecuado para prevenir la aparición de TCA (Harrer et al., 2020).

En un estudio longitudinal realizado por Eisenberg et al. (2009) se encontró que 8% de los estudiantes universitarios estaban diagnosticados con TCA, pero se sabe que cerca de 80% de los estudiantes diagnosticados no reciben tratamiento (Harrer et al., 2020).

Asimismo, se estima que la prevalencia de riesgo de TCA se encuentra entre 2% y 30% (Pierre et al., 2022); estos universitarios podrían presentar indicadores de sintomatología y no

recibir un diagnóstico debido a que no rebasan el umbral establecido en la clasificación oficial (Harrer et al., 2020).

La TCC es considerada como la primera línea de tratamiento gracias a su eficacia para los TCA (Linardon et al., 2022; Pelizzer et al., 2019; Trottier et al., 2022), específicamente la CBT-E, que es la versión mejorada del tratamiento original que se administraba a finales del siglo pasado, se ha sometido a prueba en ensayos clínicos aleatorizados (Cooper et al., 2016; De Jong et al., 2020; Fairburn et al., 2015) y se ha observado que su eficacia es superior a otras psicoterapias, como la psicodinámica (PDT; (Poulsen et al., 2014) y la psicoterapia interpersonal (IPT; Cooper et al., 2016; Fairburn et al., 2015). Además, la CBT-E cuenta con ventajas al ser de menor duración, menos costosa y ser un tratamiento efectivo para pacientes adolescentes y adultos (Cooper et al., 2011; Dalle et al., 2020; Fairburn et al., 2015). Aunado a esto, los síntomas de los trastornos alimentarios suelen aminorar significativamente desde el inicio del tratamiento, disminuyen más al final del mismo e incluso se mantienen durante los seguimientos (Dalle et al., 2020).

En esta tesis se realizó una revisión de literatura de investigación acerca de la eficacia de la CBT-E y se encontró que, la mayoría de los estudios, se han realizado en Reino Unido (Fairburn et al., 2009, Fairburn et al., 2015; Poulsen et al., 2014; Cooper et al., 2016), Países Bajos (Ter Huurne et al., 2015; De Jong et al., 2020), Australia (Pelizzer et al., 2014; Linardon et al., 2022), Nueva Zelanda (McIntosh et al., 2016; Pelizzer et al., 2014), Estados Unidos (Trottier et al., 2022; Paterson et al., 2020) y Japón (Ohara et al., 2020). Al respecto, cabe señalar que la autora de esta tesis no encontró investigación experimental sobre la CBT-E en Latinoamérica, lo cual deja al descubierto un hueco importante dentro de la línea de investigación de las intervenciones basadas en evidencia dirigidas hacia los trastornos alimentarios en esta región, específicamente, en México. Por lo tanto, el propósito de esta investigación es evaluar la eficacia de una intervención basada en la CBT-E, para disminuir

los indicadores de psicopatología alimentaria central en una estudiante universitaria de Ciudad de México. En apego a la naturaleza transdiagnóstica de la intervención, se decidió evaluar también su eficacia para disminuir la IC de la participante, constructo que se ha definido como el malestar con alguna parte del cuerpo que lleva a desarrollar conductas nocivas para la salud que afectan las actividades cotidianas con la finalidad de modificar su apariencia (Devlin et al., 2001) y que ha mostrado una fuerte relación con la psicopatología alimentaria central en mujeres de la ZMVM (Contreras-Valdez et al., 2022; Letechipía y Pérez, 2021).

### **Pregunta de investigación**

¿Un taller psicoeducativo, basado en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E), será eficaz para disminuir los indicadores de psicopatología alimentaria central y de IC en una estudiante universitaria proveniente de la Ciudad de México?

### **Hipótesis**

- $H_1^1$ : La intervención psicoeducativa, basada en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E), será eficaz para disminuir la psicopatología alimentaria central de una estudiante universitaria.
- $H_{o1}$ : La intervención psicoeducativa, basada en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E), no será eficaz para disminuir la psicopatología alimentaria central de una estudiante universitaria.
- $H_1^2$ : La intervención psicoeducativa, basada en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E), será eficaz para disminuir la insatisfacción corporal de una estudiante universitaria.

- $H_0^2$ : La intervención psicoeducativa, basada en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E), no será eficaz para disminuir la insatisfacción corporal de una estudiante universitaria.

### **Hipótesis del primer seguimiento (una semana)**

- $H_i^3$ : Después de una semana de haber finalizado la intervención psicoeducativa, los indicadores de psicopatología alimentaria central permanecerán igual que al término del taller, o incluso disminuirán.
- $H_0^3$ : Después de una semana de haber finalizado la intervención psicoeducativa, los indicadores de psicopatología alimentaria central no permanecerán igual que al término del taller, ni disminuirán (es decir, incrementarán).
- $H_i^4$ : Después de una semana de haber finalizado la intervención psicoeducativa, la insatisfacción corporal permanecerá igual que al término del taller, o incluso disminuirá.
- $H_0^4$ : Después de una semana de haber finalizado la intervención psicoeducativa, la insatisfacción corporal no permanecerá igual que al término del taller, ni disminuirá (es decir, incrementará).

### **Hipótesis del segundo seguimiento (un mes)**

- $H_i^5$ : Después de un mes de haber finalizado la intervención psicoeducativa, los indicadores de psicopatología alimentaria central permanecerán igual que al término del taller, o incluso disminuirán.

- $H_0^5$ : Después de un mes de haber finalizado la intervención psicoeducativa, los indicadores de psicopatología alimentaria central no permanecerán igual que al término del taller, ni disminuirán (es decir, incrementarán).
- $H_i^6$ : Después de un mes de haber finalizado la intervención psicoeducativa, la insatisfacción corporal permanecerá igual que al término del taller, o incluso disminuirá.
- $H_0^6$ : Después de un mes de haber finalizado la intervención psicoeducativa, la insatisfacción corporal no permanecerá igual que al término del taller, ni disminuirá (es decir, incrementará).

### **Objetivo general**

Evaluar la eficacia de un taller psicoeducativo, basado en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E), para disminuir los indicadores de psicopatología alimentaria central y de IC en una estudiante universitaria proveniente de la Ciudad de México.

### **Objetivos específicos**

- Evaluar la eficacia del taller para disminuir la psicopatología alimentaria central, tanto al término de este, como después de dos seguimientos: una semana y un mes.
- Evaluar la eficacia del taller para disminuir la IC, tanto al término de este, como después de dos seguimientos: una semana y un mes.
- Evaluar la percepción de la participante al término del taller como después de dos seguimientos: una semana y un mes.

## **Diseño**

Se trata de un diseño de caso único ( $n = 1$ ) tipo pre-post con seguimientos, donde se tomaron mediciones cuantitativas antes de la intervención y mediciones cuantitativas y cualitativas después de esta, incluyendo dos seguimientos (Montero y León, 2004).

## **Variables**

- Dependientes: psicopatología alimentaria central e insatisfacción corporal.
- Independiente: taller psicoeducativo basado en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios (CBT-E).

## **Descripción de variables**

- Psicopatología central alimentaria central

Definición conceptual: dimensión compuesta por indicadores de preocupación excesiva por el peso, la figura corporal y la comida, así como su control (Fairburn et al., 2008).

- Insatisfacción corporal

Definición conceptual: evaluación negativa que tiene una persona sobre el tamaño y forma de su figura corporal (Paredes et al., 2019)

- Taller psicoeducativo

Definición conceptual: intervención que convierte los conceptos teóricos complejos en conceptos más sencillos y prácticos que facilitan la comprensión, y propicia una situación de enseñanza-aprendizaje (Ivan, 2020).

- Tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios

Definición conceptual: tratamiento que aborda un núcleo psicopatológico (la sobrevaloración de la figura, el peso y la forma de comer) de cualquier diagnóstico de TCA para un mejor abordaje (Fairburn et al., 2003).

### **Participante**

Por medio de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, participó una mujer estudiante de 25 años, que cursaba estudios universitarios en una universidad pública de la Ciudad de México.

### **Criterios de inclusión**

- Tener una edad mínima de 18 años y máxima de 25.
- Cursar alguna carrera universitaria en la Ciudad de México.
- Contar con disponibilidad suficiente para asistir a todas las sesiones, de forma presencial, en la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Obtener un puntaje en el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Contreras-Valdez et al., 2022) que se encontrara entre los percentiles 50 y 75, tomando en cuenta los percentiles reportados por Letechipía y Pérez (2021) para población de mujeres universitarias de la Zona Metropolitana del Valle de México.
- Firmar la carta de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Haber recibido un diagnóstico formal (por ejemplo, algún informe psiquiátrico o psicológico) de trastorno alimentario, trastorno de personalidad, trastorno por uso de sustancias o esquizofrenia.
- Estar bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico al momento de iniciar el taller.
- Haber estado bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico durante los seis meses previos al inicio del taller.
- Presentar alguna dificultad de cualquier tipo para participar en el estudio, por ejemplo: estar bajo los efectos de alguna sustancia (alcohol, marihuana, etc.), presentar alguna enfermedad o afección física que no permitiera el traslado a las instalaciones de la Facultad de Psicología, UNAM.

### **Criterios de eliminación**

- Faltar a alguna de las sesiones sin previo aviso.
- No haber respondido los cuestionarios psicométricos en su totalidad.

### **Descripción de caso**

La siguiente información se publica con la total autorización de la participante (Anexo

1). La participante decidió usar el nombre falso *Kineri*, tanto en la publicación de este documento, como en la presentación de los resultados de esta investigación en cualquier modalidad.

*Kineri* es una joven de 25 años, estudiante de licenciatura, que vive en la CDMX con su madre, padre y hermano. No había recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico anteriormente. Estuvo en una escuela secundaria de mujeres y, por lo mismo, menciona tener

dificultad para conversar con varones desde entonces. Ella informa que desde esa etapa solía evitar y ocultar su cuerpo con ropa holgada. Durante este periodo surgieron pensamientos de inferioridad e IC, así como inseguridades respecto a su apariencia física, forma de cuerpo, vestimenta derivados de rechazo y comentarios negativos por parte de sus compañeras.

Al ingresar al bachillerato la evitación hacia su cuerpo continuó, por lo que lo ocultaba, pero fue hasta esta época que comenzó la comparación con otras personas. En este mismo lapso, surgieron comentarios agresivos por parte de su madre con respecto a su figura corporal y a su forma de comer. Posteriormente, ingresó a la universidad y durante la pandemia se mantuvieron las comparaciones esporádicas. Su hermano la apoya desde entonces con retroalimentación acerca de sus atuendos, es decir, si las prendas combinan entre sí o si son adecuadas al clima y durante 2 semanas realizó ejercicio para tener un *Glow up* (término utilizado en redes sociales que consiste en lograr una mejor versión de sí misma) (limitar el consumo de pan y realizar ejercicio en casa).

En la actualidad, las comparaciones siguen presentes con las chicas de su universidad; compara su vestimenta, estilo, seguridad, forma de caminar y presentación, además menciona que las prendas que utilizan sus compañeras no se le verían a ella de la misma manera. Aunado a esto, presenta restricción de alimentos y tiene una suplementación con vitaminas recomendadas por un médico para ayudar al estrés generado por el ambiente universitario. La participante únicamente realiza compra de ropa en fin de año como estrategia de evitación de su cuerpo, también evita mirarse al espejo y únicamente lo hace en reflejo de los carros y, derivado de esto, surge incomodidad por no estar segura si la vestimenta que lleva es adecuada tras salir de casa. A pesar de que *Kineri* fue la única persona que cumplió con los criterios de inclusión, de las 8 que solicitaron participar al estudio (ver sección de

Procedimiento), antes de iniciar el taller, ella no lograba identificar algún tipo de preocupación por figura, peso o forma de comer.

## **Instrumentos**

- Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0) (Fairburn y Beglin, 2008). Se aplicó la versión traducida al español y adaptada para población mexicana por Contreras-Valdez et al. (2022). Se utilizaron los 14 ítems del modelo de Parker et al. (2015) que miden cuatro dimensiones: restricción, preocupación por comer, preocupación por la figura y preocupación por el peso (Fairburn y Beglin, 1994; Fairburn y Beglin, 2008), cuya confiabilidad fue adecuada ( $\alpha = .913$ ) en un estudio con mujeres universitarias de la ZMVM (Letechipía y Pérez, 2021)
- Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper et al., 1987). Se utilizó la versión adaptada para población mexicana por Amaya (2013). Se tomaron en cuenta los 8 ítems de la solución factorial propuesta por Welch et al. (2012) que mide una única dimensión, insatisfacción corporal; la cual mostró una confiabilidad adecuada ( $\alpha = .92$ ) en un estudio con mujeres de población general de la ZMVM (Contreras-Valdez et al., 2022)

Para evaluar de forma cualitativa la intervención se utilizaron las siguientes preguntas, diseñadas por la autora de esta tesis:

- ¿Consideras que este taller te ayudó a disminuir la preocupación excesiva por el peso, por la figura y por la comida? Sí, no y ¿por qué?

- ¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales para tu vida cotidiana? Sí, no y ¿por qué?
- ¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales en un futuro? Sí, no y ¿por qué?
- ¿Qué te hubiera gustado que fuera diferente del taller?
- ¿Qué fue lo que más te gustó del taller?

### **Consideraciones éticas**

A la participante se le pidió firmar un consentimiento informado (Anexo 1) en el que se especificaron los siguientes lineamientos:

- La identidad de quien estuvo a cargo del estudio, del supervisor y del evaluador.
- La forma en la que se brindaría la intervención.
- Los riesgos y beneficios de esta.

Se le especificó que la participación sería totalmente voluntaria y que podía retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto ocasionara alguna repercusión. La investigación se apegó, en todo momento, a los principios enmarcados en el Código de Ética del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

A continuación, se presenta la Tabla 1, de riesgos y beneficios que se realizó y se discutió con la participante antes de iniciar la intervención:

**Tabla 1.**

*Los riesgos y beneficios del taller*

<b>Riesgos</b>	<b>Beneficios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Debido a la solicitud de datos personales (edad, sexo, lugar de residencia y datos de contacto), los participantes podrían sentir inseguridad al proporcionar dicha información. Es por ello que, se garantizará el cumplimiento de la confidencialidad y normas éticas dentro del estudio.</li><li>● Al dirigir el taller hacia los principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, puede existir la posibilidad de la presencia de malestar emocional elevado o de alguna afección fisiológica importante, por lo que, en caso de que se identificarán dichos riesgos, se canalizará</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Los fines del taller están enfocados a disminuir la psicopatología alimentaria, así como mejorar la calidad de vida y potenciar hábitos saludables. Es por ello que se busca otorgar un beneficio a corto y a largo plazo en favor de la salud de las participantes de forma gratuita.</li><li>● En el taller se entrenarán habilidades para reducir los principales indicadores de la psicopatología alimentaria.</li><li>● El contenido del taller está basado en las guías cognitivo-conductuales del enfoque transdiagnóstico, las cuales se han sometido a prueba experimental en diversos estudios a lo largo del mundo y han mostrado eficacia para el abordaje de</li></ul>

<p>a la participante a alguna institución pertinente.</p>	<p>los trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>Por tal motivo, es altamente probable que la intervención funcione para disminuir la preocupación excesiva por la imagen corporal, el peso y la forma de comer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A todas las personas que solicitaron participar se les otorgará un directorio de los centros de atención psicológica que ofrece la UNAM, así como un video en el que recibirán información específica sobre prevención de los trastornos alimentarios.</li> </ul>
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Procedimiento

Por medio de convocatorias virtuales en redes sociales (Instagram y Facebook), páginas web (Survio) y correo electrónico, se compartió una imagen para invitar a adultas jóvenes, estudiantes universitarias de la ZMVM, a participar de forma voluntaria en el estudio. En dicha invitación se incluyó una dirección de correo electrónico, un enlace y un código QR para recolectar datos básicos, junto con preguntas relacionadas a los criterios de inclusión y exclusión del estudio, además de las 14 preguntas del EDE-Q (Anexo 2). Cuando las posibles candidatas finalizaban las preguntas, en agradecimiento a su participación, se les proporcionaba un video con información sobre la prevención de trastornos alimentarios y un directorio con información acerca de centros de atención psicológica.

Con base en la información recolectada, se seleccionaron a ocho participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, a las cuales se contactó por medio de WhatsApp y correo electrónico con el propósito de explicarles en qué consistía el estudio.

Cuatro de las participantes que cumplieron los requisitos de este primer filtro no respondieron los mensajes de WhatsApp ni de correo electrónico. Las otras cuatro accedieron a participar y se acordó una fecha para realizar una llamada telefónica para corroborar los criterios de inclusión y realizar una breve entrevista inicial. Una de las participantes, tras la llamada, mencionó no tener el tiempo suficiente para asistir a las sesiones. A dos de ellas, tras la entrevista, se decidió canalizarlas con un psicoterapeuta debido a que estaban viviendo situaciones de riesgo (pensamientos suicidas, depresión, ansiedad y puntuaciones elevadas en el EDE-Q) que estaban fuera del alcance del taller. Por lo anterior, después de la entrevista, solo una candidata cumplió con todos los criterios para participar en el estudio. A las personas que deseaban participar, pero que no cumplieron con los requisitos, por medio de WhatsApp se les notificó que no habían sido seleccionadas. Además, a las participantes que obtuvieron un percentil elevado en el EDE-Q (mayor que 75), se les llamó por teléfono para invitarlas a hacer contacto con algún psicólogo clínico y, a todas, se les compartió información sobre centros de atención psicológica gratuitos o a bajo costo, así como un video psicoeducativo acerca de los TCA.

La intervención se implementó del 30 de marzo al 6 de junio del 2023. Todas las sesiones tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. La intervención contó con un total de 10 sesiones, de las cuales ocho fueron distribuidas en un mes (dos por semana), una tras cumplir los 28 días de inicio del taller (una semana después del término del taller) y la última sesión tras 28 días de haber finalizado el taller. Es importante descartar que la planeación inicial de las sesiones contaba con un total de 9 sesiones, sin embargo, debido a que la

participante manifestó que su jornada laboral se extendió y, por consiguiente, llegó tarde a la sexta sesión, el contenido de dicha sesión se tuvo que dividir en dos sesiones, dando un total de 10 sesiones.

**Tabla 2.**  
*Descripción del número de sesiones*

<b>Sesión</b>	<b>Descripción</b>
1	Historia clínica y aplicación de instrumentos: EDE-Q y BSQ
2	Devolución de resultados, psicoeducación de TCA, sobrevaloración de figura, peso y forma de comer y patrones de alimentación saludable
3	Psicoeducación sobre el peso, autoevaluación y uso de espejos
4	Psicoeducación sobre la influencia de los medios, comparación y sensación de gordura
5	Perfeccionismo y autoestima
6	Autoestima y emociones
7	Autocuidado y prevención de riesgos
8	Prevención de riesgos, resumen general de taller y evaluación
9	Evaluación tras 28 días del inicio del taller (una semana después de concluir)
10	Psicoeducación en asertividad y evaluación final (28 días después de haber concluido el taller)

La primera sesión consistió en una historia clínica donde se recabaron datos sociodemográficos de la participante, junto con información referente a la preocupación acerca de su cuerpo, figura y forma de comer; se realizó una historia familiar y se aplicaron los instrumentos EDE-Q y BSQ. Posteriormente, se utilizaron los datos recabados para

adaptar las sesiones del taller de acuerdo con sus necesidades específicas. Los resultados de la evaluación y entrevista se devolvieron a la participante en la segunda sesión con una explicación detallada acerca de qué consistiría el taller.

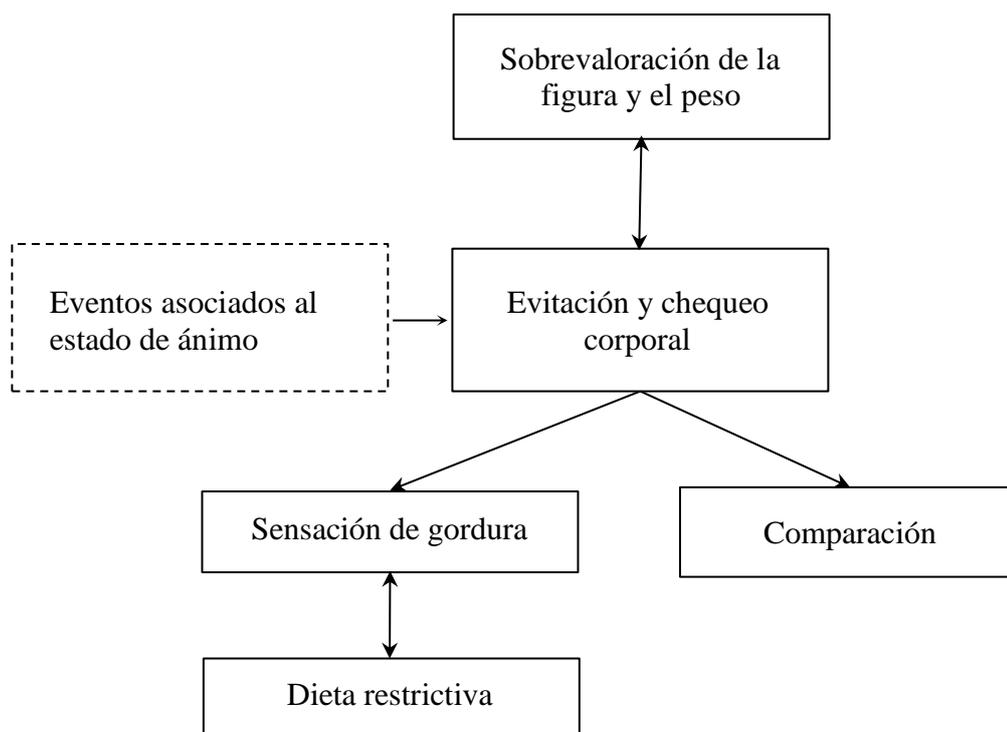
Tres sesiones estuvieron destinadas al abordaje de la psicopatología central y cuatro sesiones a los factores de mantenimiento de los TCA. Al término de cada sesión, se asignaban actividades para casa, las cuales incluían la práctica de las habilidades aprendidas y, en algunas ocasiones, el registro de conductas. A continuación, se describirán las generalidades de las sesiones, la información completa se puede consultar en las cartas descriptivas (Anexo 5).

Sesión #1 (30/03/23). Se realizó una entrevista inicial a la participante, en la cual se recabó información acerca de antecedentes de salud mental, historia familiar, antecedentes de preocupación por figura, peso o forma de comer. También se le aplicaron los instrumentos psicométricos EDE-Q y BSQ.

Sesión #2 (11/04/23). Se realizó la devolución de la información obtenida con los instrumentos psicométricos. También se diseñó el diagrama recomendado por Fairburn (2008) para describir gráficamente el análisis funcional general de la psicopatología alimentaria (Figura 1), el cual se realizó con la información recabada en la entrevista acerca de la evitación corporal, y preocupación de figura y peso. Se hizo una breve psicoeducación acerca de los TCA, así como de la preocupación por la figura, el peso y la forma de comer. Asimismo, se realizó un juego psicoeducativo acerca de patrones de alimentación saludables, dietas y conductas compensatorias. Se identificó el patrón de alimentación de la participante y se realizaron modificaciones. Se delimitaron los obstáculos al cambio y se solicitó a la participante de tarea que analizara otros obstáculos al cambio.

**Figura 1.**

*Análisis funcional de la conducta de la participante*



Sesión #3 (13/04/23). Se realizó un resumen de la sesión anterior y se revisó la tarea asignada. Se hizo una psicoeducación acerca del peso y un juego para ejemplificar que el peso no es la única forma de determinar si una persona está saludable (además de que este oscila en el tiempo y depende del contexto de cada persona), y que no se recomienda tomar como criterio para basar la autoestima. Se brindó psicoeducación acerca de cómo fomentar la autoevaluación de forma integral y se realizó el ejercicio de la gráfica de pastel (Fairburn, 2008) para identificar la satisfacción que presentaba en diferentes áreas de su vida. Se

discutió y analizaron los riesgos de destinar gran parte de su autoevaluación a su figura, y se realizaron modificaciones para obtener una autoevaluación más amplia. Por último, se realizó una psicoeducación en los tipos de chequeo corporal, se identificaron las formas de chequeo corporal de la participante y se realizó el entrenamiento en el uso de espejos (Fairburn, 2008) mediante una actividad para ejemplificar que los espejos no muestran una realidad absoluta y se explicó la forma recomendada para utilizarlos. Se solicitó a la participante que analizara y realizara cambios a su gráfica de pastel de autoevaluación.

Sesión #4. (18/04/23) Se hizo un resumen de la sesión anterior y se revisó la actividad que se había asignado para casa. Se dio psicoeducación acerca de la influencia de los medios en la imagen corporal y el papel de los estereotipos. Se mostraron videos obtenidos de redes sociales para identificar la interiorización de la imagen corporal influida por las redes sociales. También se realizó el entrenamiento en comparación recomendado por Fairburn (2008); se identificó la frecuencia y la duración de las comparaciones de la participante, y se observaron imágenes de redes sociales que habían sido modificadas mediante Photoshop. Se entrenaron estrategias para contrarrestar el efecto de la comparación sesgada y se explicó cómo el escrutinio del cuerpo tiende a magnificar cogniciones disfuncionales. También se llevó a cabo una dinámica para identificar la frecuencia de la *sensación de gordura* (Fairburn, 2008), cómo se puede originar y sus consecuencias. Se asignó como actividad para casa una técnica para evitar la comparación sesgada.

Sesión #5 (20/04/23). Se realizó el resumen de la sesión anterior y se revisó la tarea asignada. Debido a que la participante llegó 40 minutos tarde, se realizaron modificaciones a la planeación inicial. Se dio psicoeducación sobre el perfeccionismo y se retomó la gráfica de pastel para identificar cómo el perfeccionismo podría haber afectado a esta gráfica. Se realizó un juego de distorsiones cognitivas relacionadas con la sobrevaloración de la figura, peso y

forma de comer. Se dejó, como actividad para casa, de tarea responder unas preguntas relacionadas con la autoestima.

Sesión #6 (25/04/23). Se realizó resumen de la sesión anterior y se revisó la actividad para casa. Se realizó una breve psicoeducación acerca de la autoestima y se llevó a cabo el ejercicio del árbol de la autoestima en el cual se describieron los valores, habilidades, cualidades y logros de *Kineri*. Además, se brindó entrenamiento acerca de las auto verbalizaciones compasivas. Se explicó y se realizaron ejercicios tras explicar el modelo de procesos de regulación emocional de James Gross (2014). Además, se enseñó cómo la evitación impide la solución de problemas en la vida diaria. Se solicitó a la participante que practicara lo aprendido en la sesión en sus actividades cotidianas.

Sesión #7 (27/04/23). Debido a que la participante llegó aproximadamente 60 minutos tarde, se realizaron modificaciones en la planeación de la sesión. Se definió el autocuidado y se incrementó la motivación para incluir conductas de autocuidado dentro de una semana cotidiana. Se abordaron los factores de vulnerabilidad de recaídas. Se solicitó a la participante que agregara, al menos, seis actividades que fomentaran el autocuidado en la siguiente semana.

Sesión #8 (02/05/23). Se realizó un resumen de la sesión anterior y se revisó la actividad para casa asignada. Se retomaron los factores de vulnerabilidad de recaídas. Se realizó el ejercicio de prevención de recaídas recomendado por Fairburn (2008), en el que se identificaron los componentes de la *mentalidad vieja* y de la *mentalidad nueva*, para resumir todo lo aprendido en el taller y tener una ruta de acción en caso de presentar situaciones de difícil manejo eventualmente. Se hizo la primera evaluación del taller con los instrumentos psicométricos EDE-Q y BSQ además de 5 preguntas cualitativas (Anexo 3). Se acordaron fechas posteriores para la evaluación del taller.

Sesión #9 (09/05/23). Se realizó un breve resumen de la sesión anterior, se resolvieron dudas y se aplicaron nuevamente los instrumentos psicométricos EDE-Q y BSQ.

Sesión #10 (06/06/23). Se realizó un breve resumen de la sesión anterior. Se realizó la última evaluación del taller mediante los instrumentos psicométricos EDE-Q y BSQ. Al final, debido a que la participante a lo largo de las sesiones mencionó tener dificultades para comunicarse con su madre y ponerle límites, se brindó psicoeducación en asertividad y se modeló una técnica de comunicación asertiva.

### **Fidelidad al tratamiento**

Con el propósito de garantizar que la autora de esta tesis se apegaría al plan de intervención, así como a las actividades propuestas en las cartas descriptivas de cada sesión, se implementó un protocolo de fidelidad al tratamiento. Para este protocolo se diseñaron rúbricas de evaluación específicas para la sesión de entrevistas y sesiones subsecuentes. Un psicólogo pasante (miembro del mismo grupo de investigación en el que se inserta este proyecto) fue el encargado de llenar estas rúbricas, durante todas las sesiones, evaluando la conducta de la autora de esta tesis en dos dimensiones: habilidades y conocimientos, y elementos paralingüísticos (Anexo 4). Este psicólogo estuvo presente a lo largo de cada sesión bajo consentimiento de la participante.

En cuanto a habilidades y conocimientos se evaluó lo siguiente: establecimiento de rapport, apego al contenido de cada sesión, comunicación respetuosa y empática, orden y tiempo establecido y dedicado a las actividades, cumplimiento del objetivo de la sesión, empleo de material adecuado y cierre de cada sesión.

En cuanto a los elementos paralingüísticos, se evaluó: vocabulario, pronunciación, volumen de voz, contacto visual, dar la bienvenida, postura corporal, actitud profesional,

realizar preguntas de forma respetuosa y empática, lograr que la participante comprendiera y se involucrara activamente en la sesión y cierre adecuado.

Los porcentajes de todas las rúbricas se sumaron y se promediaron, lo cual permitió obtener un porcentaje global de cada dimensión. Tras analizar dichos porcentajes, se observó evidencia sobre la fidelidad al tratamiento por parte de la facilitadora. Referente a la dimensión *Conocimientos y habilidades*, el porcentaje global obtenido fue de 96%; mientras que en *Elementos paralingüísticos* fue de 99%.

### **Escenario**

La intervención se realizó en el cubículo *Tutorías 2*, ubicado en el tercer piso del edificio C, de la Facultad de Psicología de la UNAM. Las sesiones tuvieron una duración de 90 minutos, aproximadamente, que se acordaron en el periodo de selección de participante.

El escenario donde se llevó a cabo la intervención fue un cubículo el cual fue una habitación silenciosa, de aproximadamente 2.5 metros de ancho por 3.5 metros de largo, con paredes blancas, un escritorio y ocho sillas.

### **Análisis de datos**

Para evaluar el efecto de la intervención en la participante universitaria, se realizó un análisis del cambio clínico objetivo (CCO) de acuerdo con las recomendaciones de Cardiel (1994). Los resultados se consideraron clínicamente significativos si presentaban cambios mayores al 20% (Cardiel, 1994). Se contrastó la evaluación previa a la intervención con tres mediciones: 1) al terminar el taller, 2) después de una semana posterior al término y 3) después de 28 días de que el taller terminara.

Para identificar el cambio clínico de la psicopatología alimentaria e IC, se realizó un análisis de frecuencias, contrastando la evaluación previa a la intervención con las realizadas al término, una semana y un mes después de concluir. Para realizar el análisis estadístico, estas medidas fueron cuantificadas mediante índices de cambio clínico, en donde las diferencias de las medidas a comparar fueron divididas entre la medición pre-intervención,

La ecuación fue la siguiente:

$$\frac{\text{Medida} - \text{Medida a comparar}}{\text{Medida pre}} = \text{Índice de cambio clínico}$$

En cuanto al análisis cualitativo, se realizaron preguntas abiertas sobre la evaluación subjetiva de la eficacia de la intervención por parte de la participante al término del taller.

## **Resultados**

### **Resultados de los efectos del taller psicoeducativo sobre la psicopatología alimentaria central y la insatisfacción corporal**

Para evaluar el análisis cambio clínico se tomó a consideración un cambio del 20% en comparación con el puntaje obtenido en la preevaluación (Cardiel, 1994). Como se puede observar en la Tabla 3, en las tres evaluaciones (al término del taller, seguimiento de una semana y seguimiento de un mes) hubo una reducción significativa en la psicopatología alimentaria central (-77.70%, -72.20% y -77.70%, respectivamente) y en la IC (-47.61%, -47.61% y -61.90%, respectivamente), lo cual permite abonar evidencia en favor de la eficacia del taller psicoeducativo basado en la CBT-E. La disminución de la psicopatología alimentaria central se puede observar en la Figura 2, mientras que en la Figura 3 se presenta la disminución en la IC.

**Tabla 3.**

*Evaluación del cambio clínico objetivo de los puntajes de psicopatología alimentaria central e insatisfacción corporal*

<i>Variables</i>	<i>Puntaje Pre</i>	<i>Puntaje Post</i>	<i>Puntaje Seguimiento 1</i>	<i>Puntaje Seguimiento 2</i>	<i>Evaluación Pre/Post (CCO)</i>	<i>Evaluación Pre/Seguimiento 1 (CCO)</i>	<i>Evaluación Pre/Seguimiento 2 (CCO)</i>
Insatisfacción corporal (BSQ-8)	21	11	11	8	-47.61*	-47.61*	-61.90*
Psicopatología alimentaria central (EDE-Q)	18	4	5	4	-77.7*	-72.2*	-77.7*

*Nota: \* Indica que hubo un cambio clínico significativo.*

*Pre= preevaluación realizada el 30 de marzo del 2023*

*Post= post evaluación realizada el 2 de mayo del 2023*

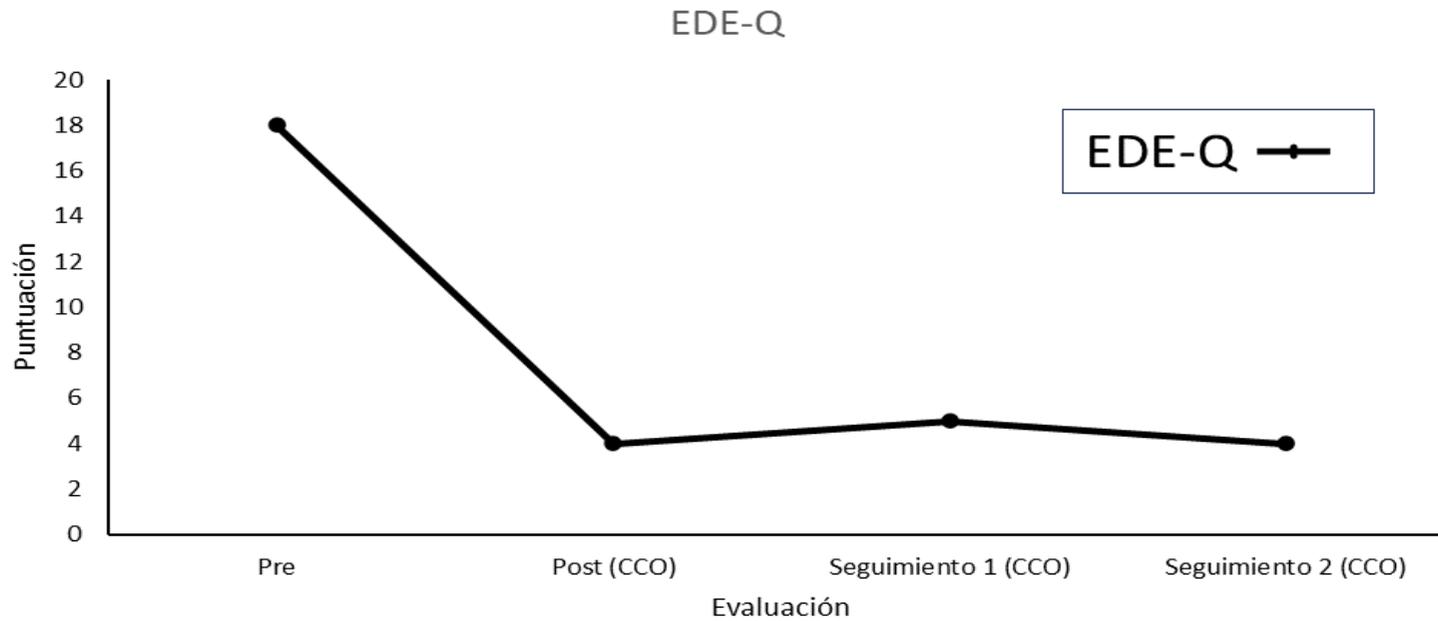
*Seguimiento 1= evaluación de seguimiento realizada el 9 de mayo del 2023*

*Seguimiento 2= evaluación de seguimiento realizada el 6 de junio del 2023*

*CCO = Cambio Clínico Objetivo*

**Figura 2.**

*Puntajes obtenidos en el EDE-Q de indicadores de psicopatología alimentaria*



*Nota: Puntaje obtenido en evaluaciones con el EDE-Q*

*EDE-Q= indicadores de psicopatología alimentaria central*

*Pre= preevaluación realizada el 30 de marzo del 2023*

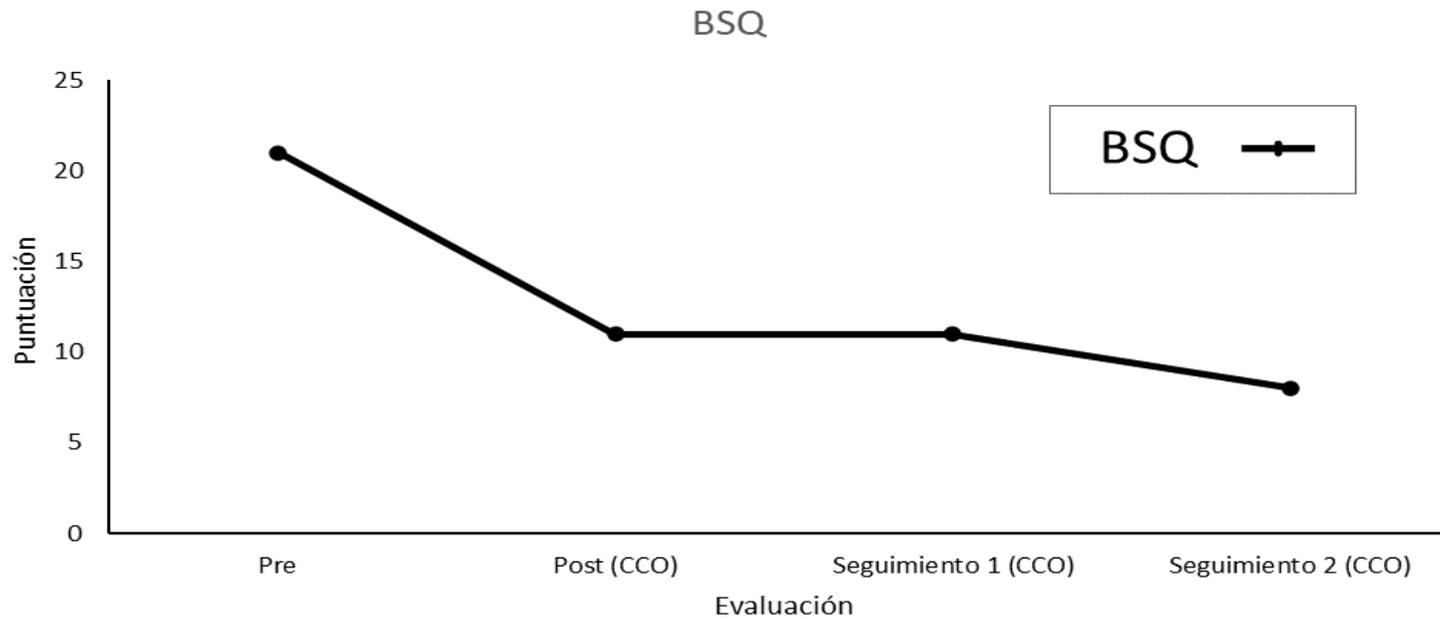
*Post= post evaluación realizada el 2 de mayo del 2023*

*Seguimiento 1= seguimiento evaluación realizada el 9 de mayo del 2023*

*Seguimiento 2= evaluación realizada el 6 de junio del 2023*

**Figura 3.**

*Puntajes obtenidos en el BSQ de indicadores de insatisfacción corporal*



*Nota: Puntaje obtenidas en evaluaciones con el BSQ*

*BSQ= indicadores de insatisfacción corporal*

*Pre= preevaluación realizada el 30 de marzo del 2023*

*Post= post evaluación realizada el 2 de mayo del 2023*

*Seguimiento 1= seguimiento evaluación realizada el 9 de mayo del 2023*

*Seguimiento 2= evaluación realizada el 6 de junio del 2023*

## Resultados cualitativos

Al finalizar el taller (el 2 de mayo del 2023) se realizaron preguntas a la participante con el objetivo de indagar sobre el efecto cualitativo de éste. Sus respuestas se muestran a continuación:

*¿Consideras que este taller te ayudó a disminuir la preocupación excesiva por el peso, por la figura y por la comida? Si, no y ¿por qué?*

“Si. Porque yo desconocía el daño que le estaba haciendo a mi cuerpo por la falta de información y al mismo tiempo la mala información excesiva que consumía. También porque el problema o preocupación se le dio nombre el cual ahora puedo yo trabajar con las herramientas dadas en el taller.”

*¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales para tu vida cotidiana? Sí, no y ¿por qué?*

“Si, pues son algo que puedo adaptar al día a día y según mis necesidades, sin contar el hecho de que en el poco tiempo que las he puesto en práctica he notado cambios, principalmente en mi forma de pensar”

*¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales en un futuro? Si, no y ¿por qué?*

“Si, constantemente hay cambios y situaciones que me podrán a prueba, y las habilidades adquiridas no son apenas para disminuir la sobrevaloración corporal, las puedo usar en varios aspectos de mi vida, en los cuales podré notar resultados positivos”

*¿Qué te hubiera gustado que fuera diferente del taller?*

“Nada. Al ser mi primera experiencia completa en un taller como éste, no le cambiaría nada, he aprendido, he reflexionado, he llorado y he cambiado cosas que para mí -yo- antes del taller le parecían normales”

*¿Qué fue lo que más te gustó del taller?*

“Las dinámicas y la paciencia. Las dinámicas, porque con los ejemplos y juegos puede relacionar mejor los conceptos y habilidades. Y la paciencia, por mi pequeño gran problema con los tiempos”.

## Discusión

El propósito principal de esta tesis fue desarrollar una intervención psicoeducativa, basada en el enfoque transdiagnóstico (CBT-E), e identificar si esta tendría un efecto favorable al disminuir la psicopatología alimentaria central y la IC, tanto terminando la intervención (*post evaluación*), como después de una semana (*seguimiento 1*) y un mes de seguimiento (*seguimiento 2*) en una estudiante universitaria de la Ciudad de México.

Debido a que la CBT-E ha mostrado ser eficaz para disminuir la psicopatología central (Cooper et al., 2016; Fairburn et al., 2015; De Jong et al., 2020; Poulsen et al., 2014; Ohara et al., 2020) e IC (Ter Huurne et al., 2015), además de mantener las mejoras presentadas a lo largo del tiempo (Linardon et al., 2022; Pelizzer et al., 2019; Trottier et al., 2022;), se tomó como base este modelo teórico para la intervención en una estudiante universitaria, quien forma parte de una población de alta vulnerabilidad a los TCA (Ponce et al., 2017)

Con respecto al posible efecto del taller sobre la psicopatología alimentaria central se plantearon tres hipótesis, las cuales sugerían que la intervención psicoeducativa, basada en el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, sería eficaz para disminuir la psicopatología alimentaria al término del taller, después de una semana y después de un mes. Dichas hipótesis se establecieron a partir de la evidencia que ha demostrado la intervención CBT-E para el abordaje de la psicopatología alimentaria central tras el término de la intervención (Cooper et al., 2016; De Jong et al., 2020; Fairburn et al., 2015; Fairburn et al., 2019; Ohara et al., 2020; Poulsen et al., 2014;), como durante los seguimientos (Pelizzer et al., 2019), ya sea al mantener los cambios o, inclusive, al mostrar mejores resultados a lo largo del tiempo (Linardon et al., 2022; Trottier et al., 2022;), en pacientes con diferentes tipos de TCA.

Derivado de los resultados de este estudio es posible afirmar que la intervención fue eficaz, lo cual añade evidencia en favor de las hipótesis de investigación propuestas. La intervención psicoeducativa logró disminuir la psicopatología central al término del taller y los resultados se mantuvieron tras dos seguimientos: una semana y un mes posterior a la finalización.

El hallazgo principal de esta investigación, es decir, que una intervención basada en la CBT-E redujera la psicopatología central de los trastornos alimentarios en una estudiante universitaria, se puede explicar debido a que la CBT-E aborda dicha variable mediante la implementación de técnicas que, en conjunto, van dirigidas a que las personas modifiquen los comportamientos relacionados con la búsqueda de la delgadez que prevalece en la sociedad como sinónimo de belleza o admiración, a que tomen en cuenta su interacción en los diferentes contextos en los que se desenvuelven para constituir su valía personal, y a que desarrollen estrategias para manejar los factores de riesgo o de mantenimiento de dicha psicopatología.

Antes de comenzar la intervención, *Kineri* manifestó que constantemente realizaba comportamientos de evitación hacia su cuerpo y su apariencia, por ejemplo, no utilizaba espejos para corroborar sus atuendos previos a salir de casa (lo que, posteriormente, le provocaba una sensación de gordura e IC tras verse en el reflejo de vidrios de autos al salir de casa). Además, ocultaba su cuerpo con ropa holgada, evitaba comprar ropa y restringía el uso de prendas como vestidos, faldas y escotes; la frecuencia de estas conductas se incrementaba tras recibir críticas por parte de su madre hacia su figura corporal. Aunado a esto, comparaba su figura con la de otras mujeres de su misma edad.

Tal y como lo señala el manual de CBT-E (Fairburn, 2008), en las primeras sesiones del taller, se buscó incrementar la motivación al cambio, evaluar la sintomatología principal y

diseñar un diagrama personalizado de ésta. Posteriormente, se brindó psicoeducación acerca del peso y se buscó establecer patrones con respecto a la conducta de pesarse y de alimentarse de forma sistematizada, lo cual pudo haber tenido un impacto en *Kineri* ya que, al inicio, ella presentaba hábitos de alimentación poco saludables (por ejemplo, ingesta de dos comidas diarias y ayuno prolongado) y falta de planificación en sus comidas. Además, *Kineri* evitaba conocer su peso y, tras estas técnicas, ella pudo sistematizar su plan de alimentación y modificar sus creencias con respecto al peso (por ejemplo, que el peso no necesariamente representa la mejor opción para evaluar la salud de una persona, o que no se recomienda realizar conclusiones sobre la valía personal con base en el peso).

La intervención mostró eficacia ya que la CBT-E va direccionada a los indicadores de sobrevaloración de figura, peso y forma de comer y los cuales *Kineri* presentaba. Los primeros módulos de la intervención estuvieron destinados a la psicopatología alimentaria central, en las que se incluyeron técnicas como el entrenamiento en espejos, en el que la participante aprende a usarlos, de forma práctica, con base en su utilidad y a detectar los múltiples sesgos que pueden originarse a partir de las diferencias entre diferentes tipos de espejos en función de su inclinación, su tamaño o la iluminación (lo cual propicia variaciones en la imagen corporal ); este entrenamiento incluye una práctica para comprobar estas diferencias. Esta técnica resultó importante para *Kineri*, ya que ella evitaba el uso de espejos porque le generaban incomodidad, sin embargo, tras este entrenamiento, la participante realizó un esfuerzo para adquirir un espejo y destinar su uso únicamente para la corroboración de un atuendo adecuado, limpieza o maquillaje, lo cual ayudó a disminuir la evitación corporal y los sesgos con respecto a su figura.

Dentro del abordaje de la psicopatología alimentaria central, Fairburn (2008) ha sugerido poner especial atención a los diferentes tipos de *chequeo corporal* (medición

corporal o escrutinio), a la evitación del cuerpo (rechazo a tocar o mirar el propio cuerpo) y *sensación de gordura* (a la que definió como una sensación que no debe equipararse con ser gorda y que aparece como resultado de la etiqueta errónea de ciertas emociones y experiencias corporales). En cuanto al chequeo corporal y la evitación corporal, a *Kineri* se le enseñaron los tipos de chequeo corporal y sus consecuencias, el incremento de tolerancia al malestar, además se realizó una técnica de escrutinio y se realizó una psicoeducación acerca del uso de espejos y rutina de pesaje. Mientras que, para la sensación de gordura, se habló de los tipos de cuerpos, también se educó acerca de los factores de vulnerabilidad que ocasiona dicha sensación y se realizó un entrenamiento en la correcta identificación del origen de esta sensación.

El módulo de psicopatología alimentaria central también incluye el llamado entrenamiento en comparación, donde se ofrece psicoeducación acerca de la influencia de los medios en la interiorización del cuerpo ideal, estereotipos y estándares de belleza así, y de cómo se pueden realizar comparaciones injustas y sesgadas (por ejemplo, con personas famosas de los medios o con personas socialmente atractivas), que regularmente propician que la persona desarrolle mayores niveles de malestar hacia su cuerpo y opiniones negativas hacia ella misma. Las técnicas para manejar las comparaciones sesgadas ayudaron a la participante a identificar que la comparación no tiene sentido y que el escrutinio hacia cualquier parte del cuerpo magnifica sus características.

Posteriormente, tal y como lo señalan tanto la teoría del transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, como el protocolo de la CBT-E, era necesario abordar los mecanismos de mantenimiento. Fue por tal motivo que se implementaron sesiones dirigidas a que *Kineri* pudiera desarrollar habilidades para hacer frente a los posibles obstáculos al cambio. Para ello, la CBT-E, en el caso del perfeccionismo, busca disminuir estándares

altamente exigentes y aumentar la autoevaluación en otros aspectos de la vida, se dio una breve introducción acerca de la relación entre la sobrevaloración de los estándares y la psicopatología alimentaria central; además, se realizó una breve actividad para mostrar algunas distorsiones cognitivas derivadas de la búsqueda de este cuerpo ideal, establecimiento de estándares exigentes y sobrevaloración de logros. Esto pudo haber implicado que *Kineri* estableciera metas más realistas y contemplara otros dominios para su valía, y no exclusivamente hacia la figura y peso.

Otro de los mecanismos de mantenimiento abordados en la intervención fue la autoestima. En este módulo se busca que la participante disminuya la autocrítica y aprenda a no evaluar o fundamentar su autoestima en su imagen corporal y la forma de controlar su alimentación, por lo que se realizaron ejercicios encaminados a favorecer su valía personal y su autoconcepto, por ejemplo, el desarrollo de autoverbalizaciones compasivas. Gracias al abordaje de estas técnicas, *Kineri* aprendió a ser más realista en cuanto a la autocrítica y autoevaluación en relación con su cuerpo y la comparación hacia otras mujeres.

El mecanismo de mantenimiento más importante para la participante fue la intolerancia a los estados de ánimo, debido a que presentaba dificultades para reconocer, aceptar y afrontar adecuadamente sus emociones, lo que le ocasionaba malestar emocional y conductas desadaptativas como invalidación emocional, descuido físico (higiene, vestimenta y atención a su salud), y aislamiento. Es por ello que, además de trabajar con la intolerancia a los estados de ánimo, también se decidió abordar el autocuidado, con el propósito de que *Kineri* reconociera la responsabilidad de su bienestar y tomara acciones para promover y mantener su salud mental, física y emocional de modo que validara sus emociones y respondiera a sus necesidades. Se brindó psicoeducación acerca de las consecuencias de la evitación, técnicas encaminadas a la regulación emocional basadas en el modelo de procesos

de Gross (2014), y una actividad donde *Kineri* aprendió los tipos de autocuidado y opciones para incluir en su planificación semanal. Una vez abordadas estas técnicas, la participante mencionó que las habilidades aprendidas le fueron funcionales para regular y buscar solución a su malestar (por ejemplo, modificación de la situación, despliegue atencional y cambio cognitivo), además, el incorporar nuevas actividades encaminadas al autocuidado en su rutina le permitió aprender reconocer sus necesidades, incrementar su autoconcepto y realizar cambios en su organización y planeación semanal donde además de incluir descansos y actividades placenteras como escuchar música, bailar, confección de prendas de su armario, jugar con su perro, chatear, platicar y salir con sus amigos, también destinó un espacio para identificar sus necesidades, escribir un diario, llevar una agenda y expresar sus emociones.

Adicionalmente, al paso de las sesiones, se observó que *Kineri* tenía problemáticas interpersonales. En esta misma línea, en el estudio de Bermúdez (2023), en población de mujeres jóvenes mexicanas, se encontró que los problemas interpersonales no mantuvieron relación con la psicopatología alimentaria central. Fue por ello que en la formulación inicial del taller no se incluyó dicha variable, de acuerdo con el principio de parsimonia científica. Sin embargo, casi al final de las sesiones, se observó que *Kineri* presentaba dificultades para comunicarse de manera asertiva con su madre, de tal forma que ella sobrepasaba sus límites y constantemente tenían discusiones derivadas de comentarios hacia su cuerpo, vestimenta y estudios. Al final del taller, sí se brindó psicoeducación sobre comunicación asertiva y se entrenó una técnica para establecer límites y manifestar inconformidad hacia los comentarios de su mamá. Sin embargo, la eficacia de esta técnica no se tomó en cuenta en la medición del taller, pues se trabajó después de la última medición. Esto se deberá retomar para siguientes replicas por lo que se sugiere evaluar el efecto de dicho mecanismo de mantenimiento sobre la disminución de la psicopatología central e IC.

Los resultados de este estudio, en cuanto a la eficacia de la CBT-E, son congruentes con la literatura de investigación en diferentes países, por ejemplo, Reino Unido (Cooper et al., 2016; Fairburn et al., 2009, Fairburn et al., 2015; Poulsen et al., 2014; Tatham et al. (2020), Estados Unidos (Paterson et al., 2020; Trottier et al., 2022), Países Bajos (De Jong et al., 2020; Ter Huurne et al., 2015;), Nueva Zelanda (McIntosh et al., 2016; Pelizzer et al., 2014), Australia (Linardon et al., 2022; Pelizzer et al., 2014;) y Japón (Ohara et al., 2020). Sin embargo, en México aún no existían estudios que evaluaran la eficacia de este tratamiento.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en el 2017 mencionó que la terapia cognitivo-conductual es el enfoque psicoterapéutico más eficaz para los pacientes con TCA que no tienen un bajo peso. Es por ello por lo que resulta prometedor poder realizar estudios que evalúen la eficacia en población mexicana y desarrollar la línea de investigación para intervención preventiva de los TCA en un número reducido de sesiones. Por lo tanto, este estudio abre una oportunidad potencial para continuar la evaluación de la CBT-E en población mexicana para reducir la vulnerabilidad a los TCA, ofrecer intervención preventiva basada en evidencia, reducir costos y tiempos de intervención (a largo plazo) (Byrne et al., 2011; Pellizer et al., 2019a; Pellizer et al. 2019b; Turner et al., 2015; Waller 2018); por supuesto, abordar la población universitaria puede resultar importante para lograr esta meta (Harrer et al., 2020) ya que, dicha población es vulnerable a distintos factores de riesgo como: edad, estar expuesto a medios de comunicación, influencia de pares, internalización del cuerpo ideal delgado, insatisfacción corporal, entre otros. (Escolar et al., 2017; Orrero y García, 2019; Ponce et al., 2017; Pertas 2020; Peter et al., 2021; Soro et al., 2015;)

Respecto a la IC, de igual forma se propusieron tres hipótesis que se plantearon debido al carácter transdiagnóstico de la CBT-E, pues la IC se define como una evaluación

negativa que tiene una persona sobre el tamaño y la forma de su figura corporal (Paredes et al., 2019). La IC se ha conceptualizado como un factor predictor de los TCA (Franco et al., 2019; Behar, Vargas y Cabrera, 2011; Gómez et al., 2022; Goldschmidt et al., 2012; Kong y Harris 2015; Stice et al., 2011), además de producir un desajuste entre la imagen que tiene una persona hacia su figura y peso y, el cuerpo percibido como ideal (Kong y Harris 2015), estar asociada con el deseo de ser delgado (Hargreaves y Tiggemann, 2003; Stice y Shaw, 2002), con conductas de dieta restrictiva (Stice et al., 2011) y patrones de alimentación desordenados (Shroff y Thompson, 2006; Stice y Shaw 2010; Stice et al., 2011).

Si bien, la IC no es un trastorno alimentario y la CBT-E no se desarrolló explícitamente para su abordaje, desde la perspectiva dimensional se entiende que la IC forma parte del amplio espectro de la psicopatología alimentaria. De hecho, en estudios con mujeres de población mexicana (Mendoza-Flores, 2023; Contreras-Valdez et al., 2022) se ha encontrado una correlación elevada ( $r = .77$ ) entre la IC (medida con el BSQ) y los puntajes obtenidos en el EDE-Q, por lo que esto sugiere cuestionar la medición de estos constructos; o bien, si la IC es verdaderamente un factor predictor o forma parte ya de la psicopatología alimentaria central. Por lo anterior, la hipótesis de que el taller psicoeducativo también impactaría en la IC resultaba válida.

Los indicadores de IC en *Kineri*, al inicio del taller, se observaban en comportamientos como escrutinio, evitación corporal, sentimiento de gordura y comparaciones sesgadas. Se puede concluir que las técnicas de entrenamiento en el uso de espejos, establecimiento de patrones saludables de pesaje, entrenamiento en comparación, fortalecimiento de la autoestima, identificación y modificación de pensamientos perfeccionistas y tolerancia a los estados de ánimo, pueden haber influido en la disminución de la IC.

Por un lado, el uso inadecuado de los espejos (usarlos excesivamente o evitarlos por completo), aumenta el escrutinio e intensifica el chequeo corporal, lo que incrementaría un impacto en la IC. El entrenamiento en el uso de los espejos disminuye la IC, ya que ayuda a comprender que los espejos no proporcionan una única imagen real de la figura, y permite consolidar una imagen corporal de forma integral y más adaptativa.

Por su parte, si se interioriza la imagen del cuerpo ideal que constantemente se presenta en los medios, la preocupación por el peso incrementa, lo cual puede conducir a la persona a pesarse de forma constante y sesgada, o bien a evitar el pesaje, incrementando su IC. El entrenamiento en la conducta de pesarse busca establecer pautas para que el pesaje no sea sesgado ni excesivo, mostrar las fluctuaciones del peso corporal a lo largo del día y ayudar a privilegiar la salud por encima de la estética en cualquier programa de control de peso. Contar con estas técnicas pudo haber influido en la disminución de la IC en *Kineri*. Aunado a esto, el entrenamiento en comparación resultó importante para aminorar los indicadores de IC, ya que el objetivo es disminuir los pensamientos negativos que se tienen hacia la figura corporal en relación con los estereotipos, además de aumentar la tolerancia al malestar y ayudar a comprender que la comparación en muchas ocasiones suele ser injusta, selectiva y no produce resultados en beneficio de la persona.

Las técnicas abordadas en perfeccionismo y autoestima podrían haber aumentado las áreas de autoevaluación ya que reducen la autocrítica y ayudan a favorecer la valía personal con base en las diferentes áreas de la vida en las que una persona interactúa, lo que a su vez, disminuye la sobrevaloración otorgada a la figura corporal y al peso impactando así en la IC. Por último, el entrenamiento en gestión emocional ayuda a desarrollar técnicas para la identificación y solución de problemas, lo que ayuda a su vez a disminuir la sensación de gordura que suele presentarse como una errónea forma de etiquetar emociones, malestar,

cansancio, hinchazón, digestión, etc; teniendo un impacto en el incremento en la identificación adecuada del malestar y disminuyendo la relación errónea con el peso y figura corporal.

Es por ello que, en conjunto, se puede concluir que dichas técnicas son las responsables en la disminución de la IC. Este resultado es congruente con el de De La Vega y Gómez (2012), Hilbert y Tuschen (2004) y Ter Huurne (2015), quienes observaron que la CBT-E, además de influir en la psicopatología alimentaria, autoestima, salud física, salud mental y funcionamiento social en universitarias, mujeres diagnosticadas con BED, BN y EDNOS, también redujo significativamente la IC.

### **Limitaciones y fortalezas**

Existen varias limitantes referentes a la generalización de los resultados, pues al faltar un número mayor de participantes no se puede tener la seguridad de que estos resultados se observarían en otros casos, sobre todo cuando la selección de la participante fue intencional. Ya que la participante cuenta con características psicológicas únicas, existen diversos factores contextuales, antecedentes y características individuales que no pueden ser controlados. Por tal motivo, se sugiere replicar la intervención con participantes de diversas poblaciones que permitan añadir evidencia acerca de su validez externa además, sería importante replicar en grupos para poder realizar análisis estadísticos de mayor alcance.

Como se ha mencionado, al inicio del taller no se identificaron problemáticas interpersonales y, en parsimonia científica de los estudios realizados en la ZMVM por Bermúdez (2023) y Solis-Elizarras (2023) donde se encontró que no había relación entre los problemas interpersonales y la psicopatología central, en el diseño de la intervención se consideró que no existía evidencia para incluir dicho mecanismo de mantenimiento propuesto

por Fairburn et al. (2003). Sin embargo, en el transcurso de la intervención se identificó que este mecanismo podría fungir como un posible obstáculo para el cambio ya que *Kineri* presentaba dificultades para comunicarse de manera asertiva y ponerle límites su madre, por ello, se propuso dedicar la última sesión a este mecanismo de mantenimiento mismo en el que no se evaluó el posible efecto. Es aquí donde podemos encontrar otra limitación del estudio. En estudios posteriores, se sugiere implementar una sesión destinada a las dificultades interpersonales y medir el efecto de las técnicas implementadas.

Adicionalmente, las evaluaciones de seguimiento a una semana y un mes no brindan una garantía de que la intervención sea efectiva a largo plazo. Se sugiere solventar esta limitación en estudios posteriores al realizar más evaluaciones en un periodo más amplio.

Asimismo, es necesario señalar que, el haber elegido el enfoque psicoeducativo también constituye una limitación, pues el abordaje psicoterapéutico de la psicopatología alimentaria debe incluir más actividades para casa y un seguimiento específico de elementos que requieren mayor control, por ejemplo, el registro de patrones de alimentación o el pesaje. Además, es de suma importancia considerar el trabajo multidisciplinario con los profesionales de la medicina y de la nutrición. En estudios posteriores se sugiere incluir también estos elementos.

Como fortalezas, se observa que este estudio contó con diversas evaluaciones cualitativas y cuantitativas, donde se incluyeron instrumentos psicométricos y preguntas abiertas (diseñadas específicamente para este estudio). El uso de diferentes métodos de medición ofrece puntos de referencia más contundentes para hacer interpretaciones sobre los resultados de la intervención, contrario a si se hubiera evaluado con una sola modalidad y en una única ocasión.

Haber incluido la variable IC también es una fortaleza. Por un lado, sirve como medida de control adicional a la medición del impacto del taller. Por otro lado, abona evidencia acerca del carácter transdiagnóstico de la intervención, ya que la IC se ha conceptualizado como un predictor de los TCA y forma parte del espectro de la psicopatología alimentaria (Paredes et al., 2019).

Adicionalmente, contar con un porcentaje sobre la fidelidad del tratamiento por parte de un psicólogo entrenado garantiza que la intervención fue realizada tal como se estableció inicialmente, brindando las habilidades de manera establecida y adecuada, tanto en contenido teórico, como en la forma presentada cronológicamente durante 10 sesiones. Derivado de ello, gracias a que la evaluación por parte de un psicólogo entrenado fue de manera presencial y en un lugar reservado para la intervención, se logró observar cada sesión sin interrupciones, ayudando así a garantizar que dicha evaluación fuera certera. Aunado a esto, ya que fue un psicólogo con amplia experiencia en la supervisión *in situ* de talleres psicoeducativos quien realizó la evaluación, se cuenta con la fortaleza de haber recibido una crítica adecuada y acorde con las hipótesis de la intervención implementada; lo cual se tradujo en beneficios para la participante.

## **Conclusiones**

La publicación de esta tesis abre la puerta a un mayor número de investigaciones sobre intervenciones direccionadas a la prevención de las diferentes manifestaciones de la psicopatología alimentaria en estudiantes universitarias, debido a que se encuentran en un periodo crítico e importante para abordar y reducir la vulnerabilidad a desarrollar un TCA (Datta et al., 2021; Harrer et al. 2020). Si bien la CBT-E fue planteada por Fairburn et al. en el 2003 y se ha evaluado la eficacia por diferentes autores en Estados Unidos, Australia, Japón y diferentes países de Europa, desde su publicación hasta la actualidad, la

implementación de la CBT-E para brindar una solución basada en evidencia a esta problemática es un tema poco abordado en Latinoamérica. Aunado a esto, a pesar de que las estudiantes universitarias forman parte de una población vulnerable, muchas de las investigaciones están centradas en personas que cuentan con un diagnóstico formal de algún TCA de acuerdo con las clasificaciones del DSM o la CIE. No obstante, cada vez adquiere mayor relevancia dirigir los esfuerzos terapéuticos a poblaciones vulnerables cuyos síntomas no siempre rebasan los umbrales tradicionales, pero que presentan disfunciones importantes en su calidad de vida.

Los trastornos alimentarios están asociados a posibles complicaciones médicas, deterioro social, bajo rendimiento escolar, problemas emocionales y disminución de la calidad de vida; por lo tanto, resulta indispensable prevenir su ocurrencia. Es necesario que clínicos e investigadores dirijan también su atención a la población de estudiantes universitarios cuando se habla de trastornos alimentarios, tomando en cuenta la eficacia de intervenciones de corta primera línea como esta, y basadas en evidencia. Por tratarse de una intervención individualizada, que toma en cuenta los factores predictores o de mantenimiento que obstaculizan el cambio, la CBT-E parece ser una alternativa para disminuir la psicopatología alimentaria central y la IC de la población de mujeres universitarias.

## Referencias

Agras W. S. (2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 169–179.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>

Álvarez, A., Hernández, V., Herrera, J., & Sánchez, M. (2016). Vista de Dificultades interpersonales y sustancias psicoactivas en adolescentes / Interpersonal difficulties and psychoactive substances in adolescents. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. Retrieved March 1, 2022. <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/33/137>

American Psychiatric Association, A. P. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arija-Val, Victoria, Santi-Cano, María José, Novalbos-Ruiz, José Pedro, Canals, Josefa, & Rodríguez-Martín, Amelia. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15. Epub 31 de octubre de 2022. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>

Atwood, M. E., & Friedman, A. (2019). A Systematic review of Enhanced Cognitive Behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>

Auerbach, R., Alonso, J., Axinn, W., Cuijpers, P., Ebert, D., Green, J., Bruffaerts, R. (2016). Trastornos mentales entre estudiantes universitarios en las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. *Medicina Psicológica*, 46 (14), 2955-2970. doi:10.1017/S0033291716001665

Bautista-Jacobo, A., González Lomelí, D., González Valencia, D. G., & Vazquez Bautista, M. A. (2023). Trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad en estudiantes durante la pandemia por COVID-19: Un estudio transversal. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 43(2). <https://doi.org/10.12873/432bautista>

Behar A. R., Vargas F. C. & Cabrera, V. E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(1), 26-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100004>)

Benítez, A. M., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco, L., García-Herráiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(54), 124-143. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>

Berengüí, R., Castejón, M. Á., & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>

Bermúdez, P. M. (2023). Evaluación del modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios en adultos de población general. Tesis de (licenciatura) no publicada]

Berny Hernández, M. C., Rodríguez López, D., Cisneros Herrera, J., & Guzmán Díaz, G. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 7(14), 15-21. <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>

Byrne, M. E., Eichen, D. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2016). Perfectionism, emotion dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk for or with eating disorders. *Eating behaviors*, 23, 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.09.004>

Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>

Caballero Bragado, A. (2018). *Terapia individual o terapia grupal en TCA: qué papel tienen el perfeccionismo la autoestima y la alexitimia en dichos trastornos y cómo abordarlos.*

Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobes, J. A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos.* (Segunda ed.). Pirámide. 10.13140/2.1.5172.2244

Castelao-Naval, O., Blanco-Fernández, A., Meseguer-Barros, C. M., Thuissard-Vasallo, I. J., Cerdá, B., & Larrosa, M. (2019). Lifestyle and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Estilo de vida y riesgo de trastorno alimentario atípico en estudiantes universitarios: realidad versus percepción. Enfermería clínica (English Edition)*, 29(5), 280–290. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.03.002>

Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270-279. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31820a1838>

Chapa, D. A., Johnson, S. N., Richson, B. N., Bjorlie, K., Won, Y. Q., Nelson, S. V., & Perko, V. L. (2022). Psicopatología del trastorno alimentario en deportistas y no deportistas: un metaanálisis. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 55 (7), 861-885.

Claydon, E., & Zullig, K. J. (2020). Eating disorders and academic performance among college students. *Journal of American college health*, 68(3), 320–325.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1549556>

Contreras-Valdez, J. A., Freyre, M., & Mendoza-Flores, E. (2022). The eating disorder examination questionnaire for adults from the Mexican general population: Reliability and validity. *PLOS ONE*, 17(4), e0266507.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266507>

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198707\)6:4<485::aid-eat2260060405>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198707)6:4<485::aid-eat2260060405>3.0.co;2-o)

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning from Treatment Nonresponse. *Cognitive and behavioral practice*, 18(3), 394–402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>

Cueto-López, C. J., Díaz, F. I. G., & Paredes, K. F. (2022). Programas de prevención para trastornos alimentarios y factores asociados en México: una revisión sistemática/Prevention programs for eating disorders and associated factors in México: a systematic review. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 11(2), 231-245.

<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2021.2.732>

Cuevas Martínez, B. (2022). Morbi-mortalidad médica y utilización de recursos sanitarios no psiquiátricos en personas con un primer episodio de trastorno de la conducta alimentaria (TCA): Estudio longitudinal a 10 años.

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. (2019). Treatment Outcome Research of Enhanced Cognitive Behaviour therapy for eating disorders: A Systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eating Disorders*, 27(5), 482-502. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560240>

Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour research and therapy*, 73, 79–82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>

Dalle Grave, R., Conti, M., & Calugi, S. (2020). Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 53(9), 1428–1438. <https://doi.org/10.1002/eat.23337>

Dalle Grave, R., Sartirana, M., Sermattei, S., & Calugi, S. (2021). Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clinical therapeutics*, 43(1), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>

Datta, N., Bidopia, T., Datta, S., Mittal, G., Alphin, F., Herbert, B. M., Marsh, E. J., Fitzsimons, G. J., Strauman, T. J., & Zucker, N. L. (2021). Internal states and interoception along a spectrum of eating disorder symptomology. *Physiology & behavior*, 230, 113307. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113307>

Datta, N., Bidopia, T., Datta, S., Mittal, G., Alphin, F., Marsh, E. J., Fitzsimons, G. J., Strauman, T. J., & Zucker, N. L. (2020). Meal skipping and cognition along a spectrum of restrictive eating. *Eating behaviors*. *Elsevier*, 39, 101431. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101431>

De La Vega Morales, R. I., & Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y salud*, 22(2), 225-234.

<https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.547>

Devlin, M. M. & Zhu, A. J. (2001). Body imagen in the balance. *Journal of the American Association*, 286(17), 2159-2161

Echeberúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 65-74.

<https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.

Eisenberg, D., Golberstein, E. & Hunt, J. (2009). Mental Health and Academic Success in College. The B.E. *Journal of Economic Analysis & Policy*, 9(1).

<https://doi.org/10.2202/1935-1682.2191>

Ekstrad, A., & Villanueva, E. (2011, 01). Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders According to the Transdiagnostic View. *Acción Política*, 8(1), 21-33. Academic Search Ultimate. Retrieved 01 27, 2022, from

<https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=c7b1f020-5b79-41b9-9af9-f6485bff580e%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=58834071&db=asn>

Encinas, A. C. M., Merino, J., Graell-Berna, M., Villa-Asensi, J. R., Álvarez, T. J., Lacruz-Gascón, T., & García, A. M. (2021). Modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia.

*Psicología conductual*, 29(1), 51-72. <https://doi.org/10.51668/bp.8321103s>

Escolar-Llamazares, M. C., Martínez, M., M. Á., González, M. Y., Medina, M. B., Mercado Val, E., & Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 105-112. Recuperado en 06 de septiembre de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lng=es&tlng=es).

Evans, C., & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: derivation of shortened “alternate forms”. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 315–321. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199304\)13:3<315::aid-eat2260130310>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199304)13:3<315::aid-eat2260130310>3.0.co;2-3)

Fairburn, C., Beglin, S., Cooper, Z., Dalle, R., & Hawker, D. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. The Guilford Press.

Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment, *Behaviour Research and Therapy*. Elsevier, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Fairburn, C. (2013). *La superación de los atracones de comida*. (2da ed.). Paidós.

Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (2002). *Eating Disorders and obesity* (second ed.). The Guilford Press. New York London.

Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 70, 64-71.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE- Q 6.0). In Fairburn, C.G. (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309 – 313). Guilford Press

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16 (4), 363 – 370.  
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4%3c363::AID-EAT2260160405%3e3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4%3c363::AID-EAT2260160405%3e3.0.CO;2-)

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2002). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Elsevier. Behaviour research and therapy*. 10.1016 / S0005-7967 (02) 00088

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*. Pergamon. Elsevier, 41, 509-528.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Publications.

Fairburn, C.G., Cooper, D. P., Dip Psych, Z., Doll D Phil, H. A., O'Connor, M .E., Bohn D. P., Dip Psych, K., Hawker, D. M. & Palmer, RL (2009). Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica para pacientes con trastornos alimentarios: un ensayo en dos sitios con un seguimiento de 60 semanas. *Diario americano de psiquiatría*, 166 (3), 311-319.

Flors García, M. (2021). Nuevas Tecnologías en el Tratamientos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Revisión bibliográfica [Trabajo Fin de Máster]. Cataluña: Universitat de Oberta de Catalunya. Disponible en: <https://casmu.com.uy/wp->

content/uploads/2017/09/ Trastornos-alimentarios-Que-son-como-tratarlos-y-prevenirlos-2016-04.pdf

Forbush, K. T., Siew, C. S. Q., & Vitevitch, M. S. (2016). Application of network analysis to identify interactive systems of eating disorder psychopathology. *Psychological Medicine*, 46(12), 2667-2677.

Franco, P. K., Díaz, R. F. J., & Bautista-Díaz, M. L. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. (2019). *Archivos de Medicina*, 19.  
<https://www.redalyc.org/journal/2738/273860963010/273860963010.pdf>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Glazer, KB, Sonnevile, KR, Micali, N., Swanson, SA, Crosby, R., Horton, NJ, Eddy, KT & Field, AE (2019). El curso de los trastornos alimentarios que implican atracones y purgas entre las adolescentes: prevalencia, estabilidad y transiciones. *Revista de Salud Adolescente*, 64 (2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.023>

Goldberg, L., Ziv, A., Vardi, Y., Hadas, S., Zuabi, T., Yeshareem, L., Gur, T., Steinling, S., Scheuerman, O., & Levinsky, Y. (2022). The effect of COVID-19 pandemic on hospitalizations and disease characteristics of adolescents with anorexia nervosa. *European journal of pediatrics*, 181(4), 1767–1771. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04350-2>

Goldschmidt, A. B., Wall, M., Loth, K. A., Le Grange, D., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of

adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 86–92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.001>

Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Cao, L., Moessner, M., Forbush, K. T., Accurso, E. C., & Le Grange, D. (2018). Network analysis of pediatric eating disorder symptoms in a treatment-seeking, transdiagnostic sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 251–264. <https://doi.org/10.1037/abn0000327>

Gómez Candela, C., Pérez Rodrigo, C., & Campos Del Portillo, R. (2022). Resumen ejecutivo del documento de consenso para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN [Executive summary of the consensus document for the prevention of the eating disorders SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN]. *Nutrición hospitalaria*, 39(Spec No2), 3–7. <https://doi.org/10.20960/nh.04172>

González P. D., Cernuda J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnosis: origin and implications for mental health care. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>

Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Retrieved from <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2003). The effect of thin ideal television commercials on body dissatisfaction and schema activation during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(5), 367–373. Doi: 10.1023/a:1024974015581

Harrer, M., Adam, S. H., Messner, E. M., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Jacobi, C., Taylor, C. B., & Ebert, D. D. (2020). Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 53(6), 813–833. <https://doi.org/10.1002/eat.23224>

Herle, M., Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, D., Loos, R. & Micali, N. (2020). Un estudio longitudinal de los comportamientos alimentarios en la infancia y posteriores comportamientos y diagnósticos de trastornos alimentarios. *El Diario Británico de Psiquiatría*, 216 (2), 113-119. doi:10.1192/bjp.2019.174

Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J.A. & Freyre, M-Á. (2020). ¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 10(2). Doi: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.2.561>

Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1325–1339. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.001>

Irigaray, L. (2021). Trastornos de la alimentación. Sobrevaloración del peso y la imagen corporal. *Lucia Irigaray*. Retrieved 2022, from <https://luciairigaray.com/trastornos-de-la-alimentacion-sobrevaloracion-del-peso-y-la-imagen-corporal/>.

Keel, P. K., Crosby, R. D., Hildebrandt, T. B., Haedt-Matt, A. A., & Granvener, J. A. (2013). Evaluating new severity dimensions in the DSM-5 for bulimic syndromes using mixt modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 108-118. <https://doi.org/10.1002/eat.22050>

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

Klastrup, C., Frølich, J., & Winkler, L.A. (2019, 08 31). Percepción de hambre y saciedad en pacientes con anorexia nerviosa severa. comer trastorno de peso. *Food Science and Technology Abstracts*, 25(5), 9. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00769-7>

Kong, P., & Harris, L. M. (2014). El cuerpo deportivo: imagen corporal y sintomatología del trastorno alimentario entre atletas femeninas de deportes enfocados en la delgadez y no enfocados en la delgadez. *El Diario de Psicología*, 149(2), 141–160. doi:10.1080/00223980.2013.846291

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M. et al. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>

Laporta-Herrero, I., Delgado, M. P., Rebollar, S., & Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97-107.

Ledón Llanes, L., & Hernández Rodríguez, J. (2018, Editorial Ciencias Médicas). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 15. Directory of Open Access Journals. Retrieved 1 26, 2021, from <https://doaj.org/article/29e7a15d36094cfbbaa92499edea49f1>.

Le Grange, D., Eckhardt, S., Dalle Grave, R., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Keery, H., Lesser, J., & Martell, C. (2020). Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based

treatment for adolescents with an eating disorder: a non-randomized effectiveness trial.

*Psychological medicine*, 52(13), 1–11. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720004407>

Lema, T. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria y transdiagnóstico: revisión sistemática y propuesta de intervención. *Minerva*. Retrieved February 27, 2022, from [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/23066/2016\\_tfm\\_lemma\\_trastornos.pdf?sequence=1](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/23066/2016_tfm_lemma_trastornos.pdf?sequence=1).

Letchipía D. L. K., Pérez H. S. P. (2021) Validez y confiabilidad del eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q 6.0) en estudiantes universitarios de la zona metropolitana del valle de México. Universidad Nacional Autónoma de México

Levinson, C. A., Brosos, L. C., Vanzhula, I., Christian, C., Jones, P., Rodebaugh, T. L., Langer, J. K., White, E. K., Warren, C., Weeks, J. W., Menatti, A., Lim, M. H., & Fernandez, K. C. (2018). Social anxiety and eating disorder comorbidity and underlying vulnerabilities: Using network analysis to conceptualize comorbidity. *The International journal of eating disorders*, 51(7), 693–709. <https://doi.org/10.1002/eat.22890>

Lin, J. A., Hartman-Munick, S. M., Kells, M. R., Milliren, C. E., Slater, W. A., Woods, E. R., Forman, S. F., & Richmond, T. K. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Number of Adolescents/Young Adults Seeking Eating Disorder-Related Care. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(4), 660–663. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.019>

López, M. (2015). Perfeccionismo y riesgo de TCA en personas que realizan ejercicio físico para mejorar su imagen corporal: un estudio de caso control.

Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescent.

Mallorquí, N. (S/A). Las consecuencias del perfeccionismo. *Psicodex*. Retrieved March 1, 2022, from <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/noticias.cfm/ID/8842/ESP/las-consecuencias-perfeccionismo-.htm>.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.

Martínez-González, L., Fernandez, T., Molina, A. J., Ayan, C., Bueno, A., Capelo, R., et al. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934, <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33.

McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American journal of psychiatry*, 160(2), 248–254. <https://doi.org/10.1176/ajp.160.2.248>

Mendoza-Flores, E. (2023). Validez y confiabilidad del Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q 6.0) en adultos de población general de la zona metropolitana del valle de México. Departamento de tesis. <http://132.248.9.195/ptd2023/mayo/0838998/Index.html>

Montero, I., & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508. ISSN 1576-7329

Montero, S., San José de León, M., Marín, J., Alonso, B., Rodríguez, N. & Bernabeu, C. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Española de enfermería de salud mental*, 5, 5 - 14. DOI: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>

Moreno, A., Moraleda, J., Graell-Berna, M., Villa-Asensi, J. R., Álvarez, T., Lacruz-Gascón, T. & Sepúlveda, A. R. (2021). Modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Psicología conductual*, 29(1), 51-72. <https://doi.org/10.51668/bp.8321103s>

Narváez, R., Ordóñez, M. F. & Ochoa, O. (2013) Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer Año de Medicina. *Revista Vitae*. 47.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. *Un enfoque basado en problemas (1st ed.)*. Manual Moderno.

Ohara, C., Sekiguchi, A., Takakura, S., Endo, Y., Tamura, N., Kikuchi, H., Maruo, K., Sugawara, N., Hatano, K., Kawanishi, H., Funaba, M., Sugawara, A., Nohara, N., Kawai, K., Fukudo, S., Sudo, N., Cooper, Z., Yoshiuchi, K., & Ando, T. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for bulimia nervosa in Japan: a randomized controlled trial protocol. *BioPsychoSocial medicine*, 14, 2. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-0174-z>

Orrego Sanint, M., & García Galvis, P. (2019). La realidad distorsionada: propuesta de comunicación para concientizar sobre la influencia de los medios de comunicación y la publicidad en el desarrollo de trastornos alimenticios.

Organización Mundial de la Salud. (2019/2021). Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-11) <https://icd.who.int/browse11>.

Padrós-Blázquez, F., Pintor-Sánchez, B. E., Martínez-Medina, M. P. & Navarro-Contreras, G. (2022). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo en universitarios mexicanos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(1), 83-91. Epub 20 de junio de 2022. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.26.1.1487>

Papier, K., Ahmed, F., Lee, P., & Wiseman, J. (2015). Stress and dietary behaviour among first-year university students in Australia: sex differences. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 31(2), 324–330. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.08.004>

Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International journal of clinical and health psychology*, 11(2), 229-247.

Pérez Rodríguez, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología (1era ed.). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de psicología. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/1/T39643.pdf>

Peter, C., & Brosius, H. B. (2021). Die Rolle der Medien bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Essstörungen [The role of the media in the development, course, and management of eating disorders]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(1), 55–61. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03256-y>

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, *171*(1), 109–116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>

Preece, D.A., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., & Allan, A. (2018). Measuring emotion regulation ability across negative and positive emotions: The Perth Emotion Regulation Competency Inventory (PERCI). *Personality and Individual Differences*, *135*, 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.025>

Puertas, D. G. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista española de comunicación en salud*, *11*(2), 244-254.

Ramírez, D.M. Del P., Luna, J. F., & Velázquez R., D. D.. (2021). Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, *25*(2), 246-255. Epub 17 de enero de 2022. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1170>

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *The International journal of eating disorders*, *48*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>

Ruiz, N. S., Fernández, B. M., Ontoso, I. A., Guillén-Grima, F., Monzó, I. S., Armayor, N. C., De Mendoza Cantón, J. H., Stock, C., Kraemer, A., & Annan, J. D. (2015). [Analysis of body image perception of university students in navarra]. *PubMed*, *31*(5), 2269-2275. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.7418>

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). TRANSDIAGNÓSTICO: NUEVA FRONTERA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2012-17-3-6005/Documento.pdf>

Secretaria De Salud. (2023). 004. Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25% de adolescentes. gov.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes#:~:text=Se%20estima%20que%2C%20en%20M%C3%A9xico,Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20Infantil%20E2%80%9CJuan%20N.>

Secretaria de Salud (2023). 004. Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25% de adolescentes. <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes>

Segura-Serralta, M., Perpiñá, C., Císcar, S., Blasco, L., Espert, R., Romero-Escobar, C., Domínguez, J. R., & Oltra-Cucarella, J. (2019). Funciones ejecutivas y regulación emocional en obesidad y trastornos alimentarios. Executive functions and emotion regulation in obesity and eating disorders. *Nutrición hospitalaria*, 36(1), 167–172. <https://doi.org/10.20960/nh.2016>

Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3(1), 17–23. Doi: 10.1016/j.bodyim.2005.10.004

Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C., & Ward, W. (2018). The Effectiveness of Enhanced Cognitive Behavioural Therapy (CBT-E): A Naturalistic Study

within an Out-Patient Eating Disorder Service. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(1), 21–34. <https://doi.org/10.1011https://doi.org/10.5093/pi2018a177/S1352465817000352>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código Ético Del Psicólogo/ Ethical Code of Psychology: Normas De Conducta Resultados De Trabajo, Relaciones Establecidas (4th ed., Vol. 1). Editorial Trillas Sa De Cv.

[psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)

Solis-Elizarras, S. (2023). Evaluación del modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, en personas con psicopatología alimentaria elevada. [Tesis de (licenciatura) no publicada]

Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985–993. Doi: 10.1016/s0022-3999(02)00488-9

Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627. Doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009

Stice, E., Martí, C. N. & Durant, S. (2011). Factores de riesgo para la aparición de trastornos alimentarios: Evidencia de múltiples vías de riesgo de un estudio prospectivo de 8 años. *Investigación y terapia del comportamiento*, 49 (10), 622-627.

Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518–525. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x

Sundgot-Borgen, C., Sundgot-Borgen, J., Bratland-Sanda, S., Kolle, E., Torstveit, M. K., Svantorp-Tveiten, K. M. E., & Mathisen, T. F. (2021). Body appreciation and body appearance pressure in Norwegian university students comparing exercise science students and other students. *BMC public health*, 21(1), 532. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10550-0>

Swanson S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen J., Merikangas, K.R. (2011) Prevalence, and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 68(7):714-23.

Tatham, M., Hewitt, C. y Waller, G. (2020). Resultados de la terapia cognitivo-conductual breve y mejorada para adultos con trastornos alimentarios sin bajo peso: una comparación no aleatoria. *Revisión Europea de Trastornos de la Alimentación*, 28 (6), 701-708.

Ter Huurne, E. D., De Haan, H. A., Postel, M.G., Van der Palen, J., Van Der Nagel, J. E. L y De Jong, C. A. J. (2015). Terapia cognitiva conductual basada en la web para pacientes femeninas con trastornos alimentarios: ensayo controlado aleatorio. *Revista de investigación médica en Internet*, 17 (6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.3946>

Unikel-Santoncini, C., De León-Vázquez, C. D., Rivera-Márquez, J. A., Bojorquez, I., & Méndez-Ríos, E. (2019). Dissonance-based Program for Eating Disorders Prevention in Mexican University Students. *Psychosocial Intervention*, 28(1), 29-35.

Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. D. J., Trujillo, E. M., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación clínica*, 62(5), 424-432.

Valladolid, G. R., Rodríguez-Jiménez, R., Lahera, F. G. & Molina, M. J. D. (2023).

*Editorial Panamericana* Recuperado de:

[http://aula.campuspanamericana.com/\\_Cursos/Curso01417/Temario/Experto\\_U\\_Psiquiatria\\_AP/M3T13\\_Textos.pdf](http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_U_Psiquiatria_AP/M3T13_Textos.pdf)

Venegas, K. S., & González, M. T. (2020). Influencias sociales en un modelo de insatisfacción corporal, preocupación por el peso y malestar corporal en mujeres mexicanas. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 7–27. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.2>

Villalobos, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal.pdf. *Revista Alternativas en Psicología*. Retrieved March 1, 2022, from <https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>

Welch, E., Lagerström, M., & Ghaderi, A. (2012). Body shape questionnaire: psychometric properties of the short version (BSQ-8C) and norms from the general Swedish population. *Body Image*, 9(4), 547–550. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.04.009>

Wildes, J. E. & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: Three models and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 396-403. <https://doi.org/10.1002/eat.22091>

Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 44(3), 543–553. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001098>

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Consentimiento informado**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Ciudad de México, 30 de marzo de 2023**

Este estudio tiene como objetivo probar un taller psicoeducativo, en el cual se educará a la participante en factores de mantenimiento y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de analizar si tiene un efecto sobre los indicadores de psicopatología alimentaria. Se me brindará información acerca de cómo disminuir la preocupación por la figura corporal, por el peso y por la forma de comer, así como algunas técnicas para prevenir los trastornos alimentarios. La información recabada será publicada en un proyecto de titulación de tesis, asegurando el anonimato y confidencialidad de los datos personales de la participante.

La intervención estará a cargo de la Psic. Elenice Andrea Espinosa Páramo (tesista), bajo la supervisión del Dr. José Alfredo Contreras Valdez.

Con el único propósito de evaluar el desempeño de la tesista, Mariana Aidé Duarte Pérez (perteneciente a la Facultad de Psicología) asistirá a las sesiones para observar y calificar a la presente facilitadora.

Al aceptar participar en el taller, comprendo que:

- Mi participación es totalmente voluntaria y libre de coerción.
- Cuento con disponibilidad de tiempo para asistir los martes y jueves durante un mes y un mes posterior a la finalización del taller para una última sesión en un horario de 17:00 a 19:00 hrs a la Facultad de Psicología, UNAM.

Sesión 0 - Semana 1: Presentación

Sesión 1 - Semana 1: “La importancia de cambiar: alimentación y dietas”

Sesión 2 - Semana 2: “Un buen inicio - Imagen y chequeo corporal “

Sesión 3 - Semana 2: “¿Me comparo con otros?”

Sesión 4 - Semana 3: “Perfeccionismo clínico, en qué me afecta y qué relación tiene con mi autoestima”

Sesión 5 - Semana 3: “Regulación emocional”

Sesión 6 - Semana 4: “Prevención de recaídas”

Sesión 7 - 1 mes tras concluir el taller: “El cierre”

- Por tratarse de una tesis profesional de licenciatura, en dicho documento aparecerán por escrito algunos de mis datos: la edad, el sexo, el grado escolar y los resultados que se obtuvieron. Sin embargo, en la tesis se guardará mi anonimato (es decir, no se escribirá mi nombre ni alguna otra información específica que pudiere revelar mi identidad).
- Autorizó que la información recabada tras dicho taller se presente en congresos.
- Tengo derecho de preguntar acerca de este taller sobre cualquier cosa que yo desee en cualquier momento
- Acepto que en las sesiones se encuentre un estudiante ajeno al taller con fines de evaluar el desempeño de la pasante Elenice Andrea Espinosa Páramo y tras concluido el taller, evalúe dichas sesiones
- Al decidir participar o no en este estudio, no habrá repercusiones de ninguna clase hacia mi persona
- Tengo derecho de abandonar el taller en el momento que yo lo desee sin que exista ninguna clase de repercusión.
- El taller en todo momento estará apegado a principios éticos enmarcados en el código de ética profesional del Psicólogo Mexicano (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010. México: Trillas). Al escribir mi nombre y mi firma en este espacio, aceptó participar en el taller

**Los riesgos y beneficios del taller:**

<b>Riesgos</b>	<b>Beneficios</b>
----------------	-------------------

- Debido a la solicitud de datos personales (edad, sexo, lugar de residencia y datos de contacto), los participantes podrían sentir inseguridad al proporcionar dicha información. Es por ello que, se garantizará el cumplimiento de la confidencialidad y normas éticas dentro del estudio. Por lo tanto, dicha información será abordada en el consentimiento informado que deberán firmar al inicio del proyecto
- Al dirigir el taller hacia los principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, puede existir la posibilidad de la presencia de malestar emocional elevado o de alguna afección fisiológica importante, por lo que, en caso de que se identificarán dichos riesgos, se canalizará a la participante a alguna institución pertinente

- Los fines del taller están enfocados a disminuir la psicopatología alimentaria, así como mejorar la calidad de vida y potenciar hábitos saludables. Es por ello que se busca otorgar un beneficio a corto y a largo plazo en favor de la salud de las participantes de forma gratuita.
- Se desarrollarán habilidades para reducir los indicadores de psicopatología alimentaria.
- El contenido del taller está basado en las guías cognitivo-conductuales del enfoque transdiagnóstico, las cuales se han sometido a prueba experimental en diversos estudios a lo largo del mundo y han mostrado eficacia para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. Por tal motivo, es altamente probable que la intervención funcione para disminuir la preocupación excesiva por la imagen corporal, el peso y la forma de comer.

	<ul style="list-style-type: none"><li>● A todas las personas que solicitaron participar se les otorgará un directorio de los centros de atención psicológica que ofrece la UNAM, así como un video en el que recibirán información específica sobre prevención de los trastornos alimentarios.</li></ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

He leído el documento presente y se me ha explicado a detalle lo que conlleva formar parte de esta investigación, por lo cual al firmar este documento acepto formar parte del estudio, y doy autorización a la investigadora de utilizar mi información para este proyecto y congresos.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

---

Psic. Elenice Andrea Espinosa Páramo

(tesista)

---

Nombre y firma de la evaluadora

Datos de contacto: Elenice Andrea Espinosa Páramo [elenice\\_andrea@hotmail.com](mailto:elenice_andrea@hotmail.com)

## **Anexo 2**

### **Formulario de selección**

¡Estimada colega universitaria, me da mucho gusto saludarte! Mi nombre es Elenice Andrea Espinosa Páramo, soy pasante de la licenciatura en psicología. Estoy realizando mi tesis de licenciatura, en la que propongo investigar si un taller diseñado por mí funciona para disminuir la preocupación por el peso, la figura corporal y la forma de comer.

Serán 8 sesiones en total y se realizarán de forma presencial en la facultad de psicología de la UNAM, los días: jueves 30 de marzo, martes 11 de abril, jueves 13 de abril, martes 18 de abril, jueves 20 de abril, martes 25 de abril, jueves 27 de abril y jueves 27 de mayo del 2023.

El taller va dirigido a población de mujeres universitarias de entre 18 y 25 años. Por supuesto, el taller será gratuito y totalmente personalizado (es decir, las sesiones serán individuales).

Te comento que me gustaría mucho trabajar contigo en el taller. Sin embargo, como se trata de una investigación, es necesario que cumplas con ciertos criterios. Precisamente, las siguientes preguntas me ayudarán a saber si cumples con ellos. En caso de no cumplir con los criterios, de todas formas, te brindaré una lista de centros donde podrás solicitar atención psicológica a gratuitos o a bajo costo, así también, un video psicoeducativo sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente, te menciono que el hecho de que no llegaras a cumplir con los criterios para participar en el estudio, NO me permitiría hacer conclusiones sobre tu salud mental. Recuerda que se trata de una investigación y, como en toda investigación, es necesario acotar las variables

para poder controlar los efectos del tratamiento y llegar a conclusiones más precisas. Por lo que, te agradecería que contestarás las siguientes preguntas con total veracidad.

Acepto que mis datos sean utilizados de forma confidencial con propósito de selección:

Sí, acepto

No acepto (en caso de no aceptar, tu participación ha terminado)

Por favor responde con total sinceridad:

¿Tienes entre 18 y 25 años?

Sí

No (En este caso, tu participación habrá terminado)

¿Actualmente eres estudiante de una licenciatura o ingeniería en la Ciudad de México?

Sí

No (en caso de no pertenecer a una universidad ZMVM, tu participación ha terminado)

¿Cuentas con tiempo suficiente para asistir a la Facultad de Psicología los días martes y jueves en un horario de 17:00 a 19:00hrs en los días:

jueves 30 de marzo, martes 11 de abril, jueves 13 de abril, martes 18 de abril, jueves 20 de abril, martes 25 de abril, jueves 27 de abril y jueves 27 de mayo

Sí

No (En caso de no contar con tiempo suficiente para asistir a las sesiones, tu participación habrá terminado)

En los últimos 6 meses, ¿has estado bajo alguno de los siguientes tratamientos?

Psicológico (en caso de haber estado en tratamiento psicológico, tu participación ha terminado).

Psiquiátrico (en caso de haber estado bajo algún tratamiento, tu participación ha terminado)

Ninguno

¿Durante los últimos 6 meses, has recibido alguno de los siguientes diagnósticos por parte de algún psiquiatra: trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de abuso de sustancias, trastorno de personalidad (límite o borderline, ¿antisocial u otra) o esquizofrenia?

Sí, ¿cuál? (tu participación ha terminado en caso de haber recibido el diagnóstico (por parte de un psiquiatra) de trastorno alimentario, trastorno de abuso de sustancias, trastorno de personalidad o esquizofrenia.

No

¿Durante los últimos 6 meses, has tomado algún tratamiento recetado por algún psiquiatra?

Sí, ¿cuál? (en caso de estar haber estado bajo un tratamiento médico, tu participación ha terminado)

No

*Si la participante cumple con estos primeros filtros, pasará a responder el cuestionario EDE-Q y posteriormente a responder los siguientes datos.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Aceptas que te mandemos WhatsApp en caso de ser seleccionada?

Sí

No

Alcaldía o municipio donde vives: \_\_\_\_\_

¿Con qué pronombre debemos referirnos a ti?

Ella

Otro: \_\_\_\_\_

Te agradecemos por tu valioso tiempo y participación, en breve nos pondremos en contacto contigo si cumples con los requisitos del taller, te solicitamos estar al pendiente de tu correo electrónico y tu número de WhatsApp. A continuación, te podrás encontrar una lista de centros de atención psicológica y un video psicoeducativo acerca de los trastornos alimentarios:

*Tras concluida la participación en la plataforma survio, se presentará una lista de centros de atención psicológica y un video psicoeducativo de los trastornos alimentarios.*

*En caso de encontrarse en el rango percentil 50-75, se contactará a la participante.*

### **Anexo 3. Preguntas de evaluación al taller “Sobrevaloración de la figura corporal, peso y forma de comer”**

Instrucciones: Lee cuidadosamente las siguientes preguntas, respóndelas con sinceridad. Esto nos ayudará a seguir evaluando el taller “Sobrevaloración de la figura corporal, peso y forma de comer”

1. ¿Consideras que este taller te ayudó a disminuir la preocupación excesiva por el peso, por la figura y por la comida? Sí, no y ¿por qué?
2. ¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales para tu vida cotidiana? Si, no y ¿por qué?
3. ¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales en un futuro? Si, no y ¿por qué?
4. ¿Qué te hubiera gustado que fuera diferente del taller?
5. ¿Qué fue lo que más te gustó del taller?

#### Anexo 4. Evaluaciones a la facilitadora

##### Evaluación a la facilitadora (Fidelidad al tratamiento - entrevista - sesiones)

##### Rúbrica para evaluar a la facilitadora a lo largo de las sesiones de intervención

Nombre de quién evalúa: \_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marca con una X la calificación otorgada a la facilitadora

##### Conocimientos, habilidades y elementos paralingüísticos de la facilitadora

Conducta	Deficiente	Muy poco adecuado	Poco adecuado	Moderado	Adecuado	Muy adecuado	Excelente
Se apegó al motivo de la sesión	1	2	3	4	5	6	7
Dio la bienvenida a la participante	1	2	3	4	5	6	7
Estableció el <i>rapport</i>	1	2	3	4	5	6	7

Realizó preguntas de forma respetuosa y empática	1	2	3	4	5	6	7
Respetó el orden de las actividades de la carta descriptiva	1	2	3	4	5	6	7
Empleó el tiempo designado en la carta descriptiva para las actividades	1	2	3	4	5	6	7
Logró que la participante comprendiera y se involucrara activamente en la entrevista o sesión	1	2	3	4	5	6	7
Aplicó los instrumentos psicométricos adecuadamente	1	2	3	4	5	6	7
Habló con un volumen adecuado	1	2	3	4	5	6	7
Su pronunciación fue clara	1	2	3	4	5	6	7
Empleó un vocabulario adecuado a la participante	1	2	3	4	5	6	7
Adoptó una postura corporal y contacto visual adecuados	1	2	3	4	5	6	7

Empleó el material propuesto para cada actividad	1	2	3	4	5	6	7
Mantuvo una actitud profesional en la sesión	1	2	3	4	5	6	7
Llevó a cabo la sesión en un ambiente adecuado, sin ruidos ni distracciones.	1	2	3	4	5	6	7
Realizó un cierre adecuado de la sesión.	1	2	3	4	5	6	7

## Anexo 5. Sesiones del taller psicoeducativo

### Sesión 1 “La importancia de cambiar: alimentación y dietas”

Objetivo: Devolución de resultados

Psicoeducación en los componentes de los trastornos de la conducta alimentaria

Describir en términos básicos las dietas

Sesión 1 “La importancia de cambiar: alimentación y dietas”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport.	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante.	Hacer una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.	Ninguno	5 minutos
Devolución de resultados.	Presentar a la participante la información recabada, así como discutirla en conjunto para asegurar que los datos obtenidos sean congruentes con su experiencia.	Devolver los resultados de los instrumentos aplicados y la información recabada en la entrevista inicial y conversar con la participante sobre tales resultados. Mostrar el diagrama personalizado de su psicopatología. Crear un mapa individualizado de factores de mantenimiento con ayuda de un mapa preestablecido (Fairburn y Beglin, 2008)	Ninguno	15 minutos
Psicoeducación en los TCA	Mostrar ventajas y desventajas de cambiar	Dar una psicoeducación breve en los trastornos de la conducta alimentaria y una psicoeducación acerca de la sobrevaloración de la figura, peso y forma de comer y sus consecuencias.	Presentación Canva	10 minutos
Módulo de dietas	Conocer la importancia	Con ayuda de un memorama y presentación Canva dar brevemente:	Memorama	30

	<p>y beneficios de un patrón de alimentación</p> <p>Combatir dieta estricta</p> <p>Establecer de patrón de alimentación regular</p>	<p>- Psicoeducación en dietas y consecuencias.</p> <p>- Psicoeducación en límites estrictos, comida ingerida y alimentos prohibidos</p> <p>Determinar si se realiza una dieta estricta mediante la ayuda del planteamiento de las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué como entre atracones?  ¿Estoy restringiendo lo que como? ¿trato de seguir un objetivo dietético específico?  ¿Procuro no comer durante largos períodos de tiempo?  ¿Intento limitar la cantidad total de comida ingerida, permaneciendo por debajo de un límite calórico previamente definido?  ¿Estoy evitando algunos alimentos específicos?</li> <li>2. ¿Cuáles son los desencadenantes de mis atracones?  ¿Los atracones surgen si infrinjo las reglas de mi dieta?  ¿Ocurren si como más de lo que debería?  ¿Son el resultado de comer algún alimento prohibido?</li> </ol>		<p>minutos</p>
<p>Patrón de alimentación</p>	<p>Introducir a un patrón regular de alimentación</p> <p>Establecer un patrón de alimentación regular</p>	<p>Con ayuda de un memorama dar psicoeducación breve en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción del patrón alimentario e importancia/beneficios de los patrones de alimentación.</li> <li>- Retomar el plan inmediatamente tras una recaída</li> <li>- Establecer un objetivo: hacer tres comidas planificadas al día, además de dos o tres tentempiés igualmente planificados.</li> <li>- Establecer horarios aproximados con ayuda de un planificador semanal.</li> </ul> <p>Tener en cuenta cinco aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificación (máximo 3 o 4 hrs. entre cada alimento)</li> <li>2. Asegurar tener comidas principales y tentempiés</li> <li>3. No importa el alimento consumido, siempre y cuando no se vomite o recurra a laxantes o diuréticos</li> <li>4. Esfuerzo para seguir la planificación y no picar entre comidas</li> <li>5. Flexibilidad</li> </ol>	<p>Memorama</p> <p>Planificador semanal</p> <p>Tabla de barreras al cambio</p>	<p>25 minutos</p>

		Tras encontrar cada par de el memorama, se deberá colocar emoticonos en un planificador las conductas que la participante tiene en una semana cotidiana. Tras concluido el juego se deberá mostrar un planificador con patrones saludables de alimentación y se verán pros y contra de cambiar. Identificar barreras al cambio y posibles soluciones mediante una tabla de “Barreras al cambio”		
Resumen Asignación de tareas Cierre	Realizar un resumen de sesión, resolver dudas y asignar de tareas	Realizar breve resumen de lo abordado en sesión. Dar un espacio para dudas Asignar tarea: planificación semanal e identificar/completar barreras al cambio Cierre y despedida: tema para la próxima sesión y recordar cita	Presentación Canva	5 minutos

## Sesión 2 “Un buen inicio - Imagen y chequeo corporal”

Objetivo: Preparación semanal

Abordar mecanismos de mantenimiento de los TCA

Sesión 2 “Un buen inicio - Imagen y chequeo corporal”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Dar breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión	Ninguno	5 minutos
Resumen de la sesión anterior	Abordar brevemente los mecanismos de	Realizar resumen de lo abordado en la sesión anterior. Revisar de tareas asignadas.	Ninguno	10 minutos

	mantenimiento de los TCA y las barreras al cambio			
¿Sano o no sano?	Conocer la importancia de establecer un patrón de peso y otras formas de determinar si una persona esta saludable	<p>Iniciar con una breve dinámica donde se debe presentar 5 ejemplos de personas con peso y talla, la participante deberá decidir si dicho peso es sano o no sano. Una vez que la participante decida dónde colocar dicha figura, se hablara del contexto de cada persona.</p> <p>Dar psicoeducación respecto a peso.</p>	Presentación Canva	20 minutos
Módulo de imagen corporal y logros - Gráfica de pastel	Establecer cambios en la obsesión por la apariencia corporal	<p>Dar psicoeducación respecto a la noción de autoevaluación e identificar el esquema de autoevaluación y posteriormente se desarrollará un plan para abordar las expresiones de la sobrevaloración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar obsesión por el peso y la apariencia: describir ámbitos importantes de vida y grado de importancia mediante gráficos circulares. Seguir los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enumerar las cosas importantes relacionadas con cómo se evalúa como persona</li> <li>2. Clasificar los ítems de la lista en función de importancia</li> <li>3. Dibujar el gráfico circular</li> <li>4. Repasar el gráfico y corregir en caso de ser necesario</li> <li>5. Examinar el gráfico y pensar en sus implicaciones</li> </ol> </li> <li>- Aumentar la importancia de otros ámbitos de vida: Identificar nuevas actividades potenciales, identificar actividades a realizar la semana en curso, compromiso por realizar las actividades descritas de forma regular: explicar la importancia de nuevos dominios de autoevaluación, acordar con la participante realizar dos de las actividades a intentar, asegurar la participación en estas actividades y revisar el progreso.</li> </ul> <p>Identificar tres problemas principales de una sobrevaloración de la forma y peso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riesgos de tener una “rebanada” dominante.</li> <li>2. Juzgarse en gran medida con base en la apariencia sólo puede controlarse en</li> </ol>	Presentación Canva	30 minutos

		<p>un grado limitado.</p> <p>3. Dar gran énfasis a una sobrevaloración en peso y forma mantiene el problema alimentario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar nuevos dominios de autoevaluación</li> <li>- Reducir la importancia asignada a la forma y peso</li> </ul>		
Chequeo corporal	Proporcionar información sobre el chequeo corporal, evitación y consecuencias	<p>Dar psicoeducación en obsesión por la apariencia corporal y espejos</p> <p>Enfatizar en las repetidas e inusuales formas de chequeo corporal en el TCA y como se mantiene la insatisfacción con la apariencia.</p> <p>Proporcionar información acerca de la evitación del cuerpo y el desagrado hacia la observación de los demás, las preocupaciones y temores sobre la forma y apariencia. Así también se deberá abordar en los aspectos de la apariencia que disgustan y como el chequeo corporal se concentra en ello.</p> <p>Identificar tipo de chequeo, así como práctica (chequeo corporal o evitación) y solicitar el registro de veces de chequeo corporal.</p> <p>Abordar formas inusuales de chequeo corporal como medidas y fotografías. Detener las formas inusuales de chequeo. Identificar que se busca obtener en los chequeos: ¿Qué se trata de averiguar? ¿Checarse de esa manera proporciona la información buscada? ¿Estos chequeos tienen efectos adversos?</p> <p>Brindar información acerca del chequeo con espejos y como estos proporcionan información engañosa a pesar de su alta credibilidad y como esto es un importante factor de mantenimiento de insatisfacción corporal, de igual forma se abordarán la forma en la que centrarse en los defectos aparentes son el centro de atención en los chequeos.</p> <p>Brindar información acerca de la utilidad de los espejos y las pautas para utilizar los espejos y restringir uso.</p>	Espejo	30 minutos
Resumen de	Realizar un resumen y	Realizar un resumen de sesión	Presentación	10

sesión	asignar tareas	Asignar de tareas	Canva	minutos
Cierre	Dar una breve conclusión y despedida a la participante en la sesión	Dar breve conversación con la participante para indicar que concluyó la sesión y asignar tareas. Despedida	Ninguno	5 minutos

### Sesión 3 “¿Me comparo con otros?”

Objetivo: Preparación semanal

Abordar mecanismos de mantenimiento de los TCA

Sesión 3 “¿Me comparo con otros?”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Dar breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión.	Ninguno	5 minutos
Resumen de sesión anterior	Realizar un resumen de la sesión anterior y revisar las tareas asignadas	Realizar breve resumen de lo visto en sesión anterior y comentar las tareas asignadas.	Presentación Canva	10 minutos
Interiorización de los medios en el cuerpo ideal	Dar psicoeducación acerca de la influencia de los medios en los	Dar una psicoeducación acerca de los medios y el cuerpo ideal estéticamente en mujeres y hombres - Delgadez	Presentación Canva	20 minutos

	estereotipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuerpo tonificado y musculoso</li> <li>- Filtros, arrugas, canas, edad, delgadez y juventud</li> </ul> <p>Resaltar la cultura en los medios: auge de los gimnasios en series, películas, etc.</p> <p>Mostrar imágenes y videos acerca de los estereotipos de imagen corporal</p> <p>Encontrar el “cuerpo ideal” de la participante y como influyeron los medios</p>		
Continuación de módulo de chequeo corporal Comparación	<p>Establecer cambios en la obsesión por la apariencia corporal</p> <p>Dar psicoeducación en comparación con otros</p> <p>Ayudar a la participante a acostumbrarse a la vista y sensación de su cuerpo</p> <p>Aprender a hacer comparaciones justas con los demás</p>	<p>Dar psicoeducación acerca de la comparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparación de uno mismo con otras personas. Identificar de cómo la comparación puede llegar a conclusiones de un cuerpo no atractivo en relación con los demás</li> <li>- Escrutinio y atención selectiva en partes del cuerpo que desagradan</li> <li>- Informar acerca de la magnificación en partes del cuerpo que disgustan y como se incrementa la insatisfacción general con la forma del cuerpo percibida</li> <li>- Evitación</li> <li>- Elección de grupos de personas delgadas y atractivas y subgrupos no representativos de la población para la comparación (modelos, actrices y celebridades)</li> <li>- Ayudar a la identificación de cuándo y cómo hace las comparaciones, sesgos en la comparación con personas elegidas y la forma de evaluar el cuerpo: imposibilidad de obtener el cuerpo de alguien más – relación de lo observado en espejos y observado en otras personas.</li> </ul> <p>Actividad 1- Escrutinio de forma corporal de otras personas: Elegir una persona de internet que le parezca atractiva y sea del mismo género y edad. Realizar un escrutinio del cuerpo con enfoque en las partes por las cuales la participante se pone sensible. Llegar a la conclusión de que las personas atractivas tienen imperfecciones que se evidencian tras un escrutinio.</p>	Presentación Canva	40 minutos

		<p>Actividad 2: Comparación justa</p> <p>Elegir cada tercera persona (de género y edad) que pase por una calle concurrida y realizar una comparación. Se tendrá que buscará tomar consciencia de que los chequeos y comparaciones arrojan información engañosa acerca del propio cuerpo y el de los demás.</p>		
Sentirse ´gorda´	Identificar patrón y/o eventos donde se da la sensación de ´gordura´	<p>Juego ´Yo nunca, nunca´: para abordar la evitación corporal e identificación y reflexionar las situaciones donde se presenta.</p> <p>Este juego consiste en tomar un emoticono de la mesa cada que se realice alguna de las frases mencionadas, al finalizar el juego, se deberá contar los emoticonos adquiridos y se reflexionará.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir la importancia del peso y de la apariencia: abordando examen de apariencia, evitación de la propia imagen y sensación de obesidad.</li> </ul> <p>Identificar experiencias y conductas importantes, así como momentos donde se experimenta una examinación de apariencia física, consciencia corporal, inspecciones corporales, comparación con otros, evitación corporal y sentimientos de sensación “gorda”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar acerca de que el hecho de sentirse gorda es resultado de una incorrecta forma de etiquetar emociones y experiencias corporales. El sentimiento de gordura no es igual al hecho de estar gorda si no enmascara emociones y sentimientos</li> <li>- Realizar un registro de sentimiento de ´gordura. Abordar también: ¿Qué ocurrió en la última hora que pudo haber desencadenado este sentimiento? ¿Qué otra cosa estoy sintiendo ahora?</li> <li>- Identificar de eventos de vulnerabilidad frente al sentimiento de ´gordura´: cansancio, aburrimiento, aislamiento, sensación de llenado, hinchazón, sudor, ropa apretada, etc.</li> </ul>	Presentación Canva	25 minutos
Resumen de	Resumir lo abordado en	1. Identificar la sobrevaloración y sus consecuencias	Presentación	10

módulo de imagen corporal, chequeo corporal, comparación y sentirse 'gorda'	sesión 3 y 4 Recordar tareas	2. Desarrollar dominios autoevaluativos marginados 3. Abordar el chequeo corporal 4. Abordar la evitación del cuerpo 5. Abordar el hecho de "sentirse gorda/o"	Canva	minutos
Cierre	Dar cierre e indicar que concluyó la sesión	Dar breve cierre con la participante e indicar que concluyó la sesión	Ninguno	5 minutos

#### **Sesión 4 "Perfeccionismo clínico, en qué me afecta y qué relación tiene con mi autoestima"**

Objetivo: Psicoeducación en los patrones de alimentación

<b>Sesión 4 - "Perfeccionismo clínico, en qué me afecta y qué relación tiene con mi autoestima"</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión	Ninguno	5 minutos
Resumen de sesión	Resumen de sesión y revisión de tareas	Revisar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajuste de gráfica de pastel</li> <li>- Actividades que realizó para aumentar formas de autoevaluación</li> </ul>	Tareas	8 minutos

Perfeccionismo clínico	Identificar la relación con el perfeccionismo clínico Minimizar el perfeccionismo clínico	<p>Dar una psicoeducación en perfeccionismo clínico y los TCA</p> <p>Abordar las principales características del perfeccionismo clínico con ayuda del gráfico de pastel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobreevaluación del logro en áreas importantes de la vida y sus consecuencias: se retomará la gráfica pastel</li> <li>- Marginación de otros aspectos de la vida</li> <li>- Estándares exigentes</li> <li>- Descontar los éxitos y reestablecerlos por estándares más exigentes inmediatamente cumplidos los objetivos previos</li> <li>- Comprobación repetida del rendimiento</li> <li>- Miedo a no cumplir los estándares personales</li> <li>- Evitar pruebas de rendimiento</li> <li>- Preocupación por los pensamientos sobre el rendimiento</li> </ul> <p>¿Cómo el perfeccionismo afecta mi vida cotidiana ¿En qué áreas de mi vida me ha afectado? ¿Qué relación encuentro con el TCA?</p> <p>Abordar la relación del perfeccionismo y la sobrevaluación de la forma y peso, así como del perfeccionismo y la alimentación</p> <p>Establecer metas realistas</p> <p>Ejercicio: especificar a detalle los objetivos en distintos dominios de la vida donde podría aplicar el perfeccionismo y lo que se debe hacer para lograrlos. Describir el perfeccionismo y los objetivos exigentes por alcanzar simultáneamente.</p>	Presentación Canva	25 minutos
Distorsiones cognitivas y estados de ánimo negativos	Adquirir habilidades de prevención para un TCA Dar psicoeducación en distorsiones y reestructuración cognitivas brevemente Activar un análisis crítico	<p>Definir las distorsiones cognitivas frecuentes en los TCA</p> <p>Con ayuda del juego “serpientes y escaleras” se psicoeduco brevemente en distorsiones cognitivas comunes y ejemplos relacionados con el TCA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamiento dicotómico</li> <li>- Filtraje mental</li> <li>- Generalización</li> <li>- Personalización</li> <li>- Etiqueta</li> </ul>	Presentación Dados virtuales	40 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Razonamiento emocional</li> <li>- Brincar a conclusiones</li> <li>- Debo y debería</li> </ul> <p>Dentro del juego se encontrarán -serpientes- y para evitar bajar se tendrá que posponer qué hacer en caso de tener una de las distorsiones presentadas, en el caso de las -escaleras- para subir, tendrá que proponer qué hacer en caso de presentar esa distorsión cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué relación encuentro entre las distorsiones cognitivas y mi vida cotidiana?</li> <li>¿Cómo creo que afectan las distorsiones cognitivas en relación con mi TCA?</li> </ul> <p>Registrar e identificar distorsiones cognitivas de la participante</p>		
Autoestima	Dar una breve psicoeducación acerca de la autoestima	<p>Realizar una reflexión acerca de cómo la autoestima se puede ver afectada por la autocrítica perfeccionismo. Realizar las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo te ves a ti misma?</li> <li>- ¿Dirías que eres alguien autocrítica?</li> <li>- ¿Cómo crees que te comparas con otras personas?</li> <li>- ¿Crees que tienes alguna cualidad positiva?</li> <li>- ¿Siempre te ves de esta forma?</li> </ul> <p>Posteriormente se deberá abordar los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es la autoestima? ¿Qué es una baja autoestima?</li> <li>- Características principales de la baja autoestima: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propia visión negativa y generalizada: autocrítica</li> <li>- Visión negativa del futuro y la posibilidad de cambio</li> <li>- Sesgos de procesamiento cognitivo negativos</li> </ul> </li> <li>- Comparación con los demás- ¿Cómo adquirí una versión negativa de mi misma?</li> <li>- Identificar fortalezas</li> </ul>	Presentación Canva	25 minutos
Cierre	Dar una breve conclusión y despedir a la	Dar una breve despedida e indicar que concluyó la sesión	Ninguno	5 minutos

	participante de la sesión			
--	---------------------------	--	--	--

### Sesión 5 “Autoestima y regulación emocional”

Objetivo: Adquirir habilidades para afrontar las dificultades cotidianas que desencadenan en atracones

Sesión 5 - “Autoestima y regulación emocional”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Dar una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión	Ninguno	5 minutos
Revisión de tareas	Revisión de tareas y resumen de sesión	Revisar tareas asignadas de la sesión anterior. ¿En qué áreas de tu vida el perfeccionismo podría aplicar? ¿Qué necesitas hacer para lograr alcanzar lo planteado en la reestructuración de tu gráfica de pastel? Describir los objetivos exigentes que se ha planteado alcanzar a lo largo de su vida Dar un resumen de sesión anterior	Hojas blancas	15 minutos
Autoestima	Dar una psicoeducación en autoestima Reflexionar acerca de la relación entre la autoestima y la sobrevaloración de la figura, peso y forma de comer	Dar una psicoeducación en autoestima. Retomar la tarea asignada previamente y se responder las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Cómo te ves a ti misma?</li> <li>● ¿Dirías que eres alguien autocrítica?</li> <li>● ¿Cómo crees que te comparas con otras personas?</li> <li>● ¿Crees que tienes alguna cualidad positiva?</li> <li>● ¿Siempre te ves de esta forma?</li> </ul> Identificar logros y cualidades.	Presentación Canva Hojas y colores- plumones- acuarelas	40 minutos

		<p>Realizar la actividad de árbol de la autoestima: raíces principios y valores, tronco cualidades y frutos logros</p> <p>Actividad 2: Con ayuda de una hoja y pinturas acrílicas, crear una plantilla en donde se anotarán auto verbalizaciones compasivas para favorecer el autoconcepto</p>		
Emociones y gestión emocional	<p>Desarrollar habilidades para el desarrollo de autoconocimiento emocional</p> <p>Describir actividades y situaciones donde se pierde el control</p>	<p>Dar una psicoeducación en emociones y la función de las emociones</p> <p>Explicar el modelo de Gross</p> <p>Ejemplificar la de gestión emocional con base al modelo de Gross</p> <p>Dar una explicación para lograr la comprensión del estímulo/emoción/conducta y cómo determinadas respuestas pueden volverse problemáticas.</p> <p>¿En qué situaciones considero que pierdo el autocontrol? Se identificarán las reacciones comunes frente a dificultades: relación de conductas impulsivas y emociones.</p> <p>Evocar algunas emociones que tengan relación con algún factor de mantenimiento del TCA.</p>	Presentación Canva	35 minutos
Menú de actividades alternativas	Mostrar e identificar actividades alternativas al malestar emocional	Presentar un menú de actividades alternativas e identificar actividades alternativas individualizadas. Incorporación de dichas alternativas en la semana cotidiana	Presentación Canva	15 minutos
Asignación de tareas	Asignar tareas	Platicar de la importancia de las auto verbalizaciones compasivas para favorecer el autoconcepto y la identificación emocional	Ninguno	5 minutos
Cierre	Dar una breve conclusión y despedir a la participante en la sesión	Dar una breve despedida para indicar que concluyó la sesión de entrevista	Ninguno	5 minutos

## Sesión 6 “Prevención de recaídas”

Objetivo: Evaluar los cambios pre y post el taller una vez finalizada las sesiones y un mes después

Sesión 6 “Prevención de recaídas”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Tener una breve conversación con la participante para establecer el rapport en la sesión	Ninguno	5 minutos
Resumen de sesión anterior	Dar un resumen de sesión anterior	Realizar un resumen de los aspectos más importantes de la sesión anterior: autoestima y emociones/gestión emocional	Presentación Canva	8 minutos
Revisión de tareas asignadas	Analizar de tareas asignadas.	Responder dudas respecto al modelo de Gross para la gestión emocional.	Hojas	10 minutos
Autocuidado	Adquirir factores de protección ante un trastorno alimentario Aumentar la valoración de triunfos no ligados a figura un y peso	Comenzar el tema con un breve tamizaje acerca de que suele hacer la participante en una semana cotidiana y que tantas áreas y aspectos de autocuidado suele tener en una semana cotidiana. Dar una psicoeducación breve en autocuidado con énfasis en autocuidado emocional y social <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto cuidado físico y porque no lo es todo</li> <li>- Autocuidado emocional: valoración de triunfos</li> <li>- Autocuidado mental/intelectual</li> <li>- Autocuidado social</li> </ul> ¿De qué forma he descuidado mi autocuidado? ¿Por qué tiene relación con TCA?	Presentación Canva	25 minutos

		Reflexionar: ¿Cómo me cuido? Finalizar el módulo con un menú de autocuidado y actividades a incorporar en una semana cotidiana.		
Receso	Tomar una pauta para descansar	Dar un descanso de 10 minutos	Ninguno	10 minutos
Prevención de riesgos y solución de problemas	Educación en recaídas Detección oportuna de problemas Construcción de plan de acción Identificar cuándo solicitar ayuda Identificar conductas y pensamientos desadaptativos antiguos y adquiridos tras el taller	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar una educación en el riesgo de recaídas: Asegurar el establecimiento de metas realistas de la evolución. Identificar cómo el estrés y ciertos eventos pueden provocar recaídas.</li> <li>2. Detectar problemas: Enlistar señales de advertencia que pueden desencadenar una recaída</li> <li>3. Construir un plan de acción/plan de mantenimiento: en caso de que surjan problemas se llevará en marcha dicho plan enfocándose en el problema alimentario y corregirlo, y abordar el contratiempo. Si es necesario, se buscará ayuda</li> <li>4. Analizar cuándo se debe buscar ayuda: identificará cuando el problema podría estar sobrepasando a la participante y cuando es necesario pedir ayuda profesional</li> </ol>	Presentación Canva Imágenes Hojas y pluma	15 minutos
Resumen de sesión	Dar un resumen general	Realizar un resumen de sesión	Ninguno	10 minutos
Cierre	Dar una conclusión y despedida a la participante en la sesión	Dar la despedida e indicar que concluyó la sesión	Ninguno	5 minutos

## Sesión 7 “Mentalidades”

Objetivo: Evaluar los cambios pre y post el taller una vez finalizada las sesiones y un mes después

Sesión 7 “Mentalidades”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Dar una conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión	Ninguno	5 minutos
Resumen de sesión anterior	Dar un resumen de sesión anterior	Realizar un resumen de los aspectos más importantes de la sesión anterior: autocuidado	Presentación Canva	8 minutos
Revisión de tareas asignadas	Analizar tareas asignadas. Responder dudas	Responder dudas y corroborar la aplicación del autocuidado en la semana.	Hojas	10 minutos
Prevención de riesgos y solución de problemas	Realizar un resumen del módulo: Educación en recaídas Detección oportuna de problemas Construcción de plan de acción Identificar cuándo solicitar ayuda Identificar conductas y pensamientos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar una psicoeducación en el riesgo de recaídas: Asegurar el establecimiento de metas realistas e identificar eventos que pueden provocar recaídas.</li> <li>2. Detectar problemas: Enlistar señales de advertencia que pueden desencadenar una recaída</li> <li>3. Construir un plan de acción/plan de mantenimiento: en caso de que surjan problemas se deberá llevar en marcha dicho plan enfocándose en el problema alimentario y corregirlo, y abordar el contratiempo. Si es necesario, se buscará ayuda</li> <li>4. Analizar cuándo se debe buscar ayuda: se identificará cuando el problema podría estar sobrepasando a la participante y cuando es</li> </ol>	Presentación Canva Imágenes Hojas y pluma	15 minutos

	desadaptativos antiguos y adquiridos tras el taller	necesario pedir ayuda profesional		
Mentalidad vieja - mentalidad nueva	Realizar un resumen general y recordar las habilidades aprendidas	Identificar conductas y pensamientos -viejos- y, conductas y pensamientos nuevos respecto a la figura corporal, peso y forma de comer. Con ayuda de un menú de imágenes se deberá identificar la -mentalidad vieja- y como se modificó a una -mentalidad nueva- al adquirir habilidades que funcionaran como solución de problemas en la vida cotidiana. Se contrastarán los avances Realizar un resumen de todas las sesiones Plantear situaciones desafiantes para ejemplificar cómo se podrían solucionar los problemas y retomar las habilidades tras una recaída. - Imagínate que... ¿Qué pasaría si...?	Imágenes, pegamento, cartulinas, resumen de sesiones y tijeras	45 minutos
Resumen de sesión	Resumen general	Realizar un resumen de sesión y lo abordado a lo largo del taller	Ninguno	10 minutos
Receso	Tomar un descanso previo a la evaluación del taller	Dar receso de 10 minutos	Ninguno	10 minutos
Evaluación	Aplicar instrumentos	Aplicar el BSQ y EDE-Q 6 Aplicar preguntas para la evaluación cualitativa: - ¿Qu fue lo que más te gustó del taller? - ¿Consideras que este taller te ayudó a disminuir la preocupación excesiva por el peso, por la figura y por la comida? ¿Si, no y por qué? - ¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales para tu vida cotidiana? ¿Si, no y por qué? - ¿Consideras que las habilidades que aprendiste en el taller te serán funcionales en un futuro? ¿Si, no y por qué? - ¿Qué te hubiera gustado que fuera diferente del taller?	Cuestionarios y iPad	15 minutos

¿Qué pasará después...?	Abordar los pasos a seguir tras finalizar el taller	Mostrar un calendario con fechas para las siguientes evaluaciones acerca del impacto del taller y la importancia de asistir a dichas sesiones. Explicar cuál y cómo se llevará a cabo nuestra última sesión de seguimiento	Calendario y plumones	5 minutos
Cierre	Dar el cierre	Breve conversación con la participante para indicar que concluyó la sesión	Ninguno	5 minutos

### Sesión 8 – Sesión Final- Despedida

Objetivo: Realizar la última evaluación

Realizar psicoeducación en conductas asertivas, pasivas y agresivas

Brindar técnicas para la resolución de problemas interpersonales

Sesión 8 “Sesión Final-Despedida”				
Actividad	Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
Establecimiento del rapport	Crear un ambiente de empatía y cooperación con la participante	Dar una breve conversación inicial con la participante para establecer el rapport en la sesión	Ninguno	5 minutos
Resumen de sesiones anteriores	Breve resumen de sesiones anteriores Conocer los puntos recordados por	Dar un resumen de sesiones anteriores y puntualizar los temas centrales aprendidos en cada sesión Dar un espacio de dudas o comentarios que le hayan surgido a la participante en los últimos 28 días. Conocer la ejecución de las estrategias aprendidas	Ninguno	15 minutos
Asertividad	Adquirir habilidades	Dar una psicoeducación en conductas pasivas, agresivas y asertivas.	Presentación Canva	45 minutos

	para tener conductas asertivas	<p>Ejemplificar cada una de las conductas. Corroborar lo aprendido mediante ejemplos de la participante</p> <p>Mostrar un video de ejemplo - conducta agresiva: diálogo y cambio de conducta agresiva a pasiva con ayuda de menú de ideas asertivas</p> <p>Brindar una psicoeducación en una técnica del sándwich para colocar límites y hacer un modelado de respuestas asertiva</p>	Hojas de tipos de conductas	
Dudas y resumen	Resolver dudas	Realizar un resumen de lo aprendido y resolver dudas	Ninguno	8 minutos
Receso	Tomar un descanso previo a la evaluación	Dar receso de 10 minutos	Receso	10 minutos
Evaluación	Evaluar	Aplicar el BSQ-6 y EDE-Q	BSQ-6 y EDE-Q	20 minutos
Cierre	Cierre, despedida final de la participante y agradecer su participación	Breve conversación con la participante para indicar que concluyó el taller y agradecer por su participación	Ninguno	10 minutos

