

## **Intervención cognitivo conductual en un grupo de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un estudio de caso**

Zineb Fassi Fehri Bennouna

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte. Blanquerna – URL

Trabajo Final de Máster de Psicología General Sanitaria

Dra. Meritxell Pacheco Pérez

Enero 2024

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

### **Resumen**

El objetivo principal de este estudio es el análisis y seguimiento de una intervención cognitivo conductual con un grupo de adolescentes entre 13 y 15 años, que tienen un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. Los principales temas tratados durante las sesiones fueron: la insatisfacción corporal, la presión social, el autoconocimiento, la autoestima, el autoconcepto, las emociones, la relación con familia e iguales y el funcionamiento social. Se realizaron 11 sesiones grupales semanalmente en el contexto del centro de salud mental infanto-juvenil al que asistían una o dos veces al mes para visitas con la enfermera y/o psicóloga referente. Los resultados obtenidos a través del análisis de cada sesión y de la prueba psicológica EDI 3 aplicada antes de empezar y al finalizar el grupo nos muestran que, al concluir la intervención, las pacientes mostraban un mejor perfil que antes de comenzar. Concluimos que a pesar de las dificultades que tenían debido al trastorno y del rechazo al grupo que muchas presentaban antes de comenzar, se pudo trabajar de manera satisfactoria, intentando que el espacio del grupo sea un lugar seguro y lo más ameno posible para ellas. Esto fue esencial para poder trabajar en las sesiones, mejorar algunas de las escalas psicológicas afectadas en un inicio y conseguir los objetivos del tratamiento.

*Palabras clave:* trastorno de la conducta alimentaria, intervención grupal, adolescentes, tratamiento, terapia cognitivo conductual.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

### **Abstract**

The primary goal of this study is to analyze and track a cognitive-behavioral intervention among a group of adolescents aged 13 to 15 diagnosed with an eating disorder. The key themes addressed during the sessions include body dissatisfaction, social pressure, self-awareness, self-esteem, self-concept, emotions, family and peer relationships, and social functioning. Weekly group sessions, totaling 11, were conducted within the child and adolescent mental health center. Participants also attended the center once or twice a month for visits with the nurse and/or referring psychologist. The analysis of each session and the EDI 3 psychological test administered before and after the group sessions reveals that, by the end of the intervention, the patients demonstrated an improved profile compared to their initial state. In conclusion, despite initial difficulties stemming from the disorder and resistance from some participants before the commencement of the group, the sessions were successfully conducted. The emphasis was on creating a safe and enjoyable environment within the group space. This approach proved essential in facilitating sessions, addressing initial psychological scale challenges, and achieving the treatment objectives.

*Keywords* : eating disorder, group intervention, adolescents, treatment, cognitive-behavioral therapy.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

### Contexto del caso y método

El presente estudio de grupo tiene como objetivo principal ilustrar una propuesta de intervención y seguimiento de un grupo de adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) desde una perspectiva multidisciplinar.

A partir de este objetivo principal, se pueden extraer también algunos objetivos específicos, tales como analizar los factores protectores o de riesgo que emergen en el grupo y cómo gestionarlos.

Los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido, estos últimos años, no solo en un grave problema de salud pública por la gravedad que adquieren con el tiempo, sino también en una alarma social debido a la alta frecuencia de este problema entre la población, sobre todo adolescente (Penna & Sánchez, 2009).

En cuanto a la prevalencia, se concluye que hasta el 22,36% de niños y adolescentes de 16 países presentaron problemas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria; la proporción fue significativamente mayor en las niñas que en los niños, en adolescentes mayores y aquellos con un índice de masa corporal más alto (López et al., 2023)

La prevalencia de este trastorno en España, según Rojo et al. (2015), se halla entre el 4,1% y 6,41% de la población, porcentaje parecido al del resto de países desarrollados. Además, indican también que los trastornos de la conducta alimentaria no especificado, TCANE, son los más frecuentes, y que la anorexia y la bulimia tienen mayor prevalencia en jóvenes del sexo femenino y que presentan mayor mortalidad.

Lo más preocupante es que cada vez son más los adolescentes que presentan conductas de riesgo que pueden acabar desembocando en un TCA (García, 2022). Sin embargo, estas conductas pueden pasar muy desapercibidas para el entorno, ya que la diferencia entre salud y enfermedad es, al inicio, muy sutil (Penna & Sánchez, 2009). Por esta

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

razón es difícil saber si un adolescente comienza una dieta para “seguir la moda” y lo acabará dejando en unos días o si, por el contrario, eso termina desarrollando un problema más grave relacionado con la alimentación y con todo lo que esto conlleva.

De aquí deriva la importancia de este tema, al detectarse la necesidad de crear propuestas orientadas a la intervención, en este caso grupal, una vez aparece cualquier tipo de TCA, siendo prioritaria la actuación con adolescentes para prevenir la cronicidad del trastorno.

Desde el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de Cornellà, un equipo multidisciplinar formado por la psicóloga clínica, la enfermera y la psiquiatra, han creado un espacio semanal para llevar a cabo una intervención con un grupo de adolescentes con TCA, debido al aumento exponencial de casos de tal trastorno, para tratar diferentes aspectos relacionados con el problema de la alimentación, y que difieren de lo que es el problema central, que sería la comida.

Con relación a la metodología del estudio de grupo, se realizaron resúmenes y explicaciones de las distintas actividades llevadas a cabo de todas las sesiones realizadas (ver ejemplo en Anexo 1). Además de pasar una prueba estandarizada a las adolescentes al inicio y final del grupo. Una vez finalizado el proceso del grupo se pudieron contrastar las respuestas de la prueba administrada para comprobar si ha habido mejora después de todo lo trabajado en los 3 meses. Todo esto, realizado, supervisado y corregido por la psicóloga clínica y la enfermera, expertas en el tema, para maximizar el rigor metodológico de este estudio de grupo.

Las sesiones de grupo de adolescentes con TCA se realizaron en una sala de reuniones de la planta del CSMIJ de Cornellà, que es un centro público que pertenece al Hospital *Sant*

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

*Joan de Déu.* En la sala hay una gran mesa rectangular con sillas a su alrededor y una gran pantalla, por si en alguna ocasión hay que proyectar algo.

Referente a la información previa que tenemos de los pacientes es que todos han sido derivados de su pediatra de referencia al CSMIJ donde al hacerles las visitas y comprobar el diagnóstico de TCA (anorexia, bulimia o Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)), han empezado a trabajar inmediatamente con el equipo multidisciplinar y una vez comenzado el grupo se les ha convocado. Se han convocado a 9 adolescentes, de los cuales solo han accedido a venir 8, debido a que otros no han querido para no faltar 1h a clase o por otras razones que no han querido comentar.

Antes de comenzar con el grupo se les ha explicado tanto a las participantes como a sus familias que voy a estar haciendo un estudio sobre el seguimiento del grupo y utilizando los datos de las pruebas. También se les ha otorgado una hoja informativa del estudio, así como un consentimiento informado que han tenido que firmar ellas y sus tutores, afirmando que en todo momento se garantizará su anonimato y se camuflará cualquier dato identificativo de ellas. Hay solo una persona que no ha accedido a participar en el estudio.

### **Marco conceptual de la intervención-fundamento empírico y clínico**

#### **Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)**

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5), los TCA se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (*American Psychological Association, 2014*).

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Muñoz y Martínez (2007) apuntan que un criterio general empleado para que exista un problema de salud como un TCA es que exista un cambio grave en la conducta alimentaria que debe ir acompañado de un cambio en la percepción de la forma y el peso corporales.

Debido al aumento exponencial del número de casos de TCA, que a escala mundial se ha duplicado en los últimos 18 años (Galmiche et al., 2019) se han realizado diversos estudios acerca de cómo intervenir en un grupo de personas con trastornos de la conducta alimentaria desde diferentes perspectivas clínicas, entre las cuales, la que más destaca es la terapia basada en el modelo cognitivo conductual.

### **Psicoterapia grupal para el tratamiento de los TCA**

La mayoría de estudios realizados para tratar con personas con trastornos de la conducta alimentaria, han consistido en llevar a cabo intervenciones que integran estrategias de base empírica extraídas de enfoques de la terapia cognitivo conductual, entre los cuales destaco los siguientes:

Vieira et al. (2021), han llevado a cabo un enfoque de terapia cognitivo conductual con 16 participantes, de los cuales, finalmente 12 permanecieron en la intervención reportando alto grado de satisfacción con el grupo afirmando que los principales beneficios fueron las experiencias compartidas, apoyo entre los miembros y las habilidades de afrontamiento aprendidas, así como mejora en la regulación de las emociones y control de impulsos y sentimientos y actitudes de imagen corporal positiva.

Bhatnagar et al. (2013), centraron la intervención en los componentes de la actitud y de la conducta de la alteración de la imagen corporal mediante la psicoeducación, autocontrol, desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva. Había 2 grupos en el estudio, formados por 22 participantes en el grupo experimental y 24 en el grupo control, en los cuales quedaron 19 participantes en ambos, debido a 8 abandonos antes de comenzar el

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

tratamiento. Al finalizar el tratamiento, después de una evaluación inicial, un tratamiento de 8 semanas y más tarde una evaluación final, los participantes sometidos a un tratamiento grupal informaron significativamente menos alteraciones de la imagen corporal que los participantes que no participaron en el grupo de la terapia cognitivo conductual. También informaron menos depresión y trastornos alimentarios desde el inicio hasta el final del tratamiento, aunque esta diferencia no se consideró estadísticamente significativa.

Hay un estudio que se llevó a cabo con una intervención de terapia cognitivo conductual, pero basada en una web con apoyo terapéutico asincrónico para mejorar la psicopatología del TCA y reducir la insatisfacción corporal y problemas de salud relacionados. El estudio es de Ter Huurne et al. (2015). Lo dividieron en 2 partes: el objetivo de la primera era analizar actitudes y comportamientos alimentarios y la segunda se centró en el cambio de comportamiento. Se realizaron al inicio y final de la prueba, unas mediciones autoinformativas sobre la psicopatología de los trastornos de la alimentación, insatisfacción corporal, salud física, salud mental, autoestima, calidad de vida y funcionamiento social. Al final del tratamiento, la terapia cognitivo conductual basada en la web mostró una mejora significativa a lo largo del tiempo en relación con la psicopatología de los trastornos de la alimentación y en todas las medidas de resultado secundarias, por lo que resultó ser eficaz.

Moore y Waller (2023) utilizaron la terapia cognitivo conductual breve, que consistía en evaluar los niveles de aceptación, cumplimiento y viabilidad en un grupo de personas con TCA, estudiando actitudes y comportamientos relacionados con los trastornos de la alimentación, la depresión y la ansiedad antes y después del tratamiento. Ha demostrado ser clínicamente útil, aunque solo con aquellas personas que tengan un peso no inferior al normal, lo que significa que esta terapia tal y como la han llevado a cabo los autores, sería efectiva con un grupo de personas con un TCA que no sea anorexia nerviosa con bajo peso.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Se llevó a cabo una investigación utilizando una modalidad terapéutica conocida como terapia de remediación cognitiva, la cual se basa en enfoques cognitivo-conductuales, que se centra fundamentalmente en dos procesos cognitivos que se suelen mostrar afectados en pacientes con TCA como es la flexibilidad cognitiva y la coherencia central. En este estudio de 8 semanas ha habido una mejora significativa en aquellos pacientes ingresados y tratados con esta terapia (Meneguzzo et al., 2021).

En esta terapia de aceptación y compromiso con un enfoque transdiagnóstico el objetivo fue examinar la opinión de los participantes sobre los aspectos útiles y problemáticos de una intervención dirigida a mejorar la imagen corporal hablando de diferentes temas, como la autoeficacia, compromiso, o el formato grupal, entre otros. Al finalizar el tratamiento se ha llegado a la conclusión de que la terapia transgénica parece ayudar a las mujeres con problemas de imagen corporal, al fomentar la motivación para participar en situaciones que se evitaban y por esforzarse por vivir una vida más valiosa (Fogelkvist et al., 2021).

En cuanto a las terapias centradas en afectos positivos, es decir, utilizando intervenciones psicológicas positivas para evaluar la felicidad subjetiva y la satisfacción con la vida antes y después de 6 meses de seguimiento, destacamos el estudio de Harrison, Al-Khairulla y Kikoler (2016). Al finalizar el tratamiento el 75% de los pacientes informaron una mejora en la felicidad subjetiva, así como, el 87,5% en su satisfacción con la vida, por lo que esta terapia ha resultado ser fructífera.

Con lo que se refiere a las terapias de motivación grupal, hablamos del estudio de Allen et al. (2012). Utilizaron antes de comenzar con un tratamiento basado en terapia cognitivo conductual una intervención centrada en la motivación. Al finalizar el tratamiento y comparándolo con otro grupo control en el que no hubo esta intervención previa, se vio que no había diferencias significativas entre los grupos debido a que los otros informaron una

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

reducción comparable de los síntomas de TCA, por lo que esta intervención previa centrada en la motivación, en este caso, no ha resultado fructífera.

En lo que respecta a la terapia de movimiento, en el estudio de Dor-Haim et al. (2019) han trabajado con chicas adolescentes la terapia del movimiento en la que explican que la intervención con el cuerpo puede tener un impacto terapéutico en los niveles emocional, cognitivo y social. Consiste en un trabajo de una pareja de paciente-personal utilizando modelos relacionados con el cuerpo y una adecuada contención por parte del personal para ayudar a estas chicas a lidiar con el miedo y la vergüenza relacionados con el cuerpo. Finalmente, esta terapia ha tenido un impacto altamente positivo de la terapia grupal.

En conclusión, la mayoría de los estudios publicados que trabajan con pacientes con TCA se han basado en un modelo de intervención cognitivo conductual, modelo por excelencia y con más resultados positivos, para trabajar aspectos relacionados con la comida, pero también aquellos relacionados con la imagen corporal, la autoestima y otras escalas psicológicas afectadas en este trastorno. Por esta razón, el tratamiento grupal que se lleva a cabo desde el CSMIJ también tiene su base en la intervención cognitivo conductual.

Lo que se intenta conseguir con la intervención que presentamos en este estudio, a diferencia de los ya existentes, es reunir los aspectos más afectados en el caso de los adolescentes, como por ejemplo la autoestima, el autoconcepto o la identificación y regulación de las emociones, e intentar trabajarlos más para conseguir mejoras aún en poco tiempo. Es cierto que estos aspectos, también se han trabajado en otros estudios, pero no se han centrado en ellos, como en el caso de la intervención que presentamos aquí. Lo consideramos importante y primordial ya que, como hemos visto, lo que más afecta a las adolescentes con TCA es su baja autoestima y la crítica social.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

### Pacientes

El grupo estaba compuesto por 6 adolescentes de entre 13 y 15 años. A continuación, hablaré brevemente de cada una de ellas para tener información y conocer el entorno de las integrantes del grupo.

T. T es una chica de 15 años que vive con sus padres y su hermana. Acudió a consulta por primera vez a mediados de mayo del 2023, derivada del programa *Salut i escola* por una pérdida ponderal de peso y restricción de algunos alimentos. Todo comenzó queriendo perder peso para acceder a una categoría de Taekwondo, pero el control se le fue de las manos hasta convertirse en obsesión. Actualmente tiene el diagnóstico de anorexia nerviosa de tipo restrictivo y con amenorrea. Lleva tratamiento grupal e individual en el CSMIJ, además de tratamiento individual en una consulta privada. Tiene una buena red de apoyo familiar, se siente protegida, acompañada y arropada por sus padres y por sus amigas.

Ju es una chica de 13 años y vive con sus padres, que actualmente están en trámite litigioso de separación. Acudió por primera vez a consulta a principios de marzo del 2023 por la desorganización tanto en la comida como a nivel personal (esconde comida y ropa sucia en el armario, come a destiempo, no colabora) desde hace aproximadamente 2 años. Ju tuvo atracones y vomitaba, aunque lleva unos cuantos meses que ya no lo hace. La primera impresión diagnóstica fue de un TCANE, aunque más tarde lo cambiaron al diagnóstico de bulimia. Hay muy poco apoyo y sostén hacia la niña a nivel familiar ya que están viviendo una situación complicada los padres entre sí. A nivel familiar también ha intervenido la trabajadora social y un programa para niños testigos de violencia, que pertenece al Hospital Sant Joan de Deu.

Cl, chica de 15 años que acude por primera vez a consulta a mediados de mayo por restricción de alimentos y pérdida de 6kg desde hacía 9 meses, aunque los problemas con la

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

alimentación y saltarse las comidas comenzaron desde hacía 2 años. Los padres están separados y hay mala relación por problemas internos familiares. La niña vivía con la madre, pidió ir a vivir con el padre porque se sentía sola, y volvió a vivir con la madre un tiempo después por razones similares. La niña refiere que no percibe que haya sostén a nivel familiar. El diagnóstico actual es TCANE. Con esta familia también intervino la trabajadora social y el programa para niños testigos de violencia.

I, paciente de 13 años, que acude por primera vez a consulta a principios de septiembre del 2023 por una pérdida de peso de manera llamativa en pocos meses, pero que lleva viéndose mal desde hace un año y medio. Comentan que está en seguimiento privado por problemas de autoestima y tristeza entre otros. Los padres se han mostrado receptivos al tratamiento dado por parte de enfermería y apoyan y arropan a su hija para mejorar. Actualmente tiene un diagnóstico de TCANE.

Ja, paciente de 14 años que acude por primera vez a finales de mayo del 2023 debido a la detección de conductas restrictivas, autolesiones y preocupación por la imagen corporal. En paralelo, también va a un psicólogo privado, no centrado en TCA. Se negó en rotundo durante varios meses a asistir al grupo hasta que se le dijo que era la única opción si no quería ingreso debido a una mejoría muy lenta, por lo que acabó aceptando. Los padres colaboran y le apoyan para que mejore. Actualmente tiene un diagnóstico de anorexia nerviosa de tipo restrictivo.

G, una chica de 13 años, que acude por primera vez a finales de febrero del 2023, por problemas emocionales y porque no le gusta su imagen corporal, además de comer poco y de forma restrictiva. Tuvo amenorrea durante 4 meses aproximadamente. Los padres están separados y convive con la madre. Con el padre va poco. Aun así, ambos progenitores acuden

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

a las visitas y colaboran con los profesionales del centro. Actualmente tiene un diagnóstico de TCANE.

### **Formulación del plan de tratamiento**

La terapia cognitivo conductual es un enfoque de tratamiento basado en la noción de que la forma en que el individuo piensa acerca de un evento determina en parte cómo responde a ese evento, tanto en términos de efecto como de comportamiento (Beck, 1991). Según la teoría cognitiva, las creencias disfuncionales y el procesamiento desadaptativo de la información son la base de muchos trastornos psiquiátricos. En la terapia cognitivo conductual, el terapeuta ayuda al paciente a aprender a identificar y corregir creencias erróneas y distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información con el resultado de reducir el malestar y adquirir o mejorar las herramientas para afrontarlo (Hollon, 1998).

En las intervenciones que tienen que ver con personas que sufren de trastorno de la conducta alimentaria, la terapia cognitivo conductual es el tratamiento por excelencia (Craighead, 1991). La mayoría de sesiones de terapia cognitivo conductual con personas que tienen TCA trabajan la insatisfacción corporal, la salud física y mental, la autoestima, el autoconcepto, la relación con los otros y el funcionamiento social (Ter Huurne et al., 2015).

Teniendo en cuenta lo que más se trabaja con personas que tienen TCA, formulamos los objetivos de la terapia:

- Crear un lugar seguro y un espacio de confianza para que se sientan libres de expresar todo lo que les perturbe, les moleste o les inquiete.
- Entender qué es la presión social y detectarla.
- Trabajar y mejorar la insatisfacción corporal.
- Diferenciar la autoestima del autoconocimiento y potenciar aquellos aspectos positivos.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

- Mejorar la autoestima.
- Aumentar la tolerancia a la frustración o la ansiedad ante las dificultades.
- Mejorar la comunicación y perder la inseguridad de hablar en público.

Teniendo los objetivos de la terapia claros, se habló en el equipo de TCA (psicóloga referente, enfermera y psiquiatra) acerca del funcionamiento del grupo y sobre qué se iba a trabajar en cada sesión. Había que tener en cuenta que la mayoría de adolescentes que formaban este grupo, eran chicas tímidas, poco participativas y muy poco habladoras, por lo que todas o la mayoría de las actividades a realizar durante la sesión tenían que ser dinámicas y bastante dirigidas, para no estancarnos en dinámicas abiertas sin participación.

El equipo TCA del CSMIJ de Cornellà tenía claro que el grupo de adolescentes con TCA no tenía que consistir en hablar todo el rato de la alimentación, sino que lo enfocarían hacia otros aspectos que tienen que ver con estos trastornos, como la autoestima, autoconcepto o la presión social, entre otros.

Muchas de las actividades que se utilizan durante el grupo son similares a la de estudios que se han realizado en otros países con grupos de personas con problemas de la alimentación. Se trabajaron varias cosas similares a las del estudio de Ter Huurne et al. (2015), Bhatnagar et al. (2013) o Fogelkvist et al. (2021), siempre desde el respeto y el cuidado hacia nuestros pacientes, ya que están en un momento delicado en el que necesitan ser arropados y cuidados por sus terapeutas.

Hay un estudio de Thibault et al. (2022) en el que se trabajó con los padres de adolescentes con TCA para reducir los sentimientos de aislamiento social, ofrecer apoyo personal directo y fomentar sentimientos de confianza en sus habilidades parentales, y finalizó el grupo con éxito ya que estos padres terminaban reforzados y sintiendo menos soledad en su proceso, así como un sentimiento de competencia parental. Siguiendo este

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

modelo, y otros similares, en el CSMIJ también se habilitó un espacio para un grupo de padres de adolescentes con TCA, en paralelo al grupo de adolescentes, para que estos pudieran sentirse arropados y que no estén solos, así como para tener un espacio de hablar sobre su día a día y sentirse comprendidos junto a otros padres que estaban pasando por una situación parecida.

### Curso de la terapia

El proceso con el grupo contó con 11 sesiones grupales desde finales de septiembre hasta mediados de diciembre siguiendo un modelo de trabajo cognitivo conductual. Eran sesiones de sesenta minutos y se realizaban con periodicidad semanal.

Para el análisis del proceso del grupo hay que tener en cuenta que se han ido trabajando diferentes temas de los que ya comentamos en el apartado anterior, los cuales han ido suscitando diferentes emociones y sentimientos en nuestras pacientes y que ahora comentaremos detalladamente. Para ello se han elaborado unas tablas de observación donde encontramos la siguiente información:

- **Temas trabajados en sesión:** en este apartado se citarán los temas que se han tratado durante la sesión.
- **Escalas de riesgo y psicológicas afectadas:** aquí veremos qué escalas psicológicas son las afectadas al tratar los diferentes temas. Estas escalas que hemos ido observando y anotando son de la prueba psicológica que se les ha administrado al inicio y final del tratamiento, EDI 3. Las hemos considerado importantes ya que suelen ser las más afectadas al tratarse de un TCA.
- **Participación:** donde observamos cuántas chicas han asistido y quién es la que más participa, tiene iniciativa y se explica con soltura.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

- **Anotaciones:** donde se plasman los pensamientos del terapeuta que han ido surgiendo a lo largo de las sesiones y observaciones generales.

En las primeras sesiones se ha trabajado sobre todo para conocernos entre nosotras y para que ellas también se conozcan a ellas mismas y puedan sacar aspectos positivos personales (ver tabla 1 y 2). Ha habido algunas dinámicas en las cuales también hemos participado las terapeutas, como en la dinámica de Dixit (ver tabla 2), lo que ha hecho que tanto ellas como nosotras nos sintamos más unidas y no marcar la barrera terapeuta-paciente.

Durante las primeras sesiones, más de auto y hetero conocimiento, hemos trabajado con un dibujo sobre su familia en la que nos explicaban los integrantes de su familia, hemos hablado de aquello con lo que nos sentimos identificadas a nivel material, físico o psicológico dibujándolo en un papel y hemos utilizado las cartas Dixit para explicar las diferentes etapas de nuestra vida. Durante estas sesiones han ido apareciendo bastantes escalas psicológicas posiblemente afectadas, que más tarde, en el próximo apartado veremos plasmado en cada paciente individualmente si está afectado o no (ver Figura 1 y 2).

**Tabla 1***Inicio del grupo: Sesión 1.*

Temas trabajados	Escalas afectadas	Participación	Anotaciones
Presentación de las profesionales y de las adolescentes.	Insatisfacción corporal Baja autoestima	Asistencia: 2 La más participativa ha sido T.*	Necesidad de que se suelten. Siento inseguridad.
Presentación del grupo y la confidencialidad.	Alienación personal Inseguridad interpersonal		Pienso en dinámicas que les puedan ir bien.
Dibujo de las familias. Pasar prueba EDI 3.	Desajuste emocional		

*Nota:* \*La participación se ha medido con observación. Aunque no se ha computado, se evidencia protagonismo por parte de T.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

**Tabla 2***Desarrollo del grupo: Sesiones 2 y 3.*

Temas trabajados	Escalas afectadas	Participación	Anotaciones
Breve presentación para las nuevas.	Obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal	Asistencia: 6	Angustia.
Introspección e identificación (material, físico o psicológico).	Baja autoestima Alienación personal	Han sido todas participativas. Las más sinceras han sido Ju y C.*	Ganas de protegerlas por las historias que contaban.
Distintas etapas de la vida con las cartas Dixit.	Inseguridad y desconfianza interpersonal		Me siento más cercana a ellas.
Pasar prueba EDI 3.	Desajuste emocional		

*Nota:* \*Con la sinceridad me refiero a que Ju y C son las que han comentado todo lo negativo y aspectos íntimos y personales, a diferencia de las que han comentado aquellos momentos felices.

Posteriormente a las primeras sesiones (ver tabla 1 y 2), comenzamos a trabajar con temas más específicos y que de alguna manera tenían que ver con el problema principal, sin que tenga que ver con la comida, como es el caso de la presión social y los medios de comunicación, entre otros (ver tabla 3). En estas sesiones se han tratado temas muy sensibles, que son los que más afectan a la autoestima de nuestras pacientes debido a que son muy sensibles a la opinión popular por lo que hemos intentado introducirlo poco a poco con una presentación *power point*, viendo un vídeo acerca de la presión social del modelo estético, hablando sobre el mensaje que mandan las redes sociales y sobre las tallas de las tiendas. Las escalas afectadas, como era de esperar, han sido varias (ver tabla 3).

**Tabla 3***Desarrollo del grupo: Sesiones 4 y 5.*

Temas trabajados	Escalas afectadas	Participación	Anotaciones
------------------	-------------------	---------------	-------------

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Presión social.	Obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal	Asistencia: 7	Miedo a que alguna de las chicas se descomponga.
Medios de comunicación.	Baja autoestima y alienación personal	La que más ha participado ha sido T.*	Ir con cuidado al ser un tema delicado.
Insatisfacción corporal.			
Cuerpos de Barbie y Ken.	Inseguridad y desconfianza interpersonal		
	Desajuste emocional		

*Nota:* \*Aunque no se ha computado, se evidencia protagonismo por parte de T.

En las siguientes sesiones se han trabajado los temas más importantes en el ámbito de los adolescentes (ver tabla 4). La primera dinámica de la autoestima la propuse y llevé a cabo yo. La realicé de manera que se fomentara la participación y fue un éxito. Las siguientes sesiones consistieron en contestar preguntas como: (“¿qué me gusta/no me gusta de mí?” o “cosas de las que estoy orgullosa de mí misma”, entre otras) o hacer el dibujo de un árbol que sus raíces son las cualidades positivas, las ramas acciones que realizan y los frutos los resultados positivos que creen conseguir. Algunas de las chicas no participaban mucho a no ser que se les pregunte expresamente, y eso puede llegar a ser un factor que no suma a la hora de observar mejoras.

**Tabla 4**

*Desarrollo del grupo: Sesiones 6, 7, 8 y 9.*

Temas trabajados	Escalas afectadas	Participación	Anotaciones
Autoestima	Insatisfacción corporal	Asistencia: 8	Satisfacción de proponer y llevar a cabo una sesión entera.
Autoconocimiento	Baja autoestima	Las que más han participado han sido T y Ju.*	
Autoconcepto	Inseguridad y desconfianza interpersonal	Las más calladas han sido Ja y G.*	
	Déficits introceptivos y desajuste emocional		

*Nota:* \*Aunque no se ha computado, se evidencia protagonismo por parte de T y Ju. Las que menos participaron, aunque tampoco se ha computado, fueron Ja y G.

Las últimas sesiones se plantearon de manera que no fueran intensas a nivel emocional, por lo que se procuró que fueran divertidas y amenas para nuestras pacientes. Para la penúltima sesión (ver tabla 5) se realizó un juego de emociones, en el cual cada una cogía un papel con una emoción y tenía que explicar simplemente con gestos de qué emoción se trataba. Esto da pie a que ellas sean capaces de transmitir una emoción con gestos faciales y movimientos del cuerpo. Ha sido interesante ver cómo en ocasiones eran incapaces de explicar una emoción, ya que alguna ha comentado que no es consciente de esa emoción cuando la siente. Al principio no querían ninguna salir a “interpretar las emociones”, pero finalmente se divirtieron y parecía que se lo pasaban bien. La última sesión fue para hablar de las navidades y de la relación de estas con las comidas, y también un poco para hacer una recogida de lo que se ha ido haciendo y del proceso en general, saber si sentían que les había servido de algo y finalmente pasar la prueba del EDI 3 para notar si ha habido cambio.

**Tabla 5**

*Preparación para el cierre y cierre del proceso: 10 y 11.*

Temas trabajados	Escalas afectadas	Participación	Anotaciones
Emociones	Baja autoestima	Asistencia sesión 10: 3	Tristeza por el cierre del grupo.
Timidez	Inseguridad y desconfianza interpersonal	Asistencia sesión 11: 4	Tristeza de no volver a ver más a ninguna de ellas
Expresarse en público	Desajuste emocional		
Pedir ayuda si se necesita			

Como ya comentamos en el apartado anterior, en paralelo al grupo de adolescentes, también se habilitó un espacio para padres y madres, que servía de acompañamiento para dar

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

herramientas y apoyo. A este grupo el porcentaje de asistencia fue menor, debido a que se realizaba por las mañanas y muchos padres no podían asistir debido al trabajo, pero sí que es cierto que todos los que venían comentaban que les servía de mucha ayuda al sentirse comprendidas y también con esperanza al ver que había padres que sí que estaban igual, pero que eso cambia y mejora con el tiempo.

### Resultados

Durante el proceso, el grupo me hizo entender que tanto las propuestas como las expectativas de los terapeutas han de ser flexibles, ya que hay ocasiones que no se ha podido realizar la actividad prevista debido a que nos extendemos en otra cosa o bien porque faltan personas que no asisten y tampoco avisan. Se podía observar que a lo largo de las sesiones que las pacientes que asistieron desde los primeros días se atrevían más a hablar y eran más participativas. Al finalizar el grupo, se ha notado más cambio en aquellas pacientes que participaban en las sesiones y se ha visto mejora en aquellos aspectos más afectados, que los comentaré a continuación paciente por paciente.

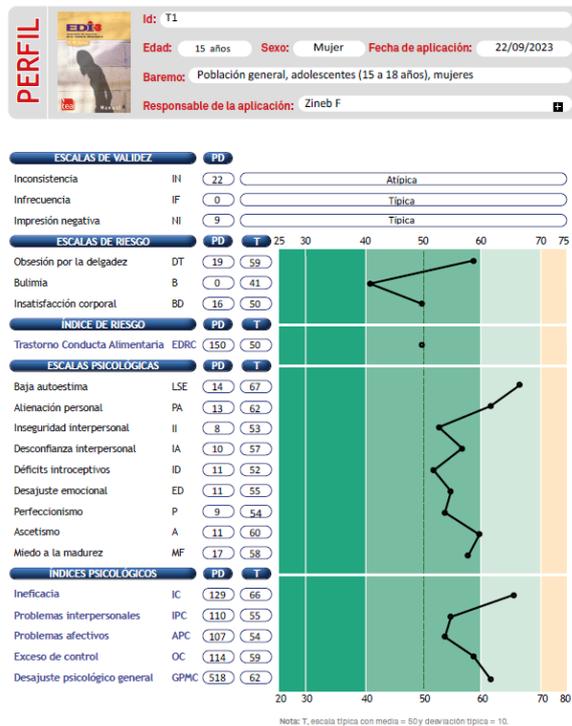
En la Figura 1 podemos observar que en el perfil de la izquierda (1.A) están reflejadas las respuestas antes de comenzar con el grupo y en el de la derecha (1.B), el último día del grupo. En el caso de T observamos que una vez terminado el grupo y después de haber trabajado durante 11 semanas, ha mejorado la autoestima, la alienación personal, el ascetismo, la ineficacia y el desajuste psicológico general. Sin embargo, también podemos ver que ha aumentado un poco la inseguridad interpersonal, aunque no sea un valor muy preocupante (ver figura 1). Las demás escalas han variado levemente, pero manteniéndose dentro de la media poblacional con respecto a su edad. Se podría decir que, a nivel global, esta paciente ha mejorado con respecto a cómo empezó al iniciar el grupo.

### Figura 1

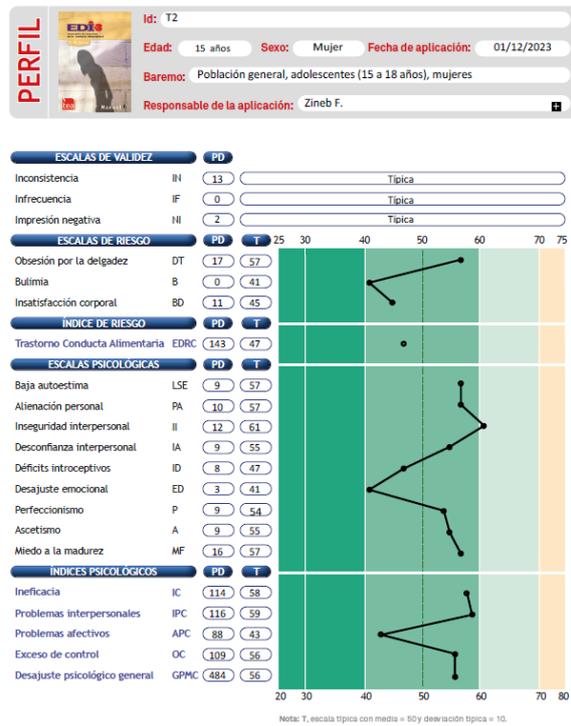
*Perfil de las puntuaciones de la primera (1.A) y última evaluación (1.B) de T.*

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

## 1.A



## 1.B



Siguiendo el mismo orden que la anterior, con la paciente Ju, que empezó una semana más tarde, y, por lo tanto, solo realizó 10 sesiones, también podemos observar en la Figura 2 que ha habido cambios significativos desde la primera aplicación de la prueba (2.A) hasta la última (2.B). Ha mejorado la alienación personal, la inseguridad interpersonal, el desajuste emocional. Sin embargo, hay otras escalas que han empeorado ligeramente estos casi 3 meses, como es el caso de la desconfianza interpersonal o los déficits introceptivos, aspectos muy difíciles de controlar para un paciente con TCA, y que necesitan mucho trabajo para que se noten cambios. Podríamos concluir que esta paciente ha mejorado en algunos aspectos, pero aún le quedan varios por seguir trabajando.

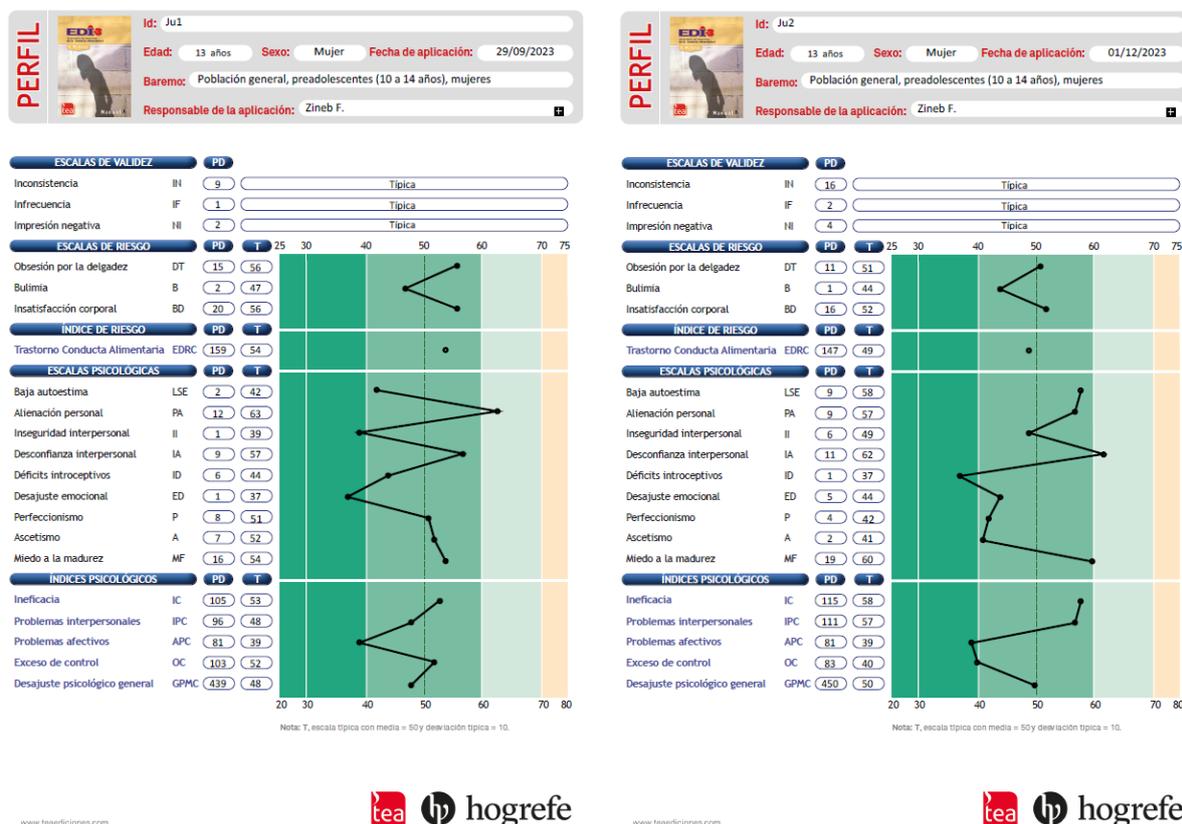
**Figura 2**

*Perfil de las puntuaciones de la primera (2.A) y última evaluación (2.B) de Ju.*

## 2.A

## 2.B

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES



En el caso de I, comenzó el grupo en la segunda sesión. Sin embargo, faltó a 3 sesiones de las 10 que le correspondían. En el caso de esta paciente los resultados no han sido los esperados, aunque sí que haya habido algunas mejoras. En las visitas individuales que tenía con la enfermera comentó más de una vez que no quería ir al grupo porque no le servía para nada. Es posible que esa visión negativa le haya afectado en su transcurso. Podemos observar en la Figura 3, las puntuaciones de I al comenzar el grupo (3.A), y al finalizarlo (3.B). En general, el índice de riesgo de TCA, después del grupo, está dentro de la media. Ha mejorado en las escalas de riesgo de bulimia y un poco la insatisfacción corporal. También en los déficits introceptivos, el desajuste emocional y los problemas afectivos. Por otro lado, al finalizar el grupo (3.B), se han visto afectadas las escalas de inseguridad interpersonal, el perfeccionismo y los problemas interpersonales.

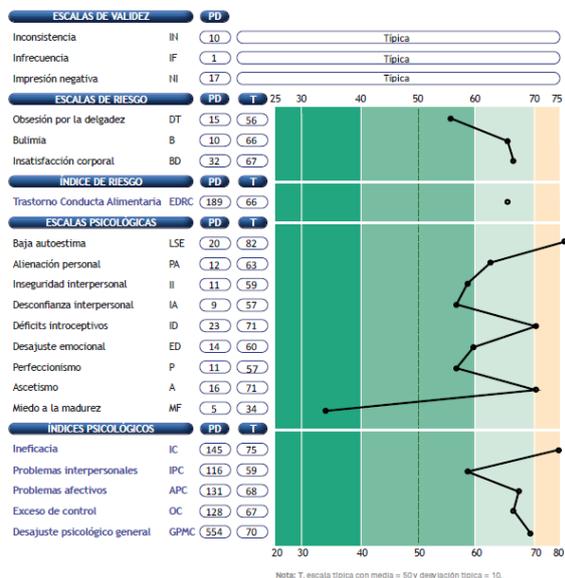
**Figura 3**

*Perfil de las puntuaciones de la primera (3.A) y última evaluación (3.B) de I.*

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

## 3.A

**PERFIL** Edite  
 Id: 11  
 Edad: 13 años Sexo: Mujer Fecha de aplicación: 29/09/2023  
 Baremo: Población general, preadolescentes (10 a 14 años), mujeres  
 Responsable de la aplicación: Zineb F.

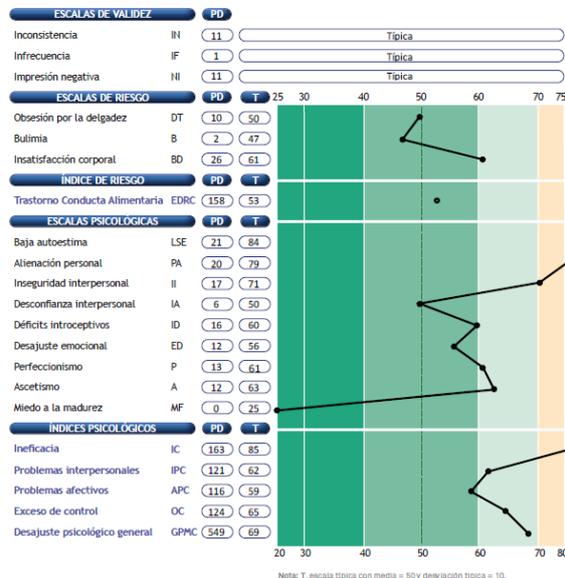


www.teadediciones.com



## 3.B

**PERFIL** Edite  
 Id: 12  
 Edad: 13 años Sexo: Mujer Fecha de aplicación: 25/12/2023  
 Baremo: Población general, preadolescentes (10 a 14 años), mujeres  
 Responsable de la aplicación: Zineb F.



www.teadediciones.com

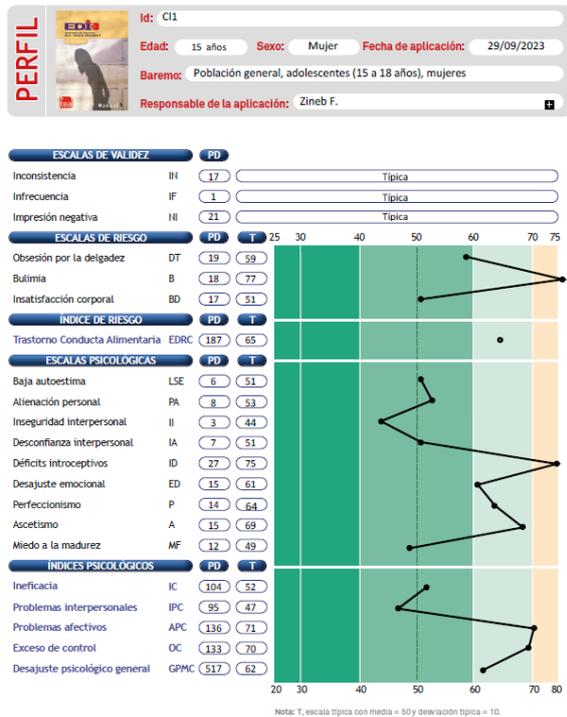


En el caso de C, Ja y G, solo tenemos las puntuaciones de la primera evaluación, debido a que no asistieron a las últimas dos sesiones del grupo y no se les pudo administrar la prueba para ver si ha habido mejoras. Estas tres pacientes entraron en la tercera sesión del grupo, pero han faltado a varias sesiones a lo largo de los 3 meses. Esto hace que no puedan vincularse al grupo y también que las mejoras no sean tan visibles como las de otras pacientes debido a que ha de haber un compromiso con la asistencia y la participación. Si las chicas no ponen de su parte, las respuestas no pueden ser las esperadas.

**Figura 4**

*Perfil de las puntuaciones de la primera evaluación de C.*

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES



tea | hogrefe

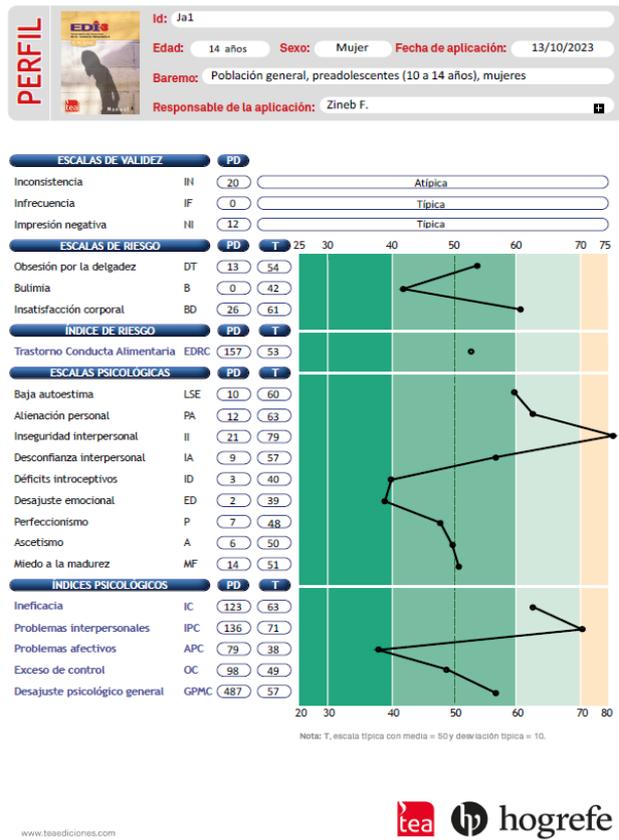
En la Figura 4, podemos observar que C es una adolescente que tiene varias escalas afectadas y necesita ayuda a nivel psicológico. Se ha comentado en reuniones del equipo de TCA que, a lo mejor prueba en un grupo de terapia dialéctica conductual, DBT, con chicas con rasgos de problemas de personalidad.

En la Figura 5, las puntuaciones de Ja también muestran unas cuantas escalas afectadas, que no sabemos si han mejorado debido a que ha faltado a varias sesiones y no se le pudo administrar la evaluación del final.

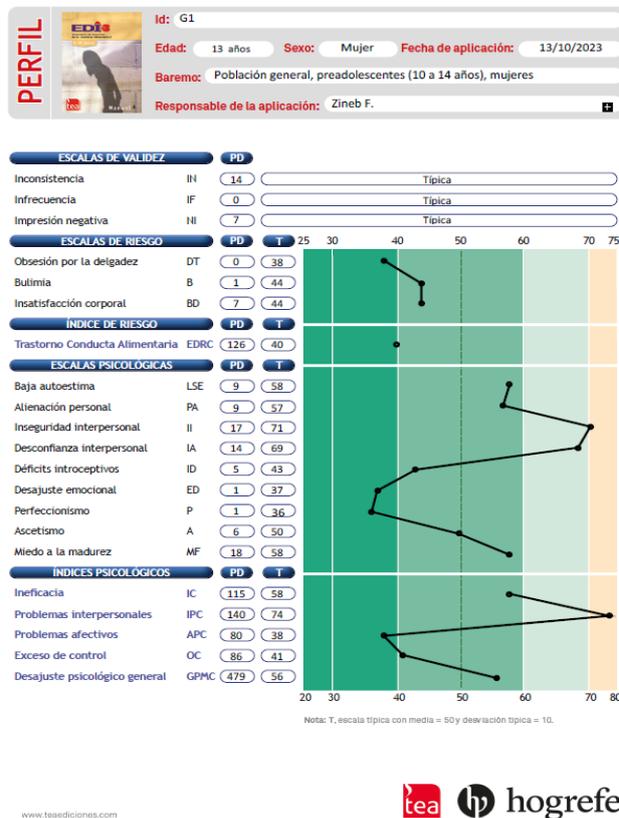
### Figura 5

*Perfil de las puntuaciones de la primera evaluación de Ja.*

# INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES



**Figura 6**  
Perfil de las puntuaciones de la primera evaluación de G.



## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Con lo que se refiere al grupo de padres, hay estudios como el de Thibault et al. (2022) o como el de Zucker et al. (2011) en los que se habla de la importancia de los grupos de padres ya que estos se enfrentan a una serie de dificultades relacionadas con el tratamiento de sus hijos y es importante encontrar formas de mejorar la salud mental de estos papás y reducir el estrés que sienten al respecto ya que es esencial para poder abordar los costos psicológicos del tratamiento (Zucker et al., 2011). Los resultados del estudio de Thibault et al. (2022) muestran que la participación de los padres en el grupo de apoyo satisfizo sus necesidades al reducir tales sentimientos (Thibault et al., 2022).

### **Evaluación final del proceso**

A medida que iba avanzando la terapia, se observaba cómo las chicas iban participando cada vez más, se atrevían a hablar más y fueron perdiendo poco a poco la timidez a expresarse en público. Además de las observaciones a nivel de participación, se les pasó la prueba que se les había administrado al comenzar el grupo, y allí también se pudieron apreciar las diferencias entre la primera sesión, a finales de septiembre y la última a mediados de diciembre. Si es cierto, que el trastorno de la conducta alimentaria es un trastorno cuyo tratamiento es prolongado, y oscila entre 1 y 4 años como mínimo habitualmente (Sanidad Castilla-La Mancha, s.f.). Por esta razón, el grupo es una herramienta que se utiliza para ayudar a agilizar el proceso, aunque una vez acabado el grupo, hay que seguir trabajando tanto con la enfermera como con la psicóloga, a nivel individual, para terminar de reestructurar cognitivamente las ideas negativas de las chicas y poder salir adelante y superar el trastorno. A pesar de esto, los resultados de la terapia han sido buenos, debido a que se han apreciado cambios en algunas de las escalas psicológicas afectadas en un principio, que al finalizar el tratamiento han tenido una puntuación mejor.

A diferencia de otros estudios, como el que ha sido llevado a cabo por Bhatnagar et al. (2013) que abarcó un período de aproximadamente 6 meses incluyendo tratamiento,

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

evaluación inicial y final, o como el de Harrison, Al-Khairulla y Kikoler (2016) o el de Ter Huurne et al. (2015), que tienen una duración de 6 meses y 15 o 18 semanas respectivamente, nuestro estudio solo ha tenido una duración de 11 semanas. El tratamiento llevado a cabo por Bhatanagar et al. (2013) abarcó un período de 8 semanas, el cual incluyó tanto una evaluación inicial como una evaluación final. En su conjunto, el estudio tuvo una duración mínima de 6 meses. Teniendo en cuenta, que los tratamientos para el TCA suelen ser prolongados en el tiempo, es un gran avance, que, con pocas sesiones, ya haya pacientes que han mejorado.

También hemos observado que, al igual que en el estudio de Vieira et al. (2021) en el que abandonaron 4 participantes, o en el de Bhatanagar et al. (2013) que se perdieron 8 participantes en total, hay quienes comienzan el tratamiento, pero no lo terminan. Eso ha pasado en este estudio, que hay una chica que comenzó y lo dejó a mitad de tratamiento, y hay otras que no lograron vincularse del todo y dejaron de asistir a las últimas sesiones. Esto puede ser debido a que han comenzado más tarde que otras, y por esta razón he comentado más adelante en propuestas de mejora, la posibilidad de hacer un grupo cerrado, para poder crear confianza y vínculo.

Otra diferencia en cuanto a estudios previamente mencionados, como el realizado por Moore y Waller (2023) o el de Meneguzzo et al. (2021) es que estos solo resultan beneficiosos en contextos muy específicos. El primero demostró ser clínicamente efectivo únicamente en individuos con un peso que no sea inferior al normal, lo que limita su aplicabilidad a la totalidad de la población. En cuanto al segundo estudio, su éxito se evidenció únicamente en pacientes hospitalizados, dejando incierta la eficacia del tratamiento en aquellos que reciben terapias de forma semanal. Nuestro grupo, a diferencia de estos, puede servir para todos aquellos adolescentes con TCA.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Con lo referente a las limitaciones de nuestro estudio, destacamos que hay chicas que han entrado a mitad del proceso, cuando ya llevábamos unas cuantas semanas y eso hace que no haya una buena confianza con las integrantes del grupo debido a que cada semana había gente nueva. A nivel de participación, hay chicas que han faltado a varias de las sesiones y, por lo tanto, no han podido trabajar todo lo que se tenía preparado, y por ese lado, no ha habido compromiso.

Como propuestas de mejora de cara a los siguientes grupos, creo que sería interesante crear una tabla o carpeta con todas las actividades que se han hecho, y que se podrían haber hecho, incluyendo también actividades donde se trabajen otras escalas psicológicas como el perfeccionismo o el desajuste emocional para poder tener elección de las actividades, y según el grupo que se tenga en el momento, escoger las actividades que mejor le vayan. Otro aspecto que en mi opinión favorecería la conducción del grupo es el hecho de formar un grupo cerrado, y que solo puedan entrar nuevas pacientes las dos primeras semanas, para poder crear un buen ambiente de confianza las unas con las otras, y si hay más pacientes que lo necesiten, intentar sostenerlas a nivel individual, hasta que empiece un nuevo grupo.

En conclusión, el grupo ha funcionado bien, se han podido conseguir parcialmente los objetivos planteados y los resultados de las pruebas concuerdan con nuestra sensación positiva. Como ya dije anteriormente, siempre quedan aspectos por trabajar y por mejorar, pero se notan las mejoras con respecto a un inicio y eso es lo más importante. Como suelen decir: poco a poco hila la vieja el copo, que significa que la constancia y el tesón en el trabajo, aunque sea lentamente, termina por conseguir un gran resultado.

### Referencias

Allen, K. L., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H., y Byrne, S. M. (2012).

Motivation-focused treatment for eating disorders: A sequential trial of enhanced

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 232-239. Doi:

<https://doi.org/10.1002/erv.1131>

American Psychological Association [APA]. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. *Editorial Médica Panamericana*.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368. Doi : <https://doi.org/10.1037//0003-066x.46.4.368>

Bhatnagar, K. A., Wisniewski, L., Solomon, M., y Heinberg, L. (2013). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1-13. Doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.21909>

Craighead, L. W., y Agras, W. S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 115. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.115>

Dor-Haim, M., Yaroslavy, A., Lev Azolay, T., Dascal, T., Toledano, A., Latzer, Y., y Stein, D. (2019). A dyadic group-movement therapy with adolescent girls with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1429-1443. Doi: <https://doi.org/10.1037/t25467-000>

Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., y Gustafsson, S. A. (2021). Live with your body—participants' reflections on an acceptance and commitment therapy group intervention for patients with residual eating disorder symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 184-193. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.006>

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413. Doi:

<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

García Bécares, C. (2022). Propuesta educativa para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la adolescencia. *Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid*.

Harrison, A., Al-Khairulla, H., y Kikoler, M. (2016). The feasibility, acceptability and possible benefit of a positive psychology intervention group in an adolescent inpatient eating disorder service. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 449-459. Doi:

<https://doi.org/10.1037/t16317-000>

Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it work? *Current opinion in neurobiology*, 8(2), 289-292. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(98\)80153-0](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(98)80153-0)

López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., y Victoria-Montesinos, D. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*. Doi:

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>

Meneguzzo, P., Tenconi, E., Todisco, P., y Favaro, A. (2021). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa as a rolling group intervention : Data from a longitudinal study in an eating disorders specialized inpatient unit. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 770-782. Doi: <https://doi.org/10.1002/erv.2848>

Moore, E., y Waller, G. (2023). Brief group cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder: A pilot study of feasibility and acceptability. *International*

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

*Journal of Eating Disorders*, 56(6), 1228-1232. Doi :

<https://doi.org/10.1002/eat.23935>

Penna, M y Sánchez, M. (2009). A, B, C... Anorexia, bulimia y comedor compulsivo.

Manual para docentes. *Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM)*.

Rajo, S. F., Linares, T. G., Arguis, C. B., y Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la

conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada*

*Acreditado*, 11(86), 5144-5152. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>

Sanidad Castilla La Mancha, (s.f.). ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?.

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/trastornos-alimentarios/que-son-los-trastornos-alimentarios>

Ter Huurne, E. D., de Haan, H. A., Postel, M. G., Van Der Palen, J., VanDerNagel, J. E., y

DeJong, C. A. (2015). Web-based cognitive behavioral therapy for female patients

with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet*

*research*, 17(6), e152. Doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.3946>

Thibault, I., Leduc, K., Tougas, A. M., y Pesant, C. (2022). Le sentiment de compétence

parentale : Points de vue de parents sur la valeur ajoutée d'un groupe de soutien dans

le traitement des troubles des conduites alimentaires de leur enfant. *Thérapie*

*familiale*, 43(2), 143-159. Doi: <https://doi.org/10.3917/tf.222.0143>

Vieira, A. I., Rodrigues, T. F., Brandao, I., Timoteo, S., Nunes, P., y Goncalves, S. (2021).

Group-based intervention for eating disorders with non-suicidal-self-injury: a case

series. *Clinical Psychologist*, 25(1), 107-119. Doi:

<https://doi.org/10.1080/13284207.2021.1892454>

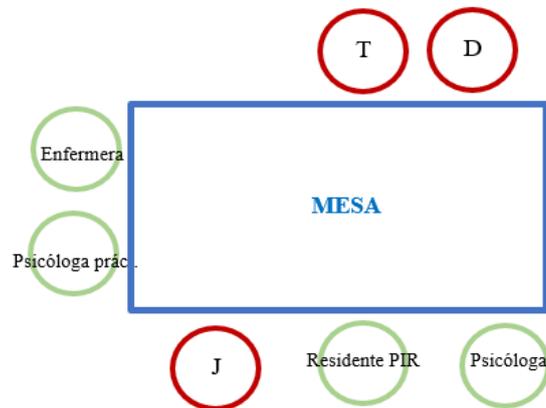
## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

Zucker, N. L., Loeb, K. L., Patel, S., y Shafer, A. (2011). Parent groups in the treatment of eating disorders. *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook*, 362-380.

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

## Anexos

## Anexo 1. Ejemplo de resumen de una sesión de grupo.



La segunda sesión comienza como siempre con una ronda de saber qué se ha hecho durante la semana y cómo se encuentran. En este caso, volvimos todos a hacer las presentaciones porque llegó una nueva adolescente, y como no se conocían, también se dijeron los nombres y algo que les caracterice como en la primera sesión. Se explicó brevemente el funcionamiento del grupo y el tema de la confidencialidad.

Una vez concluida la ronda de presentación, se les propuso una actividad que consistía en dibujar un jarrón, o cualquier objeto en un papel y dentro de este poner cosas que nos caractericen y que nos gusten, no solo a nivel material, sino también a nivel físico (como podría ser boca o nariz). Uno de los objetivos de esta actividad es la capacidad de los adolescentes de buscar y pensar en cosas que les gusta y con las que se sientan identificados. También podían poner además de eso cosas sobre su actitud, buenas o malas, pero que las identifique. Esta actividad también la hemos hecho los profesionales que estábamos. Un tiempo después D se prestó voluntaria para comenzar. Ella dibujó una caja y en ella expresó las cosas que le gustaba hacer, sin comentar nada a nivel físico, y a nivel de actitud refirió ser cabezota y humilde. El resto de presentes estaba de acuerdo con ciertas cosas que dijo. Después de D siguió explicando T cosas que le gustaban escritas en un jarrón, y al igual que

## INTERVENCIÓN TCA CON UN GRUPO DE ADOLESCENTES

la anterior, no comentó nada a nivel físico y de actitud dijo ser muy estructurada, cabezota y consistente. También con ella, el resto de integrantes estábamos de acuerdo con ciertas actividades. Como la psicóloga estaba de acuerdo con varias cosas siguió ella, y después la psicóloga residente. Tras ellas, siguió la enfermera por encima porque estaba de acuerdo con muchas de las cosas anteriores y tras ella yo (psicóloga en prácticas). La última en hablar fue J explicando todo lo que le gustaba hacer, añadiendo que a nivel físico le gustaban sus labios y sus ojos y fue la única que habló también de cómo es ella a nivel de actitud, con sus virtudes y sus debilidades, que una de ellas es que cuando alguien la molestaba o le enfadaba podía llegar a ser muy agresiva, que eso no le gustaba, pero que no era capaz de controlarlo.

Una vez concluida la actividad ya estábamos en hora, por lo que hicimos la ronda final de lo que teníamos planeado para el fin de semana, y todas tenían planes: J salir con amigas de cumple, D iba a ir de compras con amigas y salir a la montaña con la pareja de su padre y su familia y T iba a ver un partido de fútbol femenino con su hermana.

Antes de marchar avisamos que la semana siguiente no habría sesión el viernes porque las profesionales no estarían, y que nos veríamos en 15 días. Cuando acabamos con eso D y T se fueron y le pedimos a J que se quedara un poco más para realizar la prueba EDI III que sus compañeras hicieron la semana anterior. Se quedó conmigo haciéndola y finalmente cuando acabó, le entregamos el justificante para la ausencia de la escuela y se fue.