

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Y SUS FAMILIARES EN LA CLÍNICA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS DR. CARLOS SÁENZ HERRERA DESDE UN ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL**

Sustentante

Bach. Laura Muñoz Arguedas

Carné: B24624

Equipo asesor

Directora: PhD. Ana María Jurado Solórzano

Lectora: MSc. Francela Jaikel Hernández

Lectora: Dra. Daniela Carvajal Riggioni

Asesor técnico: MSc. Walter Ramírez Mora

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Setiembre, 2020.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 193

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día jueves primero de octubre del dos mil veinte, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Laura Muñoz Arguedas	B24624	1-2017

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

Tribunal Examinador	
Licda. Johanna Sibaja Molina	Presidenta
M.Sc. Carlos Araya Cuadra	Profesor Invitado
Dra. Ana María Jurado Solórzano	Directora de T.F.G.
M.Sc. Francella Jaikel Hernández	Miembro del Comité Asesor
Licda. Daniela Carvajal Riggioni	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de la postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:
“Atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y sus familiares en la

Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera desde un enfoque cognitivo conductual”.

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO () APROBADO CON DISTINCIÓN (●) NO APROBADO ()

Nota obtenida (numérica): 95

Observaciones: Desglosar en el documento escrito las recomendaciones al proceso formativo en la Escuela de Psicología, y a la institución.

ARTICULO V

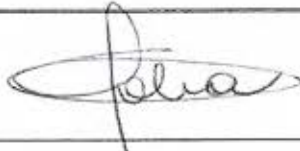
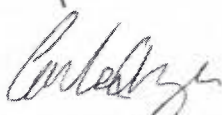
La Presidenta del Tribunal le comunica a la postulante el resultado de la deliberación y la declara acreedora al grado de Licenciatura en PSICOLOGÍA.

Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 12:13 se levanta la sesión.

Nombre:

Firma:

Licda. Johanna Sibaja Molina	
M.Sc. Carlos Araya Cuadra	

Dra. Ana María Jurado Solórzano	
M.Sc. Francella Jaikel Hernández	
Licda. Daniela Carvajal Riggioni	
Laura Muñoz Arguedas	

Dedicatoria

A Tomás, quien en dos años me ha enseñado más que cualquier escuela.

Agradecimientos

A cada una de mis pacientes y sus familiares, quienes me confiaron detalles íntimos y muchas veces dolorosos de sus vidas, sin cuya disposición esto no sería posible.

A Esteban, por enseñarme tanto sobre nobleza y paciencia y por acompañarme en este camino. Y a Tomás por ser mi motivación y ser el mejor compañerito de vida que jamás pude haber imaginado.

A mi familia que ha demostrado, cada quien de su forma, que no hay desafío suficientemente difícil cuando hay perseverancia. Por su voluntad infinita de ayudarme a superar cualquier reto que tenga en frente.

A Emi, a Tía y a Ceci, porque sin su ayuda siempre amorosa no hubiera podido llevar a cabo mi año práctico para presentar este trabajo.

A Pao, que todos los días me enseña más sobre incondicionalidad. Y a mis amigas por su apoyo incondicional, su escucha y sus palabras de aliento.

A Ana María Jurado, por asumir el papel de directora de este trabajo. Por enseñarme tanto a largo de la carrera, por su disposición para ayudarme y motivarme, a través del ejemplo, a dar mi mejor esfuerzo.

A Francela Jaikel, quien sin dudar me ofreció su guía y contribuyó a mi formación por medio de retroalimentaciones, libros, artículos y videos.

A la doctora Daniela Carvajal, quien creyó en mi propuesta, me abrió las puertas de la Clínica de Adolescentes y me acompañó durante la práctica.

A Walter Ramírez, por la confianza y el tiempo que invirtió en mi trabajo.

Resumen

En este trabajo final de graduación, se planteó como objetivo principal desarrollar conocimientos y poner en práctica habilidades adquiridas para desempeñar el rol como psicóloga clínica en la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” desde un enfoque Cognitivo Conductual, atendiendo específicamente a población con algún trastorno de la conducta alimentaria.

Durante el periodo práctico se realizaron entrevistas a pacientes nuevas, se identificaron aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno, se realizaron intervenciones psicoeducativas dirigidas tanto a pacientes directas como a padres, madres y/o encargados (as) y se elaboraron planes de intervención desde un enfoque cognitivo conductual y desde la teoría transdiagnóstica con base en la CBT-E.

Los resultados demuestran que la intervención cognitivo conductual incide positivamente en la salud de las pacientes al atender los mecanismos de mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Dichos resultados se basan en los datos obtenidos por medio de las comparaciones pre test y post test de evaluaciones psicológicas utilizadas (EAT40, BAI, BDI-II y Escala Motivacional), la recuperación del peso y del índice de masa corporal, la recuperación espontánea de la menstruación de pacientes con amenorrea, la reincorporación de alimentos y la reducción de la ansiedad con respecto a la ingesta y el peso.

Como conclusión, fue posible desarrollar nuevas habilidades, especialmente aquellas relacionadas con el trabajo grupal multidisciplinario, así como poner en práctica aquellas previamente adquiridas durante la formación académica.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Terapia Cognitivo Conductual, trabajo multidisciplinario, psicoeducación, Teoría Transdiagnóstica.

Tabla de contenidos

I. Introducción.....	1
<i>Vinculación e intervención dentro de la institución.</i>	5
II. Antecedentes.....	6
A. Internacionales.....	6
B. Nacionales.	11
III. Marco de Referencia Teórico Conceptual.	19
A. Psicología de la Salud.....	19
B. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	20
C. Terapia Cognitivo Conductual	22
D. Teoría Transdiagnóstica.....	24
E. Ansiedad	29
F. Cutting.....	29
G. Autorregulación emocional	30
IV. Objetivos.	31
General	31
Específicos	31
V. Contexto Histórico e Institucional.....	32
VI. Consideraciones ético-legales.....	33
<i>Precauciones para proteger a las personas.</i>	33
VII. Metodología.....	33
A. Población.....	34
B. Intervención.	34
1. Entrevistas iniciales.....	35
2. Psicoterapia individual.....	36
3. Psicoterapia grupal.	44
4. Psicoterapia familiar.....	49
5. Otras actividades.	50
C. Roles	53
D. Proceso de supervisión	53
E. Proceso de evaluación	54
VIII. Resultados.	55
A. Entrevistas iniciales.....	59
B. Psicoterapia individual.....	61

C.	Psicoterapia grupal.....	69
D.	Intervención familiar.....	76
E.	Otras actividades.....	77
<i>IX.</i>	<i>Alcances.</i>	79
<i>X.</i>	<i>Limitaciones</i>	81
<i>XI.</i>	<i>Discusión</i>	85
<i>XII.</i>	<i>Conclusiones</i>	88
<i>XIII.</i>	<i>Recomendaciones</i>	91
<i>XIV.</i>	<i>Anexos</i>	94
	Anexo 1. Entrevista inicial semiestructurada.	94
	Anexo 2. Escala Motivacional.....	98
	Anexo 3. Tabla de autorregistros	98
	Anexo 4. Ejercicio de Lista de deseos	99
	Anexo 5. Rueda de Emociones.....	100
	Anexo 6. Evaluación de conocimientos de TCA, previos a la sesión de psicoeducación.	100
	Anexo 6. Evaluación de conocimiento adquiridos en sesión de psicoeducación.	101
	Anexo 7. Material de evaluación pre y post intervención grupal.....	101
	Anexo 8. Registro de Pensamientos Disfuncionales (DTR, por sus siglas en inglés).....	102
	Anexo 9. Actividades de habilidades sociales y comunicación.	104
	Anexo 10. Material “Yo puedo”	106
<i>XV.</i>	<i>Referencias.</i>	107

Índice de tablas

Tabla 1. Elaboración propia con base en Fairburn y Cooper, 2014.	28
Tabla 2. Intervención Psicoeducativa en la intervención grupal.	47
Tabla 3. Actividades y objetivos correspondientes	59
Tabla 4. Pacientes individuales	62
Tabla 5. Puntajes obtenidos de evaluaciones psicológicas: Casos Individuales.	65

Índice de gráficos

Gráfico 1: Comparaciones pretest – post test: Caso Individual.	68
Gráfico 2: Comparación pretest- post test del EAT40: Intervención grupal.....	72
Gráfico 3: Comparación pretest – post test del BAI: Intervención grupal.	72
Gráfico 4: Comparación pretest – post test del BDI-II: Intervención grupal.....	73

Índice de abreviaturas

AED: Academia de Desórdenes Alimenticios, abreviado por sus siglas en inglés.

AN: Anorexia Nerviosa

ARFID: Trastorno Evitativo Restrictivo de la Alimentación, abreviado por sus siglas en inglés.

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck, abreviado por sus siglas en inglés.

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck, abreviado por sus siglas en inglés.

BN: Bulimia Nerviosa

CBT-E: Terapia Cognitiva Conductual Mejorada, abreviado por sus siglas en inglés.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

EAT40: Test de Actitudes hacia la Comida, abreviado por sus siglas en inglés.

EDUS: Expediente Digital Único en Salud.

HNN: Hospital Nacional de Niños

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TCC-BN: Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TFG: Trabajo Final de Graduación

TIA: Trastornos Inespecíficos de la Alimentación

TpA: Trastornos por Atracción

UCR: Universidad de Costa Rica

I. Introducción.

El sistema de salud costarricense ha ido modificándose poco a poco a través de los años, de modo que su enfoque meramente biomédico ha ido abriéndole paso a un trabajo interdisciplinario en la atención de pacientes, tomando en consideración aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Este enfoque, el biopsicosocial, amplía la comprensión de la salud como un estado que va más allá de la ausencia de la enfermedad, posibilitando un abordaje más integral y completo del amplio rango de factores que inciden en temas de salud (Melchert, 2015).

Prueba de esto, es la existencia de la Clínica Integral de Trastornos de la Conducta Alimentaria con la que cuenta actualmente el Hospital Nacional de Niños en su Clínica Adolescente. La integralidad en cuestión responde a las necesidades descubiertas en materia de salud, tales como la modificación de hábitos que comprometen el bienestar –por citar un ejemplo, campo en el cual la Psicología de la Salud tiene mucho que aportar.

Las estadísticas demuestran que hay una particular vulnerabilidad entre los y las adolescentes para tener un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), especialmente cuando hay variables de género y ansiedad relacionadas (Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas Acevedo y Velasco Ariza, 2017). Dicha vulnerabilidad se puede visibilizar en la consulta de Clínica de Adolescentes en cuestión, cuya alta demanda por este motivo algunas veces sobrepasa al personal encargado.

En Costa Rica, veinte de cada 100 000 habitantes tienen un TCA y la mortalidad a causa de estos ronda el 6%. Además, de acuerdo con las cifras presentadas por la actual jefa de la Clínica, la doctora Daniela Carvajal (comunicación personal, 13 de junio del 2017), durante el período 2011-2015, se recibieron 440 casos por Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Clínica Adolescente del Hospital Nacional de Niños (HNN); 103 jóvenes con Anorexia Nerviosa (AN),

54 jóvenes con Bulimia Nerviosa (BN) y 283 jóvenes por Trastornos Inespecíficos de la Alimentación (TIA).

La atención específicamente dirigida a atender a esta población etaria es fundamental, ya que la adolescencia se caracteriza por ser un período de transición en la cual existe una alta valoración al aspecto físico. Esto comprende la imagen corporal, lo que se cree acerca de cómo se es percibido (a) por los demás y la relación que es creada con el propio cuerpo a partir de estas suposiciones. Además de la construcción cognitiva que implica la adolescencia, incluye una serie de atribuciones sociales y valoraciones subjetivas que tienen un gran impacto cuando se discuten los TCA, requiriendo un manejo cuidadoso de los mismos (Salazar Mora, 2008).

Las guías NICE –del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidado (National Institute for Health and Care Excellence) del Reino Unido–, entre otras guías, recomiendan intervenciones familiares y Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) individuales de duraciones de cuarenta y veinte semanas para Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, respectivamente. Tanto la frecuencia como la duración de las intervenciones sugeridas, son un reto para el sistema de salud público costarricense que no cuenta con suficiente personal capacitado, ni espacios que den a basto para suplir la demanda (Ministerio de Salud, 2012).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se encuentra enlistada dentro de las primeras por su efectividad en referentes globales de atención a TCA dado que es la terapia que ha obtenido mayor apoyo empírico (AED- Academy for Eating Disorders, NICE, 2015; Wilson, 2005; citado por Celis Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). Su aporte clínico en este contexto representa un apoyo directo a las intervenciones multidisciplinarias que ya se ofrecen, dado que su relativamente corta duración puede agilizar los procesos de recuperación y contribuir a promover estilos de vida saludables en esta población.

Desde esta práctica profesionalizante se pretendió contribuir a la labor psicoeducativa de pacientes y familiares y a la identificación e intervención de los factores que mantienen el trastorno. La utilización de la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada (CBT-E, por sus siglas en inglés) ha probado su funcionalidad y aplicabilidad en todos los TCA, por lo que es el principal referente de trabajo desde el cual se desempeñan las funciones de esta práctica (Fairburn y Cooper, 2014).

Estos trastornos requieren de gran apoyo interdisciplinario en su abordaje y los procesos de recuperación de quienes los padecen son complejos. El Hospital Nacional de Niños tiene el privilegio de contar con un equipo multidisciplinario que atiende estos trastornos de manera focalizada durante la etapa de desarrollo de la adolescencia. No obstante, tanto ser un hospital especializado como ser uno céntrico son factores que implican que sea de los que recibe mayor flujo de pacientes. De acuerdo con las estadísticas de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) del 2016, del total de 3 122 ingresos por trastornos mentales, 2 430 corresponden a hospitales nacionales y solamente 692 a hospitales periféricos y regionales, mientras que no existen datos sobre los ingresos en EBAIS (Caja Costarricense del Seguro Social, 2006-2018). La demanda en su consulta es alta y, por lo tanto, la necesidad de apoyo comprometido y basado en evidencia debe traducirse en beneficios para el sistema y sus personas usuarias.

La población adolescente ha recorrido un largo camino para establecerse como una etapa del desarrollo con necesidades específicas de atención médica. Aún en la actualidad, existen grandes vacíos en la oferta de atención en salud que responda a sus particularidades. Para rellenar dichos vacíos, se requiere preparación adicional y específica para todo el equipo involucrado en el sistema de salud, lo que implica capacitaciones constantes que se convierten en un desafío para las instancias regidoras de los centros de salud. Las Clínicas de Adolescentes son prueba de que en

Costa Rica hay progreso en la atención a dicha población, sin embargo, continúa siendo necesario el involucramiento activo y, más importante, actualizado para optimizar la labor.

Históricamente, la importancia de la salud mental ha sido minimizada y en muchísimas ocasiones desplazada en las listas de prioridades a nivel colectivo, gubernamental e individual. Los trastornos de la conducta alimentaria son uno de los ejemplos más claros en donde se evidencia que hay una relación directa entre la salud física y mental y que resulta ilógico separar a uno del otro como ejes fundamentales de la salud.

La atención en salud mental es imprescindible para promover estilos de vida saludables; es indispensable no solamente que se trabaje con más fuerza en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde todos los niveles de atención en salud - especialmente desde los primeros, sino también que se atiendan de forma eficaz y efectiva los trastornos de todos los grupos etarios que conforman a nuestra sociedad.

La inserción dentro del campo resulta ventajosa por varios motivos. Como ya se mencionó, las intervenciones Cognitivo Conductuales han demostrado ser eficaces, efectivas y eficientes para atender un TCA. Los parámetros de excelencia de servicios de salud alrededor del mundo coinciden en la utilidad de aplicar protocolos que se han sometido a evaluación y modificación constante, como lo es la Terapia Cognitivo Conductual desde la Teoría Transdiagnóstica (NICE, 2017; AED; Fairburn y Cooper, 2014).

Esto significa que, tomando en consideración que hay limitaciones institucionales de: personal capacitado, tiempo y espacio; el involucramiento de un protocolo de intervención estructurado, de moderada extensión temporal y que ha probado su valía para las mejoras de salud puede representar un gran aporte al HNN.

Por otro lado, el aprovechamiento de espacios clínicos en un hospital nacional permite que se amplíe el alcance de la Psicología de la Salud dentro del sistema de salud costarricense. Desempeñarse con las labores propias de una profesional en Psicología dentro del ámbito significa un gran crecimiento personal y laboral. El desarrollo de una práctica dirigida que responda a la pregunta de ¿cómo aporta la intervención cognitivo conductual al proceso de recuperación de las personas adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria? puede marcar un punto de partida dentro del contexto clínico para enfatizar el valor del rol de la Psicología de la Salud dentro de la CCSS y aprovechar para contribuir a detener el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, así como para establecer planes concretos de prevención de recaídas de quienes los padecen.

Finalmente, la documentación del proceso de inserción e intervenciones a realizar en el Hospital Nacional de Niños pueden potencialmente facilitar futuras prácticas académicas en el espacio, servir de referente teórico acerca del tratamiento de los TCA en Costa Rica y visibilizar el rol de la Psicología dentro de todo este proceso. La inserción temprana de futuras profesionales en Psicología en hospitales nacionales son acciones que, desde la oportunidad académica de poner en práctica los conocimientos adquiridos, promueven que se brinde visibilidad a la problemática planteada y que más personas tengan acceso a su tratamiento de forma más rápida. El trabajo en un hospital especializado permite, sumado a lo anterior, desarrollar capacidades de trabajo clínico multidisciplinario y generar nuevos aprendizajes.

Vinculación e intervención dentro de la institución.

La doctora Olga Arguedas, actual directora general, refiere que específicamente en el Hospital Nacional de Niños se reciben entre cinco y seis jóvenes mensuales por estos motivos, los cuales son principalmente referidos desde centros de segundo nivel de atención (comunicación personal, 3 de junio del 2017). Dicho hospital cuenta con la Clínica de Adolescentes en la que se

pretende brindar atención integral a los y las jóvenes con trastornos alimentarios, ofreciendo servicios multidisciplinarios de pediatría, psiquiatría, psicología, nutrición, trabajo social y enfermería.

A pesar de que existe un equipo de trabajo multidisciplinario que divide las labores terapéuticas – las cuales se asumen algunas veces por el personal de trabajo social y enfermería en el caso concreto de sesiones grupales de padres, madres y encargados (as) y trabajo familiar, solamente hay dos profesionales en psicología a cargo de esta población. Es por este motivo que la inserción de la práctica profesionalizante podría realizar aportes de peso a la institución. Esto, a través de la participación colaborativa de la estudiante para con el equipo de trabajo. La intervención a realizar dentro del hospital irá acorde tanto con las necesidades establecidas previamente en conjunto con el equipo asesor, como con las emergentes a las cuales la Psicología pueda contribuir.

II. Antecedentes.

A. *Internacionales*

Contrario a lo que se suele pensar de que los TCA son trastornos de las “épocas modernas”, hay semejanzas encontradas entre personajes religiosos medievales y algunos espectáculos circenses que evidencian que los Trastornos de la Conducta Alimentaria existen desde hace muchos años. La documentación histórica conduce a creer que la veneración de la delgadez está presente en las sociedades desde los siglos XVII y XIX, sin embargo, no es hasta los siglos XIX y XX que se hacen las primeras descripciones clínicas de trastornos como la anorexia – sin explicaciones religiosas o mágicas (López Porras, 2014).

De acuerdo con la búsqueda internacional, los autores consultados en general concuerdan al plantear que los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen un origen biopsicosocial, lo que

significa que engloban factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales o culturales (National Institute of Mental Health, 2008; Brannon et al., 2013; Villalobos Pérez, 2011 y Fairburn y Cooper, 2014). A esto debe agregársele que son trastornos que tienen secuelas importantes a largo plazo, tanto en el ámbito social como físico, y que la recuperación es difícil (National Institute of Health and Clinical Excellence, 2004).

Además, de acuerdo con lo que plantean Méndez et al (citados por Villalobos Pérez, 2011), el incremento del número de casos de personas con TCA tiene un gran impacto en la salud pública. Esto no solamente debido a los aspectos médicos y psicológicos, sino al costo que implican. Adicionalmente, remarcan que estos trastornos tienen mayor prevalencia en países occidentales que orientales. Tizón (2008) señala que en los países occidentales, entre el 20 y 22% de personas adolescentes y en edad infantil padecen trastornos del desarrollo, emocionales o del comportamiento – entre los cuales se incluyen los TCA.

Específicamente en Estados Unidos, un tercio de los pacientes con TCA se declaran en remisión luego de recibir un primer tratamiento, otro tercio oscila entre la recaída y la recuperación, mientras que el tercio restante se caracteriza por la cronicidad de la enfermedad y el mal pronóstico de la misma (Eating Disorders Coalition, 2010). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son causantes de morbilidad física y psicosocial especialmente en poblaciones de mujeres adolescentes o adultas jóvenes, siendo significativamente menos común en hombres (Fairburn y Cooper, 2014).

Estos datos corroboran que existen factores de género ligados a influencias sociales relacionadas con expectativas de imagen corporal que aún inciden de manera diferenciada, aunque no excluyente. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), la

prevalencia a lo largo de la vida para comorbilidades como depresión y distimia en pacientes con AN asciende a cifras del 50-75% (Yager et al., 2010).

Aunado a lo anterior, se estima que la comorbilidad con trastornos de la personalidad entre la población con Trastornos de la Conducta Alimenticia es desde un 42 hasta un 75 por ciento. Se encuentra en la Anorexia Nerviosa (AN) una mayor relación con trastornos de personalidad correspondientes al Cluster C, específicamente al trastorno de personalidad evitativo y al obsesivo compulsivo (Wonderlich et al., citados por López Porras, 2014).

Como respuesta a la gran cantidad de casos de trastornos de la conducta alimentaria, se han creado guías internacionales de intervención como las que se citan en este trabajo; algunas de las cuales son elaboradas y actualizadas por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) del Reino Unido. El objetivo de su creación es responder de forma efectiva a esta problemática desde los centros de atención en salud del país, basando sus prácticas y recomendaciones en la más reciente evidencia, remarcando la importancia de la salud mental y brindando atención centrada en el o la paciente. Sin embargo, se resalta que continúa existiendo poca evidencia empírica e investigación formal que pueda establecer metodologías de intervención concretas específicamente para población adolescente.

En lo que concierne al tratamiento de la Anorexia Nerviosa, las guías NICE mantienen la intervención cognitiva conductual, la terapia familiar, la consejería nutricional y la terapia de apoyo como las principales formas de tratamiento posteriores al internamiento para recuperar el peso. Resulta muy importante enfatizar que las intervenciones familiares deben estar centradas en los desórdenes de la conducta alimentaria y cómo estos impactan el funcionamiento del sistema, se recomienda que involucren hermanos(as) y demás personas directamente relacionados en el mismo, pueden verse beneficiadas al ir acompañadas de sesiones solamente de padres o

encargados y de pacientes por separado y debe velarse por respetar los derechos de autonomía y confidencialidad de las personas adolescentes (National Collaborating Centre for Mental Excellence, 2004).

Locke et al. (2010) realizaron un estudio clínico randomizado comparando el Tratamiento Basado en la Familia (FBT, por sus siglas en inglés) y la terapia individual enfocada en adolescentes (AFT). Para dicho estudio, se consideró una muestra de 121 participantes de edades entre 12 y 18 años que recibió tratamiento durante doce meses; todos los participantes cumplieron con los criterios diagnósticos de AN del DSM-4, excluyendo el de amenorrea.

En el caso de la FBT, se llevaron a cabo tres fases: una de desculpabilización de los padres o encargados como causantes del padecimiento, énfasis en los aspectos positivos de su parentaje y en la que se promovió que idearan formas de colaboración familiar para que el o la paciente recuperara el peso. La segunda fase se enfocó en el acompañamiento de la familia durante el período de transición para que el o la adolescente recuperara la autonomía y el control alrededor de su alimentación y peso. Por último, la tercera fase estaba enfocada en establecer relaciones familiares adecuadas entre cuidadores (padres, encargados, etc.) con la persona adolescente según su edad.

La intervención AFT, también descrita como Terapia Individual Orientada en el Ego, se basa en enseñar al paciente a identificar sus emociones y a tolerar distintos estados afectivos sin recurrir a la privación alimenticia como conducta evitativa. En su primera fase, se establece el rapport, se hace una evaluación motivacional y se establecen las preocupaciones psicológicas de la persona atendida. La persona terapeuta se enfoca en motivar a la persona atendida para dejar de hacer dietas, se establecen en conjunto pesos meta, se remarca la importancia de modificar algunos comportamientos y se trabaja para aprender a distinguir entre estados emocionales y necesidades

fisiológicas. La segunda fase se enfoca en promover la individuación y en la capacidad de lidiar con afectos negativos y, por último, la tercera se centra en el cierre. Este tipo de terapia incluye algunas sesiones familiares de seguimiento y señalización del progreso.

Los resultados de este estudio comparativo son muy relevantes porque existen pocos de este estilo, aleatorios que tomen en consideración dos de las intervenciones comúnmente utilizadas para el tratamiento de TCA como la AN. Los autores descubrieron que ambos tratamientos conllevaron mejoras importantes, hubo poco abandono estadístico de la terapia y no hubo diferencias significativas en cuanto al tiempo de intervención ofrecido en cada grupo. Sin embargo, en las sesiones de seguimiento que se realizaron seis y doce meses después del programa, se encontró que la FBT fue estadísticamente superior a la AFT dado que hubo 10% de recaídas en quienes recibieron FBT, contra 40% en quienes recibieron AFT, así como más pacientes declarados en remisión total del grupo de FBT (Locke et al., 2010).

En el caso del tratamiento para la Bulimia Nerviosa, la investigación aleatorizada y controlada, los números de muestras y el grado de sofisticación de preguntas cubiertas por las alternativas terapéuticas es más amplio. De estos avances, ha sido posible obtener herramientas estandarizadas de gran utilidad, como lo es el Eating Disorder Examination (EDE), creada y actualizada por Fairburn y Copper. Asimismo, se ha logrado establecer con claridad que la Terapia Cognitivo Conductual para BN (CBT-BN) tiene beneficios al final del tratamiento para disminuir el uso de purgantes, reducir los episodios de atracones y disminuir la puntuación media de depresión – esto en comparaciones clínicas con otros tipos de intervención conductuales, focales, interpersonales y psicodinámicas (National Collaborating Centre for Mental Excellence, 2004).

Posteriormente, se creó una versión de CBT mejorada (CBT-E) que ha demostrado en años más recientes su aplicabilidad para los TCA en general y que ha incluido estudios con adolescentes, cuya descripción ampliada se encuentra más adelante en este trabajo.

B. Nacionales.

Los Trabajos Finales de Graduación (TGF) con la modalidad de Práctica Dirigida que ofrece la Escuela de Psicología de Universidad de Costa Rica, han facilitado la inserción de estudiantes a grupos de trabajo interdisciplinario en algunos de los principales hospitales y centros de salud del país.

Los temas de dichas prácticas varían ampliamente y el número de prácticas clínicas registradas por la Escuela de Psicología desde el año 2013, ha ido en aumento (Universidad de Costa Rica, 2017). Aunque no todas tratan específicamente los TCA, se mencionan a continuación una serie de TFG realizados en contextos hospitalarios, ya que son puntos de partida importantes para contextualizar estos espacios de trabajo desde la psicología.

En años recientes, algunos estudiantes se han incorporado en áreas tales como la neuropsicología, neurocirugía, patología tumoral y psicooncología del Hospital México (Ortiz, 2014; Molinari, 2015; Quesada, 2015; Salazar, 2015; Zeledón, 2016). Acuña (2017), por ejemplo, realizó en el Servicio de Neurocirugía de este hospital su práctica, trabajando directamente con el Programa de Cirugía Despierto y encargándose de brindar apoyo a pacientes y familiares. Además del acompañamiento, se realizó evaluaciones neuropsicológicas antes, durante y después de las cirugías.

Valerio (2017), por su parte, se incorporó al Departamento de Hemato-oncología del hospital brindando herramientas cognitivo conductuales para el manejo del estrés a pacientes y sus familiares. Posteriormente, tanto Díaz (2019) como Brenes (2019) trabajaron en el mismo

departamento. Díaz (2019) realizó su práctica brindando atención a pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y Brenes (2019) ofreció entrenamiento a través de técnicas cognitivo conductuales para el manejo del estrés, en este caso, con pacientes de cáncer de próstata.

Asimismo, Volpacchio (2018), seguida por González (2019), realizó su práctica en el área de psicología general del Hospital México. Ahí, ambas se encargaron de realizar evaluaciones, intervenciones clínicas, revisiones bibliográficas, charlas psicoeducativas, terapias grupales y atención de piso

En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Mora (2017) elaboró un trabajo final de graduación similar al presente, realizado específicamente en la Clínica de Adolescentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Mora (2017) ofreció atención clínica, visitas en hospitalización, atención en psicoterapia grupal, elaboración de material psicoeducativo, revisión bibliográfica y asistencia a sesiones clínicas. Su trabajo además de tratarse de prevención de riesgos, promoción en intervención en salud sexual y reproductiva, abordó temas de relevancia psicosocial como relaciones impropias y violencia de género.

Angulo (2020), por su parte, realizó su práctica dirigida en el Hospital San Juan de Dios dando atención clínica en la consulta externa del centro, atendiendo a personas adultas referidas al servicio por procesos de duelo recientes y complicados. Además, se encargó de facilitar el grupo de jóvenes que forman parte del Programa de Conducta Sexual Abusiva del hospital – siendo la primera estudiante de la Escuela de Psicología en incorporarse a este programa.

La Clínica del Dolor de este hospital también ha recibido estudiantes en años recientes. Morales (2017) trabajó con pacientes de dolores crónicos malignos, realizando evaluaciones e intervenciones grupales e individuales. Gallardo (2017) realizó también su práctica en dicha clínica y ofreció atención individual, trabajo grupal sobre el duelo, visitas domiciliarias y valoraciones

familiares. De manera similar, Vicente (2017) se incorporó al servicio de oncología y trabajó con pacientes de cuidados paliativos, así como con sus familiares.

Ramírez (2019) se incorporó a la Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos para realizar su práctica y atendió ahí a pacientes con enfermedades crónicas y terminales. Garrido (2019), por su parte, ofreció sus servicios en la Clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital San Juan de Dios y, también desde un enfoque cognitivo conductual, enseñó técnicas para promover el afrontamiento y autocuidado de los y las pacientes de la clínica.

Las prácticas o investigaciones realizadas en contextos hospitalarios referentes a los Trastornos de la Conducta Alimentaria no son muy numerosas. La exploración reveló que existe un gran vacío en cuanto a estudios epidemiológicos que corroboren con datos estadísticos el incremento de casos atendidos en el sistema de salud costarricense a causa de los trastornos de la conducta alimentaria.

No obstante, los profesionales en distintas ramas coinciden al aseverar que los TCA ocupan cada vez mayor número de consultas en todos los niveles de atención en salud. Sumado a la ausencia de estudios epidemiológicos, tampoco existen a nivel nacional protocolos guía estandarizados para atención de TCA ni programas de prevención de los mismos (López Porras, 2014; Mauro Gómez, 2013).

En uno de los TFG revisados, Villalobos Elizondo (2009) elaboró una guía cognitivo-conductual emocional dirigida a padres y madres para la prevención de recaídas de adolescentes con Anorexia Nerviosa en el Hospital Nacional de Niños. Esto significa que ya ha habido trabajo similar a lo propuesto en esta práctica dirigida y se dará continuidad a la relación previamente establecida entre la Universidad de Costa Rica y esta población.

En su trabajo, Villalobos Elizondo (2009) trabajó con diez padres y madres de adolescentes con anorexia nerviosa y evaluó las principales cogniciones y emociones alrededor del trastorno a

través de una entrevista conductual. La autora plantea que es muy importante el trabajo con encargados porque resulta fundamental su involucramiento, sin embargo, éste no debe ser excesivo al punto de opacar la individualidad de la persona adolescente ni por completo responsabilizador porque siguen siendo menores de edad.

Entre sus resultados, Villalobos Elizondo (2009) determinó que hay factores familiares, como la negación ante el diagnóstico, que contribuyen al mantenimiento del trastorno. Asimismo, plantea que el entendimiento de la enfermedad y el acceso a la información son variables que influyen en la visión que tenga la familia de la misma; paralelo a esto, siguen existiendo mitos que minimizan la enfermedad, catalogándola como una señal de inmadurez. Finalmente, la autora determinó que promover la comunicación asertiva y un buen manejo de límites son factores protectores para evitar las recaídas.

En el 2006, Ana Shapiro, psiquiatra del Hospital Nacional Psiquiátrico, realizó una investigación con una muestra de 49 pacientes ingresadas a dicha institución por un TCA. Del total de la muestra el 99,5% eran mujeres, la edad media era de 17 años de edad y la mayoría cursaban secundaria en el momento del estudio. Shapiro (2006) enfatizó en una serie de recomendaciones que consideró necesarias de evaluar durante la entrevista psiquiátrica inicial. Entre sus recomendaciones se encuentran: establecer una relación terapéutica empática, motivar a la o el paciente, conocer el inicio del trastorno y sus detonantes, examinar el estado físico y las complicaciones que haya sufrido a causa del padecimiento, explorar métodos utilizados para perder peso, el patrón de restricciones de comida, historia menstrual, comorbilidad con otras patologías, historia psicosocial, desarrollo psicosexual y laboral, tipo de relaciones interpersonales, la autoimagen, las distorsiones en el pensamiento, las repercusiones sociales del trastorno, la actitud hacia la comida y hacia el peso, la presencia de comportamientos compulsivos, si tienen

hiperactividad, rituales, descontrol de impulsos en otras áreas distintas a la alimentación (sexual, drogas, cleptomanía) y grado de conciencia de la enfermedad y la actitud de la familia hacia esta.

Todas estas recomendaciones son imprescindibles para la intervención psicológica desde un enfoque Cognitivo Conductual, ya que es necesaria una evaluación completa; no solamente de la conducta identificada como problemática (la cual puede ser la privación de alimentos, el atracón, la inducción del vómito y/o purgarse, entre otras), sino de también de antecedentes, patrones de conducta, consecuencias y reforzadores ambientales que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la conducta.

La evaluación psicológica comparable y empírica es parte fundamental de la intervención basada en evidencia; con respecto a esto, Salazar Mora (2012) se dio la tarea de investigar la validez y la confiabilidad del test Eating Attitudes Test (EAT 40) en Costa Rica. Los resultados indican que la prueba es capaz de diferenciar entre personas con TCA (con puntajes mayores a cuarenta) y aquellas sin diagnóstico (con puntajes de veinte o menos), así como entre aquellas que padecen AN y BN. Esto, con base en tres factores evaluados: dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la alimentación y trastornos psicobiológicos. Asimismo, se demostró su validez durante el período de la adolescencia.

Sánchez (citada por Villalobos Pérez 2011) realizó una investigación sobre percepción y satisfacción con la imagen corporal con 533 estudiantes universitarios del GAM, cuyos resultados arrojaron que había un 20% que podría estar en riesgo de padecer anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) y que, además, determinó que las tendencias culturales que promueven la delgadez tienen gran influencia en dichas percepciones. A pesar de que no es un tema que se ahonda en este trabajo, la variable de género, las presiones sociales asociadas al aspecto físico especialmente de

las mujeres y la percepción y vivencia de la belleza femenina, juegan un rol importante dentro los TCA.

Villalobos Pérez (2011) realizó una intervención psicológica grupal dirigida a mujeres adolescentes diagnosticadas con bulimia nerviosa (BN) en el Hospital de San Rafael de Alajuela, lo que demuestra que la intervención desde la psicología en contextos clínicos como este no es nueva. Su intervención constó de 16 sesiones y se realizó desde una aproximación psicoanalítica; en esta se contempló la adolescencia como una etapa de reestructuración subjetiva y se entendió la acción de comer y vomitar como un síntoma de la misma.

Protocolo de Atención de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños.

El Hospital Nacional de Niños preparó desde su Clínica de Adolescentes un protocolo de atención para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, el cual incluye una serie de objetivos a cumplir durante la intervención. No obstante, según lo comunicado por el psicólogo a cargo, existen grandes retos en el cumplimiento de objetivos derivados de las limitaciones de tiempo y espacios para suplir la demanda.

Dicho protocolo, en la versión del año 2016, se basa en los criterios diagnósticos del DSM-4 e incluye como característica principal la intervención multidisciplinaria y conjunta desde las aproximaciones individual, grupal y trabajo grupal dirigido a madres y padres de familia o encargados legales. La versión actualizada del protocolo se elaboró con base al DSM-5 durante el año práctico de la estudiante. Por sector disciplinario, se establece que se procede de la siguiente manera (Morales Bejarano et al., 2016):

- Enfermería: se realiza una entrevista inicial con paciente y sus tutores, se realiza la toma de presión arterial y medidas antropométricas, se hace una valoración de la relación talla-peso (sin compartirle esta información al o la paciente), se realiza un encuadre general de

la intervención, se ofrece contención y se discute sobre el entorno extra familiar de la paciente. Además de esto, en conjunto con la profesional de Trabajo Social, tiene a su cargo el desarrollo de la terapia grupal con padres y madres de familia cuyo objetivo principal es “brindar a los familiares de adolescentes con TCA un espacio de contención y comunicación respecto a sus sentimientos y experiencias afines promoviendo un proceso de autoayuda”.

- **Pediatría:** se realiza la historia clínica completa, inicio y desarrollo del trastorno, se realiza el examen físico haciendo énfasis en la condición nutricional, hemodinámica y estado mental del paciente, se valoran posibles complicaciones médicas tales como desbalance hidroelectrolítico, hipokalemia, hiponatremia, alcalosis, hipoclorémica, elevación de nitrógeno ureico, cetonuria. La evaluación es amplia y aborda revisiones cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinas, dermatológicas, esqueléticas, hematológicas y neurológicas. Se valora si es necesaria la hospitalización cuando hay presencia de: desnutrición, deshidratación, trastornos electrolíticos sintomáticos o de alto riesgo, arritmias cardíacas, rechazo a alimentarse, incontrolables episodios de atracones y posteriores acciones compensatorias, complicaciones agudas por desnutrición, diagnóstico de: depresión mayor, ideación suicida, psicosis y/o severa disfunción familiar que pueda interferir con el tratamiento ambulatorio.
- **Nutrición:** se toman datos generales y medidas antropométricas (peso, talla, pliegues cutáneos), se clasifica el estado nutricional y se les comunica a paciente y familiares o encargadas la desviación del rango normal (haciendo uso de percentiles, siendo lo normal entre 90% y 110%), se indaga sobre el peso usual y el cambio de peso, hábitos alimenticios, preferencias y gustos, disponibilidad de alimentos, alimentos eliminados en sus dietas,

preparación de los mismos, temores asociados a alimentos, actividad física. Se valoran los síntomas asociados (caída del cabello, cambios en uñas y piel, menstruación, autopercepción), se explica la importancia de una dieta balanceada (con calcio y hierro) según etapa del desarrollo, se le da seguimiento a los exámenes bioquímicos.

- Psicología: el objetivo inicial es ofrecer contención emocional a la paciente y a sus encargados ante el TCA. Se realiza, en conjunto con Trabajo Social, una historia longitudinal de la persona adolescente y su familia y se inicia con protección del paciente valorando sus conductas de riesgo. Si hay detección de alguna patología de riesgo inmediato a la vida, se atiende esta antes del TCA. La atención ambulatoria aborda temáticas como: aspectos del desarrollo, formación de la identidad, imagen corporal, expectativas del rol de género, regulación del afecto, conflictos interpersonales, relación con la autoridad, sexualidad, resolución de conflictos, manejo de la ansiedad y control de impulsos. Se analiza la presencia de comorbilidad psicológica y se utilizan las siguientes herramientas de evaluación: Test de Rorschach, Escala de Desesperanza, Escala de Depresión de Beck o de Zung, Test de la Figura Humana, Test de Oraciones Incompletas y la Escala de Suicidio. Se trabaja en reforzar técnicas para manejar el trastorno. El trabajo de intervención grupal con los y las adolescentes tiene por objetivo “crear un espacio para que los adolescentes con TCA compartan sentimientos y experiencias afines, promoviendo un proceso de autoayuda.
- Trabajo Social: se realiza la terapia familiar con base en el análisis de vínculos familiares y socioambientales, así como la exploración de normas y relaciones interpersonales. Para estas intervenciones, se realiza una fase de inducción, un diagnóstico familiar, creación de estrategias para propiciar cambios y una fase de terminación. Adicionalmente, se realiza

un taller de arteterapia para las pacientes cuyo objetivo general es “brindar contención o información a los adolescentes con TCA como la anorexia y la bulimia a través de procesos de expresión autocreadora que permita la expresión de sentimientos y emociones”. Las temáticas abordadas son: así soy yo, desarrollo de vida, cómo inicia la enfermedad, qué es el trastorno alimentario, mi imagen corporal, cómo soy realmente, mi relación con los alimentos, relaciones familiares, cómo comunico mis emociones, mi compromiso para mejorar.

III. Marco de Referencia Teórico Conceptual.

El campo específico en el cual se desarrolla la práctica profesionalizante requiere del conocimiento de algunos conceptos teóricos indispensables para la comprensión y la intervención psicológica, por lo que se definen a continuación.

A. *Psicología de la Salud*

La rama de la Psicología de la Salud surge oficialmente en 1978 en la Asociación Americana de Psicología (APA), por lo que aún se considera como una rama en sus inicios. Esta se define, según Brannon et al. (2013), como la rama de la psicología que “se interesa por comportamientos individuales y estilos de vida que afectan la salud física de las personas” (p.13). Es decir, pretende hacer una integración entre todos los elementos biológicos, sociales, psicológicos y ambientales que se conjugan para influenciar la salud de las personas, ya sea de manera positiva o negativa.

Con el tiempo, las enfermedades crónicas han sustituido a las infecciosas y a aquellas para las cuales no había una cura descubierta, como las principales causantes de deterioros en salud y pérdidas humanas a nivel mundial. Por ejemplo, en Estados Unidos, se estima que uno de cada dos

adultos vive con al menos una enfermedad crónica y que dos millones de personas mueren al año por estas razones (Brannon et al., 2013).

Se ha demostrado, además, que estos cambios no cuentan con una explicación unidimensional, sino que se comprenden de una serie de factores que convergen para impactar los estilos de vida y, consecuentemente, la salud. Esto responde a un enfoque Biopsicosocial, el cual considera que la salud incluye variables genéticas, fisiológicas, cognitivas, motivacionales, emocionales, variables sociales como redes de apoyo, pobreza, entorno étnico y creencias culturales, por mencionar algunos ejemplos (Sarafino y Smith, 2010).

Tal como elaboran Sarafino y Smith (2010), las enfermedades crónicas, a pesar de tener causas biológicas, se ven directamente influenciadas por comportamientos en su aparición y progresión. Es por esta razón que la Psicología, dedicada a comprender el comportamiento humano, responde con la rama de la Psicología de la Salud. Dicha respuesta confirma, una vez más, la relevancia de la participación de la Psicología dentro de contextos clínicos, aportando tanto en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como en la investigación y el tratamiento.

La Psicología de la Salud pretende trabajar desde la prevención y la promoción de la salud en todos sus ámbitos, proponiéndose intervenir en aquellos comportamientos que son de riesgo para la salud de la persona y potenciar los que, por el contrario, son factores protectores.

B. Trastornos de la Conducta Alimentaria

De acuerdo con el DSM-5, se reconocen tres subtipos específicos de los TCA: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Además de esos, también existen apartados para otros desórdenes específicos de la alimentación y para desórdenes inespecíficos de la alimentación (American Psychological Association APA, 2013).

Fairburn y Cooper (2014) sintetizan algunos de los elementos principales que son necesarios para realizar un diagnóstico con base en lo planteado en el manual, los cuales se establecen así:

En el caso de la anorexia nerviosa (AN) debe haber una sobreevaluación sobre el peso y la figura. Esto implica que el valor personal suele ir en función del peso y la figura, prácticamente de manera exclusiva. Además, suele haber deseos profundos de ser delgadas y delgados; dichos deseos son expresados abiertamente por las personas, así como sus temores a subir de peso o volverse gordas. Finalmente, es común que mantengan un peso considerablemente bajo. En términos de índice de masa corporal, quiere decir que sea menor o igual a 18.5.

En la bulimia nerviosa (BN) también existe una sobreevaluación del peso y la figura, así como un valor personal estrechamente ligados a estos. En la BN suele haber episodios recurrentes de atracones, en los que las personas ingieren una cantidad desmedida de alimentos acompañada de una sensación general de pérdida de control. Como resultado de esto, se recurre a conductas compensatorias mantenidas como comportamientos de control de peso excesivos, dietas altamente restrictivas, vómito inducido y consumo de laxantes.

En cuanto a los trastornos por atracón (TpA), la caracterización principal es el consumo alimenticio recurrente por atracón en ausencia del control excesivo que se ve manifestado tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, así como en ausencia de conducta compensatoria que sigue el atracón en los otros dos.

El trastorno de la alimentación o de la ingesta no especificado se refiere al que tiene características propias de un TCA, provocando el malestar clínico y deterioro social, pero sin cumplir con los suficientes criterios como para ser diagnosticado como AN o BN. Este puede tener

características comunes con los principales trastornos descritos en este apartado, sin embargo, no llega a confirmarse clínicamente como uno en particular (Vásquez Maritán, 2019).

Los rasgos mencionados son solo algunos de los principales que pueden enmarcar un diagnóstico certero. No obstante, esto no implica ni pretende dar a entender que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos de reducida complejidad, sobre la cual que ya se ha insistido previamente en este documento.

La principal característica que comparten la AN y la BN acerca de la sobreevaluación del peso y la figura, se ha demostrado ser una característica común indistintamente del género y la edad en la que se realice el diagnóstico. Dicha sobreevaluación, resulta en la búsqueda constante de pérdida de peso y en un temor intenso a subir peso y/o a engordar. Es importante aclarar que no se trata de alcanzar un peso meta, sino que el objetivo es la pérdida de peso como tal. En el caso de las personas con AN, suele haber más dificultades para el involucramiento en terapia porque la pérdida de peso alcanzada es muy reforzadora, por lo que hay escasos deseos de realizar modificaciones conductuales, a pesar de las consecuencias negativas.

C. Terapia Cognitivo Conductual

Este modelo psicológico es el cual cuenta con mayor evidencia experimental para demostrar su eficacia en una amplia serie de trastornos psicológicos, entre esos, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Vásquez Maritán, 2019; Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). Es por esta razón que el presente trabajo lo toma como referencia teórico-conceptual. Aaron Beck creó la terapia cognitiva en los años sesentas para dar trabajar con los pensamientos y las conductas disfuncionales propios de la depresión (Beck, 2005). No obstante, las bases teóricas de su propuesta han podido adecuarse para la atención de otras patologías psicológicas y se han sometido a evaluaciones constantes que corroboran su utilidad y eficacia.

Existen, además, otros modelos de terapia cognitivo conductual sobresalientes, como la terapia racional emotiva de Ellis (1962), la multimodal de Lazarus (1976) y la de modificación conductual Meichenbaum (1977). El principal punto de encuentro entre estos abordajes radica en que todos coinciden al afirmar que la enfermedad mental conlleva alguna distorsión del pensamiento y esta, consecuentemente, afecta el estado emocional y repercute en las conductas (Beck, 2005).

Concretamente en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, Fairburn (1985) propuso el primer protocolo cognitivo conductual que demostró su eficacia para el abordaje de pacientes con Bulimia Nerviosa. Este protocolo, además de probar su utilidad para reducir atracones y conductas compensatorias y modificar las sobrevaloraciones atribuidas al peso y la figura, incide en estados depresivos, la baja autoestima y el funcionamiento social, en general (Ekstrand y Roca Villanueva, 2011).

La terapia cognitivo conductual para la Bulimia Nerviosa (TCC-BN) parte de que existe una distorsión cognitiva principal, derivada de la sobrevaloración del peso y de la figura y la necesidad de controlar la ingesta. A partir de esta distorsión, surgen una serie de consecuencias conductuales y cognitivas como la tendencia a hacer dietas extremas, el ejercicio excesivo, las conductas comprobatorias y evitativas, la inflexibilidad y las preocupaciones constantes alrededor de la ingesta, el peso y la figura. La TCC-BN explica los atracones como una consecuencia de la insostenibilidad que conllevan las características antes mencionadas y que estos suceden cuando hay cambios en los estados emocionales de las pacientes (Fairburn, 2008; Ekstrand y Roca Villanueva, 2011). La eficacia que ha probado la TCC-BN, condujo a que Fairburn propusiera la Teoría Transdiagnóstica para la intervención de los TCA, detallada en el siguiente apartado.

D. Teoría Transdiagnóstica

Desde una perspectiva transdiagnóstica, se parte de que la evidencia empírica ha sugerido que no es necesaria la diferenciación de tratamiento en personas adultas para patologías como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón (Fairburn y Harrison, 2003). Por lo general, estos trastornos tienden a traslaparse con el tiempo (exceptuando el trastorno por atracón) y coinciden en una serie de aspectos psicopatológicos distintivos, por lo que se considera que tienen en común mecanismos transdiagnósticos que los mantienen. A partir de esto, se cree que la intervención orientada hacia estos mecanismos de mantenimiento debería ser funcional para todos los trastornos – dando origen a la CBT-E, cuya valía también ha sido comprobada específicamente en adolescentes con AN (Fairburn y Copper, 2014; Dalle et al., 2013).

Previo al tratamiento con CBT-E es imprescindible realizar una evaluación inicial con tres objetivos interrelacionados: establecer una relación terapéutica positiva, definir el diagnóstico (cuidando que no se trate de un trastorno de ansiedad, del estado de ánimo o de exceso de comida ingerida sin llegar a TaP), asegurarse que la atención ambulatoria es segura para la persona atendida involucrando también a padres o encargados. En la primera entrevista se pesa y se mide a los pacientes, lo cual es un tema sensible para muchísimos de ellos, no obstante, es necesario enfatizar en la relevancia del dato obtenido de índice de masa corporal de modo que pueda explicarse con claridad y abordarse desde la psicoeducación. En la fase diagnóstica, suelen utilizarse el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q por sus siglas en inglés, Fairburn & Beglin, 2008) y Clinical Impairment Assessment (CIA por sus siglas en inglés; Bohn & Fairburn, 2008).

Existen contraindicaciones para comenzar el tratamiento CBT-E entre las cuales están la presencia de depresión clínica, abuso significativo de sustancias, dificultades de vida mayores o

crisis y la incapacidad para asistir regularmente a las citas (lo cual aplica para paciente y terapeuta). El protocolo de tratamiento consta de cuatro fases, las cuales se explican ampliamente en la siguiente tabla (Tabla 1).

Fases	Temas u objetivos	Procedimiento
Primera fase: Inicio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Involucramiento del paciente en la terapia y el cambio. 2. Evaluación de la naturaleza y severidad de la patología. 3. Creación conjunta de la formulación del caso. 4. Establecimiento de automonitoreo en tiempo real. 5. Psicoeducación acerca de los TCA. 6. Establecimiento de un horario regular de comidas 	<p>Uso de técnicas de entrevista motivacional, explicación amplia de lo que implica el tratamiento, su duración, frecuencia y número de sesiones. Se establece que debe haber pesajes en cada consulta para trabajar técnicas de afrontamiento y distorsiones cognitivas alrededor del peso en sesión, con el acompañamiento adecuado. Motivación a la apropiación de la terapia, entusiasmo y esperanza. Se evalúa el estado actual de o la paciente. Se realiza una representación visual para formular los elementos que mantienen el diagnóstico, se establecen los mecanismos interrelacionados que van a atenderse en la intervención. Se establece el monitoreo de tiempo completo para identificar con claridad los sentimientos, pensamientos y conductas y buscar alternativas para estos. Resulta fundamental la psicoeducación relativa al trastorno para derrumbar mitos y creencias erradas que lo mantienen. Asimismo, se establece un horario regular de comidas que debe ser planeado con anterioridad.</p>
Segunda fase	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pretende hacer una evaluación conjunta del proceso hasta este momento. 2. Revisión de la formulación realizada en la primera fase de ser necesario. 3. Diseño la tercera fase. 	<p>La evaluación conjunta del proceso debe basarse en la revisión sistemática de evaluaciones psicológicas que vuelven a tomarse para evaluar el cambio. El rol de la terapeuta consiste en poder ofrecer al o la paciente una visión completa de su progreso. Nuevamente es importante valorar si hay presencia de una depresión clínica.</p> <p>La revisión de la formulación del caso es importante de hacer en este punto porque los cambios reportados por el paciente suelen ser pocos y, por lo general, vienen acompañados de aspectos importantes que no se consideraron en la formulación inicial. En esta etapa es cuando debe enfatizarse en el ejercicio excesivo, la contribución del perfeccionismo clínico, la</p>

		baja autoestima y las dificultades interpersonales.
Tercera fase: Atención a los mecanismos de mantenimiento clave	1. Atención a los mecanismos de mantenimiento del TCA categorizados en: sobrevaloración de la imagen y el peso, sobrevaloración del control sobre la alimentación, limitaciones alimentarias, cambios alimenticios relacionados con eventos y estados de ánimo, restricciones dietéticas y tener bajo peso.	Suele comenzarse esta fase con la atención a la sobrevaloración de la imagen y el peso porque suele ser la que toma más tiempo en trabajar; asimismo, cabe resaltar que cada una de las categorías se contempla por aparte. En el caso de la sobrevaloración y sobrevaloración del peso y la figura, debe atenderse la rutina de revisión del peso y la figura, la evitación del propio cuerpo y el “sentirse gorda”. Debe realizarse un trabajo psicoeducativo minucioso sobre las áreas contempladas individualmente para determinar el valor propio (idealmente se utiliza material visual), antes de comenzar a modificarlas. Aquí es importante atender la evitación del propio cuerpo (que suele aparecer luego de la evaluación constante insostenible) y la evaluación corporal constante (sus formas inusuales, el uso de espejos, las comparaciones recurrentes). La atención a “sentirse gorda” es importante porque es a la vez un mecanismo de mantenimiento para la sobrevaloración del peso y la figura, así como para la insatisfacción corporal; aquí es muy funcional la utilización de autorregistros. Es indispensable explorar las reglas y creencias asociadas a las dietas que se hacen y a las restricciones de comida, así como las consecuencias de romper una de estas reglas. El abordaje de estas privaciones en sesión, así como la comparación entre consecuencias pensadas versus reales, permite trabajar en la disminución de la ansiedad a la hora de comer. El TaP suele presentar asociaciones más claras con cambios de ánimo y eventos específicos, sin embargo, siempre deben explorarse los mismos para entender asociaciones entre expresión emocional y consumo o privación de alimentos, así como gratificación a causa de una

		sensación de toma de control con la privación.
Cuarta fase: Cierre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse que los cambios puedan mantenerse y puedan dar origen a más modificaciones positivas. 2. Disminuir el riesgo de recaídas a futuro. 	Nuevamente puede evaluarse sistemáticamente el progreso a través de pruebas, de modo que pueda documentarse debidamente la evolución del tratamiento. Previo al cierre, se distancias las sesiones y se hace la preparación del o la paciente y se construye en conjunto un plan a seguir durante el tiempo sin acompañamiento terapéutico cercano, el cual se discute en las sesiones de seguimiento (pueden ser meses después). Resulta fundamental tener un plan de prevención de recaídas discutido ampliamente en donde el o la paciente (y en el caso de menores de edad, sus encargados y encargadas) tenga claros detonantes, factores de riesgo, estresores iniciales, técnicas para atender una posible recaída, búsqueda de ayuda a futuro, etc.

Tabla 1. Elaboración propia con base en Fairburn y Cooper, 2014.

E. Ansiedad

La ansiedad ha desempeñado un rol de gran peso cuando se habla de los TCA; Solano Pinto y Cano Vindel (2012) mencionan que las investigaciones acerca del tema giran en torno a tres ejes principales: la comorbilidad entre los TCA y los trastornos de ansiedad, la relación entre la ansiedad y variables importantes en los TCA como, por ejemplo, la insatisfacción con la imagen corporal y el perfeccionismo, y en averiguar si el tratamiento dirigido a la ansiedad mejora el pronóstico de los TCA.

De acuerdo con lo investigado por Kaye et al. (2004), la prevalencia de trastornos de ansiedad y de TOC es mayor en grupos de personas con bulimia o anorexia nerviosa en comparación con un grupo no clínico. Asimismo, se plantea que los trastornos de ansiedad de estos grupos clínicos emergen durante la adolescencia temprana (cerca de los 14 años) antes de los TCA (alrededor de los 17 años), estableciendo la presencia de la ansiedad como un factor de vulnerabilidad para padecer algún TCA.

Los resultados arrojan que es común el diagnóstico de fobia social y TOC en pacientes con TCA con inicio previo al diagnóstico, que la ansiedad social y por evaluación suelen ser altamente comunes entre esta población y que el tratamiento específicamente dirigido a la ansiedad es fundamental para el manejo del trastorno (Solano Pinto y Cano Vindel, 2012). Esto corrobora las conclusiones a las que han llegado distintos investigadores acerca de la ansiedad, destacando que es un factor común y persistente en la patología alimentaria y que tiene un rol mediador en los modelos cognitivo conductuales utilizados para explicarla y tratarla.

F. Cutting

Se incluye el cutting o la autolesión dentro de los referentes teóricos-conductuales de el presente trabajo dada la frecuencia con que esta conducta se presenta en pacientes con TCA y,

consecuentemente, la importancia que tiene su conocimiento para la adecuada atención brindada a las mismas. De acuerdo con Redondo Mendoza y Agudelo Tabales (2018), el *cutting* es una conducta de autolesión no suicida, en donde la persona realiza cortes en diferentes áreas de su cuerpo, siendo comunes las piernas, muñecas, brazos y genitales.

Ulloa et al. (2013) señalan que el *cutting* está asociado a la baja tolerancia a la frustración, la manipulación, cambios en los estados emocionales generalmente caracterizados por emociones negativas y sintomatología ansiosa. Sumado a esto, los autores documentaron que es la forma más común autolesión, por encima de autogolpearse, los rasguños, mordeduras, ingesta de fármacos, caída de alturas y quemaduras (Ulloa et al., 2013).

Redondo Mendoza y Agudelo Tabales (2018) mencionan que a pesar de que el *cutting* es un fenómeno frecuente en la adolescencia, aún se carece de información acerca de las bases cognitivas del trastorno. A partir de su investigación, las autoras concluyen que las conductas de *cutting* están asociadas a distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria, sobregeneralización y “deberías”, ligadas a estados emocionales de tristeza y enojo. Además, señalan que se hace el uso del tiempo libre para realizar los cortes.

G. Autorregulación emocional

Uno de los ejes principales de la intervención clínica en TCA desde la TCC es la comprensión de la autorregulación emocional y su entrenamiento. De acuerdo con Abraham et al (citados por Cruzat et al., 2010), pacientes de alguna patología alimentaria coinciden en tener baja motivación –lo que deriva en pobre adherencia al tratamiento–, sensaciones de descontento, dificultades de afrontamiento y sensación de pérdida de control sobre sus emociones. Esto sumado a la ansiedad social y por evaluación que ya se mencionó en el apartado anterior.

La psicoeducación desde la autorregulación emocional pretende visibilizar las emociones que están incidiendo negativamente en el estilo de vida y dar herramientas útiles para su manejo; de manera que haya entre pacientes mayor conciencia de la enfermedad y, también, motivación para el cambio hacia estilos de vida más saludables.

Cordero-Andrés et al. (2017) recopilan una serie de artículos científicos los cuales desde distintas ópticas, coinciden al enfatizar que la psicoeducación emocional y el tratamiento de trastornos emocionales son capaces de incrementar el tamaño del efecto de las intervenciones psicológicas que lideran en guías internacionales de renombre. La evidencia científica ha permitido que se demuestre la valía de técnicas de autorregulación emocional para el tratamiento de la ansiedad, como lo son las relajaciones, permitiendo que haya un mayor desarrollo de autonomía en cada paciente y que se dé un mejor manejo de pensamientos y conductas. Asimismo, las técnicas de reestructuración cognitiva y de exposición han demostrado que son capaces de hasta duplicar el tamaño del efecto de la relajación, al aplicarse a trastornos de ansiedad (Manzoni et al; Ougrin; citados por los autores).

IV. Objetivos.

General

- Desarrollar habilidades y competencias propias de una profesional en Psicología de la Salud dentro del contexto de la Clínica Adolescente del Hospital Nacional de Niños, colaborando con pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el enfoque Cognitivo Conductual.

Específicos

- Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.

- Evaluar de forma guiada los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno.
- Desarrollar intervenciones individuales de consulta desde un enfoque Cognitivo Conductual a partir de dicha evaluación.
- Evaluar el progreso y la efectividad de las intervenciones realizadas.

V. Contexto Histórico e Institucional.

La Clínica de Adolescentes forma parte del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, inaugurado en 1964. No obstante, la clínica en cuestión no es creada hasta después de que la Caja Costarricense de Seguro Social comienza un movimiento para reconocer la importancia de darle a las personas adolescentes un espacio más adecuado que pueda atenderles en temas de salud de una manera más eficaz. En 1988 se crea entonces el Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA), con el fin de responder a las necesidades y características de quienes se encuentran en este período del desarrollo tanto a nivel clínico, como desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De acuerdo con lo informado por la Dra. Daniela Carvajal, actual jefa de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños, la fundación de la misma se dio en 1994 y hoy es la única que se ha mantenido trabajando de forma continua y con profesionales multidisciplinarios asignados a tiempo completo; razón por la cual es una instancia que sirve de ejemplo y ofrece capacitaciones para profesionales de la salud que trabajan con esta población en vista de formar más clínicas especializadas en la atención de adolescentes a nivel nacional (comunicación personal, octubre 2017).

VI. Consideraciones ético-legales.

La práctica profesionalizante en cuestión se apega a lo que se estipula en el Código de Ética elaborado por el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR). Resulta importante destacar que no se realizaron intervenciones experimentales, ni procedimientos intrusivos con las personas. La solicitud del campo clínico en el hospital está precedida por un meticuloso proceso de aprobación de proyecto tanto de la Universidad de Costa Rica (UCR) como de la institución en la que se efectuará la práctica y se lleva a cabo por medio del debido trámite efectuado por la Escuela de Psicología.

Dado que el trabajo realizado es en una Clínica Adolescente, se toman en consideración aspectos ético legales enmarcados en el Código de la Niñez y la Adolescencia, manteniendo un enfoque de Derechos Humanos para asegurar el respeto a las personas menores de edad con las que se trabajará.

Precauciones para proteger a las personas.

Se da un seguimiento cercano a las labores realizadas en la práctica con el fin de corregir y disminuir los errores que puedan darse. Por un lado, dentro del funcionamiento de la Clínica Adolescente del hospital se cuenta con un espacio semanal de integración de información interdisciplinaria y discusión por cada caso. Además, se cuenta con la supervisión técnica del psicólogo encargado, el MSc. Walter Ramírez. Finalmente, se recibe apoyo cercano por parte del equipo académico asesor a través de supervisiones frecuentes e intercambio de reportes periódicos.

VII. Metodología.

Se eligió la modalidad de práctica dirigida como trabajo final de graduación, lo que quiere decir que contempla una inserción de la estudiante dentro del Hospital Nacional de Niños desempeñándose con las funciones propias de una Psicóloga de la institución. Específicamente se

realiza la práctica en la Clínica de Adolescentes, brindando atención a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como a sus familiares. Debe resaltarse que el trabajo con familiares y/o encargados responde a parte de la atención brindada a las pacientes directas, tal como lo plantea la teoría. La duración de la práctica es de doce meses, con trabajo a medio tiempo.

A. Población.

A pesar de que el HNN es el hospital que por asignación les corresponde a algunos cantones céntricos del país, la población a la que se le brindó atención terapéutica no se limita únicamente a quienes cumplen este criterio de asignación. La especificidad del motivo de consulta y la escasez de clínicas para adolescentes a lo largo del país, se traduce en la atención clínica de personas adolescentes de todo el territorio nacional. Estas personas llegan al HNN con una referencia emitida ya sea en otros niveles de atención en salud o del mismo hospital y se atienden desde el diagnóstico de su TCA, o confirmación del mismo, hasta que se les da de alta, cumplen la mayoría de edad o se les refiere a citas de seguimiento en los centros de salud que les corresponden por ubicación.

La práctica benefició en este caso a pacientes entre los 13 y los 17 años de edad referidas a la Clínica de Adolescentes del HNN por algún trastorno de la conducta alimentaria. Asimismo, como beneficiarios indirectos, se contemplan los familiares y encargados (as) de dichas pacientes. Estos familiares y encargados (as) estuvieron involucrados en el acompañamiento grupal, las sesiones familiares y las sesiones individuales ofrecidas por las Clínica de Adolescentes.

B. Intervención.

Para el cumplimiento del objetivo general del presente TFG, se realizó una serie de intervenciones enmarcadas en los objetivos específicos de trabajo. Durante el año práctico, se realizaron las entrevistas iniciales de pacientes nuevas ingresadas al centro, así como entrevistas

clínicas a sus familiares y/o encargados (as), se facilitaron las sesiones grupales de las pacientes de TCA, se brindó asistencia individual a las pacientes asignadas por el equipo de trabajo del hospital y se participó como co-terapeuta en un proceso familiar brindado por la enfermera MSc. Xiomara Jiménez.

Cabe destacar que, de previo al inicio de la práctica, se realizó un trabajo voluntario de observación no participante acordado con la Dra. Carvajal y el psicólogo Walter Ramírez, el cual tuvo una duración de cuatro meses – de agosto a noviembre del año 2017. Dicho trabajo voluntario, tuvo por objetivo conocer el funcionamiento de la Clínica de Adolescentes y el manejo de pacientes con TCA, así como establecer con claridad las necesidades de la clínica y plantear acorde las labores a desempeñar en el periodo práctico.

1. Entrevistas iniciales.

Durante el año práctico, se realizaron las entrevistas iniciales a pacientes nuevos de la Clínica de Adolescentes que llegaron con referencias específicas de trastornos de la conducta alimentaria. En estas, se atendieron pacientes entre los 13 y los 17 años de edad y se entrevistó también a sus padres, madres y/o encargados (as).

Las entrevistas, correspondiendo a lo planteado en los objetivos específicos de este TFG, se enfocaron en evaluar el desarrollo y mantenimiento del trastorno que les habían diagnosticado de previo. Para esto, se tomaron en consideración factores biológicos, psicológicos y sociales de cada una de las pacientes.

Las citas de entrevistas iniciales se podían extender hasta tres sesiones, cada una con una duración que variaba entre una y dos horas. En estas, a solicitud de la Dra. Carvajal y el equipo de trabajo, se incluían aspectos generales del desarrollo de los pacientes desde su gestación, el funcionamiento familiar, los hábitos relacionados al uso de tecnologías, sistemas de creencias,

escolaridad y, por supuesto, las relaciones con la comida (Anexo 1. Entrevistas iniciales semiestructuradas).

Las indagaciones se realizaron haciendo uso del formato de entrevista cognitivo conductual, manteniendo el objetivo de identificación de conductas problemáticas. Asimismo, fueron complementadas con la observación y, en algunos casos, la aplicación de pruebas las psicométricas explicadas en el siguiente apartado.

Se realizaron reportes por cada entrevista, los cuales se incluyeron en las notas individuales del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y los expedientes físicos. Sumado a esto, los casos se presentaron en las sesiones semanales multidisciplinarias para conocimiento del equipo de trabajo y fueron de utilidad tanto para economizar tiempo de entrevistas en las sesiones de cada una de las otras personas profesionales del equipo, como para determinar aspectos puntuales a explorar a profundidad o atender con inmediatez.

2. Psicoterapia individual.

Se atendieron de forma individual cuatro pacientes nuevas que ingresaron a la Clínica de Adolescentes del HNN con un diagnóstico previo de un TCA. La selección de las pacientes de la practicante se realizó en conjunto con el asesor técnico y el resto del equipo multidisciplinario de la clínica. Una vez elegidas las pacientes, con las cuales ya se habían comenzado las entrevistas iniciales, se procedió a llamar y coordinar las citas. Tanto la urgencia de cada caso, como la facilidad y disponibilidad familiar para asistir a las citas, determinó si estas eran semanales o bisemanales.

Los casos fueron supervisados semanalmente con el asesor técnico y con la directora de esta práctica y periódicamente con el resto del equipo asesor por medio de reportes y supervisiones. Para cada una de las sesiones se dispuso de una hora por cada paciente, sin embargo, en algunas

ocasiones, se solicitaron sesiones de dos horas para poder completar objetivos y atender situaciones emergentes.

La intervención realizada hizo uso de técnicas y estrategias cognitivo conductuales, como se plantea en los objetivos de esta práctica. Esto, debido a que la TCC ha demostrado su eficacia científicamente durante las últimas tres décadas y específicamente la CBT-E aplicada a casos de pacientes con TCA, se mantiene como la principal recomendación de terapia individual dada su efectividad para cambiar conductas problemáticas y mantener conductas saludables (Ruiz et al., 2012; NICE 2014).

Se elaboró para cada caso un planeamiento por sesión, una bitácora por sesión y un reporte formal incluido tanto en el EDUS como en los expedientes físicos. Cabe destacar que los casos individuales también se llevaron a discusión de forma semanal en las sesiones multidisciplinarias, ya fuera para presentar situaciones emergentes que requirieran atención de otro profesional en otra área, plantear dudas o bien dar breves reportes de avances y tareas realizadas.

Como en las entrevistas iniciales, los procesos comenzaron con la evaluación de factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno; tal como se plantea en los objetivos específicos. A pesar de que las pacientes ingresaron a la clínica con un diagnóstico concreto, la recuperación de información por medio de la entrevista conductual y otros aspectos descriptivos de las conductas problemáticas, fue indispensable para confirmar o replantear el diagnóstico y elaborar una adecuada intervención, tal como está estipulado en el segundo objetivo específico de esta práctica.

Con el fin de poder identificar los pensamientos, las conductas y respuestas emocionales se realizaron entrevistas conductuales, observaciones y análisis funcionales de la conducta con las pacientes directas. Además, se entrenó a padres, madres y/o encargados para la elaboración de

registros conductuales orientados hacia la comida y actitudes hacia la comida, de manera que se pudiera confirmar la información e identificar aspectos emocionales y conductuales relevantes.

La entrevista clínica conductual, como se menciona brevemente más arriba, se utilizó concretamente en los procesos individuales para determinar las conductas y cogniciones motivo de consulta, realizar la historia clínica de las pacientes, para elaborar los análisis funcionales de la conducta y para plantear los objetivos y el curso de la intervención (Ruiz et al., 2012).

Algunos autores mencionan que la motivación, importante para el mantenimiento de conductas nuevas, también es evaluada a través de la entrevista conductual que es realizada a lo largo del proceso terapéutico y no solamente en sus inicios (Fairburn y Cooper, 2014; Ruiz et al., 2012). Por lo tanto, se evaluó la motivación tanto por medio de dicha entrevista en distintos momentos de la intervención, como por medio de una Escala Motivacional breve realizada al inicio y al final de proceso.

Dicha escala es de elaboración propia, basada en el estudio de Kuge et al (2017). La herramienta es muy breve, utilizando una escala de Likert con puntuación numérica del 1 al 10, con dos preguntas cortas orientadas a la motivación al cambio y el sentido de autoeficacia: “¿qué tan importante es para usted recuperarse de su TCA?” y “¿cuánta confianza tiene usted en su capacidad de cambiar para recuperarse de su TCA?” (ver Anexo 2. Escala Motivacional).

Además de la Escala Motivacional utilizada, se hizo uso de otras tres herramientas de medición psicológica para evaluar ansiedad, depresión y actitudes hacia la comida. De acuerdo con Fernández-Ballesteros (2004) la evaluación psicológica consiste en “valorar intervenciones, tratamientos o programas con los que se desea conseguir una serie de cambios conductuales en función de una serie de objetivos propuestos” (p.30). Dicha evaluación pretende integrar las conductas del o la paciente contemplando las áreas: motora, cognitiva y la psicofisiológica.

Bajo esta línea, para la evaluación de la ansiedad, se utilizó la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés) por Sanz y Navarro (2003). La adaptación costarricense del Inventario de Depresión de Beck (BDI -II, por sus siglas en inglés), se utilizó también para evaluar el estado anímico de las pacientes (Redondo Alfaro, 2015). Y, finalmente, se aplicó el Test de Actitudes hacia la Comida o EAT40, por sus siglas en inglés, de Garner y Garfinkel (1979) cuya validez en el contexto costarricense fue medida por Salazar en el 2012.

La implementación de herramientas de medición durante el proceso fue valiosa para hacer una comparación pre test y post test, de manera que los resultados de la intervención fueran medibles y respaldados con datos sólidos. Además, el uso del BDI-II fue de gran utilidad para la identificación de depresión clínica cuya atención psicológica prima por encima de la atención de un TCA, como bien lo indica la teoría (Fairburn y Cooper, 2014). El BAI no solamente reveló información sobre el nivel de ansiedad de las pacientes, sino también sobre su capacidad para identificar sus emociones y sus herramientas para afrontarlas.

Finalmente, en la aplicación del EAT40, se consideraron los puntajes totales para determinar la presencia o ausencia del TCA y también las tres subescalas del cuestionario para la elaboración de la intervención. A pesar de las similitudes entre casos, la evaluación en las tres áreas que permite la prueba: dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la alimentación y trastornos psicobiológicos, contribuyó al proceso de la elaboración de un plan de intervención adecuado para cada uno de los casos.

Los análisis funcionales de la conducta se realizaron a partir de la información obtenida en la entrevista conductual a las pacientes, así como los datos obtenidos de la entrevista con padres, madres y/o encargados. En complemento, se utilizaron también los datos obtenidos a través de los

cuestionarios aplicados y los autorregistros elaborados por las pacientes y sus respectivos tutores. El objetivo de la elaboración de los mismos corresponde al segundo de la práctica, siendo de gran utilidad para identificar las variables que sí se pueden controlar en pro de la generación de cambios positivos (Ruiz et al., 2012). Dichos análisis funcionales de la conducta también fueron utilizados para esclarecer y, en algunos casos, replantear los diagnósticos previos.

La observación conductual fue muy importante durante las sesiones, en donde facilitó la profundización en el conocimiento acerca de las conductas problemáticas (Ruiz et al., 2012). La información recopilada a partir de la observación resultó funcional para la elaboración de los análisis y la exploración de aspectos específicos para conocer más detalladamente cada uno de los casos, particularmente para conocer capacidades de afrontamiento.

Posterior a las fases de psicodiagnóstico, evaluación y elaboración de planes de intervención terapéutica, se utilizaron las siguientes técnicas:

- Psicoeducación:

Se realizaron sesiones psicoeducativas para informar tanto a pacientes como a sus familiares y/o encargados (as) sobre los TCA, adaptando las sesiones al diagnóstico específico de las pacientes directas. A través de la psicoeducación, se esclarecieron algunas dudas comunes y mitos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, se expusieron los riesgos que acarrearán a corto, mediano y largo plazo y se habló acerca de la fundamentación científica de la intervención individual propuesta.

Gutiérrez et al. (2013) mencionan que los programas psicoeducativos “suelen basarse en la información o educación sobre la enfermedad para facilitar las conductas del paciente” (p.109). Otros estudios corroboran que su utilización disminuye la experiencia negativa de cuidado y supervisión que se recomienda dar a los y las adolescentes con TCA y facilita la comunicación

asertiva. Esto último, se debe principalmente a que, por medio de la comprensión del trastorno, pueden disminuirse la sobrecarga emocional y la ansiedad asociadas.

Importantes guías internacionales coinciden en la relevancia de la intervención psicoeducativa tanto con pacientes como con familiares de los mismos a la hora de atender un TCA, especialmente porque suele haber mucho desconocimiento y mantenimiento o tolerancia de conductas que ponen en riesgo al o la paciente, como intentos de mantener la armonía familiar (NICE, 2004).

- Autorregistros alimentarios:

Se utilizaron los autorregistros alimentarios hechos por las pacientes con el objetivo de delegarles un rol indispensable en la recolección de información de su TCA y aumentar la conciencia del problema, lo que se traduce en que más adelante se genere el cambio (Martínez Amores, 2018). Además, la implementación del automonitoreo permite identificar situaciones concretas que generen más ansiedad, así como alimentos prohibidos y otras distorsiones cognitivas asociadas a la comida (Fairburn y Cooper, 2014). Anexado a este documento, se encuentran los apartados para los autorregistros que se les pidieron a las pacientes (Anexo 3. Autorregistros).

- Entrenamiento en identificación, reconocimiento y comunicación emocional:

Con el fin de poder modificar las conductas inadecuadas relacionadas especialmente con la comida, se trabajó enfáticamente la identificación de emociones. Resulta relevante puntualizar que este entrenamiento se enfocó en identificar emociones, discernir entre emociones, identificar situaciones específicas recurrentes que las hacían surgir y reconocer tanto respuestas fisiológicas y cognitivas como mecanismos de afrontamiento empleados. Como material de apoyo se facilitó la rueda de emociones, para acompañar algunos ejercicios realizados durante las sesiones como la Lista de deseos (ver Anexo 4. Rueda de emociones y Anexo 5. Lista de deseos).

Trabajar concretamente el manejo de la ansiedad resultó indispensable con estas pacientes, cuyas características cognitivo conductuales y de comorbilidad con el TCA, requieren mucho entrenamiento para lograr la modificación de conductas en la siguiente fase de intervención (Fairburn y Cooper, 2014).

Posterior al reconocimiento emocional, se trabajó también la comunicación de emociones a otras personas, para lo cual se involucraron los (as) respectivos tutores de cada paciente. Esta técnica tuvo por objetivo favorecer el manejo del trastorno fuera de la consulta, la escucha empática entre las partes y el entrenamiento en habilidades sociales.

Cabe destacar que la participación de familiares y personas encargadas en el proceso terapéutico se realiza con el fin de brindarles a estas herramientas para manejar adecuadamente el trastorno que padece la persona paciente directa. Con base en los protocolos internacionales, se involucran familiares como parte de la terapia para las pacientes, de manera que puedan fortalecerse redes de apoyo para el mantenimiento de conductas funcionales y se prevengan recaídas, entre otras (Fairburn & Cooper, 2014).

- Reestructuración cognitiva:

Se trabajó la reestructuración cognitiva en dos partes; la primera, enfocada a contrastar cogniciones irracionales del TCA con la realidad y, la segunda, a cuestionar la elaboración del autoconcepto por medio de metas rígidas, inflexibles y perfeccionistas ligadas a la ingesta alimentaria y en general. La elaboración de listas de metas planteadas cuando inició el trastorno se usó para esclarecer las acciones mediante las cuales se trató de alcanzar la meta y se cuestionó si

1. La meta fue alcanzada satisfactoriamente y
2. Si los resultados alcanzados concuerdan con las expectativas relacionadas con la autoestima y autoconcepto.

Martínez Amores (2018) remarca la

importancia de señalar cómo el establecimiento de metas con las características antes mencionadas, llevan al continuo fracaso en las áreas social, educativa y emocional.

- Técnicas de exposición:

Se hace uso de las técnicas previamente mencionadas para la elaboración de una jerarquía de dificultades con la comida, identificando alimentos o combinaciones de los mismos clasificados como “prohibidos” o más generadores de respuestas ansiosas o sentimientos de culpabilidad post ingesta. Una vez jerarquizadas dichas dificultades, se utilizó la técnica de la exposición, cuyo objetivo es exponerse paulatinamente a las dificultades desde lo menos hasta lo más difícil, recuperando un nuevo sentido de control sobre las emociones. Asimismo, se pretende la recuperación del sentido de autoeficacia y autoestima.

Dentro de esta técnica, se contempla también la exposición a partes del propio cuerpo que son consideradas problemáticas o defectuosas, de manera que puedan trabajarse el autoestima y se hagan contrastes entre las ideas irracionales o expectativas rígidas y las ideas reales y flexibles.

- Relajación muscular progresiva:

La técnica de relajación muscular progresiva se utilizó como recurso para el manejo de la ansiedad. Como bien plantean Correché y Mabel Labiano (2003), la relajación se entiende como una ausencia de tensión o activación que puede ser fisiológica, conductual o cognitiva y es posible controlar dicha tensión modificando la activación fisiológica, su mantenimiento o los pensamientos asociados a la misma. Es por esto que trabajar con la tensión muscular, que está estrechamente relacionada con la tensión psicológica, resulta una estrategia funcional para manejar adecuadamente la ansiedad. El entrenamiento y uso de la relajación muscular progresiva permite a las pacientes una nueva herramienta de *coping*, brindándoles nuevas formas para adaptarse y lidiar con situaciones estresantes.

La aplicación de la técnica se realizó inicialmente con una explicación teórica breve sobre su funcionamiento. Posteriormente, se invitó a las pacientes a ponerse en una posición cómoda en la silla y a cerrar los ojos. La relajación fue dirigida e incluyó desde la primera sesión varios grupos musculares de distintas partes del cuerpo: pies, piernas, glúteos, abdomen, pecho, espalda, brazos, hombros, cuello, mandíbula y cara. Se practicó la respiración acompañada del entrenamiento en tensión y distensión de los músculos. Asimismo, se invitó a las pacientes a identificar situaciones concretas en las cuales podría resultar útil realizar ejercicios de relajación muscular progresiva e intentar hacerlos autoguiados, reportando sus experiencias en la siguiente sesión.

- Programación de actividades agradables:

La programación de actividades agradables fue una técnica muy importante de utilizar especialmente como alternativa a conductas autolesivas comunes en algunas pacientes con TCA (como el *cutting*) o pensamientos intrusivos y persistentes con respecto a conductas compensatorias o culpabilidad. De acuerdo con Escudero et al. (2018), el uso de esta técnica es de utilidad para pacientes que presentan rumiación excesiva y ha demostrado su funcionalidad para mejorar el estado anímico de pacientes con depresión, ansiedad y otros trastornos como el trastorno de estrés postraumático, tal como las investigadoras demostraron en su trabajo.

3. Psicoterapia grupal.

En la psicoterapia grupal, durante el periodo voluntario la practicante desempeñó un rol inicial como observadora no participante durante las sesiones grupales y con base en las observaciones y los temas discutidos, realizó una propuesta de intervención psicológica grupal de acuerdo con los objetivos planteados en este proyecto. La elaboración del plan de trabajo grupal fue revisada tanto por el asesor técnico, como por el equipo supervisor. En las sesiones se desempeñó un rol de

facilitadora en algunas sesiones, mientras fue co-facilitadora en otras dirigidas por Walter Ramírez.

Los principales ejes de trabajo en la intervención grupal estuvieron divididos en: conocimientos generales de TCA e indicadores de salud y bienestar en general, reconocimiento y comunicación de emociones, entrenamiento en automonitoreo, psicoeducación, jerarquización de dificultades o retos con respecto a hábitos alimentarios, habilidades sociales, establecimiento de planes de acción concretos en la toma del control de la salud, creación de un plan de prevención de recaídas. Cabe remarcar que existieron subtemas emergentes que no se trabajaron en ambos grupos o bien, que se abordaron de forma diferente o con variaciones respondiendo a las necesidades grupales.

La practicante se hizo cargo de la elaboración de los materiales utilizados para el trabajo grupal, la preparación, aplicación y evaluación de pruebas psicológicas de apoyo que se utilizaron con las participantes del grupo y de la elaboración de bitácoras y reportes periódicos tanto para la documentación del trabajo realizado, como para los reportes presentados al equipo supervisor y los reportados en el EDUS.

En cuanto a las estrategias utilizadas en el trabajo grupal están:

- Psicoeducación:

La intervención psicoeducativa fue el fuerte de trabajo con el grupo debido a su amplia funcionalidad en el contexto clínico y la gran necesidad grupal identificada para el abordaje profundo y científico de algunos temas concretos. Para lograr esto, se dividió la intervención psicoeducativa en tres ejes: los trastornos de la conducta alimentaria, los indicadores de salud y bienestar y la educación emocional. Para cada uno de estos temas se realizaron actividades

específicas enfocadas a la desmitificación de creencias y/o el cuestionamiento de ideas irracionales.

Asimismo, el enfoque de trabajo se modificó de acuerdo a las capacidades y las necesidades de las integrantes de cada uno de los grupos. Por este motivo, las actividades para el cumplimiento de los objetivos psicoeducativos tuvieron variaciones en su abordaje con cada grupo.

Concordando con Bello Hernández, Rodríguez Frías, Rodríguez Fernández, Díaz Melián y Rodríguez García (2018), la psicoeducación es una herramienta indispensable en el abordaje de trastornos mentales. Específicamente en casos de TCA y estrechamente ligado a lo que se plantea en el artículo, es notoria la influencia de estigmas sociales en el manejo personal, familiar y social del trastorno. Y cabe resaltar que dicha influencia obstaculiza los procesos de recuperación de las pacientes.

Precisamente por este motivo, la intervención psicoeducativa tuvo tres ejes de trabajo principales, cuyas divisiones se plantean en la Tabla 2.

Ejes principales de intervención psicoeducativa	Objetivos psicoeducativos
1. Trastornos de la conducta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las características de los trastornos de la conducta alimentaria y las especificidades entre BN, AN, TpA y TCA inespecíficos. - Considerar datos acerca de la prevalencia en el mundo y en Costa Rica. - Exponer los riesgos de los TCA a corto, mediano y largo plazo. - Identificar a nivel personal y grupal las propias señales de alerta, cogniciones y conductas que enmarcan el TCA. - Distinguir las recomendaciones basadas en evidencia para el abordaje de los TCA.
2. Indicadores de salud y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> - Definir los conceptos de salud y bienestar. - Facilitar el reconocimiento tanto de indicadores de salud, como de conductas o cogniciones que atenten contra la salud.

	- Distinguir entre la culpabilización y la responsabilización en el marco de la toma de control de la salud.
3. Educación emocional	- Reconocer las propias emociones y las respuestas cognitivas y conductuales a dichas emociones. - Entrenar las habilidades en comunicación y manejo emocional para traducirlas en bienestar personal, familiar y social.

Tabla 2. Intervención Psicoeducativa en la intervención grupal.

- Reestructuración cognitiva:

Similar a como se realizó en la psicoterapia individual, la reestructuración cognitiva se trabajó a nivel grupal en dos partes que se dividieron en: identificación de cogniciones personales asociadas al TCA o a aspectos ansioso o depresivos en general y el entrenamiento para el cuestionamiento y reestructuración de dichas cogniciones.

Antón Menárguez, Jareño, Lara-Espejo, Redondo-Jiménez y García Marín (2019) en su estudio demuestran la eficacia del tratamiento de sintomatología ansiosa y depresiva subclínica, generalmente presente en pacientes con TCA, a nivel grupal en atención primaria a través de la terapia cognitivo conductual transdiagnóstica. Realizar este trabajo a nivel grupal permitió el reconocimiento de aspectos cognitivos en común entre las integrantes de los grupos y, posteriormente, el intercambio de herramientas de utilidad entre las mismas.

- Identificación y autorregulación emocional:

Como se mencionó anteriormente, la educación emocional se abordó también por medio de estrategias psicoeducativas que favorecieran su entrenamiento. Sin embargo, la técnica de identificación emocional responde a la necesidad de enseñar a las participantes de los grupos a identificar sus emociones y entrenar sus capacidades para distinguir entre una emoción y otra. Sumado a esto, el entrenamiento en autorregulación emocional derivado de la identificación

pretende favorecer el control de impulsos de estas pacientes que presentan conductas de atracón, purga y *cutting*, por ejemplo.

En su investigación realizada con adolescentes y adultos (as) jóvenes, Santoya Montes, Garcés Prettel y Tezón Boutureira (2018) remarcan la asociación estadísticamente significativa existente entre la capacidad de identificar emociones y la capacidad de autorregularlas. Además, enfatizan el carácter determinante que dicha la capacidad de identificación y comunicación emocional en el manejo de la frustración y la formación de estrategias de afrontamiento adecuadas.

- Autorregistros alimentarios:

De manera muy similar a como se trabajó en la intervención individual, las pacientes del grupo fueron entrenadas para poder elaborar sus propios registros alimentarios, incluyendo en estos sus cogniciones y respuestas emocionales antes, durante y después de la comida. Sumado a lo anterior y con base en el cuadro propuesto por Fairburn y Cooper (2014), también recibieron indicaciones de documentar si después de comer vomitaban o tomaban algún laxante.

El trabajo grupal con los autorregistros alimentarios tuvo por objetivo identificar los patrones comunes que tiene un TCA y poder ubicar con claridad los alimentos o las situaciones que las mismas pacientes consideraban “prohibidos” o generadores de problemas. Una vez realizada la identificación, distinguir las creencias irracionales y las conductas problemáticas asociadas era menos complejo, lo cual permitía una formulación de un plan de acción delimitado y claro para cada paciente.

- Modelaje conductual:

El modelaje conductual es una técnica efectiva en las intervenciones de entrenamiento conductual y se ha demostrado su eficacia principalmente cuando se acompaña de reforzamiento (Sturmey, 2008). Esta técnica se trabajó a nivel grupal con instrucciones, ensayos y

retroalimentaciones a partir del juego de roles. En este, las integrantes eligieron escenarios comunes y problemáticos asociados a sus TCA que se actuaron durante las sesiones.

Como parte del entrenamiento, se practicaron las habilidades adquiridas de reconocimiento y comunicación emocional. Asimismo, se abordaron subtemas como estilos de comunicación y habilidades sociales. El ejercicio de juego de roles permitió a las pacientes proponer alternativas conductuales para evitar y resolver los conflictos comunes y entrenar el manejo de su frustración de formas más asertivas. A través de las retroalimentaciones positivas del modelaje conductual se pretendió también favorecer la generalización de conductas más saludables.

4. Psicoterapia familiar.

La intervención psicoterapéutica familiar llevada a cabo por el personal de la Clínica de Adolescentes se planteó como un seguimiento brindado a las familias que formaron parte del proceso grupal. Durante el tiempo en que las adolescentes estaban en su terapia grupal, padres, madres y/o encargados de las mismas estaban en su propio proceso grupal de arteterapia dirigido por Rocío Chaves y Xiomara Jiménez, de las áreas de trabajo social y enfermería, respectivamente. Una vez concluidas las diez semanas de intervención psicológica grupal con las adolescentes, Walter Ramírez, Xiomara Jiménez y Rocío Chaves se encargaron de dar un seguimiento familiar breve. Posterior a este seguimiento, el grupo de profesionales extiende la atención a pacientes con citas periódicas, más espaciadas, durante un periodo que varía entre uno y tres años más.

La practicante se desempeñó como coterapeuta de Xiomara Jiménez durante su intervención, la cual estuvo conformada por tres sesiones de seguimiento post trabajo grupal con una de las familias que integró el primer grupo del año. En esta intervención familiar, se pretendía evaluar el sostenimiento de cambios conductuales alcanzados durante el proceso anterior y atender situaciones concretas que estuvieran afectando el sistema familiar y, consecuentemente, la salud

de la paciente directa. Cabe destacar que ninguna sesión familiar fue planificada por la practicante, respetando los deseos del equipo multidisciplinario del hospital.

Durante la intervención familiar se realizaron ejercicios de comunicación, posibilitando espacios de conversación y de escucha seguros para todos los miembros de la familia. Se determinó que las sesiones, las cuales al principio se conformaron por la paciente directa, su madre, su padre y su hermano, incluyeran únicamente a los progenitores y a la paciente. No obstante, se trabajó con la técnica de programación de actividades agradables tanto a nivel individual como a nivel familiar, hermano incluido.

Programar actividades agradables y entrenar en habilidades de comunicación y de identificación emocional, respondían a la necesidad de atender de forma eficaz los sentimientos de soledad y tristeza que sobrecogían a la paciente directa. Asimismo, se procuró incentivar espacios familiares a la hora de comer, de manera que se cambiara la percepción negativa de la hora de comer, por una alegre y de integración y acompañamiento familiar. Siguiendo los objetivos planteados para esta práctica, el espacio familiar permitió reforzar el trabajo de desmitificación de los TCA que ya se había trabajado previamente con la paciente, esta vez incluyendo a sus allegados.

5. Otras actividades.

Adicional al trabajo ya mencionado, hubo algunas otras actividades enmarcadas en el objetivo general mas no especificadas en los objetivos específicos. Dichas actividades realizadas tuvieron por objetivo brindar apoyo en otros espacios, servir de capacitación o fueron de carácter asistencial; estas se mencionan a continuación.

- Capacitaciones

El HNN ha brindado capacitación a otras clínicas de adolescentes de distintos centros de salud del país en la atención de patologías comunes en este grupo etario a nivel costarricense, especialmente enfatizando en la intervención multidisciplinaria que se brinda a pacientes con TCA. La practicante pudo participar como oyente en esta capacitación la cual incluyó, además del tema de la práctica, grandes temas como apego, prevención de conductas de riesgo, actualización de crecimiento y desarrollo médicamente normal, ideación suicida y lesiones auto infringidas y abordaje de sexualidad en la consulta con adolescentes.

Asimismo, el equipo multidisciplinario de trabajo tuvo la oportunidad de recibir una capacitación por medio del programa Body Image Program (BIP) impartido por la nutricionista Paula Díaz y la psicóloga Francella Jaikel, lectora de este trabajo. Con el BIP, se trabajaron temas de prevención y tratamiento de los TCA por medio de la visibilización de la influencia social en la autopercepción, el trabajo enfocado en un fortalecimiento de la autoimagen, el reconocimiento del “fat talk” y las buenas relaciones con la comida.

- Presentación de la herramienta EAT40.

La presentación de avances graduales al equipo de trabajo despertó algunas dudas con respecto a las herramientas psicológicas de medición que se estuvieron utilizando durante la práctica. La doctora Carvajal expresó sus deseos de implementar el uso de algunas herramientas y es por esta razón que se hizo una exposición al equipo de trabajo y a los residentes que estaban rotando en la Clínica de Adolescentes en ese momento sobre el EAT40. Previamente, se solicitó autorización a una de las pacientes de trabajo individual y a su madre para sustentar algunos datos de la exposición con su caso personal.

Se presentó al equipo de trabajo la herramienta del EAT 40, se expuso sobre la elaboración de la misma, las subescalas que contempla y sus limitaciones, las pruebas de validez aplicadas a la

población costarricense realizadas por Salazar (2012) y la triangulación de información que permitió para determinar la formulación del plan de trabajo para la intervención individual. Se presentó, además, cómo los autorregistros elaborados por la paciente coincidían con los ítems de mayores puntajes y la forma en que la intervención puntual se reflejó en cambios conductuales y, consecuentemente, mejoría. Finalmente, se expusieron los resultados del pretest y post test como uno de los indicadores cuantitativos contemplados dentro de los resultados de la intervención.

- Visita a paciente internada.

Con la autorización la Dra. Carvajal y acompañando a la nutricionista del equipo, Adriana García, fue posible realizar una visita intrahospitalaria a una de las pacientes a las que se le realizó una entrevista inicial al principio de la práctica. Dicha paciente, fue ingresada en el HNN por su corta edad y rápida pérdida de peso, acompañada por poca consistencia para apegarse a las recomendaciones terapéuticas. Durante la visita, aunque breve, fue posible observar aspectos comportamentales interesantes y enriquecedores para la práctica.

- Edición del nuevo Protocolo de atención a pacientes de la Clínica de Adolescentes

Durante el año práctico de la estudiante, el equipo de trabajo del hospital se dio a la tarea de redactar nuevamente un Protocolo de atención a pacientes de la Clínica de Adolescentes, que desde el 2017 está basado en los criterios diagnósticos del DSM-V. Se solicitó a la practicante, colaborar con la búsqueda bibliográfica y redacción de un fragmento de dicho protocolo, haciendo referencia al trabajo realizado desde la TCC. El documento se realizó, fue revisado por el asesor técnico y, finalmente, se incluyó en la más reciente edición del Protocolo de atención.

C. Roles

El rol de la practicante de psicología consistió en una inserción en el HNN, específicamente en la Clínica de Adolescentes de dicho hospital. Dicha práctica tuvo una duración de un año práctico a medio tiempo para el cumplimiento de los objetivos planteados en este TFG.

Cabe destacar que anterior al tiempo de práctica, hubo una fase de observación no participante en la cual la estudiante realizó un voluntariado que permitió su asistencia a algunas sesiones multidisciplinarias del equipo de trabajo y a un proceso de psicoterapia grupal, con el debido consentimiento de las partes. Este proceso previo sirvió para la identificación de las necesidades concretas de la clínica y favoreció la selección de ejes temáticos y planteamiento de talleres durante el periodo práctico.

Una vez comenzado el año práctico, la estudiante recibió acompañamiento de forma presencial por parte del asesor técnico, así como desarrollo de conocimiento y entrenamiento de habilidades. Sus supervisiones estuvieron acompañadas, además, por las de la directora de la práctica y las lectoras. Todos los procesos enmarcados en esta practica contaron con la supervisión y retroalimentación constante de parte del equipo asesor según fuera necesario.

D. Proceso de supervisión

Siguiendo los lineamientos estipulados por la Escuela de Psicología, la presente práctica final de graduación fue dirigida por una docente de la misma, psicóloga de profesión, con grado académico de doctora integrada al Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR). Como directora, asumió la coordinación de las acciones de la practicante dentro de la universidad.

Dentro de los lectores, se contó con otra profesional en psicología integrada al CPPCR, con grado académico de máster, específicamente orientado al manejo clínico de los TCA y también docente de la Escuela de Psicología. La segunda lectora es médica especialista en pediatría de la

Universidad de Costa Rica y actualmente asume la jefatura de la Clínica de Adolescentes de HNN. A pesar de que su profesión no es la psicología, su trabajo directo con la practicante y amplio conocimiento de cada caso contemplado dentro de la práctica la posicionaron como una gran colaboradora en este TFG.

Por último, se contó con la colaboración de Walter Ramírez como asesor técnico. Él es psicólogo de profesión, con grado académico de posgrado en psicología clínica, también incorporado al CPPCR y psicólogo clínico encargado de brindar atención a pacientes con TCA en el HNN.

E. Proceso de evaluación

La presente práctica dirigida estuvo constantemente en evaluación por parte del equipo asesor a través de distintos procesos. Inicialmente, la estudiante adoptó un rol de observadora y co-facilitadora de procesos de grupales del centro y, con base en lo observado y las retroalimentaciones recibidas, se hizo un planteamiento general de las sesiones a dirigir. Este planteamiento fue evaluado, principalmente, por el asesor técnico y la directora de este trabajo. Los avances del proceso fueron presentados periódicamente a las lectoras y sus retroalimentaciones tomadas en consideración para las sesiones.

Específicamente en cuanto a las entrevistas iniciales, se realizó un esquema de temas de interés para todo el equipo multidisciplinario de trabajo del HNN coordinado por la Dra. Daniela Carvajal. Paralelamente, se incluyó a estas primeras entrevistas la indagación semiestructurada orientada a la formulación de casos por medio de análisis funcionales de la conducta con la guía de la directora del proyecto. Finalmente, todos los procesos individuales fueron seguidos de cerca por todo el equipo asesor, quienes revisaron los planeamientos de cada sesión, así como los resportes y bitácoras.

La directora y las lectoras de este TFG velaron en todo momento porque se cumplieran adecuadamente los objetivos enmarcados en este trabajo, brindando asesoría y sugerencias con el fin de lograr un aporte eficaz y fructuoso de parte de la practicante. Por último, el equipo revisó y avaló el presente informe escrito, asegurando el cumplimiento de todos los aspectos establecidos al inicio.

VIII. Resultados.

Durante el período práctico, fue posible desarrollar conocimientos y entrenar habilidades y destrezas propias de una profesional en psicología, de manera que se afirma que se cumplió satisfactoriamente con el objetivo general planteado en este trabajo final de graduación. Asimismo, cabe resaltar que el trabajo directo en el contexto hospitalario no solamente conllevó el entrenamiento de destrezas aprendidas durante la carrera de psicología, sino que favoreció la adquisición de nuevos conocimientos y obligó a la estudiante a desarrollar nuevas competencias.

El primer objetivo específico planteado también se alcanzó exitosamente, ya que por medio de todas las intervenciones realizadas en la práctica, fue posible enlistar factores biológicos, psicológicos y sociales que estuvieran relacionados con el desarrollo de los TCA en las pacientes. Aunado a esto, fue posible también esclarecer factores relacionados al mantenimiento de estos TCA. Fue a través del cumplimiento de este objetivo que se desarrollaron los reportes de las entrevistas iniciales, se realizaron los análisis funcionales de la conducta para los procesos individuales y se determinaron los objetivos de trabajo grupal.

Con base en estas evaluaciones iniciales, resultó posible cumplir con el segundo objetivo planteado en este TFG. Siguiendo los referentes teóricos de la terapia cognitivo conductual dentro de los cuales se enmarcó este proyecto, se desarrollaron intervenciones individuales y grupales basadas en los datos obtenidos y las necesidades identificadas de cada paciente y cada grupo.

Resulta relevante agregar que, a pesar de que no se dirigió un proceso familiar como tal, el involucramiento familiar en la intervención se cumplió satisfactoriamente de cara al mejoramiento de la salud de las pacientes directas.

Las labores orientadas a la psicoeducación que se realizaron constantemente con todos los grupos de trabajo en esta práctica son evidencia del cumplimiento del tercer objetivo propuesto, ya que por medio de esta técnica se posibilitó el conocimiento científico, claro y actualizado de los TCA. La psicoeducación fue la principal herramienta utilizada para desmitificar aspectos importantes de los trastornos, impulsando así el desarrollo de nuevos esquemas cognitivos y patrones conductuales en pro de la salud de las pacientes. En cumplimiento del cuarto objetivo específico, durante y al final de los procesos dirigidos, se realizaron evaluaciones acerca de los avances y las temáticas abordadas, reformulando aquellas consideradas poco efectivas o retomando las consideradas aún problemáticas.

Adicionalmente, las actividades que no fueron contempladas al inicio de la práctica como la participación en la capacitación, la participación en el programa BIP, la visita a paciente internada, la colaboración en la redacción del protocolo de atención de la Clínica de Adolescentes y la presentación del EAT40 para su posible uso con las pacientes recibidas en la clínica, respondieron a la necesidades o solicitudes del centro y resultaron enriquecedoras en el proceso de aprendizaje.

La siguiente tabla (Tabla 3) muestra las actividades empleadas para el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Actividades realizadas	Objetivo al que corresponden
Participación en sesiones grupales	Desarrollar intervenciones individuales y grupales de consulta desde un enfoque Cognitivo Conductual a partir de dicha evaluación.

Entrevistas iniciales	Evaluar de forma guiada los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno.
Atención a pacientes individuales	Evaluar de forma guiada los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Desarrollar intervenciones individuales y grupales de consulta desde un enfoque Cognitivo Conductual a partir de dicha evaluación.
Sesiones con padres, madres y encargados(as)	Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica. Evaluar de forma guiada los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno.
Elaboración de material psicoeducativo (para pacientes individuales y sus familiares y encargadas(os)). Resumen de criterios para el diagnóstico, explicación del trastorno, riesgos, intervenciones basadas en evidencia, abordaje desde la clínica, especificidades de la terapia psicológica cognitivo-conductual. Amplia búsqueda bibliográfica, revisión y traducción de videos facilitados por la lectora Francella Jaikel.	Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.
Sesión interdisciplinaria grupal semanal	Objetivo general
Supervisiones <ul style="list-style-type: none"> - Ana María Jurado - Francella Jaikel - Daniela Carvajal - Walter Ramírez 	Todos los objetivos

<p>Elaboración de 58 reportes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para el equipo asesor - Para las pacientes y sus familiare - Para documentación en el hospital 	<p>Objetivo general</p>
<p>Aplicación y revisión de pruebas psicológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - EAT40 - BDI - BAI - Escala Motivacional 	<p>Evaluar de forma guiada los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno.</p> <p>Evaluar el progreso y la efectividad de las intervenciones realizadas.</p>
<p>Elaboración de bitácoras grupales</p>	<p>Evaluar el progreso y la efectividad de las intervenciones realizadas.</p>
<p>Elaboración de bitácoras individuales</p>	<p>Evaluar el progreso y la efectividad de las intervenciones realizadas.</p>
<p>Visita a paciente internada con Adriana García (nutrición)</p>	<p>Evaluar de forma guiada los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno.</p>
<p>Sesiones educativas con Adriana García (nutrición)</p>	<p>Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.</p>
<p>Planeamiento de sesiones grupales e individuales</p>	<p>Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.</p> <p>Desarrollar intervenciones individuales y grupales de consulta desde un enfoque Cognitivo Conductual a partir de dicha evaluación.</p>
<p>Elaboración de materiales de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rótulos de psicoeducación - Relajaciones musculares progresivas - Tareas para el grupo - Cuadros de autorregistros/automonitoreos - Triángulos de jerarquización de dificultades 	<p>Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.</p> <p>Desarrollar intervenciones individuales y grupales de consulta desde un enfoque Cognitivo Conductual a partir de dicha evaluación.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de videos - Traducción de materiales en inglés - Ruedas de emociones - Revisión de cartas - Material “Yo puedo” para cierre de taller 	
<p>Elaboración y presentación del EAT40 al equipo de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación de las subescalas y sustento de la información a partir de fragmentos de autorregistros de paciente (con su consentimiento) - Exposición de resultados pretest y post test; fundamentación de cambios cognitivos y conductuales con fragmentos de narrativas, autorregistros y medidas antropométricas y otros factores fisiológicos. 	Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.
Colaboración en el protocolo de intervención del trabajo con Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños	Potenciar una desmitificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para promover estilos de vida saludables a través de psicoeducación actualizada y científica.
Jornadas de Capacitación a Clínicas de Atención a Adolescentes (noviembre)	Objetivo general
Capacitación de Body Image Program	Objetivo general
Revisión bibliográfica	Todos los objetivos

Tabla 3. Actividades y objetivos correspondientes

A. Entrevistas iniciales

Tal como se mencionó anteriormente, las entrevistas iniciales se realizaron a las personas pacientes nuevas en la Clínica de Adolescentes. El principal criterio de inclusión para ser atendidos

por la practicante era que llegaran a la consulta con una referencia por un TCA, no obstante, no todos los pacientes nuevos fueron atendidos por elección del grupo multidisciplinario.

Las personas entrevistadas estuvieron dentro del rango de edad de los 13 y los 17 años y las entrevistas iniciales tomaron entre una y tres sesiones por paciente. En total la practicante entrevistó a once pacientes nuevos del centro, de los cuales diez fueron mujeres y solamente uno fue hombre. Para cada una de las entrevistas iniciales, se elaboró la historia clínica de los pacientes, entrevistando también en los casos que fuera posible a padre, madre o encargados, y se cumplió el objetivo de identificar factores biológicos, psicológicos y sociales característicos del trastorno.

Las entrevistas iniciales permitieron identificar aspectos básicos de la conformación y dinámica familiar, del origen del trastorno, las conductas de riesgo presentes, enfatizando en ideación suicida y *cutting*, y del historial médico y psicológico tanto de las pacientes como de otros miembros de su familia – contemplando la existencia de factores orgánicos de trastornos mentales presentes en la misma. Sumado a esto, fue posible esclarecer aspectos puntuales que favorecieran el mantenimiento del trastorno o, como sucedió en uno de los casos, se replanteó el diagnóstico y finalmente el equipo concluyó que no se trataba de un TCA, sino de una depresión mayor con sus características alteraciones en el sueño y el apetito.

Estos primeros encuentros facilitaron la formulación de los primeros análisis de la conducta de las pacientes entrevistadas y resultaron en la agilización de la consulta interdisciplinaria, ya que los datos estuvieron a la disposición de todos los miembros del equipo a través de reportes físicos y notas en el EDUS. Sumado a lo anterior, los casos también fueron expuestos por la estudiante en las sesiones semanales.

Durante este primer contacto, se entrevistó a los padres, madres y encargados de ocho de los pacientes. Los dos pacientes que no incluyeron entrevista familiar en la primera sesión llegaron a

la consulta, en un caso, solo y, en el otro, en compañía de su empleada doméstica. Rocío Chaves, de trabajo social, se encargó de entrevistar también a la empleada doméstica en dicha ocasión.

Una de las pacientes entrevistadas presentó características de un Trastorno Obsesivo Compulsivo manifestado en muchas áreas de su vida cotidiana y que a su vez en muchas ocasiones resultaba en ideas y ascos relacionados a las comida y, por ende, su evasión. Las observaciones respectivas fueron comentadas con el asesor técnico, el equipo del hospital y la directora de este trabajo. Sin embargo, su precipitada pérdida de peso en combinación con la falta de apego a las recomendaciones emitidas por el HNN, condujeron a su internamiento. Una vez internada, el caso fue asumido por otros miembros del equipo. Finalmente, recibió el diagnóstico de Trastorno Evitativo Restrictivo de la Alimentación (ARFID).

Cuatro de las pacientes que fueron entrevistadas fueron aprobadas por el asesor y la Dra. Carvajal para continuar con un proceso individual con la practicante y sus procesos son discutidos en el siguiente apartado. No obstante, solamente una concluyó la intervención debido a que las tres restantes fueron seleccionadas por el grupo multidisciplinario para formar parte del segundo grupo de psicoterapia grupal. Con una de estas tres pacientes, no fue posible dar seguimiento después de una cita porque se ausentó a la siguiente cita programada y, posteriormente, debido al comienzo del trabajo grupal en el que participó.

B. Psicoterapia individual

La practicante pudo ofrecer psicoterapia individual a cuatro pacientes del centro durante el año práctico, distribuida su atención desde el mes de abril hasta el mes de diciembre. Las pacientes atendidas fueron seleccionadas por el equipo multidisciplinario del hospital y de las cuatro, solamente una concluyó el proceso de atención individual.

Como ya se mencionó, esto se debió a que las otras tres pacientes fueron seleccionadas para formar parte del segundo proceso grupal del año y en la reglamentación de la Clínica se establece que para formar parte del grupo, no debe llevarse un proceso individual. A pesar de que no se continuó la atención de forma individual, se incluyen estas pacientes en el siguiente apartado de Psicoterapia grupal. En la siguiente tabla (Tabla 4) se especifican algunos datos relevantes a conocer de cada caso.

Paciente	Diagnóstico	Cantidad de sesiones individuales programadas
Caso 1	AN de tipo Restrictivo	14 sesiones
Caso 2	AN de tipo Restrictivo Ha intentado inducirse el vómito, pero resalta que no lo logra y que verdaderamente no quiere hacerlo.	5 sesiones
Caso 3	AN de tipo Restrictivo	5 sesiones
Caso 4	AN de tipo Restrictivo	2 sesiones (no se presentó a una sesión)

Tabla 4. Pacientes individuales

Resultados obtenidos con pacientes individuales

Las pacientes atendidas bajo la modalidad de intervención individual fueron evaluadas con entrevistas iniciales, se realizó la identificación de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el trastorno y, según fue posible por tiempo de atención, fueron entrenadas para documentar sus propios autorregistros alimentarios, identificar alimentos o situaciones

generadoras de ansiedad así como en el uso de herramientas concretas para lidiar con sus dificultades personales y posibilitar cambios cognitivo conductuales.

Durante las entrevistas iniciales, se distinguieron factores sociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento del TCA. Además de realizar el análisis funcional de la conducta para cada caso, se identificaron algunos factores importantes de mantenimiento tal como comentarios despectivos acerca de los hábitos alimenticios previos al desarrollo del trastorno y valoraciones positivas enfocadas a la rápida pérdida de peso de las pacientes, provenientes de familiares y conocidos. Por medio del trabajo psicoeducativo, se pudo enseñar a las pacientes y a sus principales allegados (as), la importancia de evitar este tipo de señalamiento.

Bajo la misma línea, durante la intervención fue necesario incentivar al cuestionamiento de una serie de creencias motivadas por el entorno y propias del trastorno. Las pacientes mencionan que al hablar de cuidarse, hacían referencia a evitar ciertas comidas, disminuir cantidades, hacer dietas, consumir proteínas o sustitutos alimentarios, realizar más actividades físicas y, en general, perder peso. Este tipo de creencia implicó que fuera imperativo guiar y acompañar a las pacientes en el proceso de replantearse el concepto de salud, su entendimiento de bienestar y la importancia de manejar adecuadamente las emociones.

En cuanto a factores biológicos, es posible encontrar historial médico de depresión en una de las madres, así como consumo abusivo de sustancias, esquizofrenia y sobrepeso y obesidad en la familia externa de una de las pacientes. Únicamente en un caso de las pacientes atendidas, el TCA es antecedido por un cuadro depresivo derivado de bullying escolar por críticas hacia el peso y aspecto físico, el cual había sido atendido en su momento. Dos de las pacientes atendidas inician el proceso con amenorrea, mientras las otras dos mantienen su periodo menstrual regular.

Todas las pacientes coinciden en que su principal objetivo al iniciar las conductas de privación alimentaria, era ser más saludables o estar más marcadas. Igualmente, coincidieron en realizar búsquedas en internet con el fin de encontrar dietas y formas rápidas de perder peso lo que, eventualmente, las condujo a intentar dietas rígidas acompañadas de pensamientos intrusivos, en algunos casos de tipo obsesivo, sobre la ingesta. Recalcan que comenzaron a consumir solamente gelatina sin azúcar, agua y té. Las pacientes mencionan que pasan gran parte del día pensando en lo que van a comer y que a la hora de comer, ciertos alimentos estaban acompañados de culpabilización, mientras que se sentían mejor consumiendo alimentos que consideraban aceptables, tales como sopas y frutas.

La metodología de trabajo planteada para estas intervenciones pudo aplicarse tal como está planteada, al menos en los inicios de aquellas intervenciones que no pudieron ser concluidas y tomando en consideración que, como política de la Clínica de Adolescentes, no se contó con la autorización para discutir el peso durante las sesiones. A pesar de esto, igualmente se cumplió con el entrenamiento en la elaboración de autorregistros, la psicoeducación con respecto a los TCA, la jerarquización de dificultades, el reconocimiento emocional, la desensibilización sistemática por medio de la exposición paulatina, la evaluación constante del diseño de intervención y la creación de un plan de prevención de recaídas.

A manera de herramientas de medición, se utilizaron en los cuatro casos las pruebas psicológicas EAT40, BAI, BDI-II y la Escala Motivacional. Sin embargo, por las diferencias en cuanto a la duración de la intervención, solamente se realizó una comparación pretest – post test, la cual se expone más adelante. En los tres casos en que se aplicaron las pruebas únicamente al inicio del proceso, los datos recolectados fueron de utilidad para determinar algunas líneas de

trabajo prioritarias con base en los puntajes obtenidos por ítem o subescala, distinguir estados anímicos generales y para reconcer la influencia de la deseabilidad social a la hora de responder.

Paciente Individual	Puntaje de EAT40	Puntaje de BAI	Puntaje de BDI-II	Puntaje de Escala Motivacional
Caso 2	34	33	34	9 y 7
Caso 3	73	38	30	10 y 8
Caso 4	16	11	6	10 y 10

Tabla 5. Puntajes obtenidos de evaluaciones psicológicas: Casos Individuales.

En los casos abordados, se enfatizó en el trabajo dirigido a educar tanto a las pacientes como a sus padres, madres y/o encargados (as) sobre los TCA en general y específicamente sobre la AN de tipo restrictivo. En cada caso, se adecuó la forma en que se comunicó la información para asegurar que fuera clara y que todas las partes se sintieran en la comodidad de hacer preguntas en caso de no entender algo. Para esto, se elaboró material infográfico en forma de rótulos, se brindó a cada paciente un reporte psicoeducativo por escrito y se hizo uso de material videográfico.

Durante estas sesiones, se discutieron aspectos como la multicausalidad del TCA, las estadísticas de su prevalencia en el mundo, las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, las tasas de mortalidad y las principales propuestas de intervención basadas en evidencia. También se explicó a las (os) involucradas (os) la metodología de trabajo a aplicar y la importancia de su involucramiento activo para el diseño y eficacia de la intervención. Las sesiones psicoeducativas ofrecieron a su vez contención emocional para manejar sentimientos de culpabilidad, preocupación e impotencia, tanto de las pacientes como de sus encargadas (os).

El plan de intervención general se discutió con las pacientes directas y para su definir aspectos específicos se elaboraron jerarquías. La jerarquización de metas e identificación de dificultades, derivadas de la información recolectada por medio de los autorregistros y monitoreos

solicitados a madres en los casos que fue posible, permitió a las pacientes trabajar con planes de acción claros y delimitados.

A pesar de que los alcances por cada caso variaron en función del tiempo con el que se dispuso para trabajar, como resultados generales de los procesos individuales atendidos en esta práctica cabe remarcar que las pacientes lograron identificar sus emociones con mayor eficacia y pudieron establecer relaciones claras entre estados emocionales y sus actitudes hacia la comida. Asimismo, el entrenamiento les permitió identificar las principales creencias irracionales existentes asociadas a los alimentos y, a partir del cuestionamiento de dichas creencias, se logró la disminución de tendencias cognitivas a la rumiación, al perfeccionismo, la polarización, la sobregeneralización y la autocrítica basada en sesgos cognitivos negativos.

A mayor tiempo de intervención, pudieron contemplarse mayores cambios cognitivos y conductuales en las pacientes atendidas. Además del trabajo en identificación emocional, fue posible lograr mejores relaciones con la comida, un adecuado manejo y comunicación de emociones e incremento en la capacidad para identificar y cuestionar ideas irracionales. Los logros se evidenciaron también en el fortalecimiento de relaciones sociales y familiares y en aspectos fisiológicos como la recuperación de peso, el incremento del índice de masa corporal y la recuperación espontánea de la menstruación después de estar en amenorrea para una de las pacientes.

Con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa de las pacientes se usó la jerarquía de dificultades para trabajar la exposición gradual a estímulos generadores de ansiedad. La desensibilización sistemática, logró que una de las pacientes reportara que había alcanzado ser menos “inflexible y rígida” en cuanto a la alimentación y, de paso, en sus demás rutinas cotidianas y en el ámbito académico.

Asimismo, se utilizaron técnicas como la relajación muscular progresiva y las reafirmaciones positivas. Estas técnicas ofrecieron a las pacientes nuevas formas de relacionarse con su cuerpo e incentivaron un diálogo más autocompasivo, enfocado en descentralizar la autovaloración física y, concretamente, la relajación muscular progresiva logró disminuir síntomas de agitación y sudoración. Dos pacientes reportaron hacer uso de la técnica sin necesidad de ser guiadas. También remarcaron aplicar sus nuevos conocimientos para comunicar adecuadamente sus emociones; uno de los casos reportó que lloraba menos y podía articular más sus emociones.

Por medio de las evaluaciones realizadas durante la intervención, tales como uso el uso de la numeración del malestar o clasificación del grado de ansiedad del 1 al 10, una de las pacientes remarcó que empezaba a manejar más adecuadamente la frustración generada con la sensación de pérdida de control y desarrolló nuevas estrategias más eficaces para lidiar con las emociones que le genera dicha pérdida de control. Como estrategias alternativas la paciente sustituyó el llanto por la comunicación verbal acerca de su frustración con su persona de confianza y, posteriormente, pudo identificar y cuestionar los pensamientos rígidos, debatirlos y planear alternativas a situaciones que anteriormente hubieran significado una sensación de pérdida de control desbordante emocionalmente. Asimismo, reportó solidificar su red de apoyo para enfrentar retos cotidianos como consecuencia de la adecuada comunicación emocional. Al poder hablar abiertamente del trastorno, la paciente se sintió más comprendida y fue posible reducir el estrés y los eventuales conflictos familiares a las horas de las comidas.

En la fase final de la intervención individual que se completó, se discutió ampliamente sobre la importancia de la prevención de recaídas tanto con la paciente como con su persona encargada. En conjunto, se identificó una serie de señales de alerta propias del trastorno. Dichas señales estaban comprendidas por conductas restrictivas de ciertos grupos alimentarios o

combinaciones de alimentos, resistencia a salir a comer a lugares públicos, consumo excesivo de agua o práctica excesiva de ejercicios y el surgimiento de nuevas preocupaciones para saber qué iban a comer y cómo lo iban a preparar, entre otras. Como parte de la prevención de recaídas se insistió en la necesidad de continuar trabajando la comunicación clara y transparente, contraria a la comunicación escasa, superficial y temerosa que había caracterizado el tema del TCA desde sus inicios, y se estableció un plan claro sobre cuándo y a quiénes pedir ayuda. Cabe remarcar que en su posterior visita de control al centro, cuatro meses después de concluida la intervención, los cambios conductuales aún se mantenían.

El siguiente gráfico (Gráfico 1) permite visualizar la comparación entre las pruebas psicológicas EAT40, BAI y BDI-II aplicadas a uno de los casos atendidos bajo la modalidad de intervención individual. El pretest fue aplicado en el mes de abril y el post test en el mes de noviembre, diez sesiones después de la primera aplicación.

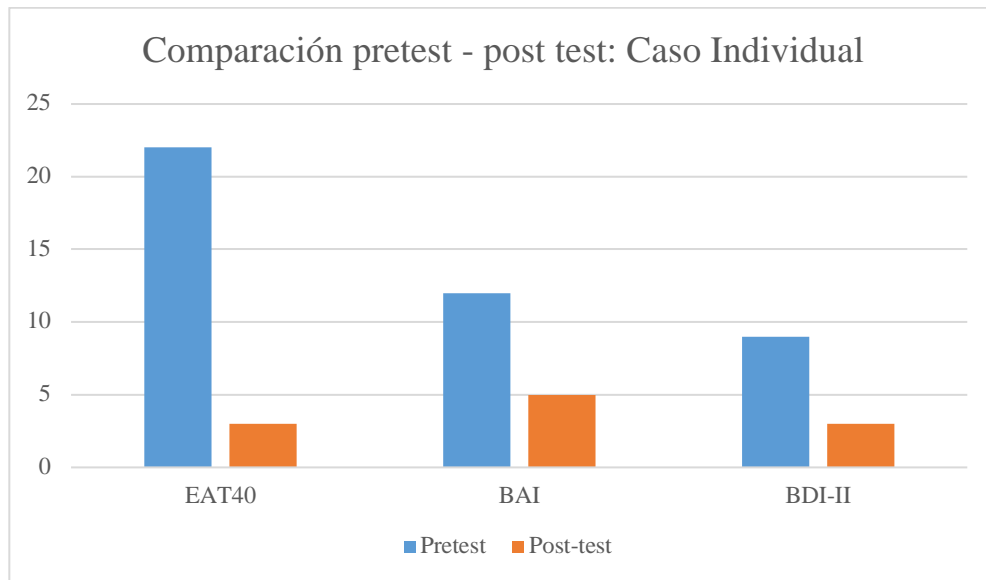


Gráfico 1: Comparaciones pretest – post test: Caso Individual.

C. Psicoterapia grupal

Con ambos grupos trabajados en la modalidad de psicointervención grupal, se logró cumplir satisfactoriamente los objetivos de este TFG. Como ya se detalló más arriba, algunas de las actividades y temáticas variaron de un grupo a otro, de acuerdo con las necesidades específicas existentes. No obstante, los grandes ejes temáticos se mantuvieron constantes y se obtuvieron logros puntuales a partir de la intervención.

En ambos casos, los grupos estuvieron conformados en su totalidad por mujeres adolescentes; todas entre los 12 y los 17 años de edad con diagnósticos variados de AN, BN, TpA y TIA. Con el fin de abordar con mayor claridad los resultados obtenidos, se divide la información entre Grupo 1 y Grupo 2.

Resultados obtenidos con Grupo 1

El grupo denominado Grupo 1 corresponde al que se atendió desde el mes de febrero hasta el mes de abril. Este estuvo conformado por seis pacientes, previamente seleccionadas por el equipo multidisciplinario, entre los 13 y los 17 años. Del total de pacientes seleccionadas, solamente cuatro concluyeron el proceso. Una de las pacientes no se presentó a ninguna de las sesiones y la otra dejó de asistir después de la tercera sesión, debido a que fue necesario su internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico a causa de su bajo peso.

El asesor técnico se encargó de dirigir las primeras sesiones de este trabajo grupal, sin embargo, a partir de la tercera sesión la practicante asumió el rol de facilitadora. Tal como se planteó en los objetivos, se entrenó a las integrantes del grupo para realizar sus automonitoreos alimentarios e identificar emociones y cogniciones alrededor del TCA. Las pacientes se mostraron consistentes en sus reportes semanales y cada vez más participativas a la hora de discutir los retos semanales.

Fue posible identificar a través de una de las actividades grupales la necesidad grupal de contener la gran culpabilización existente por tener un TCA (Anexo 5. Evaluación de conocimientos sobre TCA) . Las pacientes coincidieron al asociar su trastorno con cambios en sus rutinas, mal comportamiento y miedo. Además, reportaron que percibían de parte de sus allegados frustración y decepción. A partir de esto, se planteó un plan de trabajo psicoeducativo para dar información actualizada y científica sobre los trastornos, ya que muchos temores estaban basados en mitos y, en general, existía mucho desconocimiento.

Paralelo al trabajo psicoeducativo concretamente sobre el TCA, se realizaron actividades orientadas a la identificación, manejo y comunicación de emociones. A través de juegos y dinámicas grupales, se profundizó en la distinción de emociones utilizando la rueda de emociones como material de apoyo. Validar las emociones de las pacientes fue muy importante para posibilitar el cambio de la culpabilización hacia la responsabilización, enfatizando en la necesidad de tomar el control de la salud. Se enlistaron y discutieron indicadores de salud, resaltando que el peso poco tiene que ver con bienestar. Posterior a una sesión psicoeducativa magistral, se realizó una evaluación de conocimientos adquiridos de los cuales se concluyó que las pacientes lograron eficazmente comprender más sus padecimientos (Anexo 6. Evaluación de conocimientos adquiridos en sesión de psicoeducación).

Se realizó en conjunto una jerarquía de metas generales, organizada de menos a más difícil. De manera individual, las pacientes enlistaron una serie de cambios conductuales y planes de acción claros que les permitieran alcanzar dichas metas. Se plantearon objetivos semanales y se compartieron en las sesiones tanto los logros, como las herramientas de apoyo que fueron útiles para manejar la sintomatología ansiosa presentada en forma de ejercicios compulsivos, purga y

cutting. Durante la intervención, también se realizaron ejercicios de respiración replicables en situaciones que les resultaran amenazantes.

Además de los ejes temáticos ligados al TCA, existieron algunos emergentes durante las sesiones entre los cuales se remarcan los conflictos familiares y la diversidad sexual. Con ambos temas se ofreció un espacio de escucha y contención emocional para las pacientes. Hacia el final de la intervención, se solicitó a las integrantes evaluar el proceso grupal realizado (ver Anexo 7. Evaluación del proceso) y se remarcó la importancia del uso de las herramientas entrenadas para prevenir recaídas.

Cabe destacar que el trabajo grupal favoreció el manejo emocional y la comprensión del TCA, ofreció herramientas para el manejo de la ansiedad y permitió la formulación de un plan de acción. Sin embargo, se recomendó tanto a las pacientes como al equipo multidisciplinario, dar seguimiento individual a cada proceso para motivar y reforzar los cambios positivos. Con el Grupo 1, se pudo realizar la comparación pretest y post test de las evaluaciones psicológicas seleccionadas para este TFG. Las pruebas se realizaron con seis semanas de distancia y los resultados se muestran en los siguientes gráficos.

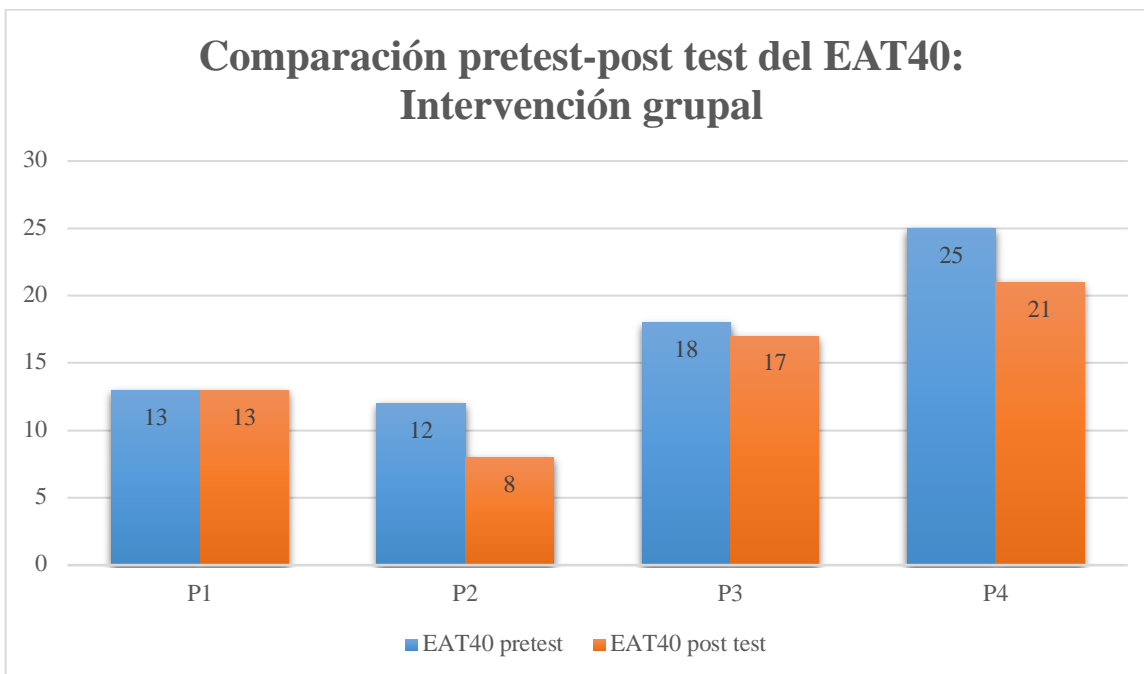


Gráfico 2: Comparación pretest- post test del EAT40: Intervención grupal.

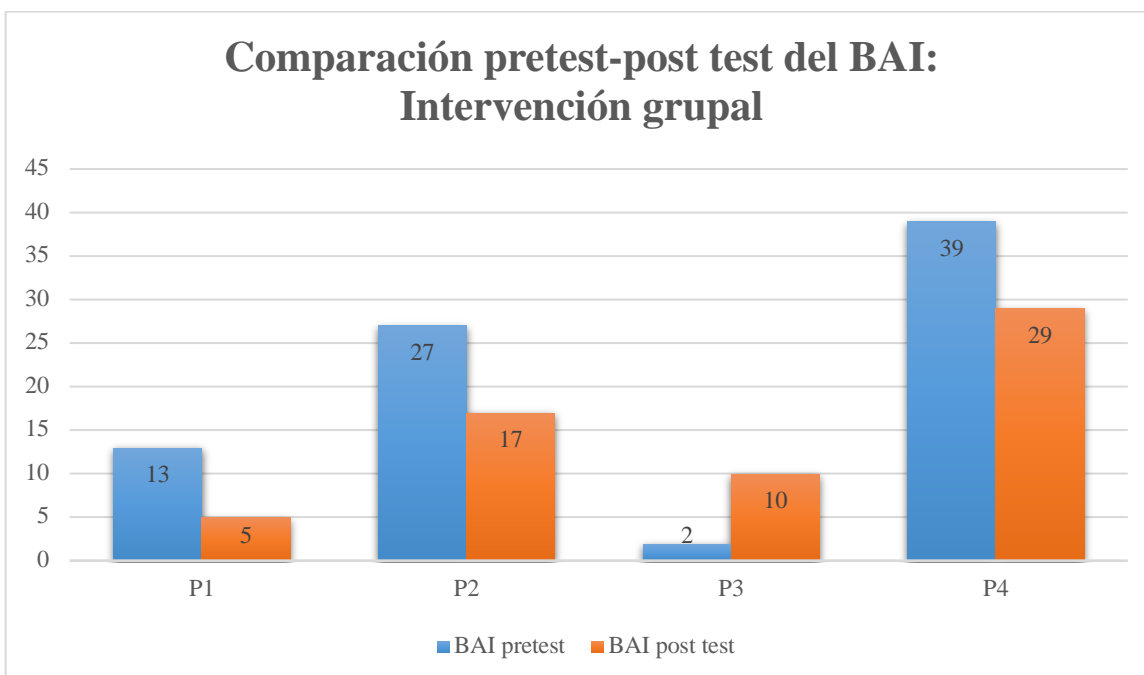


Gráfico 3: Comparación pretest – post test del BAI: Intervención grupal.

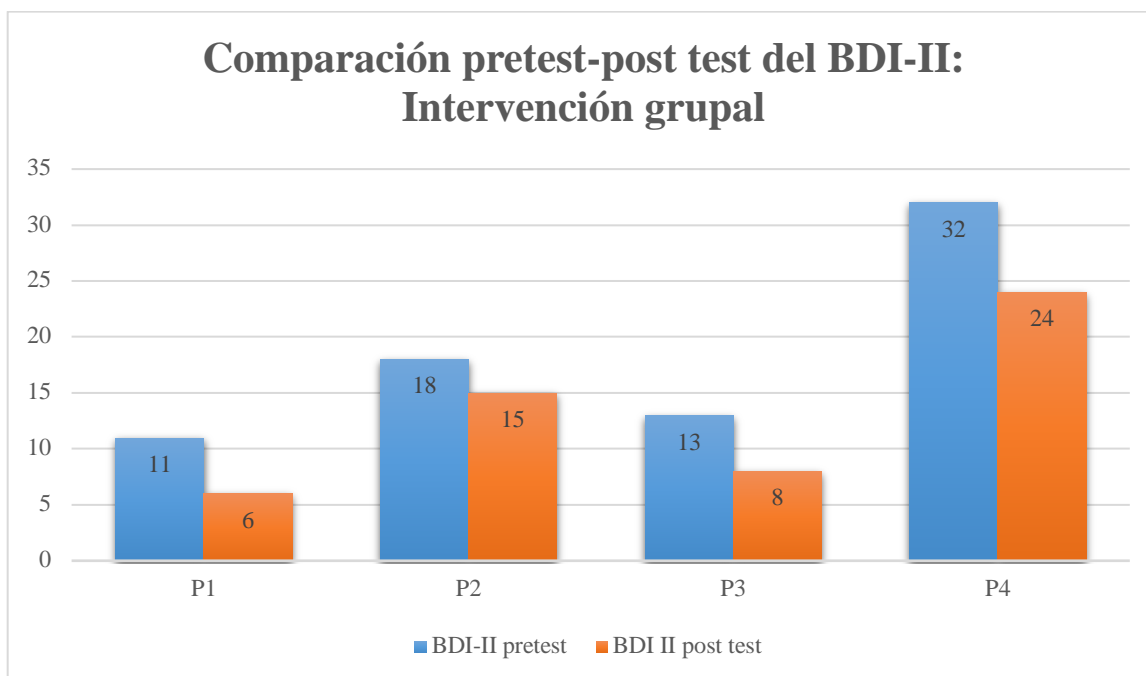


Gráfico 4: Comparación pretest – post test del BDI-II: Intervención grupal.

Los resultados de las pruebas aplicadas arrojan que, en general, el trabajo en identificación y manejo emocional, así como la psicoeducación acerca de los TCA implicaron reducción en los puntajes de ansiedad y depresión de las pacientes. A pesar de que las puntuaciones del EAT40 no presentan cambios significativos, el trabajo grupal permitió brindar herramientas de autorregulación emocional que favorecen un posterior trabajo individual dirigido al TCA. Además, los resultados generales obtenidos de la Escala Motivacional, demuestran un aumento en cuanto a la motivación al cambio y la autoeficacia.

Resultados obtenidos con Grupo 2

El grupo denominado Grupo 2 corresponde al que se atendió desde el mes de agosto hasta el mes de octubre. Este estuvo conformado por seis pacientes, previamente seleccionadas por el equipo multidisciplinario, entre los 12 y los 14 años de edad. La totalidad de pacientes seleccionadas concluyó el proceso de intervención. Una de las pacientes ya había estado en una

psicointervención grupal del HNN durante el primer semestre del 2018 y estaba realizado el proceso por segunda vez, posterior a una recaída.

El asesor técnico se encargó de facilitar la primera sesión y después este rol fue asumido por la practicante. Dos de las integrantes del grupo habían iniciado previamente el trabajo individual y sus casos están expuestos más arriba. En general, todas las pacientes fueron participativas desde el inicio de la intervención y hubo temas emergentes importantes de abordar como la agresión intrafamiliar y el abuso sexual. El asesor técnico, en conjunto con el resto del equipo multidisciplinario, estuvo al tanto de dichos emergentes y se encargó del respectivo manejo legal.

Identificar los indicadores de salud fue el primer tema abordado con el Grupo 2 y se trabajó con el objetivo de descentralizar la atención enfocada al peso, comenzar a cuestionar algunas ideas irracionales propias del TCA y establecer los objetivos grupales. Fue posible distinguir, además, la manifestación de la sintomatología ansiosa y depresiva de las participantes. Se reportó ejercicios excesivos a escondidas, atracones, alteraciones en el sueño, *cutting* e ideación suicida. La presencia de ideación suicida fue notificada de inmediato a la Dra. Carvajal, quien aumentó la dosis de fluoxetina de la paciente, y el equipo decidió que continuara en el grupo con el fin de poder ofrecer acompañamiento semanal.

Al igual que con el Grupo 1, se entrenó a las pacientes para realizar autorregistros y presentarlos en las sesiones. No obstante, el Grupo 2 fue menos consistente al elaborar dichos autorregistros y más escueto al reportar cogniciones y emociones. Con el objetivo de favorecer la identificación, manejo y comunicación de emociones se utilizó la rueda de emociones y se entrenó a las pacientes en el Registro de Pensamientos Disfuncionales (DTR, por sus siglas en inglés) orientado a la alimentación, la imagen corporal, la actividad física, el funcionamiento general, la

autoevaluación y otras áreas que las pacientes consideraran relevantes (Anexo 8. Registro de Pensamientos Disfuncionales).

Varias sesiones estuvieron destinadas a la psicoeducación acerca de los TCA, ahondando en los tipos existentes. La psicoeducación se llevó a cabo por medio de explicaciones magistrales y también de exposiciones realizadas por las integrantes. Se logró trabajar en la desmitificación de los TCA y en cuestionar y replantear los pensamientos disfuncionales que las pacientes identificaron anteriormente. Las pacientes del Grupo 2 también elaboraron una jerarquía de metas, organizada de las menos a las más difíciles y se plantearon objetivos semanales. Nuevamente, existió inconsistencia para cumplir con los objetivos, lo que entorpeció proceso.

Los conflictos intrafamiliares fueron un punto de encuentro entre las participantes del Grupo 2, por lo que se motivó la comunicación de emociones de forma asertiva a través de redacción de cartas dirigidas a sus padres, madres o familiares y también con juegos de roles. Las pacientes identificaron situaciones familiares recurrentes, recientes o muy significativas relacionadas con su TCA y realizaron juegos de roles para plantearse nuevas alternativas de comunicación y afrontamiento, moderadas por la facilitadora (Anexo 9. Actividades de habilidades sociales y comunicación).

En respuesta a las necesidades grupales de las pacientes, se realizó un entrenamiento breve en habilidades sociales. Como parte del entrenamiento se discutieron estilos de comunicación, factores involucrados en la comunicación y comunicación emocional. Las integrantes identificaron situaciones cotidianas en las cuales les gustaría fortalecer sus habilidades sociales y plantearon un listado de alternativas conductuales para lograrlo.

Finalmente, se evaluó el proceso de intervención grupal de forma oral, en donde las pacientes resaltaron aprendizajes nuevos, actividades que generaron un impacto positivo en sus vidas y

aspectos que consideraban aún muy desafiantes. Se repasaron las temáticas generales abordadas con material de apoyo entregado a cada participante y se cerró enfatizando en la importancia de tomar decisiones a diario que favorezcan la salud y el bienestar (Anexo 10. Material Yo puedo).

Con el Grupo 2 no fue posible hacer el pretest y el post test de las evaluaciones psicológicas por varios motivos. El primero se debió a que el grupo estaba integrado por tres pacientes a las cuales ya se les habían aplicado las evaluaciones psicológicas durante la atención individual y la primera entrevista. Sumado a lo anterior, dos de estas tres pacientes, habían comenzado y avanzado en procesos individuales que se interrumpieron a partir de la participación en el grupo, sesgando los productos que podrían obtenerse en la medición de una segunda prueba. Por último, las situaciones emergentes en el Grupo 2 conllevaron una reformulación de ejes temáticos y formas en su abordaje y, dadas las limitaciones de tiempo, se eligió priorizar por encima de las evaluaciones.

D. Intervención familiar

En este apartado de Intervención familiar, cabe aclarar que solamente se incluyen los resultados obtenidos a partir de las sesiones familiares que fueron co-facilitadas con la enfermera Xiomara Jiménez. La principal razón por la cual no se profundiza en las sesiones de la psicointervención individual que incluyeron a padres, madres y/o encargados es que su participación se dio con el propósito de facilitar y agilizar la mejora en salud para la paciente directa. Por ende, los resultados obtenidos a partir de su involucramiento, ya están expuestos en el apartado correspondiente a la psicointervención individual y se basaron en ofrecer contención emocional, psicoeducación sobre los TCA, entrenamiento para apoyar adecuadamente a las pacientes directas en situaciones generadoras de ansiedad y entrenamiento para identificar y proveer información relevante para triangular datos y prevenir recaídas.

La Clínica de Adolescentes ofrece el seguimiento familiar posterior al trabajo grupal como parte de su protocolo de intervención y la participación de la practicante en las sesiones de intervención familiar se dio con la familia de una de las integrantes del Grupo 1. Las citas se programaron con un mes o un mes y medio de distancia y tuvieron una duración de un poco más de una hora cada una. Inicialmente, se atendió al padre, la madre, el hermano y la paciente directa, pero se pidió al hermano que solo asistiera a una sesión más ya que el trabajo iba a enfocarse entre la paciente y sus progenitores.

El principal resultado de esta intervención fue dar uso en espacios controlados a algunas de las herramientas adquiridas durante el proceso grupal. La paciente remarcó en varias ocasiones que continuaba haciendo uso de su jerarquía de metas para mejorar sus relaciones con la comida y sus relaciones familiares. Asimismo, pudo plantear frente a sus padres una serie de situaciones familiares que eran poco favorecedoras para su salud y que le afectaban a nivel emocional, siendo unas de esas la sensación de abandono y soledad.

La paciente resaltó que se vio beneficiada del entrenamiento en reconocimiento y comunicación emocional recibido previamente el proceso grupal y que le gustaría aplicarlo en sus relaciones familiares para mejorar la convivencia. El espacio de intervención grupal le permitió a la paciente expresar abiertamente algunas de sus preocupaciones y sentimientos a sus padres y también escuchar sus preocupaciones y temores. Finalmente, pudieron acordar algunas metas y compromisos familiares a corto, mediano y largo plazo para hacerle frente a la situación.

E. Otras actividades

La participación de la estudiante en otras actividades no contempladas dentro de los objetivos específicos, permitieron el espacio para la formación profesional de la misma. Como resultado de la asistencia de la estudiante a la capacitación ofrecida por la Clínica de Adolescentes del HNN a

distintos miembros de otras clínicas de adolescentes del país, no solamente fue posible aprender sobre temas generales de salud que conciernen a la población adolescente, sino que posibilitó ampliar la visión de la estudiante sobre el manejo multidisciplinario que existe en otras clínicas y las necesidades de capacitación presentes a nivel país.

Tener la posibilidad de escuchar a profesionales en salud de distintas áreas exponer sobre su trabajo en las Clínicas de Adolescentes, favoreció el desarrollo profesional resaltando la importancia del trabajo articulado entre profesionales en salud, que debe comprender lo que hacen los demás, sin pretender asumir un rol que se salga del área de experticia. Además, incrementó la motivación personal para trabajar con bases científicas y actualizadas en pro de la población adolescente que accede a los servicios públicos del país, concretamente aquella con trastornos de la conducta alimentaria.

La disposición de la Clínica de Adolescentes para recibir una capacitación como la de Body Image Program también favoreció el crecimiento profesional y personal de la estudiante. Por un lado, resultó ser una gran oportunidad para abrir el debate dentro del grupo de trabajo acerca de estigmas sociales asociados a la gordura, los trastornos de la conducta alimentaria y las diferencias de género, así como su influencia en el comportamiento humano. Y, por otro lado, amplía la visión acerca de otros modelos de trabajo empleados en la atención a los TCA desde el ámbito privado en Costa Rica. El entrenamiento destinado a cuestionar el “fat talk” y la sobrevaloración del peso y la figura fue una importante herramienta de trabajo adquirida para fortalecer autoestima.

Bajo la misma línea, la posibilidad de presentar una herramienta como el EAT40 a los miembros del equipo multidisciplinario de la clínica y poder ilustrar su función por medio de un caso concreto, representó un reto para la practicante pero a la vez una oportunidad para aportar al centro. Se logró mediante esta exposición, ampliar el conocimiento en cuanto a las opciones de

evaluación cuantitativas aplicables a la población con TCA. Su eventual aplicación, podría traducirse en áreas de trabajo más delimitadas y datos cuantitativos tanto para evaluar las intervenciones ofrecidas, como para ofrecer en estudios epidemiológicos.

Gracias a la disposición del equipo de trabajo del centro para responder al interés de la practicante, fue posible aprender acerca de la atención intrahospitalaria que reciben las pacientes de TCA cuando están en hospitalización. Poder acompañar a la profesional en nutrición a hacer su visita a una paciente hospitalizada y recibir información de primera mano acerca del plan de acción resultó enriquecedor a nivel profesional.

Finalmente, la inserción en el campo permitió a la estudiante colaborar en la redacción de la más reciente publicación del protocolo de trabajo de pacientes con TCA de la Clínica de Adolescentes del HNN, el cual tiene alcance a nivel nacional. En este trabajo, fue posible actualizar información y plantear las intervenciones desde un enfoque cognitivo conductual.

IX. Alcances.

Las labores desempeñadas por la estudiante en la Clínica de Adolescentes del HNN permitieron cumplir con los objetivos planteados en este trabajo. En cuanto al objetivo general, como ya se planteó en otros apartados, se desarrollaron habilidades y competencias propias de una profesional en el campo por medio de la aplicación de evaluaciones psicológicas, diseño de intervenciones, procesos individuales y grupales de pacientes con TCA, sesiones psicoeducativas, acompañamiento a familias de pacientes con TCA, evaluación del progreso y la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo, entre otros.

Uno de los principales alcances que tuvo esta práctica tiene que ver con la adquisición de nuevas habilidades y destrezas necesarias para desempeñar un rol adecuado desde la Psicología Clínica. Por medio de la inserción, fue necesario que la estudiante adquiriera nuevos

conocimientos que históricamente no son considerados de competencia de la psicología por ser “biológicos”. La familiarización con terminología médica, patologías comunes durante la adolescencia, el conocimiento de medicamentos frecuentemente utilizados en la CCSS, así como la diferenciación entre medicamentos de marca y medicamentos genéricos en casos específicos, conocimiento de efectos secundarios comunes de dichos medicamentos y cambios esperables en medidas como peso, índice de masa corporal y desarrollo normal de los y las adolescentes, son algunos de los nuevos conocimientos adquiridos.

Trabajar con un grupo multidisciplinario permitió, además, resaltar la relevancia de trabajar en equipos conformados por profesionales en distintas áreas. Se remarcó la importancia de tener conocimientos básicos de otras disciplinas y claridad en cuanto al rol que cada profesional debe cumplir. Este TGF pone en evidencia cuán imprescindible es el trabajo multidisciplinario en casos de TCA y sirve para remarcar la importancia de que este trabajo sea adecuadamente coordinado y meticulosamente articulado para obtener verdaderos beneficios en la salud de sus pacientes.

En cuanto al primer y segundo objetivos específicos, esta práctica tuvo dos principales alcances. Por un lado, se logró plantear un enfoque biopsicosocial de intervención orientado a la toma del control de la salud por parte de las pacientes con TCA. El trabajo motivó la identificación de factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados en el desarrollo y mantenimiento del trastorno y se enfocó en comunicar estos factores a las pacientes y sus familiares. Esta comunicación permitió un involucramiento activo en pro de salud, ofreciendo a las pacientes una visión completa de su progreso; elaborando planes de intervención en conjunto e informando activamente de los avances y retrocesos de su propio proceso, lo cual se aleja del enfoque de intervención tradicionalista.

Por otro lado, el desarrollo de intervenciones cognitivo conductuales que prueban ser eficaces, efectivas y eficientes para pacientes con TCA ofrece una alternativa de abordaje para estos casos. Esto podría, potencialmente, ayudar a disminuir tiempos de espera, o bien la duración de las intervenciones ofrecidas. Adicionalmente, al ser la primera práctica dirigida en la Clínica de Adolescentes del HNN brindando atención a pacientes con TCA, se marca un precedente para la continuación de este trabajo y otros similares. La inserción visibiliza la necesidad de incentivar el posicionamiento de estudiantes en centros de salud, ya que se favorece la formación académica por medio de la puesta en práctica de modelos de intervención que no tienen mucho espacio práctico dentro de la carrera.

Sumado a lo anterior, el aprovechamiento y uso comprometido de estos espacios clínicos fortalece la relación de la UCR y la CCSS. Esto es específicamente favorable para la Escuela de Psicología, ya que permite nuevos espacios de colaboración y apertura en centros de salud. Se logra, por medio de este vínculo, preparar profesionales en psicología para el trabajo de campo y ofrecer a la CCSS recurso humano para suplir la alta demanda. Específicamente en esta práctica, pudo ofrecerse una actualización de materiales a la Clínica de Adolescentes por medio de la presentación y uso de pruebas psicológicas y materiales concretos de uso en las sesiones.

Por último, el alcance más importante de esta práctica dirigida está reflejado en los resultados obtenidos a partir de la intervención a pacientes con TCA y, por extensión, a sus familiares. Las mejoras en la calidad de vida de las pacientes son, sin duda alguna, el principal logro alcanzado.

X. Limitaciones

Concretamente dentro del equipo de trabajo de la clínica, las limitaciones acerca del conocimiento de la intervención psicológica para el abordaje de los TCA desde un enfoque cognitivo conductual basado en la teoría transdiagnóstica representó, en ocasiones, algunas

dificultades para el cumplimiento de los objetivos de este TFG. A pesar de que existe un protocolo de atención multidisciplinario y que regularmente el equipo de trabajo se reúne para discutir los casos, podría fortalecerse la articulación de líneas de trabajo conjunto y delimitación de roles para lograr una mejor atención.

El trabajo de la estudiante relacionado con los autorregistros y la identificación de comidas consideradas problemáticas por las pacientes generó dudas en el equipo de trabajo y fue necesaria su justificación teórica. Por este motivo, se expuso en varias ocasiones acerca de la importancia de identificar las conductas, cogniciones y emociones relacionadas al desarrollo y mantenimiento del trastorno y se aclaró que la documentación tenía nula relación con recomendaciones nutricionales. Debido a lo anterior, fue posible identificar que debe fortalecerse el manejo de la relación existente entre el inadecuado manejo emocional y las conductas alimentarias de restricción, purga y atracones.

Se distinguió que existen reservas con respecto a hablar abiertamente del peso con las pacientes, específicamente aquellas graves durante el inicio de su proceso. Esto, aunque pretende evitar la posible respuesta ansiosa, limita la comprensión multifactorial de los indicadores de salud que se pretende enseñar a las pacientes, quienes ya están sobrevalorando el peso.

Existieron limitaciones con respecto al espacio físico previsto para las consultas ofrecidas por la practicante. Se trató de coordinar el uso de una sala educativa del hospital ubicada cerca de la Clínica de Adolescentes, sin embargo, los periodos en que esta estaba desocupada no siempre coincidían con los horarios de las pacientes y sus familiares. La atención psicológica se ofreció entonces algunas veces en la sala educativa ya mencionada, en oficinas desocupadas e incluso, ocasionalmente, en una de las salas de juegos previstas para pacientes ambulatorios del hospital.

A pesar de los esfuerzos para coordinar espacios disponibles, hubo sesiones que se vieron interrumpidas por la reubicación.

El principal factor limitante de la práctica realizada fue el desconocimiento del rol de la psicología, específicamente la Psicología Clínica, aplicado a distintos contextos.

En cuanto al desconocimiento de la labor de la psicología en el contexto familiar, fue posible identificar como en algunas ocasiones el apoyo psicológico todavía se encuentra atravesado por una serie de tabúes que inciden de manera negativa en el proceso. Debido a los estereotipos asociados a los trastornos mentales y, ligado a esto, a recibir la atención psicológica, el trabajo con padres, madres y/o encargados requirió mucha intervención psicoeducativa.

La practicante tuvo que aclarar en múltiples ocasiones la importancia de la consistencia y el involucramiento activo de los (as) encargados (as) en el proceso terapéutico de la paciente para obtener resultados en la modificación de conductas. No obstante, a pesar de las explicaciones, enfrentó retos en cuanto al cumplimiento de tareas asignadas a familiares y la asistencia a las citas. Además de proveer la explicación puntual de las fases de la intervención y de aspectos psicoeducativos generales sobre los TCA, fue necesario que la practicante enseñara acerca de las distintas áreas en las que podía aportar una psicóloga dentro del contexto clínico para tratar de contrarrestar la carencia de apoyo familiar.

Específicamente con las pacientes directas, el desconocimiento del rol de la psicología incidió en que no había claridad en cuanto a las necesidades concretas a delimitar en la intervención. A pesar de que la Dra. Carvajal en su consulta informa a las pacientes y sus encargados (as) acerca del diagnóstico, no todas entendían cuál era este, ni tenían claras las implicaciones del mismo. Y aún cuando la mayoría de las pacientes sí lo conocían, no tenían claridad acerca de cómo se trataría, ni cuáles temas podían abordar con cual profesional, entre otras dudas. Representa una limitación

en el abordaje clínico el rol pasivo de pacientes y familiares y/o encargados (as) a quienes se les dificulta expresar sus dudas o pedir aclaraciones, delegando el control de la salud a otras personas.

En relación con lo anterior, la presencia de estereotipos negativos asociados a la ayuda psicológica necesitó constantes aclaraciones alrededor del temor a “la locura”, la desmitificación de la enfermedad mental y la culpabilización. En el trabajo grupal, concretamente, fue necesario invertir la mayoría del tiempo en sesiones psicoeducativas explicando la relación entre las conductas y los estados emocionales, los pensamientos, las formas de comunicación y los factores biológicos y sociales. Esto, aunque favorecedor para sentar bases para la intervención psicológica del TCA, limitó en cuestiones de tiempo el trabajo en modificación de conductas.

Finalmente, se hace referencia a las limitaciones relativas a la preparación académica con la cual la estudiante contaba al iniciar su práctica profesional. Desafortunadamente, el plan de estudios de la carrera de psicología aún se encuentra muy limitado en cuanto a cursos con prácticas que impliquen verdadera exposición al trabajo hospitalario. Para poder desempeñar una adecuada labor, fue necesario el proceso de familiarización no solamente con el ámbito específico con el que se trabajó, sino también con el funcionamiento entre distintos niveles de atención en salud y la atención a pacientes con problemáticas comórbidas.

Previo a la ejecución de la práctica, existió poco o nulo entrenamiento en el uso de instrumentos de evaluación psicológica en contextos clínicos, el proceso de elaboración de diagnósticos, el diseño de intervenciones psicológicas y planes de prevención de recaídas y la elaboración de reportes para incluir en sistemas como el EDUS, que promuevan la comunicación interdisciplinaria.

La exposición a desafíos cotidianos relacionados con trabajo multidisciplinario que ha probado ser eficaz para la atención en salud mental, se considera un aprendizaje fundamental para ejercer

la profesión y, por lo tanto, no debería ser posible únicamente para aquellos (as) estudiantes que eligen presentar un TFG con modalidad de práctica dirigida.

XI. Discusión

La apertura de espacios para la Psicología dentro de los centros de atención en salud, ha representado un enorme desafío a nivel mundial. No obstante, ha sido posible evidenciar y visibilizar cada vez más que la división entre aquello que se manifiesta en el cuerpo y aquello que vive en la mente, no incide positivamente en la salud de los y las pacientes.

El enfoque Biopsicosocial, ya antes mencionado, ha permitido explicar la salud como una combinación de factores interrelacionados que repercuten en la vida de las personas. Este modelo plantea que la enfermedad emerge a partir de interacciones entre genética, fisiología, redes de apoyo, estrés, habilidades de afrontamiento, personalidad, los medios económicos y creencias culturales, entre otros (Brannon et al., 2013). Además, ha permitido la creación de nuevas formas de intervención que verdaderamente respondan a las necesidades y padecimientos a los que se les hace frente.

Cuando se realizaron las entrevistas iniciales y se recopiló información que permitiera esclarecer comportamientos estables en el tiempo, o repertorios básicos de conducta, de las pacientes, fue posible notar algunos comportamientos ansiosos en otras áreas de sus vidas presentes de previo al desarrollo del trastorno. Kaye et al. (2014) plantean que la ansiedad en edades tempranas de la adolescencia es un factor de riesgo para la aparición de un TCA. Esto, en conjunto con lo observado, subrayan la importancia de destinar esfuerzos y medios en el trabajo de prevención desde la Psicología de la Salud.

La alta demanda en atención psicológica que tienen los distintos niveles de atención de la CCSS, conlleva la necesidad de profesionales capaces de realizar evaluaciones ágiles y adecuadas

que permitan la formulación de intervenciones efectivas, basadas en evidencia. A través del cumplimiento de los objetivos planteados en la práctica realizada, también se logró ofrecer a la clínica recurso humano para la atención de pacientes y alternativas de tratamiento eficientes. Se afirma que durante el periodo práctico, se motivó la comprensión de la salud y el bienestar desde un enfoque biopsicosocial, posibilitando nuevos abordajes de intervención.

Como bien plantean Méndez et al. (citados por Villalobos Pérez, 2011), el incremento de casos de pacientes con TCA también implica un incremento en los costos en salud pública. Por lo tanto, la oferta de recursos humanos a los servicios de salud costarricenses demuestra, por medio de los resultados obtenidos de las prácticas profesionalizantes consultadas para la elaboración de este trabajo, ser una alternativa viable para agilizar la atención a la población, obtener beneficios en salud y disminuir los costos que acarrearán la elevada demanda.

La realización de la práctica evidenció que, concretamente en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, media la interacción entre factores variados y que es fundamental que se exista un efectivo diagnóstico. Sumado a esto, es indispensable una delimitación clara de variables a trabajar, diferenciando entre las que se pueden controlar y las que no. Dicha delimitación, permite plantear expectativas realistas y alcanzar resultados que favorezcan tanto la modificación de conductas problemáticas, como la motivación al cambio.

Salazar Mora (2008) enfatiza en la necesidad de brindar un abordaje cuidadoso a las valoraciones subjetivas y a las atribuciones sociales consideradas importantes durante la adolescencia. Durante todos los procesos dirigidos, fue imprescindible acatar esta recomendación tanto para favorecer la comunicación entre terapeuta y paciente, como para incentivar el cuestionamiento de las autovaloraciones basadas en el peso y aspecto físico.

La interacción con las pacientes permitió identificar que las adolescentes consideran que, en general, se asume que sus preocupaciones con respecto al peso y la figura están ligadas a la necesidad de ser consideradas atractivas por el sexo opuesto. Esto no solamente es una visión estereotipada y discriminativa en cuanto a la orientación e identificación sexual de las mismas, sino que es inadecuada ya que no se elabora a partir de la escucha activa y, además, revela desconocimiento con respecto al trastorno. Todas las anteriores, repercuten negativamente en el proceso terapéutico.

Con base en los resultados obtenidos, se corrobora que el involucramiento familiar es fundamental para la mejoría. El involucramiento debe ser consistente y comprometido y tal como Villalobos Elizondo (2009) señala, la comunicación asertiva y el adecuado manejo de límites por parte de madres, padres y/o encargados, juegan el rol de factores protectores para pacientes con TCA. De la mano con lo que la autora plantea, lo aprendido refuerza la importancia que tiene el acceso a la información para evitar el mantenimiento del trastorno.

La experiencia hospitalaria permitió generar nuevos conocimientos acerca del trabajo con este grupo etario en particular. Trabajar con adolescentes puede representar muchos retos, sin embargo, debe priorizarse el velar por el respeto de los derechos de autonomía y confidencialidad de ellos y ellas (National Collaborating Centre for Mental Excellence, 2004). Resulta de gran relevancia enfatizar que los derechos de autonomía, no excluyen la existencia de reglas o límites. Sin embargo, sí engloban el derecho de recibir información directa sobre el trastorno que padecen.

Tanto los datos de pacientes atendidos en la clínica por motivo de un TCA previo a la realización de la práctica, como la experiencia obtenida durante la realización de la misma llevan a la practicante a coincidir con los datos ofrecidos por otros autores, ya que en Costa Rica los TCA son causates mayor morbilidad física y psicosocial en mujeres adolescentes, siendo menos común

que hombres (Fairburn y Cooper, 2014). Las pacientes indicaron que, de acuerdo a sus percepciones personales, sí hay variables de género relacionadas con el desarrollo del trastorno y que resultaba retador que socialmente se fomentaba el mantenimiento del mismo.

Finalmente, se afirma que es una necesidad optimizar la coordinación del trabajo interdisciplinario que ya se lleva a cabo en el HNN, debido a que una articulación interna más meticulosa, representaría un mayor impacto de las intervenciones realizadas. Con base en las guías internacionales de atención a pacientes con TCA, se remarca la importancia de realizar capacitaciones frecuentes con información científica y actualizada que permitan comprender las múltiples implicaciones del abordaje integral de la salud y promuevan la puesta en práctica del mismo (NICE; AED; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

XII. Conclusiones

De la práctica profesional realizada, se concluye que las actividades realizadas a lo largo de la inserción posibilitaron la puesta en práctica de conocimientos adquiridos durante la carrera de psicología, pero principalmente permitieron el desarrollo de habilidades nuevas y la adquisición de nuevos conocimientos útiles en el campo. La posibilidad de trabajar con pacientes a nivel individual, familiar y grupal implicó el surgimiento constante de retos y entrenó a la practicante para ser recursiva y flexible ante los mismos, velando siempre por utilizar métodos y elaborar intervenciones cuya aplicación se tradujera en beneficios para la salud de las pacientes.

Entre algunos de los conocimientos adquiridos durante la carrera que fue posible poner en práctica durante la inserción, cabe mencionar la capacidad investigativa adquirida por la estudiante durante los años de estudio. Para realizar el trabajo en el hospital, fue necesaria la investigación constante, científica y actualizada, la capacidad para comprender los resultados obtenidos de los estudios consultados y la destreza para comprender con fluidez la terminología empleada.

Asimismo, se entrenó la capacidad de escucha, de evaluación psicodiagnóstica, de triangulación de información en los casos que fuera posible y de elaboración de reportes.

Sumando a lo anterior, la estudiante pudo aprender cómo desenvolverse en el contexto hospitalario. Como principal aprendizaje durante el periodo práctico, debe mencionarse la destreza adquirida para trabajar con profesionales de distantes áreas, la flexibilidad para negociar las prioridades del rumbo de intervención según planes grupales y la capacidad comunicativa de aspectos psicológicos con el equipo multidisciplinario. La preparación adicional con respecto al tratamiento de los TCA, así como el estudio continuo tanto de los trastornos como de los mecanismos que los sostienen, deben agregarse como parte fundamental de los conocimientos adquiridos.

Se concluye, a partir del trabajo realizado, que la frecuencia de las citas, el apoyo familiar y el compromiso y credibilidad de la paciente para con la intervención son factores que favorecen el cumplimiento de objetivos a mediano y largo plazo. Se agrega además que la comunicación transparente y basada en evidencia entre terapeuta y paciente determinó la credibilidad y confianza que esta última depositara en la intervención.

A pesar de la cantidad de citas de recargo que son recibidas por los profesionales de la Clínica de Adolescentes del HNN, la demanda continúa siendo elevada y el recurso humano limitado. El centro constantemente recibe referencias de pacientes que no cumplen con el criterio de edad para ser atendidas en una Clínica de Adolescentes, pues no llegan a los doce años de edad. Estos casos parecen indicar que la aparición de estos trastornos se da en edades cada vez más tempranas y demuestran la necesidad del trabajo en prevención de la enfermedad.

Asimismo, las numerosas referencias subrayan la necesidad de tener equipos de trabajo multidisciplinarios preparados para asumir adecuadamente el manejo de estas pacientes, no

solamente en centros del tercer nivel de atención a lo largo todo del país, sino también en niveles de atención primarios y secundarios.

Se visualizó que las pacientes de TCA son provenientes de todo el territorio nacional y que sus entornos socioeconómicos varían tan drásticamente como sus dinámicas familiares. Precisamente por este motivo, la inserción profesional permite plantear la problemática social referente a la accesibilidad a los servicios de salud de calidad. Por un lado, es clara la necesidad de fortalecer el acceso descentralizado a la salud. La evidencia demuestra que los trastornos de la conducta alimentaria no son propios únicamente de quienes residen en el Gran Área Metropolitana y, por lo tanto, la posibilidad de tratamiento público no debe yacer exclusivamente ahí.

Por otro lado, debe insistirse en la importancia de instaurar el derecho a la salud mental como parte inherente del derecho a la salud. El acceso a tratamientos psicológicos de calidad no debe ser elitista y, para asegurar el acceso igualitario a los mismos, es necesario el trabajo conjunto como sociedad. En tiempos en que las enfermedades crónicas asumen un rol protagónico, debe seguirse demostrando la utilidad de abrir espacios para modelos de intervención novedosos que han demostrado su valía en otras partes del mundo y cuyos resultados parecieran ser replicables en Costa Rica. Asimismo, debe exigirse cada vez con más persistencia los espacios clínicos para profesionales en psicología de la salud en la Caja Costarricense del Seguro Social.

La apertura de los espacios ya existentes y la anuencia de los centros de salud para recibir estudiantes de psicología demuestran que sí hay avances en cuanto a la desmitificación de la profesión. No obstante, para lograr instaurar la labor como una seria y con resultados demostrables, continúa habiendo un largo camino por recorrer. Los prejuicios acerca de la enfermedad mental y la ayuda psicológica se hicieron visibles durante la práctica, tanto entre profesionales como entre los usuarios y usuarias del servicio de salud. Por lo tanto, resulta necesario evaluar las propias

prácticas existentes dentro de la profesión que han contribuido a sostener estos prejuicios y enfocar los esfuerzos en reivindicar la Psicología por medio de acciones.

Finalmente, tomando en cuenta que ya la Clínica de Adolescentes del HNN está realizando esfuerzos por capacitar al personal de otras clínicas de adolescentes del país, solamente queda agregar la importancia de enfatizar en el trabajo actualizado y articulado entre disciplinas para poder garantizar intervenciones efectivas.

XIII. Recomendaciones

A la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños

A partir de la inserción en el centro y como ya se mencionó más arriba, la principal recomendación a realizar es enfocarse en optimizar el trabajo multidisciplinario para garantizar intervenciones eficaces que tengan una duración posible de asumir por el centro y cambios conductuales sostenibles en el tiempo. Se recomienda establecer líneas de acción más claramente delimitadas para el trabajo individualizado con pacientes con TCA, de manera que el trabajo entre profesionales sea más articulado y pueda favorecerse el aprovechamiento de cada una de las áreas de experticia.

Afortunadamente, dado que se cuenta con un espacio semanal para la discusión de casos de pacientes con TCA, el establecimiento de trabajo por objetivos y la coordinación entre disciplinas puede resultar menos desafiante en el HNN que en otros centros de salud. La recomendación con respecto a este espacio va dirigida hacia promover espacios de autocuidado más frecuentes para el personal de la clínica. Es sabido que el trabajo prolongado que requiere tanto esfuerzo emocional y físico, repercute gravemente en la salud. Se insta a la institución, por lo tanto, a promover más y mejores prácticas de salud mental para su personal. Esto con el fin de mantener un equipo

profesional en condiciones óptimas que a su vez pueda ofrecer un servicio cada vez mejor a la población adolescente del país.

Concretamente en cuanto al tratamiento ofrecido, se sugiere a la Clínica de Adolescentes notificar acerca de los cambios en el peso a todas las pacientes de TCA indistintamente de su estado de gravedad con el debido acompañamiento psicológico que esto podría requerir, tal como se sugiere por las diferentes guías y protocolos de intervención internacionales. La revisión bibliográfica acerca del manejo de la ansiedad y la exploración de protocolos internacionales de intervención para TCA realizados en este trabajo, concuerdan en que la exposición es el mejor método para trabajar la ansiedad. Específicamente en pacientes con TCA, en quienes típicamente existe una sobrevaloración del peso y la figura, la exposición controlada y contenida a los cambios en el número de la balanza ha demostrado generar el desarrollo de más y mejores técnicas de afrontamiento, mientras que esconder este dato incrementa la rumiación y la sensación de pérdida de control.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a padres, madres y/o encargados (as) durante la primera fase grupal, se recomienda robustecer la psicoeducación acerca de los TCA, enfatizar en la desmitificación del trastorno mental, fortalecer espacios para expresar la frustración y motivar a la identificación de conductas propias que contribuyen al mantenimiento del trastorno. Debido a que el trabajo con familias se hace de manera grupal durante los primeros meses de la intervención y, considerando que quienes conforman los grupos tienen tantas diferencias en cuanto a niveles académicos, estilos de aprendizaje y recursos cognitivos, resulta importante incrementar esfuerzos para asegurar que la información que se brinda sea comprendida por todas las partes.

Por último, se sugiere al centro continuar abriendo espacios de trabajo para practicantes de la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica. Esto debido a que la inserción en el ámbito clínico favorece la formación académica y resulta en grandes aprendizajes a nivel personal.

A la Escuela de Psicología

Se recomienda a la Escuela de Psicología de la UCR continuar ofreciendo espacios de práctica en centros hospitalarios que permitan a los y las estudiantes aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y desarrollar nuevas competencias que favorezcan la inserción al mercado laboral. Además, se recomienda incentivar a los y las docentes de la escuela a tener la disposición para aceptar la dirección de estos trabajos finales de graduación y acompañar a los y las practicantes en el desarrollo del trabajo.

Esta recomendación no solamente en miras de solidificar la relación interinstitucional entre la UCR y la CCSS, sino también para generar conocimientos indispensables en los estudiantes en cuanto al trabajo multidisciplinario que ha demostrado su funcionalidad para cumplir el objetivo primario de quienes aspiran a trabajar en psicología clínica: mejorar la calidad de vida de las personas pacientes.

Con el fin de poder garantizar prácticas de calidad, se recomienda también a la Escuela de Psicología robustecer el plan de estudios de la carrera de manera que se ofrezca al estudiantado más y mejores oportunidades de prácticas en Psicología Clínica. Resulta imprescindible incrementar las posibilidades de contacto con poblaciones con necesidades clínicas reales, con el propósito de enfrentar a los y las estudiantes a los desafíos y necesidades propias de la población costarricense trascendiendo la revisión teoría y enfocándose en el trabajo basado en evidencia.

XIV. Anexos

Anexo 1. Entrevista inicial semiestructurada.

Entrevistas iniciales

Datos generales

Nombre de paciente:

Motivo de consulta:

(breve) ¿Quién les refiere? ¿Qué diagnóstico les dieron? ¿Qué saben hasta este momento sobre ese diagnóstico específicamente?

Nombre de padre, madre, encargado (a):

Edades

Nacionalidad de miembros de la familia

¿A qué se dedican papá y mamá/encargdos (as)?

Fecha de nacimiento de la paciente:

Colegio:

Año que cursa:

Desempeño académico:

¿Cómo son las relaciones con pares en el colegio, barrio, familiares extensos, entre otros?

Aspectos socioeconómicos

Lugar de residencia:

¿Cuántas personas viven en la casa?

¿Tienen alguna dificultad para acudir a las citas?

¿Cómo son las relaciones entre los miembros de la familia?

¿Cómo son los horarios de trabajo?

¿Con quienes pasa más tiempo?

¿Realizan juntos alguna actividad? ¿Qué les gusta hacer?

¿Comparten algún tiempo de comida?

¿Ven televisión a la hora de comer? Describir un escenario familiar común, puede ser a la hora de comer o en otro momento del día.

¿Cuánto tiempo invierte la paciente en pantallas?

¿El contenido de lo que ve está controlado?

¿Está en grupos de whatsapp o visita páginas de anaymia?

Historia familiar

Embarazo de mamá

- Complicaciones, nacimiento a término o antes de tiempo, seguimiento pediátrico, desarrollo, eventos traumáticos durante la niñez.
- Vida familiar durante el embarazo y desde el nacimiento (relación entre papá y mamá y entre paciente y papá y paciente y mamá)

Historia médica familiar: hipertensión o problemas cardíacos, diabetes, colesterol, tiroides, cáncer, obesidad.

¿Alguna persona de la familia ha sido diagnosticada anteriormente con un TCA?

¿Alguna persona de la familia ha sido diagnosticada con algún trastorno mental?

Motivo de consulta

¿Cuál fue el motivo principal de consulta?

- Pérdida de peso
- Conductas de purga
- Estreñimiento
- Cutting
- Dentista (descalcificaciones dentales)
- Amenorrea (edad de menarca, tiempo en amenorrea)
- Alerta por parte de la institución educativa y/o amigas (os)
- Ideas obsesivas en torno a la comida (visitas a profesionales en nutrición, deseos de controlar cómo se cocina en la casa, eliminación de grupos alimenticios, privación alimentaria, extrema selectividad)
- Otros cambios comportamentales y emocionales

Historia de las consultas

¿Cuándo se habló por primera vez de la posibilidad de un TCA?

¿Se habló acerca de los TCA con los profesionales en salud en ese momento?

¿Qué información tienen madre, padre y/o encargados(as) acerca de los TCA?

¿Qué información tiene la paciente sobre los TCA?

¿Cuándo se recibió el diagnóstico formal?

A la paciente

¿Cómo es su rutina diaria en un día lectivo?

¿Cómo es la rutina los fines de semana?

¿Quiénes son sus personas de más confianza o con las que más habla de lo que piensa, lo que le preocupa, lo que siente?

¿Cómo se sintió recibir ese diagnóstico?

¿A quiénes les ha contado? ¿Es secreto en la familia? ¿En familia qué se habla con respecto al trastorno?

¿Cuándo cree que fue la primera vez que se empezó a preocupar por? El peso, la comida, las calorías, hacer más ejercicio, entre otros.

Del 1 al 10, ¿cuánta angustia generan estos pensamientos?

Del 1 al 10, ¿qué tan frecuentes son estos pensamientos?

Establecer una línea del tiempo, incluir y detallar (en caso de que haya presencia de):

- Comentarios negativos con respecto al aspecto físico o los hábitos alimentarios de parte de otras personas (quiénes, situación, sentimientos provocados).
- Tiempo frente al espejo, frecuencia con la que se pesa.
- Pensamientos o comentarios que se dice a sí misma al verse en el espejo.
- ¿Cómo comenzaron los cambios alimentarios? Búsquedas en internet, recomendaciones de nutricionistas, dietas improvisadas, privaciones específicas, dietas de otros miembros de la familia.
- Cuánto tiempo se invierte pensando en comida, qué comer, cómo preparar los alimentos, dónde comer, flexibilidad para improvisar, angustia percibida cuando el plan no salía como se establecía.
- Conductas compensatorias.
- Atracónes: qué tan seguido suceden, siente que pierde el control o no, ejemplificar cantidad de alimentos y tipo de alimentos durante el atracón, hace pausas durante el atracón o no.
- ¿Cómo comenzaron los cambios emocionales? Vergüenza, enojo, tristeza, culpabilidad, intranquilidad, ansiedad, satisfacción por pérdida de peso.
- Estado anímico actual, pensamientos de hacerse daño a sí misma, intentos de hacerse daño a sí misma.
- Atención a depresión, abuso de sustancias, eventos difíciles de vida o crisis recientes.
- Otros cambios detectados (comportamentales o no): ejercicios excesivos, tiempo invertido en hacer ejercicios, cutting, alteraciones en los ciclos de sueño, impacto académico, cansancio excesivo, frío, fluctuaciones en el peso, cambios en la menstruación, impacto en las relaciones sociales (salidas sociales con amigas, meriendas compartidas en el colegio, la hora del almuerzo)

¿Qué ha cambiado desde que recibió el trastorno?

- ¿Los (as) encargados (as) están más pendientes?
- ¿Ha incrementado la vigilancia o no?
- Hay más o menos peleas
- Se siente más apoyada (o)
- Se siente avergonzada (o)
- Siente culpa (en caso de que sí, ¿por qué?)

¿Cómo se describiría a sí misma? (Documentar respuestas dadas solamente con descripciones físicas)

¿Cuáles son sus principales debilidades y fortalezas?

¿Ha tenido otros procesos terapéuticos en el pasado? Si, si ¿cómo fueron esas experiencias?

¿Qué involucraba el proceso anterior?

¿Ya recibieron recomendaciones médicas del HNN? Y si si, ¿qué ha sido lo más difícil de cumplir?

¿Qué ha sido lo más fácil?

(Documentar peso cuando las pacientes lo saben y lo dan sin preguntarles al respecto; estos datos lo obtiene la dra. Carvajal/Xiomara Jiménez)

A madres, padres y/o encargados (as)

¿Cómo se recibió el diagnóstico?

¿Qué ha cambiado desde entonces? Establecer una línea del tiempo; un “antes” y un “después” percibido.

- ¿Cuáles cambios notaron primero?
- ¿Cómo se manejaron esos cambios?
- Contrastar información brindada por pacientes y por padres, madres y/o encargados (as).

¿Cuáles son las principales preocupaciones actuales?

- pérdida de peso
- ejercicios excesivos
- amenorrea
- conductas compensatorias: cutting, inducción del vómito, uso de laxantes.
- estado anímico
- problemas familiares alrededor del TCA

¿Cómo se sienten por haber recibido el trastorno?

¿Qué les han explicado? ¿Cuáles dudas tienen?

¿Ya recibieron recomendaciones médicas del HNN? Y si si, ¿qué ha sido lo más difícil de cumplir?

¿Qué ha sido lo más fácil?

En conjunto

Información básica: contacto a la Clínica de Adolescentes, grupo de profesionales dedicador a la atención de pacientes con TCA.

Manejo de casos: manejo individual, proceso de grupos (¿existiría interés en ser parte del grupo?), procesos familiares posterior a grupos.

Intervención psicoeducativa (específica para caso, adecuada a las posibilidades de los receptores)

- Uso de videos o materiales de apoyo
- Documento psicoeducativo: criterios diagnósticos con base en lo que establece el DSM V, características principales del TCA, tipos de TCA, especificaciones concretas con respecto al tipo de TCA (AN de tipo restrictivo y purgativo), desarrollo y curso del trastorno, factores de riesgo, factores protectores, riesgo de suicidio, comorbilidad, propuesta de intervención (únicamente en los casos autorizados).

Aplicación de pruebas psicométricas (EAT40, BDI II, BAI).

Anexo 2. Escala Motivacional.

Escala Motivacional

Identificación: _____

Fecha: _____

Seleccione la opción (una sola) que mejor se ajusta mejor a su respuesta, utilizando una escala numeral del 1 al 10. Siendo 1 “nada” y 10 “mucho”.

TCA es Trastorno de la Conducta Alimentaria.

¿Qué tan importante es para usted recuperarse de su TCA?

1 (nada)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (mucho)

¿Cuánta confianza tiene usted en su capacidad de cambiar para recuperarse en de su TCA?

1 (poco)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (mucho)

Anexo 3. Tabla de autorregistros

Fecha y hora	Comida	¿Qué estoy pensando antes de comer? ¿Qué acaba de pasar? ¿Cómo me estoy sintiendo?	¿Qué estoy pensando mientras como? ¿De qué estoy conversando? ¿Qué estoy sintiendo?	¿Qué estoy pensando después de comer? ¿Cómo me siento?

			¿Qué estoy haciendo?	

Anexo 4. Ejercicio de Lista de deseos

Si no tuvieran tantas restricciones por el equipo del hospital y de sus padres, madres o encargados,

¿qué les gustaría hacer?

1.

2.

3.

Anexo 6. Evaluación de conocimiento adquiridos en sesión de psicoeducación.

Nombre:

Evaluación de psicoeducación

Mencione dos aspectos que caracterizan los trastornos de la conducta alimentaria.

- 1.
- 2.

Enliste cinco efectos negativos de los TCA en la salud de las personas.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Considera importante conocer información básica sobre los TCA? ¿Por qué?

¿Cuál es la relación entre el manejo de emociones y los TCA?

¿Para qué es importante aprender a regular nuestras emociones? Pueden dar ejemplos.

Anexo 7. Material de evaluación pre y post intervención grupal.

Nombre:

Mi situación anterior	Mi situación actual
Qué tengo que modificar en mis conductas para lograr mis objetivos a largo plazo, qué puedo mejorar sobre el manejo de mis emociones, en qué aspectos tengo que esforzarme más...	

Anexo 8. Registro de Pensamientos Disfuncionales (DTR, por sus siglas en inglés)

Pensamientos Disfuncionales

Los pensamientos disfuncionales pueden estar relacionados con el TCA o no relacionados con el TCA. Estos pensamientos son preocupaciones (que pueden llevar a conductas) que son desadaptativas y pueden estar relacionadas con:

- alimentación
- imagen corporal
- actividad física
- funcionamiento en general

- autoevaluación
- otros

Ejemplos: rutinas rígidas, comidas prohibidas o combinaciones prohibidas, ejercicios, la culpa por comer, comer ciertas cosas o por no realizar ejercicios, lo que pienso y lo que me digo con respecto a mi apariencia física general o algunas partes específicas de mi cuerpo, la frecuencia con la que creo que tengo que pesarme, el temor que siento al pensar en subir de peso, la importancia que le doy a mi aspecto físico o a mi peso, si tengo rutinas o tengo poca flexibilidad para realizar otras actividades no relacionadas con comida (horarios de estudio, notas en el colegio, tareas, actividades extracurriculares o recreativas, entre otras).

Actividad #1: Identificación de emociones y DTR.

Con base en los autorregistros realizados hasta este momento, cada participante del grupo va a elegir una situación que puede ser: recurrente, reciente o muy significativa.

La situación elegida es: _____

(¿cuándo sucedió? ¿quién o quiénes estuvieron involucrados (as)? ¿por qué elegí esta situación?)

<p>¿Cuáles fueron las emociones que sentí a partir de esta situación? (pueden utilizar la rueda de emociones)</p>	
<p>¿En qué se diferencia una emoción de otra? Por ejemplo: ¿cómo fueron distintas la tristeza y la frustración? ¿La impotencia y el enojo?</p>	
<p>Identificar los pensamientos (DTR)</p>	

Actividad #2: Comunicación de emociones.

“Si yo estuviera en esa situación, me sentiría _____, _____, _____ y pensaría _____.”

Actividad #3. Escribir una carta dirigida a papá, mamá y/o encargados (as) sobre cómo me siento con mi TCA. Incluir: lo que me preocupa que ellos piensen de mi TCA, lo que me ha ayudado a sentirme mejor (cambios conductuales o comentarios de parte de ellos y ellas), lo que me serviría que hicieran más a menudo o que comenzaran a hacer, las metas que tengo a futuro o mis deseos, cosas que quisiera dejar atrás sobre mi TCA o que quiero que dejen de suceder.

Anexo 9. Actividades de habilidades sociales y comunicación.

Comunicación y habilidades sociales

1. Para mí, ¿qué es la comunicación?

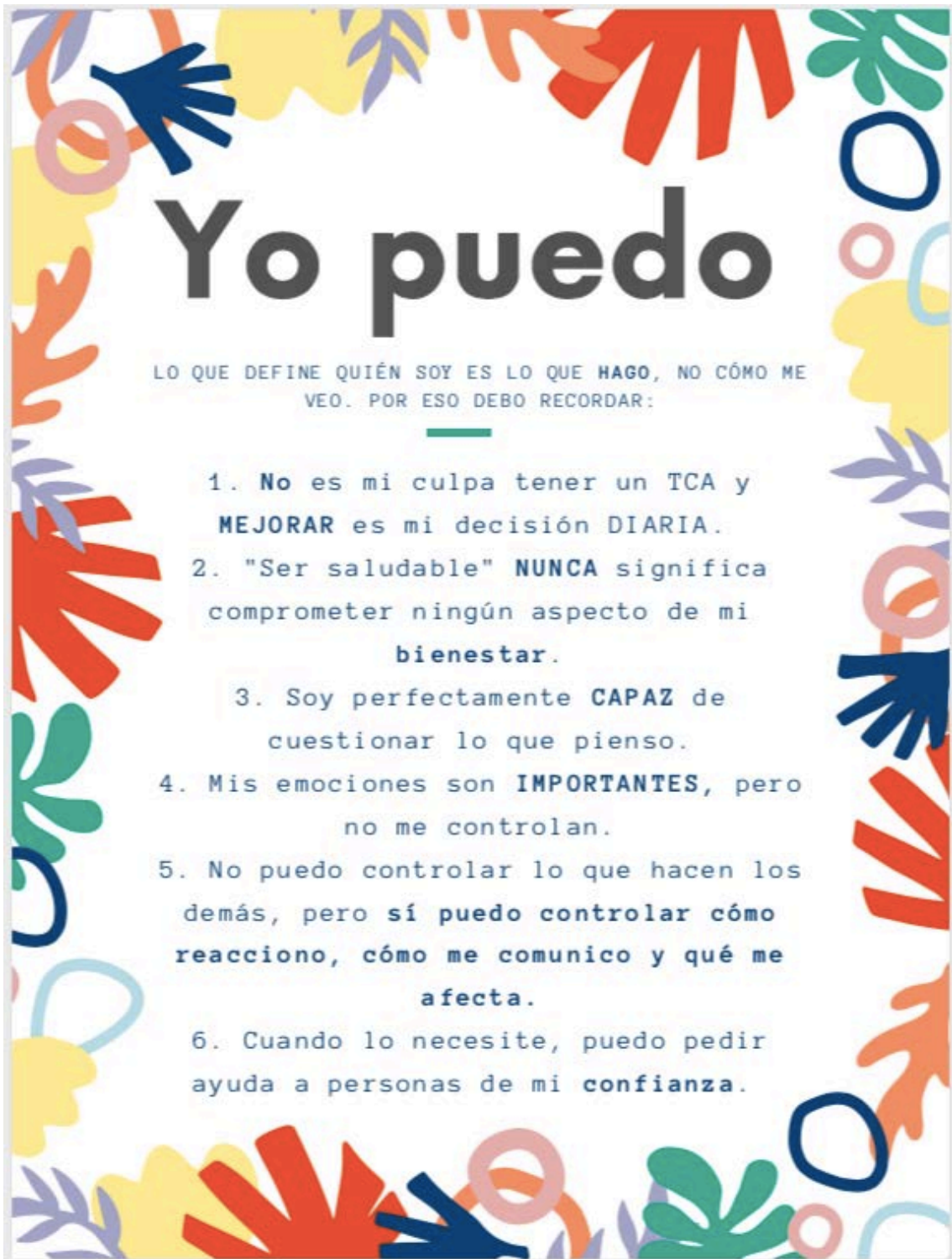
2. ¿Cómo afecta a mis relaciones sociales la manera en que me comunico?

Tipos de comunicación	¿Qué implican? (tono, modo, selección palabras, volumen, postura, acciones que la acompañan)	Ejemplos (comparación dos situaciones distintas)
Verbal		

No verbal		
------------------	--	--

3. ¿Por qué es importante comunicarnos asertivamente?

4. ¿Cómo se relacionan la comunicación y mi TCA?



Yo puedo

LO QUE DEFINE QUIÉN SOY ES LO QUE **HAGO**, NO CÓMO ME VEO. POR ESO DEBO RECORDAR:

1. **No** es mi culpa tener un TCA y **MEJORAR** es mi decisión **DIARIA**.
2. "Ser saludable" **NUNCA** significa comprometer ningún aspecto de mi **bienestar**.
3. Soy perfectamente **CAPAZ** de cuestionar lo que pienso.
4. Mis emociones son **IMPORTANTES**, pero no me controlan.
5. No puedo controlar lo que hacen los demás, pero **sí puedo controlar cómo reacciono, cómo me comunico y qué me afecta**.
6. Cuando lo necesite, puedo pedir ayuda a personas de mi **confianza**.

XV. Referencias.

- Academy for Eating Disorders (AED). <http://www.aedweb.org/index.php/about-aed/about-aed-1>
- Acuña, Y. (2017). *Desarrollo de competencias y habilidades por medio del apoyo supervisado en la atención integral a pacientes y familiares usuarios del servicio de Neurocirugía, la unidad de Neurooncología y el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. American Psychological Association.
- Angulo, V. (2020). *Inserción profesional desde la psicología clínica y de la salud en la Unidad de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Antón Menárguez, V., Jareño, B., Lara-Espejo, I., Redondo-Jiménez, M. y García Marín, P. (2019). Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 45 (2), 86-92.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J.A. (2013). (8th Edition). *Health Psychology. An introduction to Behaviour and Health*. Cengage Learning.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. Guilford Publications.
- Bello Hernández, M.J., Rodríguez Frías, L., Rodríguez Fernández, A.A., Díaz Melián, R.A. y Rodríguez García, M.A. (2018). Estigma personal y actividades psicoeducativas en pacientes de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 7, 29-35.
- Brenes, F. (2019). *Atención psico-oncológica mediante técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en pacientes con cáncer de próstata que son atendidos en el*

- Departamento de Hemato- Oncología del Área de Psico-Oncología del Hospital México en San José, Costa Rica.* (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2006-2018). *Hospital San Juan de Dios.*
<http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=25>
- Caja Costarricense de Seguro Social Programa Atención Integral de la Adolescencia. (s.f). recuperado el 7 de julio del 2017, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/programa.htm>
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., Cano-Vindel, A. y Grupo de Investigación PsicAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23, 91-98.
- Correché, M.S. y Mabel Labiano, L. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en Humanidades*, vol. IV (7-8), 129-147.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhe*, 19(1), 3-17.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H.A., & Fairburn, C.G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative for familia based therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 5 (1), 9-12.
- Díaz, S. (2019). *Atención Integral a pacientes sobrevivientes de cáncer de mama pertenecientes al gupo Tour Rosa, del Departamento Hemato-Oncología en el Servicio de Medicina*

- Paliativa y Atención Psicosocial del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Ekstrand, A. C., & Villanueva, E. R. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Escudero, S., Navarro, R., Reguera, B., Gesteira, C., Morán, N., García-Vera, M.P., y Sanz, J. (2018). Tratamiento Psicológico por Videoconferencia a una Víctima de Terrorismo con Trastorno por Estrés Postraumático y Otros Trastornos Emocionales Comórbidos 30 Años Después del Atentado. *Clínica y Salud*, 29 (1), 21-26.
<http://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a4>.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. En D. M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). Guilford Press.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (2014) Eating Disorders. A Transdiagnostic Protocol. In Barlow, D.H. (5th Edition), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 670-702). Guilford Publications.
- Fairburn, C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361 (9355), 407-416.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, médicos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide.
- Gallardo, R. (2017). *Inserción profesional desde la psicología clínica, en el departamento de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Garrido, M. (2019). *Intervención cognitivo conductual para promover el afrontamiento y el autocuidado en personas cuidadoras de pacientes con esclerosis múltiple que asisten a la*

- Clínica de Esclerosis Múltiple del Hospital San Juan de Dios*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D. y Parks, M. (2013). Familia y Trastornos del Comportamiento Alimentario: Avances en Evaluación y Diseño e Intervención Psicoeducativa. *Clínica contemporánea*, 4 (2), 107-117.
- González, M. (2019). *Inserción profesional desde la psicología clínica y psicología de la salud, en el Área de Psicología Clínica del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12): 2215-21.
- Krauskopf, D. (1998). Participación Social y Desarrollo en la adolescencia en Conferencia La protección Integral de la Niñez y Adolescencia: Un nuevo paradigma.
- Kuge, R., Lang, K., Yokota, A., Kodama, S., Morino, Y., Nakazato, M. y Shimizu, E. (2017). Group cognitive remediation therapy for younger adolescents with anorexia nervosa: a feasibility study on Japanese sample. *BMC Res Notes*, 10: 317. DOI 10.1186/s13104-017-2642-5.
- Locke, J., Le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S. y Jo, B. (2010). Randomized Clinical Trails Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (10), 1025-1032.
- López Porras, A. (2014). Análisis de manejo clínico interdisciplinario realizado en pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa, atendidos a nivel de consulta externa y hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico, entre Enero del 2008 y Abril 2013. Posgrado en Psiquiatría, Universidad de Costa Rica.

- Martinez Amores, B. (2018). Intervención psicológica de un Trastorno de la Conducta Alimentaria abordado de la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Información Psicológica (116)*, 79-94.
- Melchert, T. P. (2015). Biopsychosocial practice: A science-based framework for behavioral health care. American Psychological Association.
- Meléndez, C. (2014). *Escala de evaluación funcional de la persona con trastorno mental y del comportamiento para el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Molinari, M. (2015). *Evaluación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales del Servicio de Neurocirugía del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Mora, M. (2017). *Inserción profesionalizante en la Clínica de Adolescentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Morales, S. (2017). *Abordaje Cognitivo Conductual a pacientes con dolor crónico maligno en la Clínica del Dolor del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Morales Bejarano, A., Cháves Víquez, R., Ramírez Mora, W., Jiménez Rodríguez, X., García Borbón, A. (2016). Protocolos de atención. Clínica de Adolescentes, Hospital Nacional de Niños.
- National Institute for Health Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/>

- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. National Clinical Guideline Number CG9; The British Psychological Society and Gaskell, ISBN 1 85433 398 4.
- Ortiz, J. (2014). *Inserción profesional de la Psicología en el ambiente hospitalario y la práctica clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Quesada, M. (2015). *Implementación de un programa de acompañamiento psicológico y psicoeducación para pacientes con patología tumoral cerebral y sus familiares en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Ramírez, J. G. (2019). *Inserción profesional en el abordaje psicológico de pacientes con enfermedades crónicas y terminales y sus familiares en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo de la C.C.S.S.* (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Redondo Alfaro, D. F. (2015). *Adaptación de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck al Gran Área Metropolitana de Costa Rica*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.
- Redondo Mendoza, C.E. y Agudelo Tabales, E. (2018). Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters adolescentes: un estudio de casos. *Revista de estudios e investigaciones*, 19, 34-59.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer, S.A.

- Salazar Mora, Z. (2012). El Test de Aptitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*, 26, 51-71.
- Salazar Mora, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, 87 (2), 67-80.
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Santoya Montes, Y., Garcés Prettel, M. y Tezón Boutureira, M. (2018). Las emociones en la vida universitaria: análisis de la relación entre el autoconocimiento emocional y la autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. *Psicogente*, 21(40), 422-439. DOI: <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3081>
- Sarafino, E.P. & Smith, T.W. (2010). (7th Edition) Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. John Willey & Sons Inc.
- Shapiro, A. (2006). Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. *Revista costarricense de Psicología*, 25(38), 47-54.
- Sturme, P. (2008). Behavioral Case Formulation and Intervention. A Functional Analytical Approach. John Willey & Sons Inc.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. & Figueroa, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *SciELO México*, 36, 52-55. DOI: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252013000500010&script=sci_arttext&tlng=en
- UNICEF. (2011). Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia: una época de oportunidades.

Universidad de Costa Rica. (2017). *Escuela de Psicología*.
<https://www.psico.ucr.ac.cr/index.php/es/asuntos-estudiantiles>

Valerio, S. (2017). *Uso de Estrategias Cognitivo-Conductuales para la Reducción de Niveles de Distrés en Pacientes Oncológicos que Asisten al Servicio de Medicina Paliativa y Psicooncología del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.

Vásquez Maritán, S. A. (2019). *Abordaje desde la terapia cognitivo conductual para los siguientes trastornos de la conducta alimentaria: trastorno no especificado, trastorno por atracón, trastorno evitativo restrictivo, pica y rumiación*. (Tesis de grado). Montevideo: Universidad de la República Uruguay.

Vicente, M. (2017). *Atención psicológica integral a pacientes oncológicos y de cuidados paliativos, familiares y cuidadores que asisten a la Fundación Pro-Clínica para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.

Villalobos Pérez, F. (2011). *Propuesta de Intervención Grupal para Adolescentes con Bulimia en el Hospital San Rafael de Alajuela*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.

Volpacchio, E. (2018). *Práctica dirigida en Psicología Clínica desde el enfoque cognitivo conductual dentro de la sección de Psicología General del Hospital México*. (Tesis de grado). San José: Universidad de Costa Rica.

Yager, J., Delvin, M.J., Halmi, K.A., Herzog, D.B., Mitchell, J.E., Powers, P., Zerbe, K.J. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. (3rd Edition). American Psychiatric Association.