

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Psicología*

**ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO  
PSICOTERAPÉUTICO DIRIGIDO A LA REMISIÓN DEL  
TRASTORNO POR ATRACONES, PRESENTE EN  
PERSONAS ADULTAS JÓVENES CON OBESIDAD:  
CONSULTA A EXPERTOS.**

**ALIKA VÁSQUEZ FALLAS**

**Julio, 2025.**

## TABLA DE CONTENIDO

I. ÍNDICE DE CONTENIDO.....	2
II. RESUMEN .....	4
III.INTRODUCCIÓN.....	6
GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....	8
1. CAPÍTULO 1 .....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1.1 Antecedentes del problema.....	10
1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.1.3 JUSTIFICACIÓN.....	20
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.3.1 Objetivo general .....	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	22
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	22
1.4.1 Alcances de la investigación.....	21
1.4.2 Limitaciones de la investigación .....	22
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 TRASTORNO POR ATRACONES Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	24
2.2 DIMENSIONES DEL TRASTORNO POR ATRACONES: MODELOS TEÓRICOS .....	27
2.3 REMISIÓN DEL TRASTORNO POR ATRACONES .....	29
2.3.1 Obesidad asociada al trastorno por atracones.....	30
2.4 RELACIÓN DE LA REMISIÓN DEL TA CON OBESIDAD Y ESTRATEGIA DE ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO: COGNITIVO CONDUCTUAL .....	33
2.5 ADULTEZ JOVEN Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO POR ATRACONES .....	37
3. CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	39
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	40
3.3.1 Población Y Muestra .....	40
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión .....	41
3.4 VOLUNTARIEDAD DEL PROCESO .....	42
3.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	42
3.5.1 Validez del cuestionario .....	43
4. CAPITULO IV: RESULTADOS .....	45
4.1 Organización de los datos.....	46
4.1.1 Categoría 1 a la 7.....	48

5. CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	71
6. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
BIBLIOGRAFÍA .....	87
ANEXOS.....	94
ANEXO 1: Modelo de consentimiento informado.....	94

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de Inclusión y exclusión.....	41
Tabla 2: Índice de concordancia.....	43
Tabla 3: Rango de edades de los psicólogos entrevistados.....	46
Tabla 4: Grado académico de los psicólogos entrevistados.....	47
Tabla 5: Preparación/ Capacitación académica de los psicólogos entrevistados.....	47

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Comparación entre jueces.....	110
Figura 2: Comparación juez 1.....	111
Figura 3: Comparación juez 2 .....	112

## RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es describir las estrategias de acompañamiento durante el proceso psicoterapéutico que evidencian un avance hacia la remisión del trastorno de atracones, en las personas adultas jóvenes, entre 20 a 40 años, que además presentan obesidad, según 12 profesionales de la salud mental en Costa Rica, durante el segundo cuatrimestre del 2025. Se utilizó un enfoque cualitativo basándose en entrevistas detalladas para comprender las herramientas con las que los expertos en este trastorno logran que las personas adultas jóvenes atraviesen el proceso hacia la remisión. Los principales resultados muestran la variedad de enfoques y estrategias de acompañamiento psicoterapéutico con los que se puede tratar a estos pacientes, además confirman la efectividad en la remisión del trastorno. Los expertos entrevistados señalaron que las estrategias siempre se adecúan a la necesidad del adulto joven en consulta, además mencionaron que el trastorno por atracones y la obesidad son condiciones que no siempre van a ser parte de la vida de la misma persona, concluyendo que para llegar a la remisión se transita un camino en el que la recaída es parte del proceso, por lo que es necesario conocer las herramientas precisas para trabajar el trastorno.

**Palabras clave:** estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, remisión, trastorno de atracones, obesidad, adultez temprana, conductas compensatorias, comorbilidad, alexitimia.

## **ABSTRACT**

The main objective of this study is to describe the accompanying strategies during the psychotherapeutic process that show an advance in the remission of binge eating disorder in young adults, between 20 and 40 years of age, who also present obesity, according to 12 mental health professionals in Costa Rica, during the first four months of 2025. A qualitative approach based on in-depth interviews was used to understand the tools with which experts in this disorder get young adults through the process toward remission. The main results show the variety of approaches and strategies of psychotherapeutic accompaniment with which these patients can be treated, as well as confirming the effectiveness in the remission of the disorder. The experts interviewed pointed out that the strategies are always adapted to the needs of the young adult in consultation, they also mentioned that binge eating disorder and obesity are conditions that will not always be part of the life of the same person, concluding that in order to reach remission, a path is followed in which relapse is part of the process, so it is necessary to know the precise tools to work on the disorder.

**Key words:** strategies for psychotherapeutic support, remission, binge eating disorder, obesity, early adulthood, compensatory behaviors, comorbidity, alexithymia.

## INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años la psicología como ciencia ha tenido que adaptarse para identificar las mejores estrategias que pueden beneficiar a las personas en la construcción de su salud mental (en adelante SM), y así, de la mano del acompañamiento psicoterapéutico (en adelante AP), puedan mejorar su calidad de vida.

De esta forma, las personas que acuden a consulta padeciendo de un trastorno por atracón (en adelante TA), suelen presentarse buscando un apoyo para esa experiencia negativa que viven al no saber cómo controlar ese impulso irrefrenable que se presenta en ellos y que los lleva a consumir mucha cantidad de comida en un corto período de tiempo, en comparación con lo que comería la mayoría de personas en circunstancias similares, además quienes lo padecen no involucran conductas compensatorias, es así como esta sobre ingesta los lleva a desarrollar sentimientos negativos como vergüenza, culpa y angustia (Davis et al., 2020).

Una de las comorbilidades que puede presentarse junto con el TA es la obesidad, esta se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, además, según el Atlas Mundial de Obesidad 2022, publicado por la Federación Mundial de Obesidad, predice que una de cada cinco mujeres y uno de cada siete hombres vivirán con obesidad para el año 2030, así, el trabajo psicoterapéutico óptimo hacia la remisión del TA en la población adulta joven, impactaría disminuyendo esta estadística.

Esta investigación busca explorar las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, implementadas por profesionales en salud mental en Costa Rica que han trabajado o trabajan con personas adultas jóvenes con diagnóstico de trastorno de atracones y con obesidad buscando la remisión del trastorno. Este documento contiene la justificación, antecedentes importantes, objetivos, así como un marco teórico que contextualiza las diferentes dimensiones del tema en estudio, así también, se encuentra la metodología con los principales resultados, conclusiones y anexos.

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

AP	Acompañamiento Psicoterapéutico
AT	Adulterez Temprana
PP	Proceso Psicoterapéutico
SM	Salud Mental
TA	Trastorno de Atracónes
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
OMS	Organización Mundial de la Salud

## **1.CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

A continuación, se presentan tanto los antecedentes internacionales, como los nacionales sobre las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigidas al trastorno por atracones, presente en personas adultas con obesidad.

En Estados Unidos, Annesi (2020), explicó los efectos de la alimentación emocional en la pérdida de peso a largo plazo para mejorar los procesos de tratamiento y la teoría sobre obesidad. Se realizaron encuestas, utilizando los medios impresos y electrónicos locales de los centros de promoción de la salud comunitaria, las encuestas a las participantes se completaron al inicio, a los 3 y 6 meses y se midió el peso en el mes 24. Se reclutaron mujeres voluntarias de 30 o más años con un IMC mínimo de 30 kg/m<sup>2</sup>, también debían haber realizado no más de 1 día por semana de ejercicio durante el año anterior, no usar medicamentos o sustancias psicotrópicas, no estar embarazada o planear actualmente un embarazo y debía estar buscando perder peso, pero sin seguir actualmente un programa de ayuda. En el estudio se abordó el concepto de alimentación inducida por emociones, el estado de ánimo, autorregulación, autoeficacia, además se incluyó un programa de control de peso con ejercicio y cambios en la dieta. Algunas de las participantes con obesidad recibieron tratamientos de alto contacto interpersonal y métodos conductuales, utilizando métodos como las habilidades de autorregulación, ellas contaron con seis sesiones individuales de apoyo psicológico y con ejercicios de 45 minutos cada una, desde la semana 1 a la 56, con adaptaciones hasta finalizar la investigación, por otra parte, las demás participantes recibieron un tratamiento de bajo contacto interpersonal y métodos

educativos, donde recibían materiales educativos, ellas contaron con sesiones psicológicas de 15 minutos mínimos, cada 2 semanas para revisar las secciones asignadas de los materiales escritos y los temas tratados en las lecturas.

Los resultados mostraron que, en el grupo de alto contacto interpersonal y métodos conductuales, hubo una reducción de peso mayor con respecto al otro grupo, el cual fue del 6,5% y 6,8% durante 6 y 24 meses, respectivamente, mientras que en el grupo de bajo contacto interpersonal y métodos educativos fue del 2,9% y 1,8%, además las reducciones de la alimentación emocional se asociaron con la pérdida de peso durante 6 y 24 meses y el aumento de la actividad física se asoció con la reducción de la tensión y la depresión, también el aumento de la autorregulación del ejercicio predijo una mejor regulación de la alimentación, siendo un mediador significativo el cambio de autoeficacia relacionado con la alimentación. (Annesi 2020).

Por otro lado, en Portugal, Torres et al. (2020), analizaron la viabilidad y los resultados a largo plazo de un programa breve de terapia cognitivo conductual centrada en las emociones. Se realizó una entrevista que proporciona una descripción cualitativa de los cambios que una persona ha notado desde que comenzó la terapia, a qué atribuye la persona estos cambios, aspectos útiles e inútiles de la misma, se les pide a las participantes que identifiquen los cambios que han notado y después que califique cada uno de estos, el impacto de la terapia en el cambio y la importancia de este. También se evaluó la intensidad de la angustia causada por las quejas, la angustia psicológica, el procesamiento emocional, la conducta alimentaria y la pérdida de peso al inicio, al final del tratamiento y en los seguimientos de 6 y 18 meses. Este estudio piloto se realizó con

10 participantes, solo mujeres, entre 26 y 56 años, con obesidad en un índice de masa corporal (en adelante IMC) igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>, también debían tener el diagnóstico del TA (según DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2013) y se estructuró en 12 sesiones semanales, de 90 minutos cada una, durante 3 meses.

Los resultados de este análisis muestran la eficacia a largo plazo del programa para mejorar la angustia psicológica, el dominio emocional y la alexitimia, observándose cambios positivos y confiables en el procesamiento emocional con insight y autoconciencia, también el cambio fue positivo para la alexitimia en casi todas las participantes, además la intensidad de la angustia causada por las quejas disminuyó al final de la intervención y las participantes percibieron que el programa era útil para mejorar la conciencia emocional y el control de la alimentación, pero, aun así, la pérdida de peso estuvo por debajo de las expectativas. (Torres et al., 2020).

En Alemania, Ernst et al. (2021), realizaron un estudio donde evaluaron las asociaciones de los síntomas de ansiedad y depresión con los síntomas y conductas de los trastornos alimentarios, explorando las diferencias entre hombres y mujeres. Esta investigación se realizó por medio de una entrevista y encuesta realizada a 2510 personas, en edades entre 14-94 años, en la que evaluaron síntomas de depresión, de ansiedad, de trastorno alimentario, a la vez, realizaron un análisis de regresión lineal de la puntuación total y generales sobre las conductas como comer en exceso y conductas compensatorias dentro de las cuales están los vómitos autoinducidos, uso de laxantes y el ejercicio excesivo.

Los resultados arrojados confirman que los síntomas de depresión y ansiedad se relacionaron con más síntomas de trastornos alimentarios en hombres y mujeres, además

muestran que la asociación entre depresión y síntomas de trastornos alimentarios fue ligeramente más fuerte en las mujeres, siendo también más común en ellas, que las conductas compensatorias se presenten en mujeres ansiosas, mientras que el comer en exceso fue más común en hombres y en individuos deprimidos. (Ernst et al. 2021).

En Australia, Palavras et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la eficacia y la seguridad de introducir una intervención para la pérdida de peso en el tratamiento de personas con TA recurrentes y un IMC elevado. Para ello, emplearon una serie de entrevistas, una semiestructurada para acceder al diagnóstico de trastornos psiquiátricos y otra para obtener información detallada sobre la psicopatología y los comportamientos de los trastornos alimentarios, también utilizaron un ensayo controlado aleatorio simple ciego. Seleccionaron sesenta y seis adultos con trastorno por atracón e  $IMC \geq 27$  a  $< 40$  kg/m<sup>2</sup> y asignaron a los participantes aleatoriamente a dos terapias, a unos les asignaron la terapia denominada Enfoque de Salud para el Control de Peso y la Alimentación en Trastornos Alimentarios (HAPIFED, por sus siglas en inglés), con la que se trabaja el alcanzar una pérdida de peso del 5% del peso corporal y tratar la autoconciencia del hambre, la regulación interna del apetito y las señales de saciedad. A los demás participantes se les asignó la Terapia Cognitivo-Conductual Mejorada, los dos tratamientos abarcaron una sesión individual inicial seguida de 29 sesiones grupales de 90 minutos dos veces por semana durante 4 semanas, y luego una sesión semanal, con una duración de 6 meses.

Los resultados revelaron que no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la cantidad de participantes que lograron la pérdida de peso, en cuanto a las tasas de

remisión de los atracones específicamente en el seguimiento de 12 meses favorecieron a HAPIFED, en general, se observaron mejoras significativas en la reducción de los síntomas del TA en ambos grupos y se mantuvieron en el seguimiento de 12 meses. (Palavras et al., 2021).

Por su parte, en Estados Unidos, Yu et al. (2021), realizaron un estudio para evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y la eficacia de un programa de tratamiento de terapia cognitivo conductual (en adelante TCC) basado en videoconferencias en mujeres con obesidad y con trastorno por atracón. Este estudio se llevó a cabo por medio de entrevistas, encuestas y un control aleatorizado de tres meses, para escoger un grupo de dieciocho participantes, de entre 20 y 73 años, que fueron diagnosticadas y asignadas aleatoriamente a un grupo de videoconferencia (en adelante VC) o a un grupo presencial, cada una recibió doce sesiones semanales, las mujeres que estuvieron cara a cara recibieron un asesoramiento individual por parte de un consejero de salud mental autorizado y un nutricionista, las que estuvieron por VC lo recibieron a través de un software de telemedicina en línea.

Según los resultados hubo retención, adherencia al tratamiento, cambios de actitud y comportamiento en las participantes, no se observaron cambios en el peso ni en los episodios de atracones en ninguno de los grupos. Las que finalizaron las sesiones presenciales tuvieron una mejora en la alimentación descontrolada, en comer emocionalmente, en el diagnóstico de adicción a la comida, en la pérdida de control y la significación clínica, por otra parte, las que llevaron el tratamiento vía VC observaron

mejoras significativas en el examen de trastornos alimentarios y encontraron que las sesiones virtuales eran más convenientes para ellas. (Yu et al., 2021).

En Noruega, Eik et al. (2021), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir la justificación, el diseño y la viabilidad de una intervención para pacientes con obesidad y TA comórbido en un entorno ambulatorio. En la investigación participaron 42 pacientes que procedían de una clínica de obesidad, estos fueron derivados para evaluación por medio de entrevista y tratamiento en un entorno de grupo psicoeducativo, en donde contaban con reuniones semanales de 3 horas, durante 10 semanas, en las cuales se abordaba el seguimiento de la asistencia, los posibles efectos adversos, el IMC, la patología del trastorno alimentario, la sobrevaloración de la forma y el peso, el deterioro, la alexitimia, la vergüenza internalizada y la calidad de vida relacionada con la salud, esta intervención se basó en el marco de apego de Bowlby abordando el funcionamiento del apego en la conducta de atracones, las dificultades emocionales y el énfasis en el sistema de respuesta al estrés del cuerpo.

Los resultados del estudio indicaron que la alexitimia y la vergüenza internalizada fueron altas entre los pacientes e indican la necesidad de abordar los mecanismos psicológicos subyacentes en individuos con TA y obesidad comórbida, también se observó una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y una reducción de los atracones entre el inicio y el final de la intervención. (Eik et al., 2021).

Desde Suiza, Wyssen et al. (2021), tuvieron como objetivo estudiar la aceptación y la eficacia a corto y largo plazo de un programa de autoayuda guiada basado en Internet. La

investigación fue realizada a partir de entrevistas y un ensayo clínico aleatorizado con tres grupos, un grupo se conformó de sesenta y tres pacientes con una edad media de 37,2 años, de los cuales 87% fueron mujeres, todos recibieron 8 sesiones y tres sesiones de refuerzo del tratamiento inmediato, siguiendo el programa cognitivo conductual guiado basado en Internet, en donde se abordó la aceptación del tratamiento, el número de episodios de atracones semanales, la patología del trastorno alimentario, la depresión y el nivel de funcionamiento psicosocial. Los otros dos grupos de control estuvieron en lista de espera, en donde unos pacientes recibieron una inducción de expectativas positivas durante la espera y el otro grupo no.

Los resultados mostraron una satisfacción alta con el tratamiento, habiendo una reducción de los episodios de atracones semanales de 3,4 a 1,7 sin un efecto rebote durante el seguimiento, además todos los demás resultados también mejoraron durante el tratamiento activo en comparación con los grupos que estaban en espera, mostrando también que, para el grupo en espera, la inducción realizada de expectativas positivas enviada por correo electrónico no tuvo un efecto adicional. (Wyssen et al. 2021).

En México, Valdez et al. (2022), tuvieron como objetivo confirmar la validez de la estructura factorial de la Escala de Atracón Alimentario (BES por sus siglas en inglés), en una muestra mexicana. La investigación fue llevada a cabo por medio de entrevistas y dos instrumentos que evaluaban la sintomatología del TA, los pacientes que puntuaron alto fueron entrevistados para el diagnóstico del trastorno, esto lo realizaron con 421 personas de las cuales 66.7% eran mujeres, con un rango de edad de 18 a 57 años. El estudio abordó las manifestaciones cognitivas y conductuales con la aplicación de la Entrevista

para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED por sus siglas en inglés), el BES y el Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWPR por sus siglas en inglés).

Los resultados mostraron que, de las 421 personas se diagnosticaron 60 con TA, esto demostró que con el BES si es posible realizar una exploración certera y válida para la detección de la sintomatología del TA tanto en hombres como en mujeres mexicanos. (Valdez et al. 2022).

En República Dominicana, Pimentel (2023), realizó un estudio cualitativo, específicamente un estudio de caso en una paciente de 30 años, que recibió 14 sesiones de proceso terapéutico, con el objetivo de reducir la sintomatología clínica del TA a través de la aplicación de psicoterapia breve estratégica, en donde se abordó a nivel cognitivo y comportamental la eliminación del patrón recursivo del comportamiento sintomático de los episodios de atracón y el reducir la sintomatología clínica asociada al trastorno.

Los resultados mostraron que la paciente logró controlar su atracón, cambió su forma de percibir la comida, mejoró su relación consigo misma, se dio cuenta que porque hoy no haya cumplido expectativas no significa que debe sentirse culpable, también el nivel de estrés llegó a ser totalmente manejable y la paciente mencionó que ya no existía el atracón ni el deseo de hacerlo, a la vez, experimentó una pérdida de peso pasando de 99 a 79 kilos. (Pimentel, 2023).

En México, Valdez et al. (2023), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la viabilidad de una intervención multidisciplinaria en línea, abarcando psicológica,

nutrición y actividad física en pacientes con TA y sobrepeso. La investigación se diseñó a partir del estudio de casos de dos grupos de tratamiento clínico de 15 personas diagnosticadas con TA, de los cuales fueron 2 hombres y 13 mujeres con una edad que iba de los 19 a 55 años y con un IMC que se categoriza como Obesidad Clase II. El tratamiento se llevó a cabo en un lapso de 28 sesiones, cada una de dos horas por semana consistentes en 1 hora de terapia grupal y 1 hora de terapia individual. La intervención multidisciplinaria se realizó en tres fases, primero la fase de motivación para el tratamiento y psicoeducación sobre el TA, la segunda fue el trabajo sobre diferentes tópicos clínicos y la tercera fase de prevención de recaídas.

Como resultado se demostró una disminución significativa de los síntomas de atracones, también de los síntomas de ansiedad y depresión, hubo una mejora en la claridad y la regulación emocional, pero, solo en mujeres. A la vez, los pacientes redujeron su peso corporal y mejoraron sus hábitos alimentarios y de ejercicio introduciendo frutas y verduras e incluyendo 20 a 30 minutos de actividad física en su rutina diaria, concluyendo que la intervención multidisciplinaria online fue efectiva en el tratamiento del TA. (Valdez, 2023).

A nivel nacional, Montenegro et al. (2009), realizaron una investigación cuantitativa con el objetivo de determinar la relación de los trastornos alimentarios con la ansiedad y la depresión, este estudio fue llevado a cabo con 71 estudiantes de la Universidad de Costa Rica de la carrera de psicología, aplicándoles diferentes pruebas psicométricas para determinar la relación de los trastornos, de las cuales utilizaron el Inventario de Depresión

de Beck (BDI por sus siglas en inglés), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés) y el “Eating Attitudes Test- 26” (EAT-26).

Los resultados mostraron un efecto significativo del sexo sobre el nivel de trastornos alimentarios, en donde las mujeres puntuaron más alto, así también se identificó una correlación entre trastornos alimentarios y ansiedad. (Montenegro et al. 2009).

### **1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Para esta investigación se entrevistó a 12 expertos en Trastornos alimenticios que han atendido o atienden a pacientes con diagnóstico de Trastorno por atracón que además presentan obesidad, hombres y mujeres en edades entre 20 a 40 años, en Costa Rica, durante el segundo cuatrimestre del 2025.

### **1.1.3 JUSTIFICACIÓN**

Con este estudio se desea conocer sobre las estrategias de acompañamiento durante el proceso psicoterapéutico que evidencian un avance hacia la remisión del trastorno de atracones, en las personas adultas jóvenes, que además presentan obesidad, ya que según Pimentel (2023), en cuanto a la edad de inicio del trastorno, se estima cerca de los 20 años, en la edad adulta temprana, además como menciona Cuadro y Baile (2015), este trastorno es considerado el más frecuente en población obesa, e incrementando su presencia rápidamente frente al resto en población general, que desde 1980 se detectó que una cuarta parte de las personas con obesidad que acudían a programas de reducción de peso presentaban atracones (Pimentel 2023), así también teniendo en cuenta al detallar Fuentes et al. (2020), que la tasa de curación es del 70% en cuanto a los trastornos por atracón.

Así pues, el objetivo del presente estudio es el de evidenciar las herramientas con las que actualmente cuenta la salud mental para el tratamiento del trastorno, según Pimentel (2023), para permitir que los profesionales de la salud profundicen en los desafíos específicos de esta población y puedan encontrar en estos enfoques terapéuticos herramientas efectivas, siendo un tratamiento que ha de ser personalizado y normalmente resulta de larga duración, de acuerdo con Fuentes et al. (2020), ya que este trastorno suele tener una menor visibilidad que algunos de los otros trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos y de ahí el porqué de esta investigación.

Cuadro y Baile (2015), resaltan que su crecimiento de forma alarmante y por delante de la bulimia y la anorexia nerviosa, llevan a considerarlo un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI, siendo importante estar al tanto y contribuir a esta población, generalmente asociada al sobrepeso y que cerca del 20% de los individuos padecen obesidad, como subraya Fuentes et al. (2020). Contribuyendo por medio de técnicas con respaldo científico, siendo la perspectiva cognitivo-conductual parecer la alternativa más completa e integradora, de acuerdo con Cuadro y Baile (2015), demostrando eficacia para la remisión del atracón, aunque otras terapias como la terapia dialectico conductual o la terapia interpersonal pueden ser igual de efectivas (Valdez et al. 2021) para el tratamiento, lo que puede aportar conocimiento valioso a la comunidad encargada de la salud mental para ayudar a estas personas a afrontar ese impulso irrefrenable llevándolos hacia la remisión del trastorno, identificando esos patrones comunes.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, dirigidas a la remisión del trastorno por atracones en personas adultas jóvenes con obesidad entre 20 a 40 años, que utilizan en mayor medida los profesionales de la salud mental en Costa Rica durante el segundo cuatrimestre del 2025?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar las estrategias de acompañamiento durante el proceso psicoterapéutico hacia la remisión del trastorno por atracones, en las personas adultas jóvenes, entre 20 a 40 años, que además presentan obesidad, según profesionales de la salud mental en Costa Rica, durante el segundo cuatrimestre del 2025.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Describir las principales características y particularidades del trastorno por atracones y la obesidad en la etapa de adultez temprana en personas costarricenses.
2. Explicar las estrategias psicoterapéuticas utilizadas por los profesionales en psicología costarricenses para el tratamiento del trastorno por atracón.
3. Comprender la influencia de las estrategias de acompañamiento en el avance hacia la remisión del trastorno por atracones, utilizadas por los profesionales en psicología costarricenses.

### **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

#### **1.4.1 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

El hallazgo que surgió de la investigación fue el hecho de que en Costa Rica no se han publicado estudios referentes al trastorno de atracones, más sí de otros Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, por lo que se denota el valor de la presente investigación.

#### **1.4.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Una de las dificultades se asoció con el contacto con algunos profesionales en psicología que contaban con estudios y experiencia en el tratamiento de los trastornos alimenticios. Debido a que hubo falta de respuesta a la solicitud de colaboración en el estudio, se tomó en cuenta a otros profesionales que a pesar de contar con experiencia en el área no contaban con especialización académica en el tema.

## **2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

En el siguiente capítulo, se abordarán las características del TA en adultos jóvenes, la alexitimia, las conductas compensatorias, así como la remisión del trastorno. Se explorarán conceptos tales como la obesidad en la adultez temprana como comorbilidad del trastorno. Se incluirá la teoría del Dr. James Gross sobre el modelo de regulación de las emociones, también la de Harry Stack Sullivan sobre el modelo interpersonal, además la de Theron Grant Randolph sobre el modelo de adicción a la comida y se tratará el enfoque cognitivo conductual, que muestra cómo las estrategias de acompañamiento psicológico en la remisión de los pacientes con TA y obesidad están relacionadas.

### **2.1 TRASTORNO POR ATRACONES Y SUS CARACTERÍSTICAS**

A menudo, se escucha más sobre otros trastornos de la conducta alimentaria que del TA y sus implicaciones. Diferentes investigaciones han demostrado que puede existir una comorbilidad con la obesidad lo que tiene grandes impactos a nivel psicológico, emocional, conductual y físico, por ende, esto impacta negativamente la calidad de vida de las personas que lo padecen. En este apartado se explorarán sus características, la alexitimia, las conductas compensatorias y cuando es posible considerar la remisión del trastorno.

El TA se caracteriza porque la persona afectada sufre de episodios recurrentes de ingestión de una cantidad muy elevada de alimentos, en un corto tiempo y va acompañado de una sensación de pérdida de control mientras ingiere la comida. Este trastorno se formalizó como diagnóstico de trastorno alimentario en la quinta edición del Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), publicado en 2013. Su contexto histórico documentado comienza al introducirlo, las investigaciones hechas en su momento revelaron que el TA causaba un deterioro significativo en el funcionamiento del individuo y también mostraron que era necesario incorporarlo al manual porque los pacientes y los médicos indicaban que no conocían este diagnóstico o que no reconocían los atracones como un problema que necesitara atención y además porque es común que los sentimientos que experimentan los pacientes les impidan que busquen tratamiento o que los médicos evalúen estas conductas (Davis et al., 2020).

Los criterios diagnósticos del TA incluyen, aparte de la cantidad de alimentos que come la persona en corto tiempo, en comparación con la mayoría de personas que no comerían esa cantidad en ese tiempo ni en esa situación, también implica el criterio de sentir que no se tiene el control sobre cuánto comer y cuándo poder parar o de lo que come, aún sin tener hambre física, además comen de una manera más acelerada y llegan a llenarse hasta sentir una fuerte incomodidad estomacal, además pueden comer por vergüenza o alexitimia que según Eik et al. (2021), explican que es la incapacidad para describir y/o reconocer las propias emociones y luego sentirse molestos, culpables o deprimidos. Este trastorno es un malestar marcado y no existe ninguna conducta compensatoria, los atracones ocurren mínimo una vez a la semana durante tres meses, pero si ocurriera con menos frecuencia, por ejemplo, alguna semana en la que no ocurre episodio, se puede hacer un diagnóstico de trastorno por atracón subumbral (American Psychiatric Association, 2013).

Uno de los instrumentos desarrollados para detectar el TA y que es utilizado ampliamente ya que se ha reconocido como un instrumento válido para detectar manifestaciones tanto cognitivas como conductuales del atracón desde una perspectiva multidimensional, así

como en muestras clínicas como comunitarias es la Escala de Atracón Alimentario (*Binge Eating Scale*, BES, por sus siglas en inglés), la cual fue desarrollada por Gormally et al. (1982), quienes se basaron en diferentes modelos cognitivos y de comportamiento explorados en personas con obesidad que tenían episodios de atracón, por lo que la finalidad del instrumento es indicar si existe un TA, así como su gravedad.

Las tasas de prevalencia de este trastorno en la comunidad de EE. UU. son del 0,85 al 2,6 % y las tasas de prevalencia en otros países son similares según Davis et al. (2020), con respecto a las diferencias de género las mujeres en los EE. UU. tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de desarrollarlo que los hombres, así también, un estudio de 2008 a 2018 informó sobre la prevalencia de por vida del TA siendo un 2,8 % para mujeres y 1,0% para hombres, en donde la edad media de aparición está entre los 23 y los 25 años de acuerdo con Vanderlinden et al. (2021), estimando que el 50% de los jóvenes que pierden el control de la alimentación desarrollarán un TA parcial o total en la edad adulta, mostrando así, que si el trastorno por atracón comienza en la adolescencia esto predice síntomas depresivos, de ansiedad, consumo de drogas, conducta autolesiva y de suicidio en la adultez temprana comenta Galmiche et al. (2019). Igualmente, estos datos entre los grupos de minorías de género son limitados, pero se sugiere que para los adultos jóvenes de minorías de género son comparables a las de sus contrapartes cisgénero (Coelho et al. 2019).

En cuanto a las investigaciones que se han desarrollado sobre el TA, estas se han centrado principalmente en mujeres blancas, dejando a otras razas y etnias poco representadas, algunos otros estudios han descubierto que las tasas de TA son comparables en todas las razas y etnias, así como otros hallazgos sugieren que las mujeres negras tienen tasas

similares o más altas de atracones que las mujeres blancas, pero tasas más bajas de diagnóstico de TA a lo largo de la vida según Goode et al. (2020). Es importante resaltar que los estadounidenses de origen asiático, los estadounidenses de raza negra no hispanos y los estadounidenses de origen hispano tienen menos probabilidades de utilizar los servicios de salud mental en comparación con los estadounidenses blancos, sin embargo, se ha documentado que la psicopatología y el deterioro de los trastornos alimentarios no difieren significativamente entre ellos (Coffino et al., 2019).

Respecto a los factores de riesgo se observa que van desde sufrir una experiencia de abuso físico o sexual infantil, la propensión a experimentar afectos negativos, el consumo de sustancias, la obesidad infantil, el perfeccionismo y las preocupaciones familiares sobre el peso y la figura, hasta en la adolescencia padecer presión social por la delgadez, su ideal, la negación de los costos al buscarla, la insatisfacción corporal, dietas, el deterioro del funcionamiento social, de la salud mental y el elevado afecto negativo van a predecir también el diagnóstico de TA en la edad adulta (Davis et al., 2020).

## **2.2 DIMENSIONES DEL TRASTORNO POR ATRACONES: MODELOS TEÓRICOS**

Con las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico adecuadas, se puede obtener un nivel estable de bienestar psicológico, que abarque un crecimiento personal y funcionamiento saludable, es así como el TA es un trastorno que presenta varios modelos teóricos, que abarcan diferentes aspectos que son necesarios para acercar a los pacientes a su visión de una vida plena.

Dentro de los modelos teóricos del TA se menciona el modelo de regulación de las emociones, creado por el Dr. James Gross, que es un psicólogo y profesor de la Universidad de Stanford, él propuso el modelo entre 1998 y 1999. Este modelo propone que los atracones de comida ocurren en respuesta a emociones negativas específicas o no específicas, que pueden servir para escapar o aliviar la emoción negativa que se siente en el momento. A partir de las investigaciones que se han realizado a lo largo del tiempo, se ha desarrollado la teoría que cree que las emociones negativas disminuyen después de que se completa el atracón, lo que proporciona una recompensa en forma de refuerzo negativo y aunque los atracones de comida distraen o disminuyen la angustia en el corto plazo, lo que sucede es que el afecto negativo aumenta en el largo plazo como resultado al recuperar la autoconciencia (Davis et al., 2020).

El otro modelo que es mencionado en la literatura es el modelo interpersonal, creado por Harry Stack Sullivan, fue un psiquiatra y psicoanalista estadounidense que presentó su teoría en la década de 1950, aquí él explica que las personas con TA refieren múltiples problemas en las relaciones interpersonales, presentando angustia, hostilidad hacia los demás, escasa capacidad para resolver problemas, dificultad para expresar los sentimientos y problemas para comprender las perspectivas de los otros. Es así como el modelo teoriza que estas personas pueden recurrir a atracones para lidiar con las emociones negativas abrumadoras que ocurren como resultado de esa angustia interpersonal, demostrando que el afecto negativo media el impacto de los problemas interpersonales en los síntomas de atracones entre los individuos que padecen el trastorno (Ivanova et al., 2015).

A la vez existe el modelo de adicción a la comida, acuñado por primera vez por Theron Grant Randolph, un médico e investigador estadounidense, que en 1956 fue el primero en mencionarlo, debido a las características compartidas entre el TA y las conductas adictivas, este modelo se refiere a la dificultad de la persona para regular el consumo de alimentos altamente procesados, sabrosos y con alto contenido calórico. La adicción a la comida afecta aproximadamente al 20% de la población, y entre el 41,5 y el 56,8 % de las personas diagnosticadas con TA, estos hallazgos se respaldan por similitudes neurocognitivas encontradas, en donde se observa un deterioro del control inhibitorio y de la sensibilidad a la recompensa, principalmente relacionados con las señales alimentarias, aun así la hipótesis de la adicción a la comida tiene limitaciones por la ausencia de evidencia que demuestre la abstinencia o la tolerancia a la comida, como en los trastornos por consumo de sustancias (Davis et al., 2020).

### **2.3 REMISIÓN DEL TRASTORNO POR ATRACONES**

La remisión del trastorno y el tiempo que se pueda adelantar para avanzar hacia este fin es de suma importancia para la salud mental y física de los adultos jóvenes afectados, ya que las consecuencias de mantener el TA son graves llegando a afectar sus esferas personales, recalcando que a nivel físico se produce un deterioro significativo, lo que podría entorpecer que el sujeto pueda mantener su salud mental estable, afectando su disposición emocional hacia la mejora en su proceso psicoterapéutico.

Según la American Psychiatric Association (2013), la persona que padece el trastorno puede llegar a una remisión parcial de su condición después de haber cumplido con todos los criterios para el TA y en la actualidad lograr que los atracones lleguen a una frecuencia inferior siendo de un episodio semanal durante un período continuado o puede

tener una remisión total al llegar al punto de recuperación en donde no se ha cumplido ninguno de los criterios para el TA durante un período continuado. Aun así, según Eik et al. (2021), mencionan que la afección se asocia con un patrón persistente de remisión y recaída de los síntomas.

Se han evidenciado mejores resultados en la remisión de los síntomas en pacientes tratados con terapia breve estratégica, esta se comparó con el modelo cognitivo conductual y en otro estudio realizado en el año 2018, con pacientes Italianas con Trastorno por Atracción y obesidad, se concluyó que la Terapia Breve Estratégica es más eficaz que la TCC para la remisión (Pimentel, 2023), también según Blume et al. (2022), sugieren que el uso del neurofeedback con la electroencefalografía como complemento de la psicoterapia podría beneficiar para aumentar las tasas de remisión en el tratamiento del TA, aun así, se ha observado en la documentación publicada que los pacientes que logran la remisión y se mantienen sin recaídas conservan una menor calidad de vida y un deterioro funcional, dados los estragos que ocasionó el trastorno (Davis et al., 2020).

En cuanto a la relación del TA comórbido con la obesidad, según Palavras et al. (2021), explican que el llegar a la remisión de los atracones no quiere decir que la persona tenga una mayor pérdida de peso, ya que no se asocian en investigaciones realizadas.

### **2.3.1 Obesidad asociada al trastorno por atracones**

Este es uno de los factores que puede estar asociado al trastorno y que aumenta el riesgo para los afectados en su edad adulta, ya que el cuerpo experimenta cambios varios a nivel fisiológico que vienen en respuesta a las decisiones alimentarias erróneas y a medida que pasa el tiempo afecta aún más la salud y el bienestar, llevando al individuo a perder

movilidad y por ende reducir su calidad de vida en diferentes esferas, por eso es importante conocer sobre esta asociación detallada a continuación.

De acuerdo con Meneses et al. (2023), mencionan que la obesidad es una enfermedad crónica que se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, siendo los criterios diagnósticos actuales de obesidad para adultos los que fijan el número de IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> para el diagnóstico del mismo, lo que el aumento de este porcentaje se asocia con graves consecuencias como favorecer el riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial, dislipidemia, intolerancia a la glucosa, la diabetes, cardiopatías y otras enfermedades relacionadas, es así como la prevalencia de la obesidad ha ido de forma ascendente en las últimas tres décadas y se ha casi triplicado. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), se clasifica la obesidad de acuerdo con el IMC y su relación con comorbilidades, por lo que la obesidad comprende el rango de 30-34.9 IMC kg/m<sup>2</sup> y se clasifica como de riesgo moderado, la obesidad II va de 35-39.9 IMC kg/m<sup>2</sup>, se considera de riesgo alto y la Obesidad III es  $\geq 40$  IMC kg/m<sup>2</sup>, que se clasifica como grave. También según estimaciones de la OMS en 2016, más de 650 millones de adultos de 18 o más años se encontraban en la clasificación por IMC de obesidad y se estimó que de la población adulta de todo el mundo un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres vivían con obesidad. El Atlas Mundial de Obesidad, predice que una de cada cinco mujeres y uno de cada siete hombres vivirán con obesidad para el año 2030, asimismo, en la región de las Américas se pronostica que 134 millones de hombres y 164 millones de mujeres estén en riesgo de complicaciones de la obesidad para 2030, de los que se prevé que más de 49 millones de hombres tengan un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> y casi 17

millones un  $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ , mientras que se prevé que 79 millones de mujeres tengan un  $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$  y más de 32 millones un  $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$  (Lobstein et al. 2022).

Así también, de acuerdo con el Atlas Mundial de Obesidad 2022, publicado por la Federación Mundial de Obesidad, Costa Rica refleja un aumento anual alto del 2.5% en obesidad adulta del 2010-2030, marcando un índice muy alto para adultos con obesidad para el 2030, con un 36.6% y además se encuentra entre los países de América con mayor prevalencia estimada de obesidad entre las mujeres para el 2030, con un 42% y un  $\text{IMC}$  que va desde  $\geq 30$  y  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ , lo que refleja que para el 2030 van a ser 1,500,000 de adultos con obesidad, entre hombres y mujeres.

Un instrumento desarrollado para evaluar la calidad de vida específica de la obesidad es el autoinforme llamado El Impacto del Peso en la Calidad de Vida (IWQOL por sus siglas en inglés), validado por 31 ítems que evalúan la función física, autoestima, la vida sexual, angustia pública, el trabajo y el total, las puntuaciones más altas son las que indican una mejor calidad de vida (Yu et al., 2021).

Según la American Psychiatric Association (2013), exponen que el TA se produce normalmente en personas de peso normal, sobrepeso y en personas con obesidad, se llegó a asociar por los individuos que buscan tratamiento, no obstante, el TA es distinto de la obesidad, ya que la mayoría de personas con obesidad no tiene atracones recurrentes y en comparación con los individuos obesos de igual peso pero que si tienen el trastorno, se demuestra que estos últimos, consumen más calorías y presentan menor calidad de vida, mayor deterioro funcional, malestar subjetivo y comorbilidad psiquiátrica. Conforme a Eik et al. (2021), el que el TA esté presente, informa un inicio más temprano de la obesidad, episodios más frecuentes de dieta, marcadas fluctuaciones de peso, obesidad

más severa, peso corporal elevado, mayor preocupación por la comida, escasa restricción alimentaria, insatisfacción corporal, malestar psicológico, baja autoestima, así como culpa y autodesprecio por el consumo de alimentos. También informan de un menor autoestima, más síntomas depresivos, menos restricción alimentaria, mayor angustia psicológica general y una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, es así como, el riesgo de ganar peso y de desarrollar obesidad se asocia a padecer el trastorno, por ende, concluyen que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad.

Se ha observado que más del 75% de las personas con TA también tienen sobrepeso o son obesas y que hasta un 30% de los adultos que buscan tratamiento se dan atracones, que con el tiempo provocan un aumento de peso, además, los individuos con TA que manifiestan preocupaciones sobre la imagen corporal demuestran peores resultados del tratamiento y deterioro funcional en comparación con aquellos con TA que no informan sobrevaloración del peso y la forma (Davis et al., 2020), tendiendo así mayor probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos por consumo de sustancias y mayores tasas de intentos de suicidio (Bogusz et al., 2020).

#### **2.4 RELACIÓN DE LA REMISIÓN DEL TA CON OBESIDAD Y ESTRATEGIA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO: COGNITIVO CONDUCTUAL**

Las estrategias de acompañamiento psicológico juegan un papel muy importante en la remisión del TA en personas adultas jóvenes con obesidad porque la aplicación de esas intervenciones psicológicas ha demostrado brindar aportes científicos hacia el avance

dirigido a restaurar el equilibrio emocional y psicológico del individuo, además de ayudarlo a disminuir la aparición de enfermedades al promover un estado de salud óptimo, fortaleciendo las dimensiones antes vistas que se ven afectadas por sufrir el trastorno.

Explicando la TCC como estrategia de acompañamiento psicológico para los atracones alimentarios, según la literatura este enfoque se ha estudiado más ampliamente para el TA y se ha llegado a considerar un tratamiento de primera línea, porque la terapia funciona abordando tanto las cogniciones como las conductas que mantienen los atracones, adentrándose en las creencias nucleares que la persona tenga sobre la sobrevaloración del peso, la figura y las conductas de control del peso poco saludables, en donde en algunos casos llegan a restringir alimentos que con el tiempo lo que provocan es que perpetúan el ciclo de atracones. Así mismo la TCC ha demostrado una mayor eficacia dado que los pacientes logran abstenerse de los atracones, en comparación con no seguir ningún tratamiento o en comparación con la terapia de apoyo, o seguir la pérdida de peso conductual (BWL, por sus siglas en inglés) o sólo utilizando medicación como la fluoxetina sin psicoterapia en conjunto y también la TCC muestra que superó a los tratamientos comparadores activos que han sido estudio de muchas investigaciones (Davis et al., 2020).

Igualmente, la TCC se ha evaluado en formatos de aplicación más sencillas para poder difundirlas, las cuales incluyen las intervenciones de autoayuda guiada en persona o también las digitales por medio de conexión a internet, se ha observado que la primera ha marcado una diferencia al producir mayores mejoras en los atracones en comparación con las condiciones de control como lo son las listas de espera o el tratamiento habitual o

también la autoayuda guiada de la pérdida de peso conductual y la psicoterapia interpersonal para adultos con patología baja. Sin embargo, un estudio reciente que compara la TCC guiada en persona y la terapia cognitivo-afectiva integrativa para el TA, mostró resultados en cuanto a los atracones, con calificaciones más altas de idoneidad y finalización del tratamiento para la terapia cognitivo-afectiva integrativa en comparación con la TCC guiada en persona (Peterson et al. 2020). Se ha evidenciado además que las intervenciones de TCC digital reducen la psicopatología y las conductas de los trastornos alimentarios en comparación con la lista de espera o el tratamiento habitual y otro punto a su favor es que también se requiere de menos recursos personales para su aplicación, sin embargo, una investigación a gran escala demostró que la TCC presencial era superior a una intervención de autoayuda guiada basada en Internet (Fitzsimmons et al. 2020).

Otra de las terapias que está basada en evidencia para el TA es la terapia interpersonal cuyo tratamiento se centra en abordar áreas problemáticas interpersonales, como las transiciones de roles o el duelo, que pueden ser situaciones que mantienen los atracones y como se puede observar son puntos que se adaptan bien a la dimensión del modelo interpersonal de atracones explicado anteriormente, por lo tanto al mejorar el funcionamiento interpersonal y también no utilizando los atracones como mecanismo de afrontamiento, esta terapia ayuda a las personas a resolver los atracones, es así como en estudios realizados en donde se trata al individuo en persona, se ha comparado la TCC y la terapia interpersonal, en donde se ha visto que esta segunda produce efectos comparables a los de la TCC a largo plazo, ya que un metaanálisis mostró que la terapia interpersonal produce las tasas más altas de abstinencia de atracones entre las intervenciones psicológicas o conductuales para el TA y mostró que esta también es más

aceptable que la TCC para los pacientes y médicos, remarcando que para los médicos, la terapia interpersonal es eficaz para tratar la depresión además de los atracones, lo que la convierte en una intervención de mejor opción (Davis et al., 2020).

Así también la terapia dialéctica conductual se ha evaluado para abordar los atracones alimentarios, esta terapia se ha centrado en mejorar la regulación emocional, varias investigaciones sobre esta y otras psicoterapias de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso o las intervenciones basadas en la atención plena, no han encontrado que estos tratamientos sean superiores a las comparaciones activas o a la TCC, pero pueden ser de uso para la prevención de los trastornos alimentarios al reducir los factores de riesgo como los atracones para que pasen a una frecuencia menor a la requerida para ser diagnosticado clínicamente, además de prevenir la alimentación desinhibida o descontrolada o las conductas alimentarias emocionales y las preocupaciones sobre la imagen corporal (Kenny et al. 2020).

Con respecto a las intervenciones conductuales, se ha evaluado la pérdida de peso corporal en personas con TA, dado que muchas de ellas también tienen sobrepeso u obesidad, se ha notado que generalmente la pérdida de peso corporal produce una mayor pérdida de peso que los tratamientos psicológicos como la TCC y la terapia interpersonal, pero produce una menor mejora en las tasas de remisión de los atracones en comparación con las estrategias psicológicas, sin embargo, el enfoque que sí ha producido pequeñas mejoras en los atracones alimentarios es la pérdida de peso conductual, mostrando también mejoras en el peso y los atracones comparándola con una intervención realizada de atención escalonada que incluía TCC (Grilo et al. 2020).

En resumen, los resultados satisfactorios a largo plazo de los tratamientos psicológicos para el TA contrastan con la ausencia de tratamientos satisfactorios a largo plazo para la obesidad por lo que todos los hallazgos realizados en el tiempo de estrategias de acompañamiento psicológico son esenciales para los avances hacia la remisión y el bienestar integral del individuo y una mejor calidad de vida en general, entendiendo que, una intervención psicoterapéutica se define como la manera en que los psicólogos acreditados ayudan a las personas a llevar adelante vidas más saludables y productivas, por medio de la aplicación de procedimientos y técnicas científicamente válidos para la creación de hábitos, contando con métodos formales como el cognitivo-conductual, el interpersonal y otros tipos de terapia conversacional que ayudan a resolver, reducir o prevenir los problemas de ajuste emocional, conductual o interpersonal, es así como la intervención es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo, siendo su base fundamental el diálogo, en donde se habilita un ambiente de apoyo que permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial facilitando que juntos puedan identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden a la persona sentirse bien, mejorando las capacidades personales y que al terminar la intervención psicoterapéutica la persona pueda enfrentar con efectividad los desafíos que puedan surgir en el futuro con las nuevas destrezas aprendidas (American Psychological Association, 2012).

## **2.5 ADULTEZ JOVEN Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO POR ATRACONES**

Se ha analizado a través de estudios e investigaciones que la población abarcada en la etapa de adultez temprana es el grupo que se sigue viendo más afectado a través del tiempo, porque aunque los atracones pueden comenzar desde la adolescencia temprana, el 42% de las personas con atracones presentan este tipo de conductas durante el paso de la adolescencia tardía a la adultez joven/media, desarrollándose así el curso del trastorno durante los siguientes años, iniciando el trastorno cerca de los 20 a 23, 3 años, lo que a la vez, con su evolución se va reportando un mayor deterioro en su calidad de vida que a nivel físico podrían generar otras enfermedades como el síndrome metabólico o la diabetes y empeorar significativamente llevándolos a una posible mortalidad temprana, sumándole a esto que en el ámbito mental estas personas presentan más tendencias suicidas como mencionan Nagel y Garrido (2020), por lo que es sencillo entender que el presente estudio se enfoque en la etapa de adultez temprana, ya que los individuos que presentan el trastorno comprendidos entre los 20 a 40 años pueden llegar a afectarse cada vez más pasando de tener 1 atracón a más de 14 por semana siendo este un caso extremo de TA, según Arija et al. (2022). Así también, se observa que la adultez joven presenta barreras a la hora de buscar ayuda profesional entre las que se han identificado el estigma, la vergüenza, la negación, miedo a perder el control, al cambio, la falta de percepción de la gravedad del trastorno, baja motivación para cambiar, actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda, falta de estímulo de los demás para buscar ayuda, la falta de conocimiento sobre los recursos de búsqueda de ayuda y el recurso económico en cuanto al coste del tratamiento (Ali et al. 2020). En resumen, se refleja con todo esto la importancia de una intervención psicoterapéutica adecuada al contexto en esta etapa de vida y más aún si se suma el factor de obesidad que puede llegar a presentarse en algunos.

### **3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, utilizado para detallar, examinar y comprender el tema de investigación a partir de las experiencias de los psicoterapeutas expertos en Costa Rica.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La siguiente investigación es un estudio descriptivo, se basa principalmente en exponer las estrategias de acompañamiento durante el proceso psicoterapéutico hacia la remisión del trastorno por atracones, con las que trabajan los psicólogos costarricenses en pacientes de entre 20 a 40 años, con TA y que además presentan obesidad. Se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas donde se buscó identificar los patrones y variaciones en las estrategias psicoterapéuticas.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Las unidades de análisis seleccionadas son profesionales costarricenses en psicología que hayan atendido o atiendan actualmente a personas adultas jóvenes con TA y obesidad. Se contacta a 12 personas, 1 hombre y 11 mujeres de forma personal, a las cuales se les comunica el objetivo de la investigación y su participación voluntaria en la misma, así como la información sobre el consentimiento informado en donde se explican los derechos y deberes que tienen como participantes.

#### **3.3.1. Población y muestra**

Para realizar las entrevistas y conocer sus experiencias, se seleccionaron 12 profesionales en psicología expertos atendiendo pacientes con diagnóstico de TA, que además presentan obesidad, en Costa Rica.

### 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para poder elegir los expertos participantes en las entrevistas, se determinaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Tabla n° 1 Criterios de Inclusión y exclusión

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Profesionales asociados al área de salud mental, psicología clínica, trastornos alimenticios y con experiencia en atención de adultos jóvenes que presentan obesidad.</li> <li>● Poseer al menos 3 años de experiencia laborando en el sector público o privado en el área de atención a personas jóvenes de 20 a 40 años.</li> <li>● Profesionales que trabajen con procesos psicoterapéuticos dirigidos hacia la remisión del TA en la adultez joven con obesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No practicar de forma activa la profesión al momento de llevar a cabo la investigación.</li> <li>● Si los profesionales cuentan con sus oficinas o consultorios fuera del GAM, se considera excluyente la ausencia del dominio de herramientas tecnológicas básicas para intervenir en una entrevista de modo virtual.</li> <li>● Indisposición para ser grabado (a) durante la entrevista.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia, 2025.

### **3.4. VOLUNTARIEDAD DEL PROCESO**

Para poder realizar las entrevistas, se le explicó a cada uno de los expertos participantes en qué consistía la misma, la forma y el medio. También, se les entregó el consentimiento informado de forma virtual (se puede ver en el Anexo 1), el cual explica el objetivo, la información completa sobre el propósito del estudio, los posibles beneficios, riesgos voluntariedad de participar o no y de retirarse si lo desea, así como confidencialidad de la información recolectada.

### **3.5. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La forma en cómo se realizó la entrevista fue por medio de grabación, para obtener la información se utilizó la grabadora de video de la aplicación Teams, y se crearon las categorías temáticas que se detallan a continuación (ver Anexo 2).

1. Trastorno por atracones.
2. Obesidad asociada al trastorno por atracones.
3. Consecuencias del trastorno por atracones y la obesidad en la vida de los pacientes.
4. Influencia de la adultez temprana en el trastorno por atracones.
5. Enfoque psicoterapéutico para el trastorno por atracón.
6. Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico.
7. Remisión del trastorno por atracones.

Las entrevistas semiestructuradas se organizaron en función de los objetivos y las categorías en la matriz. Estas llevaron una secuencia de temas y contuvieron trece preguntas sugeridas (ver Anexo 3).

Para que la entrevista fuera efectiva, se siguió los lineamientos de Díaz et al. (2013) (ver Anexo 4) los cuales indican que además de la guía de preguntas, se debe elegir el lugar apropiado para que puedan expresarse libremente sin interrupciones, explicar el propósito y obtener el consentimiento para poder grabar, recoger los datos personales. Además, la entrevista debe basarse en los objetivos bajo estudio para la concordancia con el problema de investigación. (Díaz et al., 2013).

### **3.5.1 Validez del instrumento**

Una vez confeccionado el instrumento, se presentó para ser evaluado ante dos jueces profesionales en psicología, de forma individual. A cada uno se le solicitó realizar una correspondencia entre las preguntas y las categorías realizadas a partir de los objetivos de la investigación.

Se utilizó el programa PSPP para obtener el índice de concordancia de Kappa de Cohen, entre cada juez y las preguntas originales. Al realizar dicho procedimiento, se obtiene que todas las comparaciones son mayores a 0.5, lo que según Landis y Koch (1997), citados por Cerda y Villarroel (2008), significa que K tiene un valor concordante y puede utilizarse el instrumento (ver Tabla 2).

**Tabla n°2.** *Índice de concordancia Kappa para un instrumento de estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones,*

*presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos, para una n =2, en el proceso de validación con jueces expertos.*

Resultado	Original vrs Juez 1	Original vrs Juez 2	Juez 1 y Juez 2
Índice de Kappa	0.76	0.61	0.68

Fuente: elaboración propia, 2025.

En el Anexo 5, se pueden ver los resultados que se obtuvieron de las comparaciones hechas por los jueces.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

#### 4.1 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los datos fueron organizados por medio de grabaciones, para luego ser transcritas, este proceso permitió disponer de material detallado para hacer un análisis de categorías, facilitando comprender mejor la información obtenida, además, la recolección de los datos se realizó de forma virtual por medio de videollamadas desde la aplicación de Teams y estuvo dirigida a 12 psicólogos con conocimiento en la atención de adultos jóvenes con trastorno por atracones. A partir de esto, respondiendo a los tres objetivos de investigación, se obtuvo la información necesaria para siete categorías diferentes: Trastorno por atracones, Obesidad asociada al trastorno por atracones, Consecuencias del trastorno por atracones y la obesidad en la vida de los pacientes, Influencia de la adultez temprana en el trastorno por atracones, Enfoque psicoterapéutico para el trastorno por atracón, Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, Remisión del trastorno por atracones, de las cuales, más adelante, se ofrece una estructura de forma organizada para simplificar la comprensión de la información proporcionada.

Con respecto a los datos sociodemográficos de los psicoterapeutas entrevistados se pueden observar las siguientes tablas:

**Tabla n°3.** *Rango de edades de los psicólogos entrevistados.*

Rango de edades	26 a 28 años	33 a 35 años	41 a 46 años	63 años
Cantidad de expertos	2	3	6	1

Fuente: elaboración propia, 2025.

**Tabla n°4.** *Grado académico de los psicólogos entrevistados.*

Grado académico	Licenciatura	Maestría
Cantidad de expertos	5	7

Fuente: elaboración propia, 2025.

**Tabla n°5.** *Preparación/ Capacitación académica de los psicólogos entrevistados.*

Preparación/ Capacitación académica	Cantidad de expertos que la han llevado
Capacitación en trastornos de alimentación.	4
Entrenamiento en la terapia dialéctica conductual (DBT) para personas con trastorno por atracón.	3
Maestría en terapia breve estratégica.	2
Acreditación en terapia cognitivo conductual mejorada para trastornos de la conducta alimentaria (CBTE).	2
Especialista en TREC y adicciones.	1
Maestría en trastornos alimentarios	1
Maestría en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad, específicamente en trastorno por atracón.	1
Maestría en psicología clínica	1

Maestría en terapia Gestalt	1
Maestría en resolución alterna de conflictos.	1
Especialización en abordaje de trastornos de conducta alimentaria.	1
Capacitación en la prevención, detección y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria.	1

Fuente: elaboración propia, 2025.

Respecto a los años de experiencia realizando psicoterapia, se identificó en los participantes un rango entre 3 y 33 años, con una media de 12.17 años (DE = 7.47).

Continuando con la organización de las siete categorías, obtenidas de los objetivos específicos, se deriva la información de los resultados, en donde, de cada una de las categorías se lograron identificar en el estudio subcategorías de resultados. En el Anexo 7 se encuentra un esquema que ilustra las áreas identificadas.

**4.1. Objetivo específico 1:** Describir las principales características y particularidades del trastorno por atracones y la obesidad en la etapa de adultez temprana en personas adultas costarricenses.

**4.1.1. Categoría 1: Trastorno por atracones**

Esta categoría aborda desde la experiencia clínica de los psicólogos, las características y síntomas, la frecuencia y eventos desencadenantes del trastorno por atracones, donde destacan los aspectos a considerar, para ellos. En el (Anexo 6.1) se muestra un esquema más amplio sobre las categorías.

#### **4.1.1.1. Pérdida de autocontrol.**

Las características y síntomas del trastorno por atracones señalados por los psicoterapeutas entrevistados se manifiestan en diferentes áreas, no solo conductuales sino también cognitivas y emocionales. En este sentido, la mayoría de los psicólogos, siete de ellos, mencionaron la pérdida de autocontrol involuntario, entendiendo esto como la incapacidad que tienen las personas con el trastorno, para regular sus impulsos y sus emociones, agregando además la ausencia de conductas compensatorias señalada por sólo un entrevistado: “Son personas que están teniendo episodios recurrentes de atracones en ausencia de conductas compensatorias, o sea, ya sea vómitos o purgas, laxantes verdad y la cantidad de comida que la persona está ingiriendo es objetivamente grande y pues igual el elemento clave del atracón es la pérdida de control, son personas que habitualmente restringen su alimentación, ya sea que estén haciendo una dieta o que en general tienen una larga historia de una alimentación restringida” (P5).

#### **4.1.1.2. Ansiedad, depresión y culpa**

Está el hecho además de como individuo adulto joven presentar síntomas como ciertos niveles de ansiedad, culpabilidad y depresión, mencionado por siete profesionales, esto se puede interpretar como diferentes aspectos de la salud mental que pueden estar

**Nota:** P5= Participante 5, en la redacción de resultados, el número cambiará conforme al orden en que fueron entrevistados los psicólogos.

relacionados, desde la sensación de preocupación o la tristeza y pérdida de interés o la responsabilidad por sentir que se ha hecho algo mal: “Está primero la parte emocional, la parte mental que viene siendo como ansiedad, depresión, este, después del atracón me siento sumamente lleno, viene en el estado de culpa, me trae más ansiedad y a veces inclusive, pues como más, verdad, ya me siento mal, pero me pego un segundo atracón y una persona en terapia me dice, me siento vacío entonces trato de compensar este vacío con algo más” (P6).

#### **4.1.1.3. Baja autoestima e insatisfacción corporal**

Los resultados de las entrevistas señalan que siete de los psicólogos también consideran este elemento, asumiendo este concepto como la valoración negativa que los individuos tienen de sí, de forma muy crítica: “Ese tipo de perfiles son autoestima muy lesionada, tienen depresión, tienen mucho problema con su cuerpo, mucha inseguridad, se sienten muy comparados, pero el fondo, lo que he visto en diferentes edades, es una autoestima muy frágil, muy quebrada, es un intento de suicidio muy, muy inconsciente y yo he percibido en diferentes perfiles que es una conducta adictiva, narcotizante, evasiva, se esconden en el cuarto, duermen todo el día, la comida les da sueño” (P7). Así, efectivamente el trastorno por atracones impacta negativamente las emociones, igualmente esa desconexión con el cuerpo y es hasta señalado como un aspecto de adicción.

#### **4.1.1.4. Dieta restrictiva.**

Respecto a los aspectos conductuales, cinco de los profesionales indican las dietas restrictivas como síntomas repetitivos, considerando esto como un plan alimenticio en el que los pacientes limitan alimentos: “Síntoma muy común, personas con dietas restrictivas, entonces llega un punto donde hay una pérdida de autocontrol y viene el atracón y quizás ya sobrepasan los 2, 3 meses de estarlas gestionando” (P3).

#### **4.1.1.5. Sobre ingesta.**

A la vez, otro elemento sugerido por cuatro de los psicoterapeutas fue la sobre ingesta de comida realizada por los adultos jóvenes, entendido como el acto de comer más de lo que el cuerpo necesita de forma excesiva: “La persona primero restringe y luego pierde el control con la sobre ingesta de alimentos en un tiempo corto” (P4).

#### **4.1.1.6. Estructura y funcionamiento cerebral.**

Por otro lado, refiriéndose a las características y síntomas desde la parte cognitiva, uno mencionó: “Son personas que tienen un descontrol con la comida, de forma involuntaria debido a características a nivel de cómo funciona el cerebro y de cómo está estructurado también y por algunos condicionamientos, por ejemplo, en la relación con la comida, tienen además periodos en los que han hecho dietas extremas” (P12). Este testimonio propiamente destaca no solo la parte estructural fisiológica, sino también el arraigo de pensamientos, lo que proporciona una de las características del trastorno.

También, otro psicoterapeuta señaló que existen estabilizadores del estado de ánimo que podrían alterar el balance de sustancias en el cuerpo, además puede estar dentro de la

ecuación una alteración biológica, asimismo, junto con otro profesional mencionaron que algunas personas con un funcionamiento cerebral diferente al “típico” pueden verse afectados: “El litio o ciertos antidepresivos pueden tener un efecto de aumento de la ingesta porque aumenta el apetito, también podemos hablar de personas que están en el espectro neurodivergente, que pueden tener problemas para reconocer el hambre y la saciedad, entonces pueden traer esa dificultad a la hora de parar la conducta alimentaria y entre muchos otros factores también hay un factor biológico, que principalmente lo que se ha determinado es que ciertas personas con atracón puede que sientan como más placer al comer en las zonas de recompensa del cerebro, que las personas que no tienen atracón” (P8). En este caso claramente existen también factores más complejos y detallados como los mencionados, que poco son conocidos por los psicólogos entrevistados.

#### **4.1.1.7. Frecuencia de los atracones**

La frecuencia de los atracones que las personas en la adultez joven manifiestan van a ser variadas en cantidad de días que repiten la conducta, también varían los momentos del día en que lo realizan y las repeticiones de ingesta en un día, tal como se puede ver en las siguientes respuestas, mencionado por los doce psicoterapeutas “Podría ser de 1 a 2 diarios, verdad y ahí sí hay un pico en tema de realizar atracones en la tarde noche, cuando ya salgo de trabajar y ya no tengo ocupaciones y/o los fines de semana, verdad” (P9). “Pueden realizarlo este, una vez a la semana o todos los días, es, es, muy variado también siendo diferente entre una semana y otra, va a depender de la persona completamente” (P1).

#### **4.1.1.8. Traumas**

En cuanto a los eventos desencadenantes, once de los psicólogos entrevistados señalaron que pueden haber eventos desencadenantes que respondan a situaciones vividas en el pasado y que no han sido resueltas, tengan o no conocimiento los pacientes de que son temas que los está afectando en el presente, se muestra con las afirmaciones de: “El primero es como un trauma, que vienen arrastrando desde la infancia de, me metieron una cultura, a dieta desde que era muy niño, verdad, hay mamás que desde que son niños empiezan como, meta la panza, tenés que hacer dieta, vea que gordo está, esto genera un ansiedad grandísima que cuando son adultos empiezan como, siempre he sido un blanco de crítica, entonces me acuerdo de esto, me da ansiedad y como más, verdad” (P6). “Mucho en la génesis, digamos del trastorno de, de abusos sexuales de, de la violencia física, la violencia intrafamiliar, el trauma complejo, problemas de abandono, digamos, normalmente es relacional. (P4).

#### **4.1.1.9. Gestión de emociones**

Además, ocho de las respuestas derivan la variable de que los pacientes adultos jóvenes con trastorno por atracones no conocen cómo gestionar las emociones displacenteras cuando se presenta algún conflicto ante ellos, que en algunas ocasiones mencionadas, los lleva a sobre pensar: “Por ejemplo, si está estudiando y me, y sentí que no me fue tan bien en un examen o me dieron la nota y no me fue tan bien, entonces la misma ansiedad, del mismo miedo, la misma vergüenza que me genera el resultado, me lleva a que la forma en que gestiono lo que estoy sintiendo es por medio del atracón” (P3). “Por ejemplo tiene mucho problema con sus figuras de apego, tiene una relación de pareja que es caótica y

tiene un vínculo que es super inseguro, él es muy dependiente, tiene una pelea con la pareja y entonces llega a la casa a darse el terrible atracón” (P4). “Hay también una rumia de pensamiento previa en torno a la delgadez, que debería ser delgada, a que debería de cambiar mi cuerpo, pero entonces yo debería de hacer ciertas cosas” (P9). En este caso claramente existe un proceso multifactorial de desencadenantes que surgen no solo de las dificultades de las experiencias de vida sino también de lo que se presenta en lo cotidiano que genera malestar.

#### **4.1.2. Categoría 2: Obesidad asociada al trastorno por atracones**

Esta categoría aborda algunas de las opiniones más relevantes de los psicoterapeutas con respecto a la frecuencia en que el paciente con trastorno por atracón también presenta obesidad y, además, la creencia de la relación entre el trastorno por atracones y la obesidad, según su experiencia clínica, a continuación, se analizan las percepciones relacionadas con esta categoría. Los detalles más amplios de la categoría están disponibles en el (Anexo 6.2).

##### **4.1.2.1. Frecuencia en que el paciente con trastorno por atracón también presenta obesidad**

En las siguientes respuestas de los psicólogos participantes se analizó la frecuencia en que el paciente con trastorno por atracón también presenta obesidad que, desde los puntos de vista de ellos, lo más mencionado fue, que el tener el trastorno por atracón no implica que en algún momento se llegue a tener obesidad y que además de eso hay otras consideraciones importantes a tomar en cuenta.

Para comenzar, en este sentido mencionado anteriormente, se enfatiza en siete afirmaciones como, por ejemplo: “Sí hay una población mayoritariamente con sobrepeso y el atracón conlleva un riesgo de sobrepeso, pero no necesariamente es vinculante, puede suceder en cualquier persona, de cualquier contextura” (P2). “Sí hay personas con obesidad que tienen un trastorno por atracón, pero no todas las personas con obesidad tienen trastorno por atracón, hay personas que tienen tallas grandes y que no tienen atracones, pero su genética no le ayuda a tener ese estereotipo, esa forma de cuerpo que la sociedad nos ha dicho que tenemos que tener” (P12).

Cinco profesionales refirieron que la frecuencia de presentar trastorno por atracón y obesidad es alta: “Es muy común que los pacientes con trastorno por atracón estén entre paciente con sobrepeso y obesidad” (P3). “El 75% de la gente que tiene obesidad tiene un trastorno por atracón” (P4). Aquí se refuerza la idea de que los pacientes con trastorno por atracón van a tener un peso mayor al estandarizado como norma.

#### **4.1.2.2 Relación causal entre el trastorno por atracones y la obesidad**

Los psicoterapeutas entrevistados tuvieron diferentes opiniones de la relación existente entre el trastorno por atracones y la obesidad, en las que se explican tres vías de comprensión de lo que sería esa creencia o no por parte de ellos, primero cuatro mencionaron la importancia de no relacionar la obesidad con el trastorno, por ejemplo: “No es una relación causal verdad, no quiere decir que yo tenga atracón y voy a ser una persona obesa” (P9). “La restricción sí genera aumento de peso, no tanto la sobre ingesta

de un atracón, sino más bien como este ciclaje entre no como, luego como, empiezan a ver estos picos, pues de la glucosa de azúcar en sangre y se hace lo que llamamos un caos alimentario y es realmente a veces lo que está más correlacionado con aumento de peso que como tal la conducta de sobre ingesta” (P8).

Cuatro de los entrevistados, especifican puntos de exclusión en la relación del trastorno y la obesidad, por ejemplo: “Podría haber una relación, sin embargo, no todas las personas que tienen obesidad tienen atracones, la obesidad es, como que se ha dado por tipos de hábitos que tiene, por una cuestión a veces hormonal” (P10). “No es que solo la población con obesidad tiene este problema, sino que hay mucha población de todo tipo que tienen ese problema, pero en, en la persona con obesidad, pues es más marcado o hay más posibilidades de que se presente por muchas circunstancias, como lo que es autoimagen, ansiedad, verdad, estrés, peso social que conlleva una idea de salud vinculada a la delgadez o a la figura, todo eso, pues genera una presión extra en estas personas” (P2).

Además, otros cuatro psicoterapeutas explicaron las afirmaciones de que sí hay relación entre variables: “Sí, creo que hay una relación y la respuesta sería por la falta de control de impulsos” (P11). “Sí, porque creo que si no se atiende bien va directo al camino de la obesidad” (P7), esto indica que aún hay profesionales en salud mental que tienen la creencia de que existe una relación entre el trastorno por atracones y la obesidad.

#### **4.1.3. Categoría 3: Consecuencias del trastorno por atracones y la obesidad en la vida de los pacientes**

Esta categoría aborda el deterioro psicológico y físico que enfrentan los pacientes adultos jóvenes con trastornos por atracones y obesidad, necesaria porque brinda información útil a nivel salud, tanto física como mental. Los detalles relacionados con esta categoría se pueden ver en el (Anexo 6.3) de forma más amplia.

#### **4.1.3.1 Deterioro psicológico**

Durante las entrevistas, se pidió a los psicólogos que describieran, desde su conocimiento, el deterioro psicológico que enfrentan los pacientes en la adultez joven con trastorno por atracones y obesidad. Se observó que la mayoría de ellos, mencionaron los mismos puntos del deterioro psicológico, como la vergüenza, refiriéndose al momento en el que la persona percibe que podría generar en los demás rechazo o crítica, a la vez, se mencionaron conceptos explicados con anterioridad: “Bueno, a nivel emocional, pues suelen ser pacientes que vienen con mucha culpa, mucha vergüenza a la consulta, es decir, se suelen sentir muy en descontrol de sí mismos, suelen tener conceptos muy negativos sobre sí mismos, una baja autoestima, como que dificultad en capacidad de relacionarse con otras personas, de hacer sus actividades con, con cotidianidad, [..]” (P5).

#### **4.1.3.2 Aislamiento social**

De la misma forma, dos mencionaron también el aislamiento social como parte de las consecuencias sufridas por los adultos jóvenes, relacionando esto al poco o nulo contacto con otros que llegan a tener estas personas: “[..] el deterioro psicológico es completamente asociado, mucho a la autoestima, verdad, al, al no, al tener problemas con el amor propio, también la parte del aislamiento social, el, el, el sentirse que no son merecedores de cosas buenas” (P11).

#### **4.1.3.3 Etiqueta clínica**

Otro psicoterapeuta además describió, como parte del desgaste cognitivo, el etiquetarse con el trastorno, en donde la persona asimila el diagnóstico como parte de su propia identidad, a la vez, se mencionaron conceptos explicados con anterioridad: “De la parte emocional, verdad, los primeros factores son ansiedad, culpabilidad, crítica, una baja autoestima, verdad, baja autopercepción, una falta de autoconocimiento, también muy grande, las personas con atracón casi siempre presentan como esta pérdida de identidad, verdad, sienten que el atracón los define o sienten que ellos son el atracón, se ponen esa etiqueta [..]” (P6).

#### **4.1.3.4 Deterioro físico**

En la parte de consecuencias físicas, los psicólogos variaron el desarrollo de sus respuestas, uno de ellos mencionó que puede haber resultados de pruebas que se encuentren fuera de los rangos normales establecidos: “[..] a nivel físico, alteraciones en sus exámenes de laboratorio” (P3).

Así también, otro experto explicó que pueden sufrir de enfermedades que afecten el corazón o los vasos sanguíneos: “[..] ahora viene la parte física, problemas cardiovasculares, todos los problemas como diabetes, verdad, cansancio, este, triglicéridos altos, colesterol superalto, una persona que ya no es capaz de subir unas escaleras sin ahogarse” (P4).

Además, uno de los psicoterapeutas se refirió a las molestias articulares que padecen estos pacientes: “El deterioro físico, las personas se quejaban mucho de dolor de rodillas, de articulaciones, la fatiga, también se ve la hipertensión, diabetes [..]” (P10), así el deterioro tanto psicológico como físico se agravará en la medida en que la persona recorre más dentro del trastorno.

#### **4.1.4. Categoría 4: Influencia de la adultez temprana en el trastorno por atracones**

Esta categoría aborda la relación entre las vivencias experimentadas por las personas en la etapa de adulto joven y el trastorno por atracones y la obesidad, desde la propia opinión de los entrevistados. En el (Anexo 6.4) se muestra un esquema más amplio con esta categoría.

##### **4.1.4.1 Situaciones estresantes del día a día**

La totalidad de los psicoterapeutas entrevistados sí relacionaron que las situaciones vividas durante la etapa de adultez joven pueden influir el trastorno por atracones y la obesidad, mencionando reiteradamente los mismos factores, como los cambios que pueden ser desafiantes y se presentan en las relaciones, el trabajo y/ o las responsabilidades del momento, por ejemplo: “Sí te podría decir que, por ser una etapa muy turbulenta de cambios y usualmente la gente, aunque sea tiene alimentación desordenada, un factor asociado que es el desorden en la comida, pasar horas sin comer, luego voy como un montón y eso es un predisponente de atracón” (P8).

##### **4.1.4.2 Traumas y experiencias de violencia en el pasado**

Además, los doce entrevistados hacen hincapié en que no en todos los casos es así, porque a algunos pacientes solo les afectó algo que experimentaron en otras etapas del ciclo vital que los marcó, indicando que las vivencias en esta etapa de la vida juegan con la capacidad de regulación emocional que tenga el individuo para procesar el sentir, pensar y actuar en pro o en contra de su salud, tal como lo describen a continuación: “Si, hay una vinculación con ambientes irregulares, en los cuales hay, pues, violencia psicológica, violencia física, también, pues obviamente todo lo que tiene que ver con violencia social y sexual, ver las redes sociales, las burlas que hay hacia las personas con obesidad, pues obviamente genera a nivel de pensamiento, pues una serie de ideas y creencias respecto a cómo debe ser, cómo debo actuar y pues, detone” (P2).

#### **4.1.4.3 Estigmas respecto a la apariencia física, ideal de belleza**

Así también uno de los psicólogos se refirió a esa presión social que causa el tener que ajustarse a ciertos estándares de belleza, en aquellos que no los cumplen. “Es multifactorial, la parte de lo que refuerza o no refuerza mi familia, la parte macro social que es esa condenada verdad, que son estos estigmas de belleza en el que estamos absolutamente todas metidas” (P9).

**4.2. Objetivo específico 2:** Explicar las estrategias psicoterapéuticas utilizadas por los profesionales costarricenses para el tratamiento del trastorno por atracón.

##### **4.2.1. Categoría 5: Enfoque psicoterapéutico para el trastorno por atracón**

Esta categoría aborda el enfoque de psicoterapia con el que trabajan los profesionales entrevistados para tratar a los pacientes con este diagnóstico. Los detalles más amplios de la categoría están disponibles en el (Anexo 6.5).

#### **4.2.1.1. Terapia Cognitivo Conductual**

De la subcategoría se desprende una parte esencial para abordar de forma profesional este trastorno, siendo el enfoque de psicoterapia más mencionado, por nueve de los expertos, el Cognitivo Conductual por contar con mucho respaldo científico y por todo el trabajo que se puede llevar a cabo a nivel de reestructuración cognitiva y conductual: “Bajo enfoque Cognitivo Conductual verdad, es como el enfoque que mayormente se recomienda, que aprenda a, a ver, a cambiar sus pensamientos, a cambiar sus hábitos, conductas” (P1).

#### **4.2.1.2. Psicósomática**

Además, en las respuestas obtenidas por los terapeutas, se da una relación entre enfoques, sólo uno de los psicólogos relaciona la Cognitivo Conductual y Psicósomática en donde es importante trabajar con las emociones que comienzan a manifestarse como síntomas físicos o pueden causar enfermedades: “El más efectivo es Cognitivo Conductual y lo uno con Psicósomática, toda la parte de acumulación de emociones, cada órgano tiene un significado” (P7).

#### **4.2.1.3. Terapia Dialéctico Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso**

Estas terapias de tercera generación ayudan en la necesidad de regular las emociones intensas del individuo, además de aceptar los pensamientos, los sentimientos y enseñar a

comprometerse con las acciones que se deben realizar para mejorar, las terapias fueron mencionadas en conjunto por cuatro de los profesionales: “Para mí, Cognitivo Conductual tiene demasiada evidencia a su favor, también me gusta mucho trabajar desde la terapia Dialéctico Conductual porque vamos a trabajar toda la parte de la regulación emocional, también con técnicas del Mindfulness que hay cualquier cantidad de evidencia a favor, terapia de Aceptación y Compromiso que nos lleva a una modificación en el pensamiento” (P3).

#### **4.2.1.4. CBT-E: Terapia Cognitivo Conductual Mejorada**

A resaltar está una de las terapias mencionadas por tres psicólogos, la CBT-E, que fue diseñada específicamente para tratar el trastorno por atracones: “Principalmente con el, la terapia cognitivo conductual mejorada para trastornos de la conducta alimentaria, conocida en inglés como CBT-E, que es el tratamiento estándar para el trastorno por atracón en personas adultas, también complemento con DBT en su adaptación para personas con trastorno por atracón, este se enfoca mucho, como en toda esta parte de tolerancia al malestar, regulación emocional y temas, si los hubiese, como de imagen corporal, la terapia de aceptación y compromiso y pues inclusive de movimientos y prácticas como la neutralidad corporal, por ejemplo” (P5). Con este enfoque se expone la herramienta con validez adecuada en concreto para la población que padece el trastorno por atracones.

#### **4.2.2. Categoría 6: Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico**

Esta categoría aborda cómo es la estructura de un plan de intervención, así como las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico para trabajar con los pacientes, utilizados por los profesionales costarricenses entrevistados y también, esta categoría aborda las estrategias psicoterapéuticas existentes en Costa Rica para el tratamiento del trastorno por atracón. Los detalles relacionados con esta categoría se pueden ver en el (Anexo 6.6) de forma más amplia.

#### **4.2.2.1 Entrevistas y pruebas diagnósticas**

Dentro de la estructura de un plan de intervención psicoterapéutico los entrevistados señalan que este siempre se adecúa a los momentos que esté pasando el paciente, así que los estructuran a partir de la necesidad actual del adulto joven que presenta el trastorno, los elementos que no varían en el plan son la realización de la entrevista, el uso de pruebas diagnósticas para identificar los aspectos que se deben trabajar y estrategias de acuerdo al enfoque que trabajen, estas últimas se definirán en la siguiente subcategoría, en esta, sólo fueron mencionadas por los profesionales en salud mental como parte de su planeación, por ejemplo: “Ok, bueno, la entrevista inicial, la hago con el análisis funcional de la conducta, me voy a centrar mucho en los factores que están como facilitándolos, cuáles son de mantenimiento, cuáles protectores, después de eso se establecen objetivos, también trabajo con las escalas de auto observación, la EDQ que es del enfoque transdiagnóstico de TCA, va a medir conductas de riesgo, combino eso con auto registros de alimentación, terapia de exposición, el manejo de culpa, psicoeducación y ya al final viene lo que es el mantenimiento de resultados o prevención de recaídas” (P8).

#### **4.2.2.2 Plan de intervención propio de cada enfoque psicoterapéutico**

Así también es posible planear un plan de intervención desde distintos enfoques, que se adecúen a la necesidad de la persona, tres de los entrevistados mencionaron el identificar y modificar patrones de pensamiento y otras estrategias: “Si, bueno, se hace una entrevista, el análisis funcional, ahí empezamos a trabajar en lo que es, pues la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades para afrontar problemas y también se trabaja el desarrollo de la autoestima, el autoconcepto y la prevención de recaídas, pues día y, ahí se va trabajando de, de acuerdo a los temas que van surgiendo” (P2).

Desde la CBT-E, el tratamiento estándar creado para el trastorno por atracón, otros tres psicoterapeutas explican el uso de otras pruebas diagnósticas: “Bueno, iniciamos con una evaluación en el Protocolo de la CBT-E, hacemos una entrevista bastante exhaustiva que complementamos con el cuestionario EDQ y pues dependiendo usamos otras pruebas que puedan complementar, como el índice de depresión de Beck, alguna prueba de ansiedad, cuestionario de actitudes sobre la comida, entonces con base en eso, hacemos la formulación del caso, de habitual empezamos por la conducta alimentaria directamente, seguimos con la sobrevaluación de cuerpo, peso y figura, para el final vemos trauma y para finalizar, de, prevención de recaídas” (P5). Se evidencia cómo con el Cognitivo Conductual y TREC, el enfoque Transdiagnóstico y CBT-E, que es la terapia cognitivo conductual mejorada, se visibiliza a detalle la profundidad del trastorno por atracones en personas adultas.

#### **4.2.2.3 Psicoeducación**

En cuanto a las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, cuatro de los psicólogos mencionaron la psicoeducación como una de las estrategias importantes dentro de la intervención terapéutica, además de herramientas que brinda la terapia cognitivo conductual, como la identificación de ideas irracionales, su reestructuración y el manejo de la rumia, a continuación se aprecia una de las respuestas dadas en la que se incluyen: “[..]la psicoeducación, trabajar emociones porque no está gestionando bien sus emociones y está tratando de apagar el malestar con esta sobre ingesta, luego vamos al tema de la TCC, los pensamientos, las creencias, yo siempre voy a tratar de trabajar un poquito trauma y apego, verdad porque el apego tiene mucho que ver con el autocuidado” (P4).

#### **4.2.2.4 Exposición**

También cuatro de los entrevistados expresaron que otra de las estrategias importantes es la exposición, además de estrategias de la terapia dialéctica conductual como el desarrollo de habilidades para regular emociones y tolerar el malestar: “El Protocolo de la, de la CBT-E, lo aborda por medio de la exposición para que la persona regule su alimentación, se exponga a sus alimentos limitados y evitados temidos, que luego son con los que tienen atracones, los exponemos a que rompan sus reglas con la comida, les exponemos al peso, en algunos casos también les exponemos a verse en espejos para trabajar su imagen corporal, les exponemos a que vayan haciendo cosas que han dejado de hacer, o que no se han permitido hacer por su insatisfacción corporal. Trabajamos con las habilidades de regulación emocional y de tolerancia al malestar, en particular si, tiendo mucho como a la

neutralidad corporal y estos otros enfoques para trabajar en la relación que tiene la persona con su cuerpo” (P5).

#### **4.2.2.5 Autoobservación**

De la misma forma dos profesionales nombraron la autoobservación como necesaria, generar autoconciencia, ya sea de pensamientos, emociones, sensaciones corporales o comportamientos:” Estrategias te diría que bueno, la auto observación como tal, que la persona tenga muy claro cuáles son esos patrones de antecedentes, conducta y las consecuencias o las respuestas” (P8).

#### **4.2.2.6 Conciencia plena**

Así mismo, uno de los expertos mencionó la estrategia de la conciencia plena como estrategia dentro de la terapia de aceptación y compromiso para que puedan las personas aceptar sus experiencias internas y comprometerse con acciones para su vida: “[..]ahorita les gusta mucho como la meditación, el mindfulness, porque eso conecta muchísimo cuerpo mente, verdad, que es lo que necesitamos, esa disociación que se da en el, en el tiempo de un trastorno por atracón, necesitamos disolverla” (P6). Estas estrategias aumentan el bienestar psicológico y son parte clave del bienestar general del individuo adulto joven, reduciendo el trastorno por atracones.

#### **4.2.2.7 Estrategias psicoterapéuticas específicas en Costa Rica**

La pregunta hecha a los terapeutas quería indagar sobre si existían estrategias psicoterapéuticas específicas en el país para tratar el trastorno por atracón, todos los

entrevistados respondieron que no había ninguna específica creada para el contexto costarricense, pero comentaron lo siguiente: “No, no tenemos estrategia de intervención ni de prevención como tal de TCAs, entonces por ejemplo está eh, la Comisión de Trastornos Alimentarios del Colegio de Psicología, que hacen como campañas cada cierto tiempo de concientización, pero realmente no hay como tal una estandarización, se aprobó el primer debate, un proyecto de ley para la atención de los TCA, porque lo que nosotros atendemos es cuando ya el TCA se consolidó, ya la persona tiene que el atracón, que la restricción que, etcétera, entonces un proyecto de ley así nos daría recursos para poder pues incidir en etapas más tempranas” (P8). “Creo que no hay verdad, hay, por ejemplo, en el en el Colegio de Psicólogos, yo sí doy una básica o sea que, que es como para entender sobre los trastornos alimentarios y doy un poquito, pero no profundizo en, en esta terapia CBT-E” (P12). “Yo me puse a investigar sobre eso y no hay, lo que hay son varias clínicas que ven adicciones, pero propiamente como de atracón no” (P7). Con esto se evidencia la inexistencia de un recurso específico para el país que contemple el abordaje del trastorno por atracones.

**4.3. Objetivo específico 3:** Comprender la influencia de las estrategias de acompañamiento en el avance hacia la remisión del trastorno por atracones, utilizadas por los psicoterapeutas expertos costarricenses.

#### **4.3.1. Categoría 7: Remisión del trastorno por atracones**

Esta categoría aborda las estrategias más efectivas para llegar a la remisión parcial o total del trastorno y, asimismo, la modificación de estrategias después de una recaída del paciente. En el (Anexo 6.7) se muestra un esquema más amplio con esta categoría.

#### **4.3.1.1 Exposición**

En cuanto a las respuestas brindadas por los psicoterapeutas, se mencionan las más utilizadas, cuatro de los profesionales hablaron específicamente de la técnica de exposición, enmarcada desde el tratamiento CBT-E como la mejor estrategia: “Bueno, yo creo que la exposición, esa es la estrella del tratamiento porque es la estrategia que tenemos para que la persona vaya rompiendo sus reglas con la comida. También les exponemos a verdad, a que vayan haciendo cosas que evitan hacer y dejen de hacer, la exposición al peso nos ayuda mucho como ahí neutralizando y trabajando ese temor a su peso, la exposición es, es muy difícil para las personas hacerla, pero es muy efectiva y las habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar también, pues, van acumulando cada vez más evidencia científica de que nos ayudan a esta parte del disparador emocional en la persona que deriva en un atracón” (P5).

#### **4.3.1.2 Restructuración cognitiva**

Por su parte la cognición y la necesidad de reestructurarla, forma parte del camino hacia la remisión, según algunos de los entrevistados: “Lo que son las técnicas de, de autocontrol han funcionado muy bien, la reestructuración cognitiva, eso este, pues sí, más que comprobado de que a nivel de muchos trastornos pues nos genera una buena proyección y creo que digamos todo lo que sea, gestión de la ansiedad, poder lidiar con los síntomas, el poder enfrentar la incomodidad, la frustración, evidentemente, pues depende de cada caso” (P2).

#### **4.3.1.3 Conciencia Plena**

Otro aspecto que se destaca de las experiencias de los psicólogos es la práctica de la conciencia plena en conjunto con otras estrategias relacionadas: “Creo que las, una, digamos, de las, de las que más me han ayudado es ayudarles a aprender a este, a que tengan ejercicios de respiración, verdad, también hay técnicas de como de, de técnicas de Stop y otra el registro de alimentación es importantísimo porque a uno le da este, demasiada información del paciente” (P11). Así, efectivamente estas estrategias impactan en dirección positiva hacia la remisión de los pacientes.

#### **4.3.1.4. Estrategias ante la recaída**

Se consideró conocer sobre las estrategias que los psicoterapeutas han tenido que cambiar o modificar después de la recaída del paciente, la totalidad de los entrevistados están de acuerdo en que más allá de cambiar la estrategia en concreto, lo que se debe es analizar el porqué de la recaída y con esa información moldear la estrategia: “Pues primero tendríamos que evaluar qué es lo que ha llevado a esa recaída, todo dependerá, verdad, si es que la persona ha vuelto a restringir, entonces exponemos, si es que está pasando algo, o sea como que está en una situación que sus recursos de regulación emocional se están viendo desbordados entonces, reforzamos por ahí por habilidades de regulación emocional, de tolerancia al malestar. Si vemos que es un tema de que, pues sigue bastante insatisfecha con su cuerpo, evaluándose mucho en función de su cuerpo, entonces reforzamos por ahí, pero, es decir, es, yo creo que seguir viendo un poco las estrategias que hemos venido trabajando, como las adaptamos para la razón en particular que haya llevado a la recaída” (P5).

Y para finalizar, también cinco de los expertos comentaron la importancia de desculpabilizar al momento que ocurre la recaída: “Empezar a trabajar todo lo que es la autocompasión, porque la persona se va a señalar a sí mismo, se va a evaluar a partir de esa recaída y lamentablemente no se evalúa desde el punto de vista de ok, es algo que le puede pasar a cualquiera, si no, yo soy el que estoy fallando, porque hay una culpabilización muy fuerte y mucha vergüenza, toca trabajar primero la secuela que generó el, la recaída en cuanto a la parte emocional para después tomar, ok, retomar perdón, lo que es el tema del detonante de la recaída” (P2). Se puede observar entonces, que la remisión del trastorno por atracones, aún con recaídas, es posible abordarla desde la búsqueda del bienestar integral, evaluando la particularidad del paciente para contribuir en su desarrollo.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El trastorno por atracones manifiesta una serie de características y síntomas que destacan en las personas que lo padecen. Por esto, se resalta de lo mencionado por los psicoterapeutas entrevistados la pérdida de autocontrol y la sobre ingesta de alimentos como características, lo cual concuerda con la idea plasmada en el DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], (2013), de que se sufre de episodios recurrentes de ingestión de una cantidad muy elevada de alimentos y va acompañado de una sensación de pérdida de control mientras ingiere la comida.

A la vez, los entrevistados se refirieron a que la persona afectada presenta ansiedad, depresión y culpa, lo que también se relaciona con el estudio de Eik et al. (2021), quienes subrayan la incapacidad para describir y/o reconocer las propias emociones y luego sentirse molestos, culpables o deprimidos.

Igualmente, los psicólogos costarricenses señalaron como síntomas presentes una baja autoestima e insatisfacción corporal, concordando con Eik et al. (2021), el que el TA esté presente, informa un inicio más temprano de [...] insatisfacción corporal, malestar psicológico, baja autoestima [...].

Se encontró una diferencia entre la descripción del trastorno realizada por los expertos entrevistados y la literatura revisada, ya que los expertos mencionan como característica muy común el que la persona con el trastorno lleve una dieta restrictiva, mientras que en la descripción del DSM-5 (2013), se señala que los individuos con trastorno de atracones no suelen restringir la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre los episodios de atracones, pueden, sin embargo, referir intentos de hacer régimen además la American Psychiatric Association. (2013), acota que este trastorno es un

malestar marcado y no existe ninguna conducta compensatoria, por lo que la dieta restrictiva no es una característica muy común, como fue mencionada por los psicólogos.

Como última mención sobre las características y síntomas hechas por los psicoterapeutas, está el que el individuo tenga una estructura y funcionamiento cerebral diferente a la norma, ya sea por uso de antidepresivos, por ser parte del espectro neurodivergente o por un factor biológico, esto se relaciona con similitudes neurocognitivas encontradas, en donde se observa un deterioro del control inhibitorio y de la sensibilidad a la recompensa, principalmente relacionados con las señales alimentarias (Davis et al., 2020).

Durante las entrevistas también se puntualizó sobre la frecuencia de los atracones que esta población presenta. Las respuestas mencionadas, refuerzan la variedad en cantidad de días que repiten la conducta, también la variación en los momentos del día en que lo realizan y las repeticiones de ingesta en un día. Es decir que, los atracones ocurren mínimo una vez a la semana durante tres meses, pero si ocurriera con menos frecuencia, por ejemplo, alguna semana en la que no ocurre episodio, se puede hacer un diagnóstico de trastorno por atracón subumbral (American Psychiatric Association, 2013).

Por otro lado, los psicoterapeutas expresaron los eventos desencadenantes que sufren los adultos jóvenes con trastorno por atracones, uno de los que se engloban son los traumas no resueltos. Esto concuerda con la literatura, que plantea el sufrir una experiencia de abuso físico o sexual infantil, la propensión a experimentar afectos negativos, la obesidad infantil, el perfeccionismo y las preocupaciones familiares sobre el peso y la figura, hasta en la adolescencia padecer presión social por la delgadez (Davis et al., 2020).

En este sentido, también los estudios han demostrado que se presentan barreras a la hora de buscar ayuda profesional entre las que se han identificado el estigma, la vergüenza, la negación, miedo a perder el control, al cambio, la falta de percepción de la gravedad del trastorno, baja motivación para cambiar, actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda (Ali et al. 2020), apoyando así lo mencionado por los psicólogos en cuanto a que estos individuos tampoco pueden gestionar emociones, sugerido como otro de los posibles desencadenantes.

En relación con la frecuencia en que el paciente con este trastorno también presenta obesidad, los expertos en salud mental señalaron dos posibilidades, una en la que la obesidad no es implícita del trastorno de atracones porque puede haber personas con obesidad que no tienen el trastorno, mientras que la segunda posibilidad refirió que es común que estos individuos presenten sobrepeso u obesidad, de estas dos opiniones lo que se alinea con lo publicado es que el TA informa un inicio más temprano de la obesidad, episodios más frecuentes de dieta, marcadas fluctuaciones de peso, obesidad más severa, peso corporal elevado, mayor preocupación por la comida, escasa restricción alimentaria, insatisfacción corporal [...] es así como, el riesgo de ganar peso y de desarrollar obesidad se asocia a padecer el trastorno (Eik et al. 2021), además, se relaciona con lo que se ha observado, que más del 75% de las personas con TA también tienen sobrepeso o son obesas (Davis et al., 2020).

Así mismo, con respecto a la creencia que tienen los psicólogos sobre si existe relación entre el trastorno por atracones y la obesidad, los resultados demuestran la necesidad de no relacionar la obesidad con el trastorno porque no todas las personas con obesidad

tienen atracones y también el tener atracones no significa que serán personas con obesidad. Lo documentado demuestra que el TA es distinto de la obesidad, porque la mayoría de las personas con obesidad no tiene atracones recurrentes y comparando este grupo con personas con obesidad que sí tienen el trastorno, se ha demostrado que la obesidad de estos últimos es porque consumen más calorías, como lo indica la American Psychiatric Association (2013). Así es como la realidad documentada concluye que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad según Eik et al. (2021).

Por otra parte, dentro de los resultados recabados de las entrevistas a los psicoterapeutas, también indicaron que, si hay relación entre variables, ya sea por falta de control de impulsos o por el trastorno no ser atendido de forma correcta, esas afirmaciones no tienen correlación con trabajos anteriormente publicados.

Con respecto a las consecuencias del trastorno por atracones y la obesidad en la vida de estos pacientes adultos jóvenes, los expertos ejemplificaron el deterioro psicológico, por medio de la culpa, vergüenza, descontrol de sí mismos y conceptos muy negativos sobre sí mismos. En relación a esto Davis et al. (2020), destacan que a partir de las investigaciones que se han realizado a lo largo del tiempo, este desgaste mental se explica por la teoría desarrollada que cree que las emociones negativas disminuyen después de que se completa el atracón, lo que proporciona una recompensa en forma de refuerzo negativo y aunque los atracones de comida distraen o disminuyen la angustia en el corto plazo, lo que sucede es que el afecto negativo aumenta en el largo plazo como resultado al recuperar la autoconciencia.

Igualmente, resaltaron los entrevistados el aislamiento social, guardando relación con lo expuesto por Ivanova et al. (2015), en donde estas personas pueden recurrir a atracones para lidiar con las emociones negativas abrumadoras que ocurren como resultado de esa angustia interpersonal, demostrando que el afecto negativo media el impacto de los problemas interpersonales en los síntomas de atracones entre los individuos que padecen el trastorno.

Las personas expertas consultadas indican que a raíz del trastorno se registra que el paciente se suele colocar la etiqueta clínica. Esto provoca una caracterización de sí mismos como personas enfermas con este trastorno. Esta aseveración no concuerda con los resultados de investigaciones anteriores, en donde esto no se menciona como consecuencia o parte del trastorno. Probablemente se deba a que es un aspecto que se presenta comúnmente en otros trastornos mentales y no es exclusivo del trastorno por atracones.

Además, se describe el deterioro físico que enfrentan los adultos jóvenes con trastornos por atracones y obesidad, como alteraciones en sus exámenes de laboratorio, afectación del corazón o los vasos sanguíneos y dolores articulares. Esto se asocia con graves consecuencias que favorecen el riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, la diabetes y cardiopatías (Meneses et al. 2023). Además, según Eik et al. (2021), se llenan hasta sentir una fuerte incomodidad estomacal y los que logran la remisión sin recaídas conservan una menor calidad de vida (Davis et al., 2020).

Por otro lado, se evidenció la influencia de las vivencias de la adultez temprana en el trastorno por atracones, por ejemplo, por medio de las situaciones estresantes que son

parte de las responsabilidades del día a día que pueda vivir la persona, esto se ve apoyado con Davis et al. (2020), mencionando que el deterioro del funcionamiento social, de la salud mental y el elevado afecto negativo van a predecir también el diagnóstico de TA en la edad adulta.

Así también, los traumas y experiencias de violencia del pasado afectan en esta etapa del ciclo vital, esto se relaciona con el estudio de Galmiche et al. (2019), donde estiman que el 50% de los jóvenes que pierden el control de la alimentación desarrollarán un TA parcial o total en la edad adulta, mostrando así, que si el trastorno por atracón comienza en la adolescencia por violencia o traumas, esto va a predecir síntomas depresivos, de ansiedad, consumo de drogas, conducta autolesiva y de suicidio en la adultez temprana.

Los psicoterapeutas complementaron también con los estigmas respecto a la apariencia física e ideal de belleza, en esta etapa de la vida, estos se relacionan con las preocupaciones sobre el peso y figura, el ideal del individuo, la negación de los costos al buscarla, la insatisfacción corporal y dietas, además, se identificó que los individuos con TA que manifiestan preocupaciones sobre la imagen corporal demuestran peores resultados del tratamiento y deterioro funcional (Davis et al., 2020).

Respecto a los enfoques psicoterapéuticos utilizados para trabajar el trastorno por atracón, se encontró que se mencionó en mayor medida la Terapia Cognitivo Conductual, por su efectividad en la reestructuración cognitiva y conductual, lo que está alineado con Davis et al. (2020), quienes mencionan que este enfoque se ha estudiado más ampliamente para el TA y se ha llegado a considerar un tratamiento de primera línea, porque la terapia funciona demostrando una mayor eficacia dado que los pacientes logran abstenerse de los

atracones. A la vez se puede confirmar en el estudio de Yu et al. (2021), que los participantes tuvieron una mejora en la alimentación descontrolada, en comer emocionalmente, en el diagnóstico de adicción a la comida y en la pérdida de control.

Los psicoterapeutas mencionaron también el abordaje Psicosomático como otro enfoque psicoterapéutico, por el posible efecto de que al acumularse las emociones estas causen estragos físicos, pero según las investigaciones anteriormente descritas en esta investigación, no hay mención de que sea un enfoque efectivo para el trastorno.

Otros enfoques mencionados son la utilización de la Terapia Dialéctico Conductual, centrándose en mejorar la regulación emocional y la Terapia de Aceptación y Compromiso para que los afectados logren aceptar lo que piensan y sienten y se comprometan a hacer los cambios necesarios, contrastando estas psicoterapias de tercera generación con la literatura revisada, se ha encontrado que no son tratamientos superiores a otros enfoques, pero si reducen los atracones y previenen la alimentación desinhibida o descontrolada o las conductas alimentarias emocionales (Kenny et al. 2020).

De igual modo, de las entrevistas se extrae la CBT-E, que es la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada, como el enfoque psicoterapéutico diseñado para el trastorno de atracones en personas adultas, esto coincide con los hallazgos de Palavras et al. (2021), en donde el estudio utilizó este enfoque y observó mejoras significativas en la reducción de los síntomas del TA.

Por otra parte, se recabó información sobre las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, en primer lugar se averiguó sobre la estructura del plan de intervención psicoterapéutico que utilizan los psicólogos costarricenses para iniciar con los pacientes

con trastorno por atracón, en donde se evidenció que las entrevistas y pruebas diagnósticas son las elegidas por ellos para evaluar lo que deben trabajar, esto se vincula con Valdez et al. (2022), donde la investigación fue llevada a cabo por medio de entrevistas e instrumentos que evaluaban la sintomatología del TA en los participantes. De igual modo, estos dos procedimientos se repiten como parte importante inicial, en los demás estudios científicos anteriormente mencionados.

En segundo lugar, los entrevistados mencionaron el plan de intervención propio del enfoque Cognitivo Conductual y TREC, enfocado en modificar los patrones habituales del paciente, se ve reflejado en Davis et al. (2020) en donde esta intervención es útil ya que se adentra en las creencias nucleares que la persona tenga sobre la sobrevaloración del peso, la figura y las conductas de control del peso poco saludables.

Además, los psicoterapeutas hacen mención del plan de intervención propio del enfoque Transdiagnóstico y CBT-E, donde comienzan a trabajar la conducta alimentaria y luego siguen con la sobrevaluación de cuerpo, peso y figura, para al final ver trauma y prevención de recaídas. Con respecto a estos planes de intervención no se registra información en esta investigación, de trabajos anteriores.

Por último, los profesionales en salud explicaron las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico que utilizan con esta población, como la Psicoeducación, utilizada en el estudio de Valdez et al. (2023), donde en la primera fase se psico educó sobre el TA a las personas diagnosticadas, además, como otras estrategias de acompañamiento, los psicólogos mencionaron herramientas de la terapia cognitivo conductual, como la identificación y reestructuración de ideas irracionales y el enseñar cómo procesar la rumiación de pensamientos.

Otra de las estrategias recabadas fue la Exposición en donde exponen al paciente a los alimentos, a romper reglas autoimpuestas, al peso, al espejo y a realizar actividades que no han experimentado, asimismo, mencionaron estrategias de la terapia dialéctica conductual como el entrenamiento para desarrollar habilidades que regulen emociones y le brinde tolerancia al malestar. Así también, los psicoterapeutas enseñan la estrategia de la Autoobservación para que el individuo sea consciente de lo que realiza, piensa y siente. Estas estrategias no fueron mencionadas en la literatura revisada.

Por último, los entrevistados también utilizan la estrategia de la Conciencia plena en donde se lleva a la persona por el camino de la aceptación de sus vivencias para que pueda comprometerse a realizar los cambios que necesita, es así como Kenny et al. (2020) confirman que esta estrategia resalta porque logra reducir las preocupaciones sobre la imagen corporal que estos pacientes sufren.

Por otra parte, se recabó información con los expertos sobre las estrategias psicoterapéuticas existentes específicas para Costa Rica para tratar el trastorno, se evidenció que no existe ninguna específica creada para los costarricenses, ellos hicieron mención de la Comisión de Trastornos Alimentarios del Colegio de Psicología, que hace campañas de concientización y señalaron un curso básico sobre los trastornos alimentarios impartido en el mismo Colegio, así como también resaltaron un nuevo proyecto de ley que de ser aprobado podría ayudar a incidir en etapas más tempranas para atender los TCA. Como no existen estrategias psicoterapéuticas específicas para Costa Rica, por ende, no existe información relacionada en estudios publicados anteriormente.

Respecto a las estrategias más efectivas utilizadas por los profesionales para llegar a la remisión ya sea parcial o total del trastorno por atracones, se identificó como una de las más efectivas la Exposición, ya sea a la comida, a que realicen cosas nuevas o al peso. Otra de las estrategias hacia la remisión es la Restructuración cognitiva, así como sus técnicas de autocontrol y el lidiar con los síntomas, por último, también señalaron la Conciencia Plena como efectiva, realizando ejercicios de respiración, técnicas de Stop y enseñándole al paciente a llevar su registro de alimentación. Sobre esta información recogida no se encontró documento mencionándolas en esta investigación como estrategias efectivas para la remisión, sólo Pimentel (2023), describe que se han evidenciado mejores resultados en la remisión de los síntomas del TA en pacientes tratados con terapia breve estratégica, pero no menciona específicamente las estrategias.

Finalmente, los resultados muestran además las estrategias utilizadas ante la recaída del paciente, en donde primero los psicoterapeutas aconsejan que se debe conocer la razón de la recaída y a partir de eso moldear la estrategia que no funcionó, adecuándola a su realidad. Otra de las estrategias ante la recaída es la de desculpabilizar a la persona, porque la reacción va a ser negativa hacia ellos mismos, y como recalca Eik et al. (2021), esta afección se va a asociar con un patrón persistente de remisión y recaída de los síntomas. además, Palavras et al. (2021), mencionan que se le debe explicar al paciente que además presenta obesidad, que el que lleguen a la remisión de los atracones no significa que vayan a tener una mayor pérdida de peso.

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El propósito de esta investigación fue analizar las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico, dirigidas a la remisión del trastorno por atracones en personas adultas jóvenes con obesidad, utilizadas por los psicólogos costarricenses. Los resultados señalan las posibles formas de abordar con éxito en consulta, esta afección que sufren los pacientes.

Según lo investigado, se ha logrado tener la visión de lo complejo que puede llegar a ser el trastorno por atracones. Se evidenció que se conforma de particularidades que marcan notablemente su diagnóstico, como lo es la ingesta elevada de alimentos en un período de tiempo corto, en el que pierden el control de sus pensamientos, acciones y emociones. También suelen experimentar el desprecio que se tienen a sí mismos, que además puede ser provocado por traumas y en donde después de realizar la sobre ingesta no van a presentar conductas compensatorias. A la vez, se pudo conocer que el trastorno puede darse por un deterioro en la inhibición y sensibilidad a la recompensa de las señales alimentarias, por lo que la frecuencia en la que se presenta el atracón varía según cada persona, pero presentándose mínimo una vez a la semana por un periodo de tres meses para el paciente poder ser diagnosticado con el trastorno.

Con relación al tema de la obesidad, se alcanzó a comprender que esta condición no implica que la persona padezca el trastorno de atracones, sino más bien que la gravedad de los atracones marca el grado de obesidad. Esto conlleva a que con el pasar del tiempo se avance hacia el aislamiento social, afectando también su integridad física.

Además, se evidenció que la etapa de adultez temprana influye en el curso del trastorno por ser una etapa marcada de cambios a las que no logran adaptarse. Igualmente, no cuentan con las herramientas psicológicas necesarias para resolver situaciones vividas con

anterioridad o hacerle frente a esta etapa del ciclo vital, cargada de estigmas sociales referentes al peso.

Con las experiencias recabadas, se logró conocer a profundidad lo que actualmente la evidencia científica brinda como conocimiento para que el psicoterapeuta atienda oportunamente al paciente con TA. Se ahondó en el enfoque Cognitivo Conductual, la Terapia Dialéctico Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada, que se destacó como el enfoque creado específicamente para tratar este trastorno.

En cuanto al plan de intervención psicoterapéutico, se comprendió la importancia de una buena entrevista inicial y de la aplicación de las pruebas diagnósticas necesarias. Abarcando estas desde el Cognitivo Conductual y TREC, el enfoque Transdiagnóstico y la Terapia Cognitivo Conductual Mejorada.

A la vez, se consiguió puntualizar las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico utilizadas para tratar el trastorno de atracón. Se detalló la Psicoeducación, Exposición, Autoobservación y la Conciencia plena.

Así también, se demostró la falta de estudios a nivel país referentes a la población con trastorno de atracón específicamente. Estos serían importantes para que puedan brindar un mejor abordaje de las estrategias psicoterapéuticas ajustándolas al contexto nacional.

Se constató que las estrategias de acompañamiento que utilizan para llevar a los pacientes hacia la remisión no difirieron de las mencionadas con anterioridad. La influencia de estas sobre los pacientes refiere ser muy efectivas para la remisión parcial o total. Además, se destacó la forma en que los psicoterapeutas enseñan a afrontar la recaída, trabajando la

culpa que siente el paciente en ese momento para accionarlo hacia la nueva estrategia moldeada según su necesidad. Esto permite la posibilidad de que el paciente note la razón del porqué se dio la recaída.

## **RECOMENDACIONES**

- Incluir en los cursos impartidos de trastornos alimentarios realizados por el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica o en las campañas promovidas por la Comisión de Trastornos Alimentarios del Colegio de Psicología, la información referente al trastorno de atracones contenida en el DSM-5, para evitar la desinformación entre los psicoterapeutas costarricenses sobre las características y síntomas reales del trastorno, esperando con esto cambiar la percepción errónea que se tiene sobre la dieta restrictiva, que no suele ser una conducta compensatoria muy común.
- Promover proyectos de investigación que evalúen similitudes neurocognitivas en la estructura y funcionamiento cerebral de los costarricenses diagnosticados con TA, generando datos de nuestro contexto que permitan observar el deterioro fisiológico, importantes para tomar en cuenta al tratar la afección.
- Implementar programas comunitarios que informen sobre el trastorno por atracones y resalten el hecho de que a mayor gravedad del trastorno más probabilidad de llegar a padecer obesidad, además de dar visibilidad a sus afecciones tanto psicológicas como físicas.

- Impulsar la difusión de los enfoques, planes y estrategias psicoterapéuticas utilizadas por los profesionales en salud mental costarricense para tratar el TA, investigados en esta tesis por su relevancia al ser el primer documento en presentar esta información a nivel país, para informar a los psicólogos sobre el adecuado abordaje de esta población, con miras hacia su remisión.
- Fomentar entre los psicoterapeutas el trabajo interdisciplinario al tratar al paciente con trastorno de atracones, llevando su progreso desde Psicología, Nutrición, Medicina y Entrenamiento Físico, para afianzar los resultados en el adulto joven.
- Desarrollar investigaciones que incluyan otras etapas del ciclo vital que no fueron foco en este documento, para identificar qué puede ayudar en la prevención del TA, para no solo atenderlo cuando ya se consolidó sino desde etapas más tempranas.

## I. REFERENCIAS

- Ali, K., Fassnacht, D. B., Farrer, L., Rieger, E., Feldhege, J., Moessner, M., ... & Bauer, S. (2020). What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 894-906. [doi.org/10.1002/eat.23266](https://doi.org/10.1002/eat.23266)
- Annesi, J. J. (2020). Psychosocial correlates of emotional eating and their interrelations: implications for obesity treatment research and development. *The Journal of Primary Prevention*, 41(2), 105-125. [doi: 10.1007/s10935-020-00580-6](https://doi.org/10.1007/s10935-020-00580-6)
- American Psychiatric Association. (2013). Binge eating disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
- American Psychological Association. (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, 39(SPE2), 8-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Blume, M., Schmidt, R., Schmidt, J., Martin, A., & Hilbert, A. (2022). EEG neurofeedback in the treatment of adults with binge-eating disorder: a randomized controlled pilot study. *Neurotherapeutics*, 19(1), 352-365. [doi.org/10.1007/s13311-021-01149-9](https://doi.org/10.1007/s13311-021-01149-9)

- Bogusz, K., Kopera, M., Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kucharska, K., Walenda, A., & Wojnar, M. (2020). *Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: A systematic review and meta-analysis. Addiction.*  
[doi:10.1111/add.15155](https://doi.org/10.1111/add.15155)
- Carlessi, H. H. S. (2022). Salud mental, salud psicológica y desajustes del comportamiento. *Ciencia y Psique, 1*(1), 13-29.  
[DOI:10.31381/cienciaypsique.v1n1.5328](https://doi.org/10.31381/cienciaypsique.v1n1.5328)
- Cerda, J., & Villarroel, L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Bioestadística, 79*(1), 54-58.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n1/art08.pdf>
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*(2), 97-107.
- Coelho, J. S., Suen, J., Clark, B. A., Marshall, S. K., Geller, J., & Lam, P.-Y. (2019). *Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. Current Psychiatry Reports, 21*(11).  
[doi:10.1007/s11920-019-1097-x](https://doi.org/10.1007/s11920-019-1097-x)
- Coffino, J. A., Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). *Rates of Help-Seeking in US Adults With Lifetime DSM-5 Eating Disorders: Prevalence Across Diagnoses and Differences by Sex and Ethnicity/Race. Mayo Clinic Proceedings.*  
[doi:10.1016/j.mayocp.2019.02.030](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.02.030)
- Davis, H. A., Graham, A. K., & Wildes, J. E. (2020). Overview of binge eating disorders. *Current Cardiovascular Risk Reports, 14*, 1-10.  
[doi.org/10.1007/s12170-020-00664-2](https://doi.org/10.1007/s12170-020-00664-2)

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2 (7), 162-167.

<https://www.scielo.org.mx/scielo.Laentrevista920>

Eik-Nes, T. T., Vrabel, K., Raman, J., Clark, M. R., & Berg, K. H. (2021). A group intervention for individuals with obesity and comorbid binge eating disorder:

Results from a feasibility study. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 738856. [doi:](https://doi.org/10.3389/fendo.2021.738856)

[10.3389/ fendo.2021.738856](https://doi.org/10.3389/fendo.2021.738856)

Ernst, M., Werner, A. M., Tibubos, A. N., Beutel, M. E., De Zwaan, M., & Brähler, E.

(2021). Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645654. [doi: 10.3389/fpsyt.2021.645654](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.645654)

Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Graham, A. K., Sadeh-Sharvit, S., Balantekin, K.

N., Eichen, D. M., ... Wilfley, D. E. (2020). *Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy–Guided Self-Help Intervention for Eating Disorders in College Women*.

*JAMA Network Open*, 3(8), e2015633. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2020](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020).

Fuentes Prieto, J., Herrero-Martín, G., Montes-Martínez, M. Á., & Jáuregui-Lobera, I.

(2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1221-1244. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3955>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of

eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The*

*American Journal of Clinical Nutrition*. [doi:10.1093/ajcn/nqy342](https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342)

- Goode, R. W., Cowell, M. M., Mazzeo, S. E., Cooper-Lewter, C., Forte, A., Olayia, O. I., & Bulik, C. M. (2020). Binge eating and binge-eating disorder in Black women: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 53*(4), 491-507.  
[DOI: 10.1002/eat.23217](https://doi.org/10.1002/eat.23217)
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). *The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive Behaviors, 7*(1), 47–55. [doi:10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grilo, C. M., White, M. A., Masheb, R. M., Ivezaj, V., Morgan, P. T., & Gueorguieva, R. (2020). Randomized controlled trial testing the effectiveness of adaptive “SMART” stepped-care treatment for adults with binge-eating disorder comorbid with obesity. *American Psychologist, 75*(2), 204. [doi.org/10.1037/amp0000534](https://doi.org/10.1037/amp0000534)
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D., & Bissada, H. (2015). *Negative Affect Mediates the Relationship Between Interpersonal Problems and Binge-Eating Disorder Symptoms and Psychopathology in a Clinical Sample: A Test of the Interpersonal Model. European Eating Disorders Review, 23*(2), 133–138. [doi:10.1002/erv.2344](https://doi.org/10.1002/erv.2344)
- Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2020). *Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorders. Eating Disorders, 1–10. doi:10.1080/10640266.2019.167898*
- Lobstein, T., Brinsden, H., & Neveux, M. (2022). World obesity atlas 2022. [Internet]. World Obesity Federation. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>

- Meneses-Sierra, E., Ochoa-Martínez, C., Burciaga-Jiménez, E., Gómez-Mendoza, R., Salgado-Loza, J. L., Peña-Arriaga, T. M., ... & Reyes-Castillo, E. (2023). Abordaje multidisciplinario del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Medicina Interna de México*, 39(2), 329-366. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i2.8511>
- Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P., & Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Wimblu*, 4(1), 31-40. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1588>
- Nagel, N. E., & GARRIDO-RUBILAR, G. (2020). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición clínica y Dietética hospitalaria*, 40(4). DOI: 10.12873/404escandon
- Palavras, M.A., Hay, P., Mannan, H., da Luz, F, Sainsbury A., Touyz S., Claudino A. (2021). Integrated weight loss and cognitive behavioural therapy (CBT) for the treatment of recurrent binge eating and high body mass index: a randomized controlled trial. *Eat Weight Disord* 26, 249–262. [doi.org/10.1007/s40519-020-00846-2](https://doi.org/10.1007/s40519-020-00846-2)
- Peterson, C. B., Engel, S. G., Crosby, R. D., Strauman, T., Smith, T. L., Klein, M., ... & Wonderlich, S. A. (2020). Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1418-1427. [doi.org/10.1002/eat.23324](https://doi.org/10.1002/eat.23324)

- Pimentel, G. (2023). Tratamiento de un caso de trastorno por atracón. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 7(16), 113-126. <https://doi.org/10.53877/rc.7.16e.20230915.9>
- Torres, S., Sales, C., Guerra, M. P., Simões, M. P., Pinto, M., & Vieira, F. (2020). Emotion-focused cognitive behavioral therapy in comorbid obesity with binge eating disorder. [doi: 10.3389/fpsyg.2020.00343](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343)
- Valdez-Aguilar, M., Vázquez-Arévalo, R., López Aguilar, X., y Regalado Ruíz, L. A. (2022). Validación y punto de corte de la Escala de Atracón Alimentario (BES) en población mexicana. *Psychology, Society & Education*, 14(3), 68-77. [doi.org/10.21071/psye.v14i3.14323](https://doi.org/10.21071/psye.v14i3.14323)
- Valdez-Aguilar, M., Vazquez-Arevalo, R., López-Aguilar, X., Ruíz Martínez, A. O., Rosinska, M., & Mancilla-Díaz, J. M. (2023). Online multidisciplinary treatment of binge eating disorder in people with high weight: a case series study. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 86. [doi: 10.1186/s40337-023-00809-9](https://doi.org/10.1186/s40337-023-00809-9)
- Valdez-Aguillar, Mariana, Vázquez-Arévalo, Rosalia, Mancilla-Díaz, Juan Manuel, & Beas Jara, María del Carmen. (2021). Efectividad de intervenciones psicológicas en mujeres con trastorno por atracón: una revisión sistemática. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 11(2), 141-157. Epub 18 de junio de 2024. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2021.2.722>
- Vanderlinden, J., Schoevaerts, K., Simons, A., Van Den Eede, U., Bruffaerts, R., Serra, R., ... & Vrieze, E. (2021). Sociodemographic and clinical characteristics of eating disorder patients treated in the specialized residential settings in Belgium. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 475-481. [doi.org/10.1007/s40519-020-00867-x](https://doi.org/10.1007/s40519-020-00867-x)

- Wyssen, A., Meyer, A. H., Messerli-Bürgy, N., Forrer, F., Vanhulst, P., Lalanne, D., & Munsch, S. (2021). BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. *European Eating Disorders Review*, 29(6), 937-954. DOI: [10.1002/erv.2856](https://doi.org/10.1002/erv.2856)
- Yu, Z., Roberts, B., Snyder, J., Stuart, K., Wilburn, J., Pudwill, H., & Cortazzo, K. (2021). A pilot study of a videoconferencing-based binge eating disorder program in overweight or obese females. *Telemedicine and e-Health*, 27(3), 330-340. DOI: [10.1089/tmj.2020.0070](https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0070)

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA DE COSTA RICA**

**Escuela de Psicología**

**Tel (506) 2211-3000 E-mail: info@uh.ac.cr**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**(para ser participante de una investigación)**

**Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos.**

**Sustentante: Aliká Vásquez Fallas. Ced 1 14800183**

#### **A. QUÉ BUSCA EL ESTUDIO**

El estudio se realiza por parte de la estudiante de Psicología Aliká Vásquez Fallas de la Universidad Hispanoamericana de Costa Rica, como requisito de graduación para alcanzar el título de Licenciatura en Psicología, mediante la realización del estudio sobre las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos.

#### **B. EN QUE CONSISTE SU PARTICIPACIÓN**

Su participación consiste en realizar una entrevista semiestructurada, que será grabada en audio y video, para poder analizar las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico

dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad.

La realización de la entrevista es individual, sus respuestas se registran de manera confidencial y luego se transcriben para su análisis en una base de datos. No se le solicita ningún otro dato personal más que una ficha general de identificación, la información recolectada se maneja con confidencialidad y responde únicamente a fines académicos.

Su nombre nunca será divulgado en los resultados.

### **C. RIESGOS**

La participación en este estudio no plantea un riesgo para su integridad física, psicológica, o condiciones laborales. Puede experimentar una sensación de incomodidad al responder las preguntas o al saber que la información será leída por la sustentante. Por lo que se recuerda que es libre de retirarse en cualquier momento.

### **D. BENEFICIOS**

No existe un beneficio directo para la persona que participa o su institución. Sin embargo, estará colaborando con un estudio que permita comprender estrategias más efectivas para la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad siendo un aporte para la psicología y beneficiando a otras personas estudiantes con su participación.

### **E. PARA ACLARACIONES**

Para participar en este estudio usted debe contar con un espacio para aclarar dudas, la sustentante Alike Vásquez Fallas debe contestar de forma satisfactoria sus preguntas.

Puede localizarla si necesitara más información al teléfono 83012989 de lunes a viernes de 1:00 p.m. a 6:00 p.m. Puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana con la

tutora supervisora del estudio Adriana Mata Calderón al teléfono 8770-0525 con el horario de atención Lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 pm para aclarar sus derechos como participante.

## **F. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Formar parte de este estudio es un acto voluntario, puede retirarse cuando así lo desee, la información de su participación es confidencial los resultados pueden divulgarse en la presentación de la tesis, un artículo o aparecer en una publicación, pero siempre de forma anónima. No perderá ningún derecho legal por firmar este consentimiento y se le entregará copia como respaldo.

### **CONSENTIMIENTO**

**He leído, todo el consentimiento antes de firmarlo. Pude hacer las preguntas que tenía y mis consultas fueron contestadas. Me queda claro que mi participación es voluntaria, confidencial y puedo retirarme cuando quiera, respetando mi derecho a seguir o no. Por lo tanto, estoy de acuerdo en participar en este estudio.**

<b>Nombre completo</b>	<b>Cédula y Código profesional</b>	<b>Firma</b>
------------------------	------------------------------------	--------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

<b>Nombre investigadora</b>	<b>Cédula</b>	<b>Firma</b>
-----------------------------	---------------	--------------

Alika Vásquez Fallas	1 14800183	<i>Alika Vásquez Fallas</i>
----------------------	------------	-----------------------------

<b>Nombre testigo</b>	<b>Cédula</b>	<b>Firma</b>
-----------------------	---------------	--------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

**Fecha** \_\_30/4/2025\_\_

## ANEXO 2. MATRIZ DE CATEGORIAS

### Matriz de categorías

Objetivos	Categorías	Instrumentalización
<p>● Describir las principales características y particularidades del trastorno por atracones y la obesidad en la etapa de adultez temprana en personas adultas costarricenses.</p>	<p><b>1) Trastorno por atracones:</b> Se caracteriza porque la persona afectada sufre de episodios recurrentes de ingestión de una cantidad muy elevada de alimentos, en un corto tiempo y va acompañado de una sensación de pérdida de control mientras ingiere la comida (American Psychiatric Association, 2013).</p>	<p>1. Desde su experiencia, ¿Cuáles son las características y síntomas que ha observado de las personas adultas jóvenes que presentan el trastorno por atracones?</p> <p>2. ¿Cuál es la frecuencia de los atracones que estos pacientes tienen?</p> <p>3. ¿Cuáles son los eventos desencadenantes que sufren los pacientes adultos jóvenes que</p>

	<p>2) <b>Obesidad asociada al trastorno por atracones:</b> La obesidad es una enfermedad crónica que se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Meneses et al. 2023). Según</p>	<p>padecen el trastorno por atracones?</p> <p>4. En su experiencia, ¿Con qué frecuencia el paciente con trastorno por atracón también presenta obesidad?</p> <p>5. ¿Cree que puede existir una relación entre el trastorno por atracones y la obesidad? ¿Por qué?</p>
--	---	---

	<p>mencionan Eik et al. (2021), la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad.</p> <p>3) <b>Consecuencias del trastorno por atracones y la obesidad en la vida de los pacientes:</b> Se refiere a las posibles consecuencias físicas y psicológicas que pueden enfrentar las personas que padecen estas condiciones de salud. Por ejemplo, la evidencia indica</p>	<p>6. ¿Cómo se puede describir el deterioro psicológico y físico que enfrentan los pacientes adultos jóvenes con trastornos por atracones y obesidad?</p>
--	---	---

	<p>que estos consumen más calorías, presentan menor calidad de vida, mayor deterioro funcional, malestar subjetivo y comorbilidad psiquiátrica (American Psychiatric Association, 2013).</p> <p><b>4) Influencia de la adultez temprana en el trastorno por atracones:</b> La edad de inicio del trastorno por atracones se estima cerca de los 20 a 23 años, en la edad adulta temprana (Pimentel 2023), al ir avanzando</p>	<p>7. ¿Cree usted que haya una relación entre las vivencias de la etapa de adultez joven y el trastorno por atracones y la obesidad? ¿Por qué?</p>
--	---	--

	<p>en esta etapa de vida se presentan barreras como enfrentar el estigma al momento de buscar ayuda profesional, miedo al cambio, baja motivación y el recurso económico en cuanto a no poder costear el tratamiento, lo que puede llegar a afectarlos cada vez más, pasando de tener 1 atracón a 14 por semana. (Arija et al. 2022).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar las estrategias psicoterapéuticas utilizadas por los profesionales costarricenses para el tratamiento del trastorno por atracón.</li> </ul>	<p><b>1) Enfoque psicoterapéutico para el trastorno por atracón: un enfoque psicoterapéutico responde a</b></p>	<p>8. ¿Bajo qué enfoque de psicoterapia trabaja usted para tratar el trastorno por atracón y por qué?</p>

	<p>un modelo teórico de intervención específico que presenta su orientación psicológica particular, respondiendo a las mismas necesidades, pero por medio de diferentes metodologías dependiendo del enfoque que se elija, lo que va a ayudar a guiar al psicoterapeuta para tratar los problemas de salud mental, emociones y</p>	
--	--	--

	<p>comportamiento de las personas que acuden a consulta. (Grilo et al. 2020).</p> <p><b>2) Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico</b> : se define como la manera en que los psicólogos acreditados ayudan a las personas a llevar adelante vidas más saludables y productivas, por medio de la aplicación de procedimientos y técnicas</p>	<p>9. ¿Cómo estructura usted un plan de intervención psicoterapéutico para trabajar con los pacientes con trastorno por atracón?</p> <p>10. ¿Cuáles son las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico que utiliza para trabajar el trastorno por atracón con la población adulto joven?</p>
--	--	--

	<p>científicamente válidos para la creación de hábitos, que ayudan a resolver, reducir o prevenir los problemas de ajuste emocional, conductual o interpersonal (American Psychological Association, 2012)</p>	<p>11. ¿En Costa Rica hay estrategias psicoterapéuticas específicas que utilicen para tratar el trastorno por atracones?</p>
<p>• Comprender la influencia de las estrategias de acompañamiento en el avance hacia la remisión del trastorno por atracones, utilizadas por los</p>	<p><b>1) Remisión del trastorno por atracones:</b> la remisión es la reducción o desaparición de los síntomas de un trastorno mental y</p>	<p>12. De las estrategias que me ha mencionado, ¿Cuáles han sido las más efectivas para llegar a la remisión parcial o total de los pacientes con trastorno por atracones? ¿Por qué?</p>

<p>psicoterapeutas expertos costarricenses.</p>	<p>está asociado con la recuperación funcional del paciente, este puede llegar a una remisión parcial después de haber cumplido con todos los criterios para el TA y en la actualidad lograr que los atracones lleguen a una frecuencia inferior siendo de un episodio semanal durante un período continuado o puede tener una remisión total en donde no se ha cumplido ninguno de los criterios para el TA durante un período continuado. (American</p>	<p>13. ¿Qué estrategias ha tenido que modificar o cambiar después de una recaída del paciente? ¿Cómo lo ha realizado?</p>
---	---	---

	Psychiatric Association 2013).	
--	-----------------------------------	--

*Fuente: Elaboración propia, 2025.*

## **ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA**

### **UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

Escuela de Psicología

Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos.

Sustentante: Aliká Vásquez Fallas. Cédula 114800183

Ficha de identificación

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

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

Grado académico: \_\_\_\_\_

Código profesional: \_\_\_\_\_

Preparación/Capación en TA: \_\_\_\_\_

Años de experiencia en psicoterapia: \_\_\_\_\_

Provincia y cantón donde labora/da psicoterapia: \_\_\_\_\_

### **Guía de entrevista**

1. Desde su experiencia, ¿Cuáles son las características y síntomas que ha observado de las personas adultas jóvenes que presentan el trastorno por atracones?
2. ¿Cuál es la frecuencia de los atracones que estos pacientes tienen?
3. ¿Cuáles son los eventos desencadenantes que sufren los pacientes adultos jóvenes que padecen el trastorno por atracones?

4. En su experiencia, ¿Con qué frecuencia el paciente con trastorno por atracón también presenta obesidad?
5. ¿Cree que puede existir una relación entre el trastorno por atracones y la obesidad?  
¿Por qué?
6. ¿Cómo se puede describir el deterioro psicológico y físico que enfrentan los pacientes adultos jóvenes con trastornos por atracones y obesidad?
7. ¿Cree usted que haya una relación entre las vivencias de la etapa de adultez joven y el trastorno por atracones y la obesidad? ¿Por qué?
8. ¿Bajo qué enfoque de psicoterapia trabaja usted para tratar el trastorno por atracón y por qué?
9. ¿Cómo estructura usted un plan de intervención psicoterapéutico para trabajar con los pacientes con trastorno por atracón?
10. ¿Cuáles son las estrategias de acompañamiento psicoterapéutico que utiliza para trabajar el trastorno por atracón con la población adulto joven?
11. ¿En Costa Rica hay estrategias psicoterapéuticas específicas que utilicen para tratar el trastorno por atracones?
12. De las estrategias que me ha mencionado, ¿Cuáles han sido las más efectivas para llegar a la remisión parcial o total de los pacientes con trastorno por atracones? ¿Por qué?
13. ¿Qué estrategias ha tenido que modificar o cambiar después de una recaída del paciente? ¿Cómo lo ha realizado?

## ANEXO 4

Lineamientos para realizar una entrevista semiestructurada.

Las siguientes recomendaciones para llevar a cabo entrevistas semiestructuradas tienen como base la propuesta de Miguel Martínez:

- ✓ Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
- ✓ Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
- ✓ Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video-grabarla.
- ✓ Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
- ✓ La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.
- ✓ Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y el contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista (Díaz et al., 2013, p. 163).

## ANEXO 5

Figura 1

Comparación entre jueces

		Juez1 × Juez2								
		Juez2								
		Trastorno por atracones-	Obesidad asociada-	Consecuencia del trastorno-	Influencia de la adultez temprana-	Enfoque psicoterapéutico-	Estrategias de acompañamiento-	Remisión	Total	
Juez1	Trastorno por atracones	Recuento	1	0	1	1	0	0	0	3
		% Fila	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	50,0%	,0%	25,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
		% Total	6,7%	,0%	6,7%	6,7%	,0%	,0%	,0%	20,0%
	Obesidad asociada a trastorno por atracones	Recuento	0	1	1	0	0	0	0	2
		% Fila	,0%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	,0%	100,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
		% Total	,0%	6,7%	6,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
	Consecuencias en la vida	Recuento	1	0	2	0	0	0	0	3
		% Fila	33,3%	,0%	66,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	50,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
		% Total	6,7%	,0%	13,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
	Influencia adultez temprana	Recuento	0	0	0	1	0	0	0	1
		% Fila	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%
	% Total	,0%	,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	6,7%	
Enfoque psicoterapéutico	Recuento	0	0	0	0	1	0	0	1	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	6,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	6,7%	
Estrategias de acompañamiento	Recuento	0	0	0	0	0	4	0	4	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	26,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	26,7%	,0%	26,7%	
Remisión	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	6,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	6,7%	
Total	Recuento	2	1	4	2	1	4	1	15	
	% Fila	13,3%	6,7%	26,7%	13,3%	6,7%	26,7%	6,7%	100,0%	
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	13,3%	6,7%	26,7%	13,3%	6,7%	26,7%	6,7%	100,0%	

## Medidas simétricas

	Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.-
Medida de Acuerdo Kappa	,68	,14	5,90
N de casos válidos	15		

Figura 2

Comparación juez 1

**Juez1 × Original**

			Original							Total
			Trastorno por atracones	Obesidad asociada	Consecuencia del trastorno	Influencia de la adultez temprana	Enfoque psicoterapéutico	Estrategias de acompañamiento	Remisión	
Juez1	Trastorno por atracones	Recuento	3	0	0	0	0	0	0	3
		% Fila	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	60,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
		% Total	20,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
	Obesidad asociada a trastorno por atracones	Recuento	0	2	0	0	0	0	0	2
		% Fila	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
		% Total	,0%	13,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
	Consecuencias en la vida	Recuento	2	0	1	0	0	0	0	3
		% Fila	66,7%	,0%	33,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	40,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
		% Total	13,3%	,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%
	Influencia adultez temprana	Recuento	0	0	0	1	0	0	0	1
		% Fila	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%
% Total		,0%	,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	6,7%	
Enfoque psicoterapéutico	Recuento	0	0	0	0	1	0	0	1	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	6,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	6,7%	
Estrategias de acompañamiento	Recuento	0	0	0	0	0	3	1	4	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	50,0%	26,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	6,7%	26,7%	
Remisión	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	6,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	6,7%	
Total	Recuento	5	2	1	1	1	3	2	15	
	% Fila	33,3%	13,3%	6,7%	6,7%	6,7%	20,0%	13,3%	100,0%	
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	33,3%	13,3%	6,7%	6,7%	6,7%	20,0%	13,3%	100,0%	

**Medidas simétricas**

	Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.-
Medida de Acuerdo Kappa	,76	,12	6,89
N de casos válidos	15		

Figura 3

## Comparación juez 2

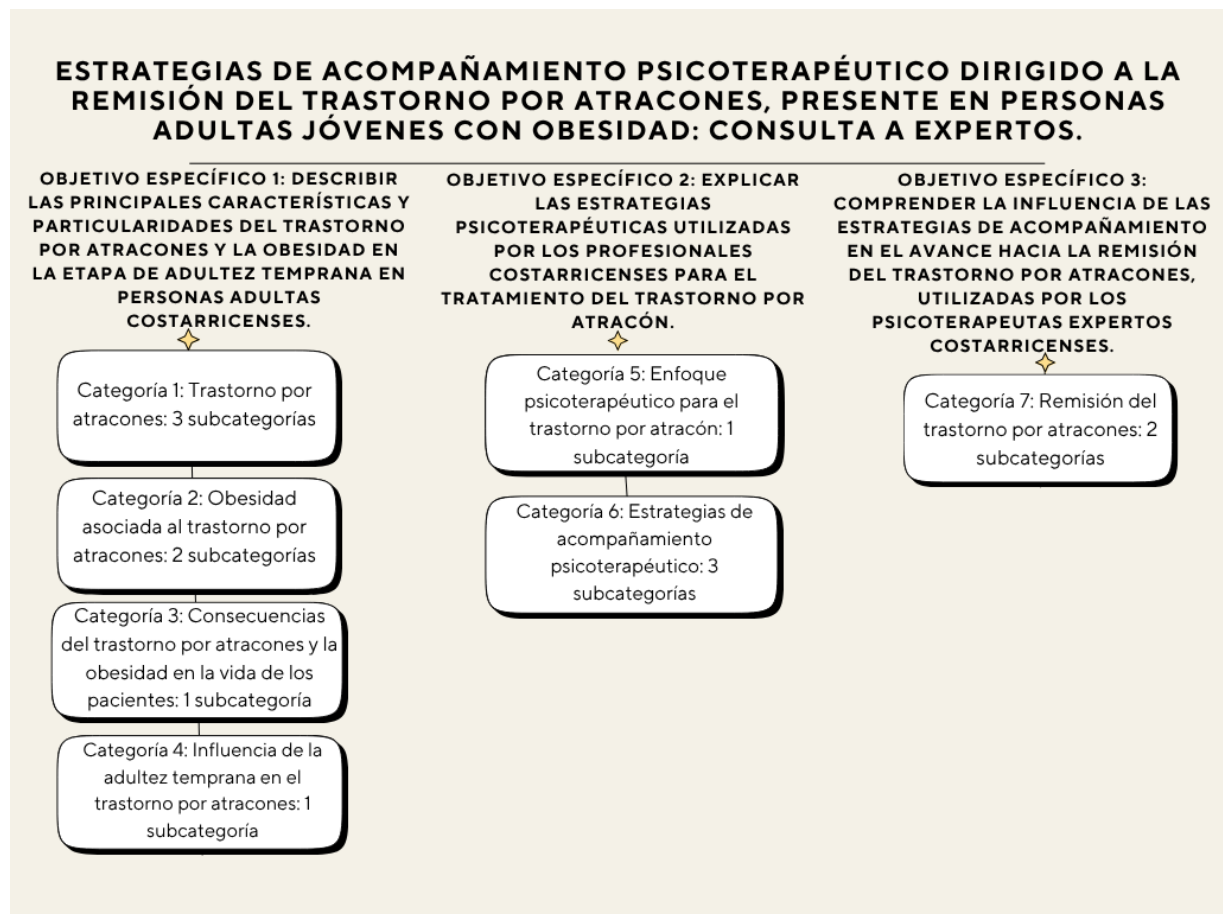
		Juez2 × Original								
		Original							Total	
		Trastorno por atracones	Obesidad asociada	Consecuencia del trastorno	Influencia de la adultez temprana	Enfoque psicoterapéutico	Estrategias de acompañamiento	Remisión		
Juez2	Trastorno por atracones	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	2
		% Fila	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	40,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
		% Total	13,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
	Obesidad asociada a trastorno por atracones	Recuento	0	1	0	0	0	0	0	1
		% Fila	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%
		% Total	,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%
	Consecuencias en la vida	Recuento	2	1	1	0	0	0	0	4
		% Fila	50,0%	25,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	40,0%	50,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	26,7%
		% Total	13,3%	6,7%	6,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	26,7%
	Influencia adultez temprana	Recuento	1	0	0	1	0	0	0	2
		% Fila	50,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Columna	20,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	13,3%
% Total		6,7%	,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	,0%	13,3%	
Enfoque psicoterapéutico	Recuento	0	0	0	0	1	0	0	1	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	6,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	,0%	,0%	6,7%	
Estrategias de acompañamiento	Recuento	0	0	0	0	0	3	1	4	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	50,0%	26,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	6,7%	26,7%	
Remisión	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1	
	% Fila	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% Columna	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	6,7%	
	% Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	6,7%	
Total	Recuento	5	2	1	1	1	3	2	15	
	% Fila	33,3%	13,3%	6,7%	6,7%	6,7%	20,0%	13,3%	100,0%	
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	33,3%	13,3%	6,7%	6,7%	6,7%	20,0%	13,3%	100,0%	

Medidas simétricas			
	Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.-
Medida de Acuerdo Kappa	,61	,14	6,05
N de casos válidos	15		

## ANEXO 6. FIGURAS DE RESULTADOS

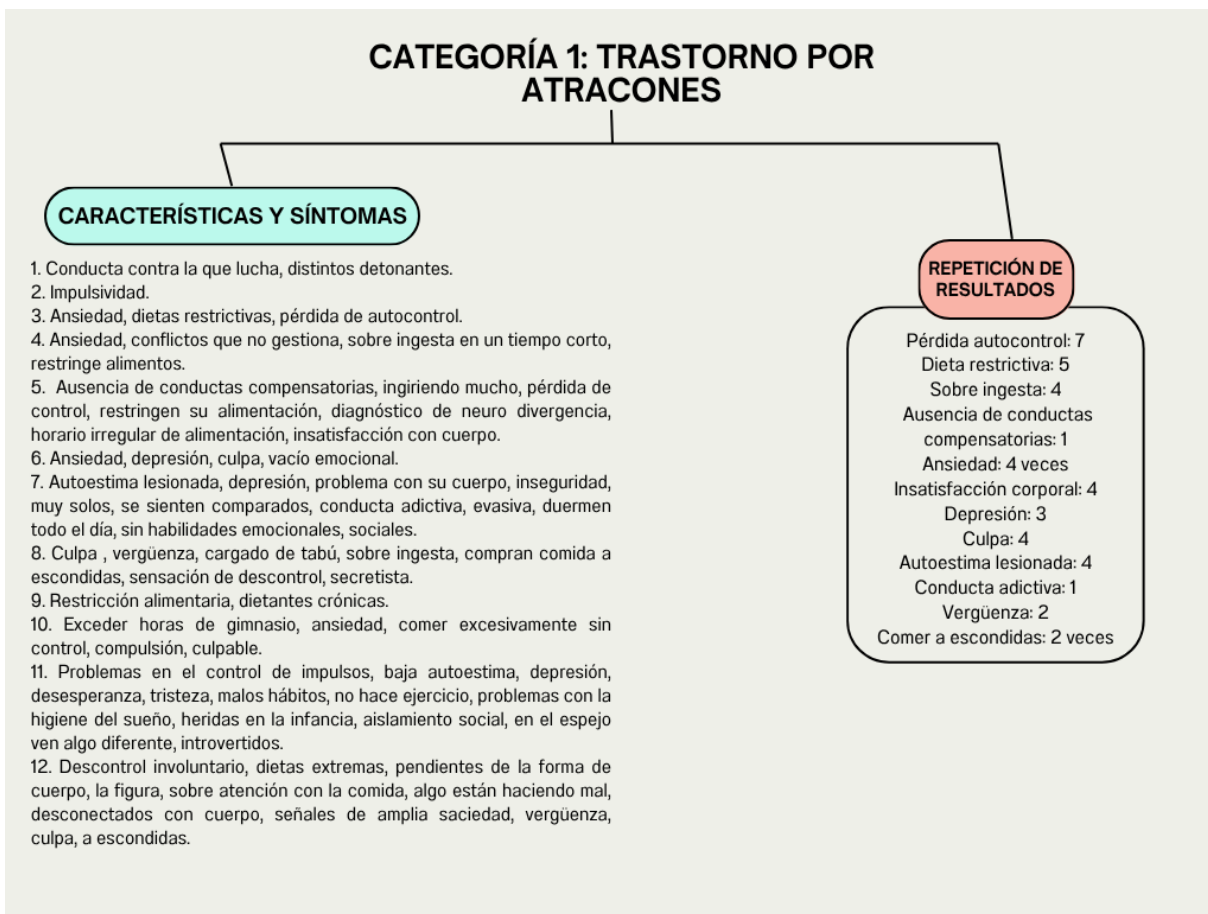
*Categorías generales relacionadas a cada objetivo específico.*



Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.1

*Categoría general 1 con sus tres subcategorías: Características y síntomas, Frecuencia de los atracones y Eventos desencadenantes que sufren los pacientes.*



Fuente: elaboración propia, 2025.

## CATEGORÍA 1: TRASTORNO POR ATRACONES

### FRECUENCIA DE LOS ATRACONES

1. Varias veces al día, una vez a la semana.
2. Son frecuentes en la medida en que un atracón alivia el malestar momentáneo, pero genera una secuela emocional que tiene que ser resuelta por otro atracón.
3. Una a 2 veces por semana, fines de semana, varía dependiendo de los factores detonantes.
4. En una semana 2 noches, en otra semana pueden ser todas las noches, en solitario y de noche.
5. Una vez por semana, todos los días, 3 o 4 veces por semana, es variable.
6. En una semana casi que todos los días, 5, 6, en un periodo de tiempo, consumí todo lo que había en el Refri y no puedo parar, inclusive en un día 2, 3 veces, terminan comiendo cosas que no comerían, conscientemente.
7. Mínimo una por semana, la comida es su amiga, 2, 3 veces por semana, puede subir el episodio o bajar en frecuencia, depende de sus emociones.
8. 3.5 en las mujeres y un 2% en los hombres y si sufrieron bullying por el cuerpo, en adolescencia, en la adultez, aumenta 1.5 o 2 veces el riesgo de atracones.
9. De uno a 2 diarios, pico en tarde noche, fines de semana, en periodos de desocupación, compensar el hambre, inclusive tienen comida oculta.
10. Detonantes a nivel emocional.
11. Depende de lo que esté viviendo y si ha tenido ayuda profesional anteriormente.
12. Al menos una vez por semana por más de 3 meses, todos los días, fines de semana, entre depende de lo que está pasando en su vida.

### REPETICIÓN DE RESULTADOS

Depende de factores detonantes: 6  
 Varias veces al día: 3  
 1 a 7 por semana: 7  
 Fines de semana: 3  
 Periodo corto de tiempo: 1  
 Periodos de desocupación: 2

Fuente: elaboración propia, 2025.

## CATEGORÍA 1: TRASTORNO POR ATRACONES

### EVENTOS DESENCADENANTES QUE SUFREN LOS PACIENTES

1. Situaciones emocionales que no logran manejar.
2. El estilo de vida, aliviar ansiedad, baja autoestima por imagen corporal.
3. Imagen corporal, restricción alimentaria, manejo de conflictos, manejar las emociones, ansiedad, culpa, miedo, vergüenza, la familia refuerza el atracón.
4. Problema desde infancia, adolescencia, familia con exceso o satanizaban la comida, hablan del cuerpo, abusos sexuales, violencia física, intrafamiliar, trauma complejo, problemas de abandono, de apego, ansiedad, dependiente de la pareja.
5. Restricción en su alimentación, lista de alimentos prohibidos, horarios irregulares, desencadenantes emocionales.
6. Trauma infancia, dietas, comentarios mamás, ansiedad, estrés laboral, acoso laboral, relación de pareja, autoestima, depresión, culpa, vergüenza.
7. No manejan emociones, problemas de pareja, universidad, presión sociedad, redes sociales, no se gustan en el espejo, identidad frágil, autoestima lesionada
8. Dieta o alimentación desordenada, atracón, por insuficiencia de nutrientes en el día o porque tienen reglas mentales, no tiene en su casa estas comidas ricas, creencias de no se puede dejar comida, el litio o ciertos antidepresivos aumenta el apetito, espectro neuro divergente problemas para reconocer el hambre y la saciedad, factor biológico más placer al comer en las zonas de recompensa del cerebro.
9. Restricción alimentaria previa, rumia de pensamiento por delgadez, culpa, malestar físico.
10. Conflicto a nivel emocional, estrés, detonantes familia, trabajo, vida cotidiana.
11. Problemas familiares, relación, trabajo, desesperanza.
12. Conductas de dieta rígidas, ejercicio de exceso o ayunos, quitar algún tiempo de alimentación, sobre atención a la imagen corporal o no puedo verlo rumiación mental comentarios negativos que me hago, emociones de aburrimiento, vergüenza, tristeza, estrés, ansiedad, culpa.

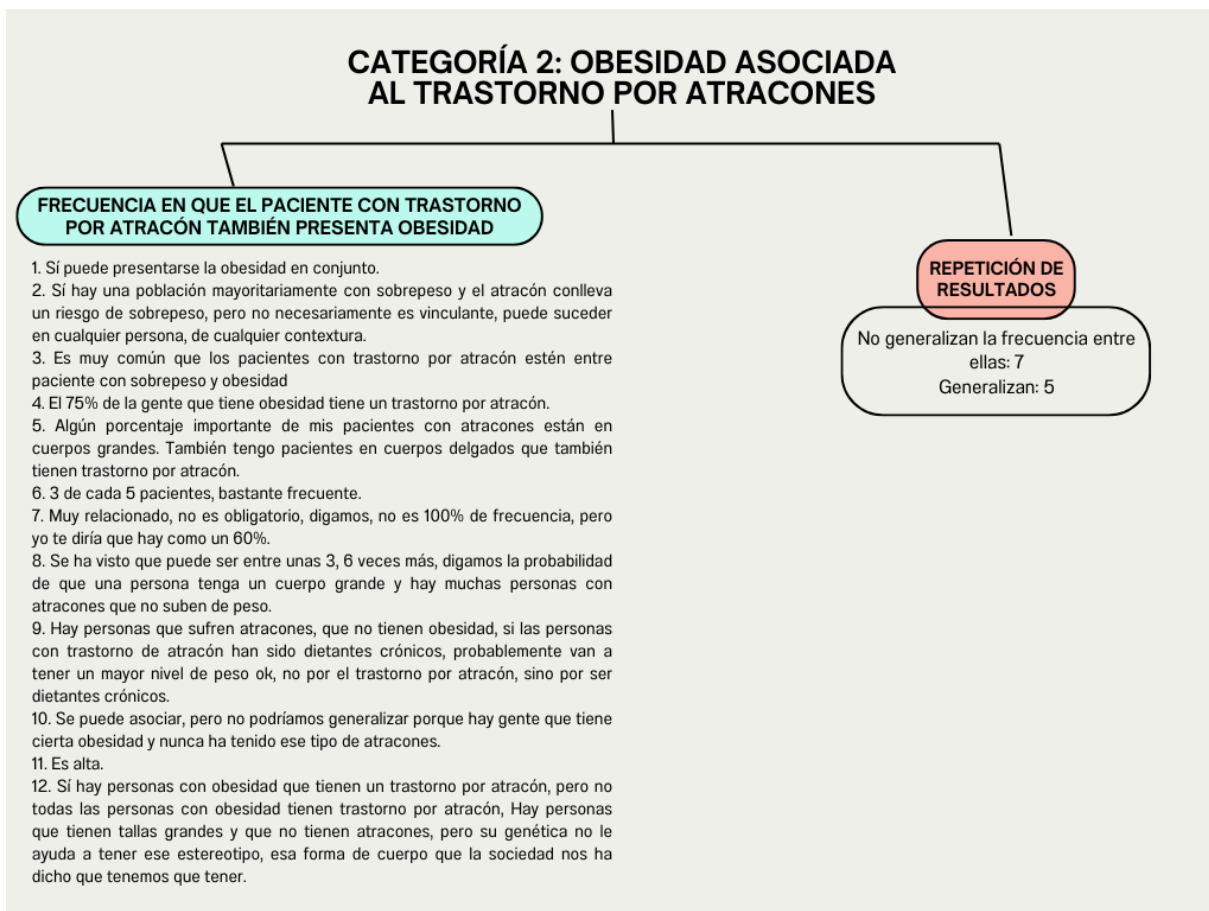
### REPETICIÓN DE RESULTADOS

Situaciones emocionales no resueltas: 5  
 Estilo de vida: 3  
 La ansiedad, culpa, miedo, vergüenza, apego, desesperanza, tristeza, estrés, rumia: 8  
 Autoestima lesionada: 6  
 Restricción alimentaria rígida: 6  
 Familia refuerza el atracón: 5  
 Abuso sexual, violencia física, intrafamiliar: 1  
 Litio, antidepresivos: 1  
 Espectro neuro divergente: 2  
 Factor biológico: 1  
 Ejercicio en exceso: 1

Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.2

*Categoría general 2 con sus dos subcategorías: Frecuencia en que el paciente con trastorno por atracón también presenta obesidad y Relación entre el trastorno por atracones y la obesidad.*



Fuente: elaboración propia, 2025.

## CATEGORÍA 2: OBESIDAD ASOCIADA AL TRASTORNO POR ATRACONES

### RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO POR ATRACONES Y LA OBESIDAD

1. Sí.
2. sí hay una relación, no es que solo la población con obesidad tiene este problema, sino que hay mucha población de todo tipo que tienen ese problema, pero en la persona con obesidad hay más posibilidades de que se presente por lo que es autoimagen, ansiedad, verdad, estrés, peso social que conlleva una idea de salud vinculada a la delgadez o a la figura.
3. sí puede haber, podemos tener pacientes, que ya presentaban sobrepeso u obesidad y empezaron a presentar trastorno por atracón producto
4. Sí
5. Lo que hay es un largo, muy largo historial de intento de pérdida de peso
6. Sí, no en todos los casos, verdad
7. Creo que si no se atiende bien va directo al camino de la obesidad.
8. La restricción sí genera aumento de peso, no tanto la sobre ingesta de un atracón, sino más bien como este no como, luego como, pues de la glucosa de azúcar en sangre y se hace lo que llamamos un caos alimentario y es realmente a veces lo que está más correlacionado con aumento de peso que como tal la conducta de sobre ingesta.
9. No es una relación causal verdad, no quiere decir que yo tenga atracón y voy a ser una persona obesa.
10. Podría haber una relación, sin embargo no todas las personas que tienen obesidad tienen atracones
11. Sí
12. Creo que no. No es adecuado, hacer como este vínculo y hay que ver a la persona de manera integral, para poder determinar si es saludable o no.

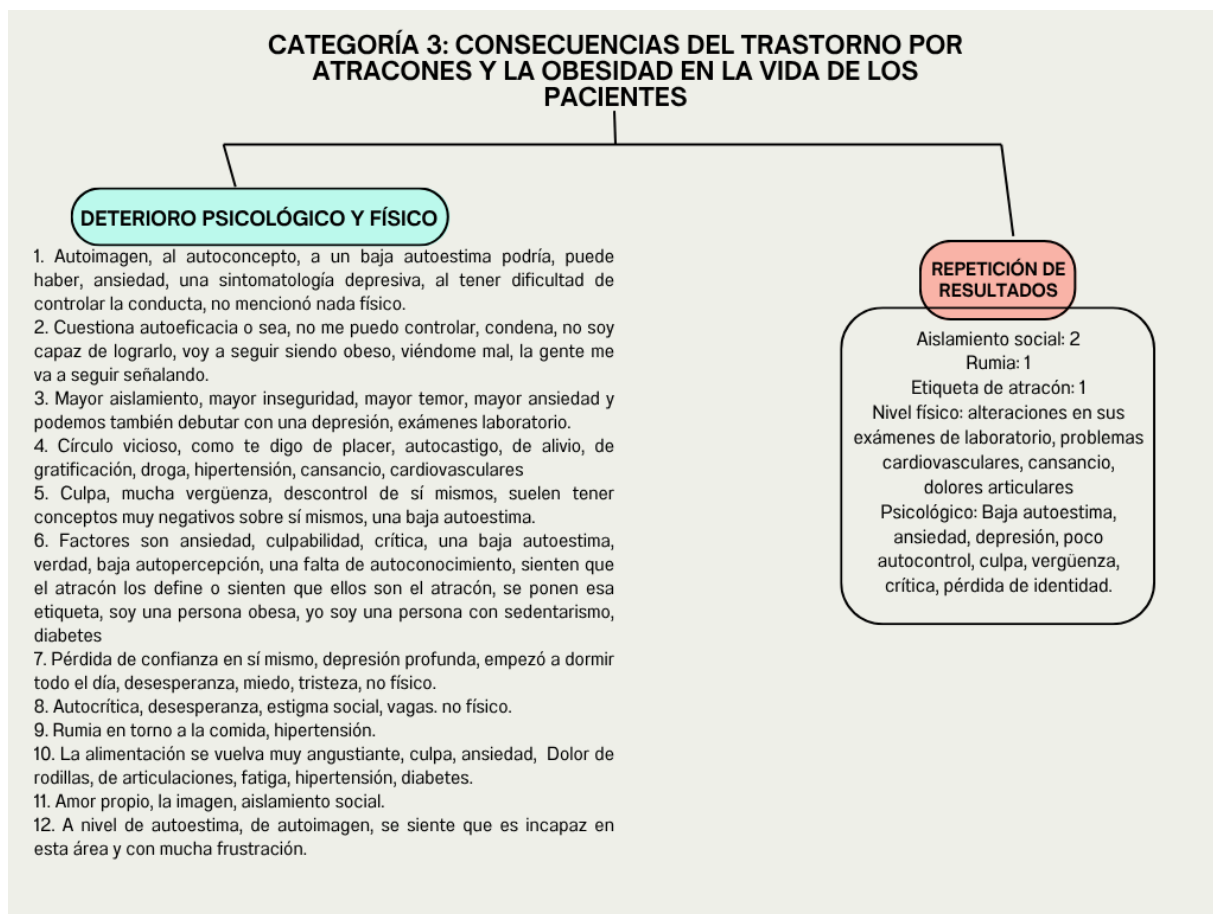
### REPETICIÓN DE RESULTADOS

Si hay relación: 4  
Si, pero hay otras variables: 4  
No hay: 4

Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.3

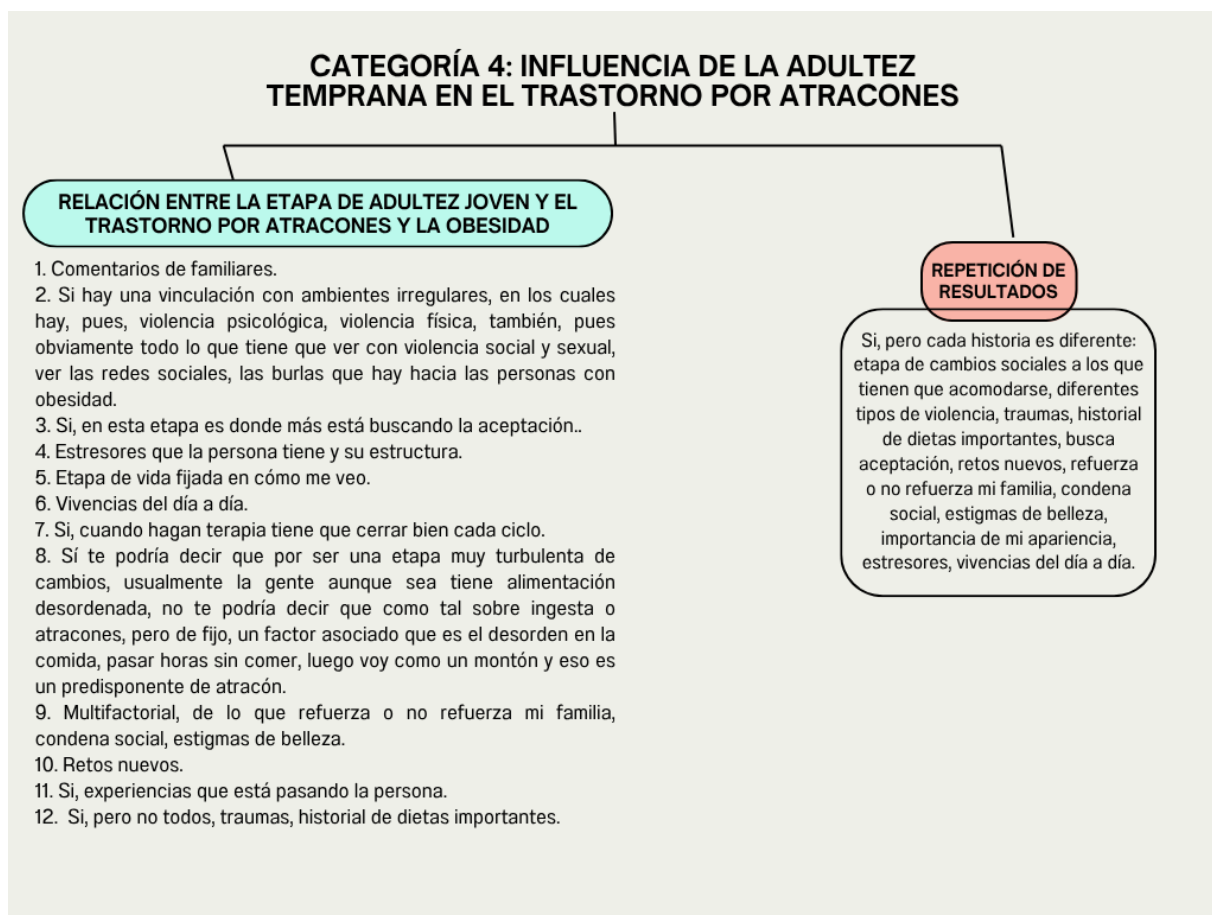
*Categoría general 3 con su única subcategoría: Deterioro psicológico y físico.*



Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.4

*Categoría general 4 con su única subcategoría: Relación entre la etapa de adultez joven y el trastorno por atracones y la obesidad.*



Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.5

*Categoría general 5 con su única subcategoría: Enfoque de psicoterapia para tratar el trastorno por atracón.*

### CATEGORÍA 5: ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN

#### ENFOQUE DE PSICOTERAPIA PARA TRATAR EL TRASTORNO POR ATRACÓN

1. Cognitivo conductual reestructuración.
2. TREC y Terapia Cognitivo Conductual tratamiento con más evidencia,
3. Cognitivo conductual evidencia, terapia dialéctico conductual regulación emocional, con técnicas del mindfulness evidencia, terapia de aceptación y compromiso modificación en el pensamiento
4. Cognitivo conductual, EMDR experiencias primarias, psicoeducación, intervención en crisis.
5. CBT-E terapia cognitivo conductual mejorada tratamiento estándar para el trastorno por atracón en personas adultas, dialéctico conductual DBT en su adaptación para personas con trastorno por atracón tolerancia al malestar imagen corporal, terapia de aceptación y compromiso, neutralidad corporal aceptar cuerpo como es actualmente.
6. Terapia cognitivo conductual.
7. Cognitivo conductual efectivo, psicósomática
8. Cognitivo conductual, específica de TCA que en inglés es CBT-E, queda corto, enfoque transdiagnóstico trastorno mutar, terapias contextuales, por ejemplo, la de aceptación y compromiso valores, terapia dialéctica conductual impulsividad.
9. Cognitivo conductual evidencia.
10. Enfoque más psicodinámico integrativo, cognitivo conductual o para manejo de regulación de emociones
11. Cognitivo conductual reestructuración.
12. CBT-E tiene como énfasis el trabajo por atracones

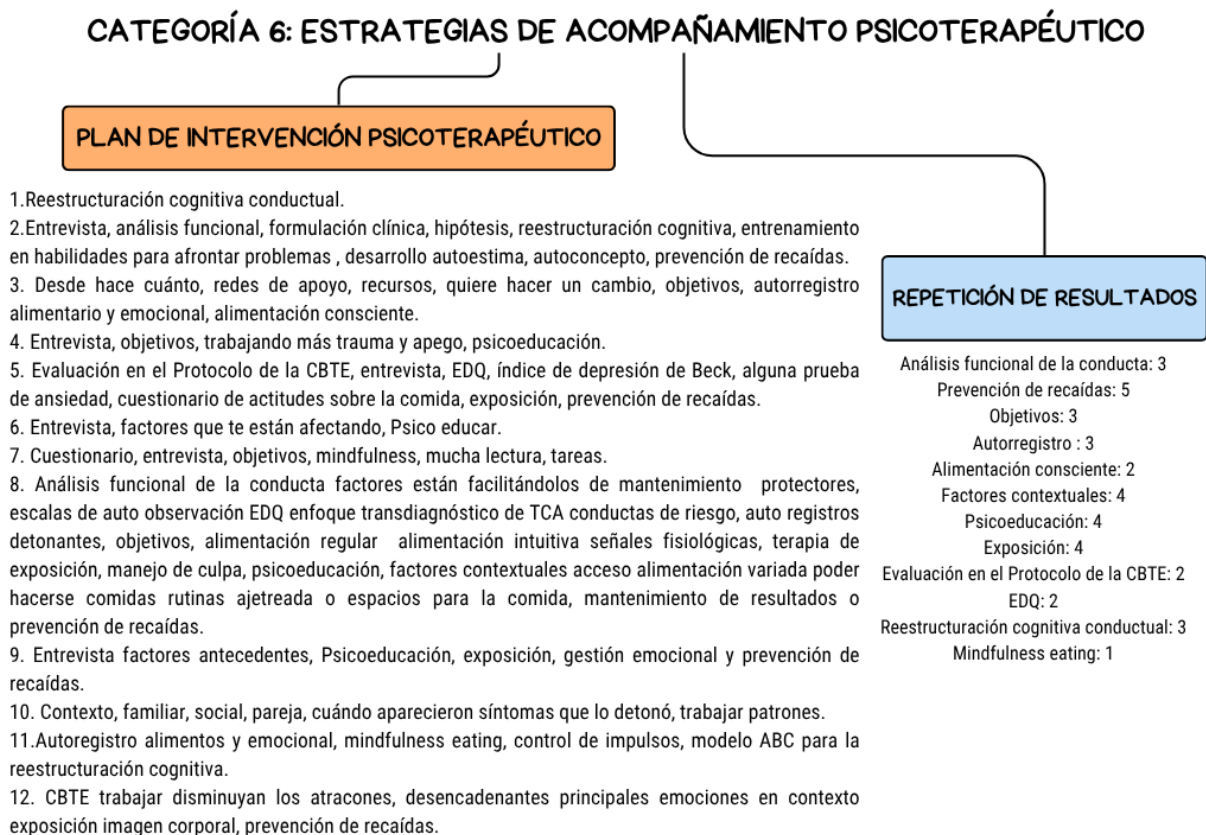
#### REPETICIÓN DE RESULTADOS

TREC: 1  
 TCC: 9  
 Terapia dialéctico conductual: 4  
 Mindfulness: 1  
 Terapia de aceptación y compromiso: 3  
 CBT-E: 3  
 Enfoque transdiagnóstico: 1  
 Neutralidad corporal: 1  
 EMDR: 1  
 Psicoeducación: 1  
 Intervención en crisis: 1  
 Psicósomática: 1

Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.6

*Categoría general 6 con sus tres subcategorías: Plan de intervención psicoterapéutico, Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico y Estrategias psicoterapéuticas específicas en Costa Rica.*



Fuente: elaboración propia, 2025.

## CATEGORÍA 6: ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

### ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

1. Las herramientas que brinda la terapia cognitivo conductual, identificación de ideas irracionales, reestructuración cognitiva, como trabajar con la imagen interior exterior de la persona.
2. Prevención de recaídas, seguimiento gradual.
3. Psicoeducación.
4. Buena alianza terapéutica, trabajar la validación y los recursos, psicoeducación, trabajar emociones, pensamientos, las creencias, trauma y apego, autocuidado.
5. Análisis funcional de la conducta, exposición al alimento, al peso, cosas que han dejado de hacer, habilidades de regulación emocional y de tolerancia al malestar, neutralidad corporal.
6. Educar, red de apoyo, meditación, mindfulness, herramientas prácticas.
7. Tarea.
8. Auto observación, terapia de exposición, la ruptura de la vergüenza, parte educativa, tolerancia al malestar, técnicas de regulación, ayudarles a ver la función de la conducta.
9. Análisis funcional, manejo de rumia, control de impulsos, la tolerancia al malestar, el tema de restricción alimentaria, la parte de la empatía, la, validación, exposición progresiva.
10. Buena relación terapéutica, enfoque a lo emocional que al síntoma, porque el síntoma lo que genera, como te decía, es mucha ansiedad, regulación emocional.
11. Tareas, que ellos tengan la confianza de poder escribirme.
12. Auto registros, exposición, reestructuración cognitiva.

### REPETICIÓN DE RESULTADOS

- Identificación de ideas irracionales: 1
- Prevención de recaídas: 1
- Reestructuración cognitiva: 2
- Trabajar la imagen: 1
- Psicoeducación: 4
- Buena alianza terapéutica: 2
- Trabajar la validación y los recursos: 1
- Trabajar emociones, pensamientos, las creencia: 2
- Trauma y apego: 1
- Autocuidado: 1
- Análisis funcional de la conducta: 2
- Exposición : 4
- Regulación emocional y de tolerancia al malestar: 4
- Neutralidad corporal: 1
- Red de apoyo: 1
- Meditación, mindfulness: 1
- Auto observación: 2
- Ruptura de la vergüenza: 1
- Manejo de rumia: 1
- Restricción alimentaria: 1
- Empatía, la, la validación: 1
- Tareas: 2
- Autorregistros: 1

Fuente: elaboración propia, 2025.

## CATEGORÍA 6: ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

### ESTRATEGIAS PSICOTERAPÉUTICAS ESPECÍFICAS EN COSTA RICA

1. Desconozco completamente verdad, si existen estrategias específicas.
2. Vieras que en realidad no, hay muchas propuestas metodológicas extranjeras, pero tropicalizado para Costa Rica no conozco alguna específica.
3. Como un protocolo, no lo hay, queda muy sujeto a cada profesional y queda más sujeto aún, al nivel de conocimiento de cada profesional.
4. Que yo conozca un documento de origen aquí costarricense, no.
5. Específicas, no se me ocurre ninguna.
6. Que yo te diga que hay una estrategia definida, no.
7. Yo me puse a investigar hay varias clínicas de adicción, pero propiamente como de atracón no.
8. No, no tenemos estrategia de intervención ni de prevención como tal de TCAs, la Comisión de Trastornos Alimentarios del Colegio de Psicología, que hacen como campañas cada cierto tiempo de concientización, tristemente lo que nosotros atendemos es cuando ya el TCA se consolidó, ya la persona tiene que el atracón.
9. Está este proyecto de ley.
10. No sé realmente si habrá algo muy específico.
11. Bueno, yo de eso no sabría.
12. Como capacitaciones a profesionales específicamente en esta terapia, creo que no, en el en el colegio de psicólogos, yo sí doy una básica o sea que, que es como para entender sobre los trastornos alimentarios y doy un poquito, pero no profundizo.

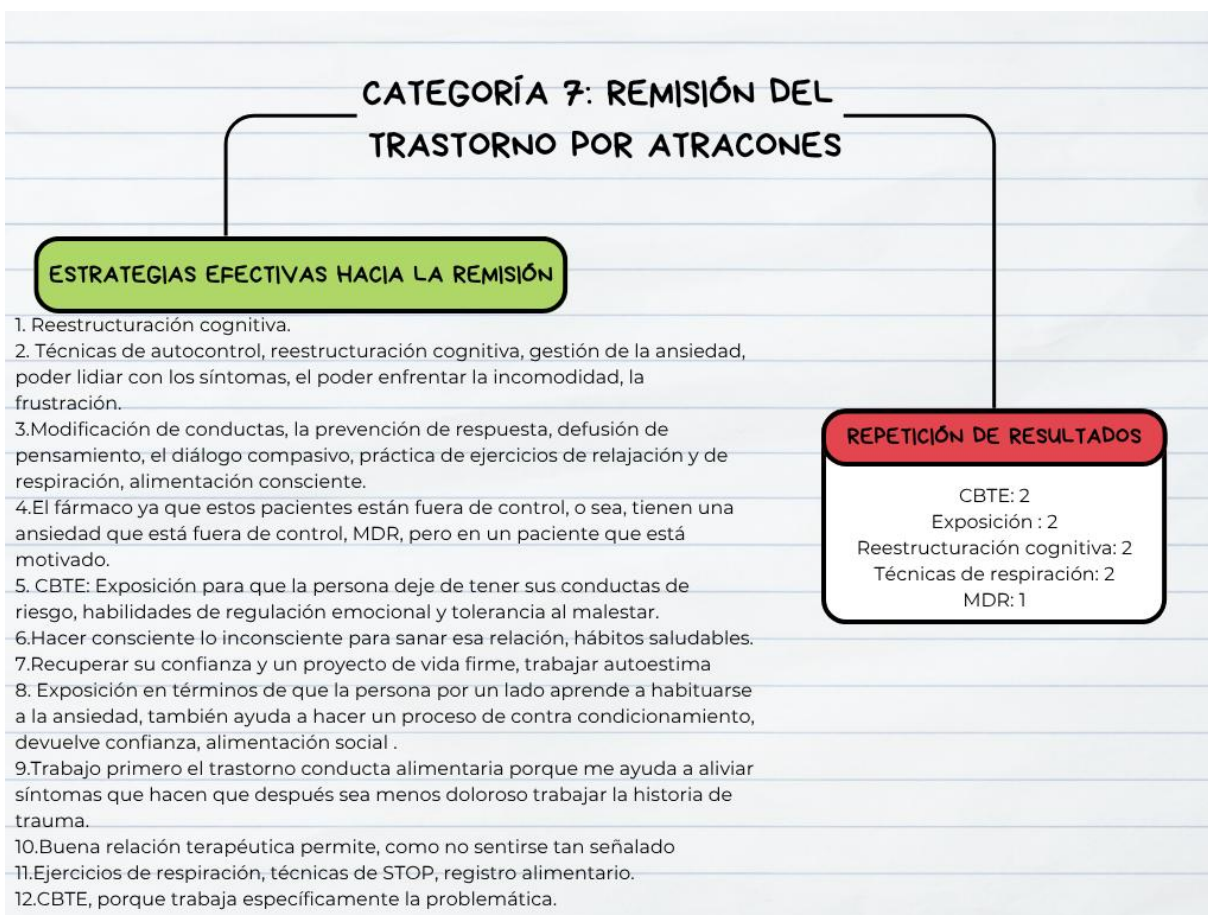
### REPETICIÓN DE RESULTADOS

No hay en el país: 12

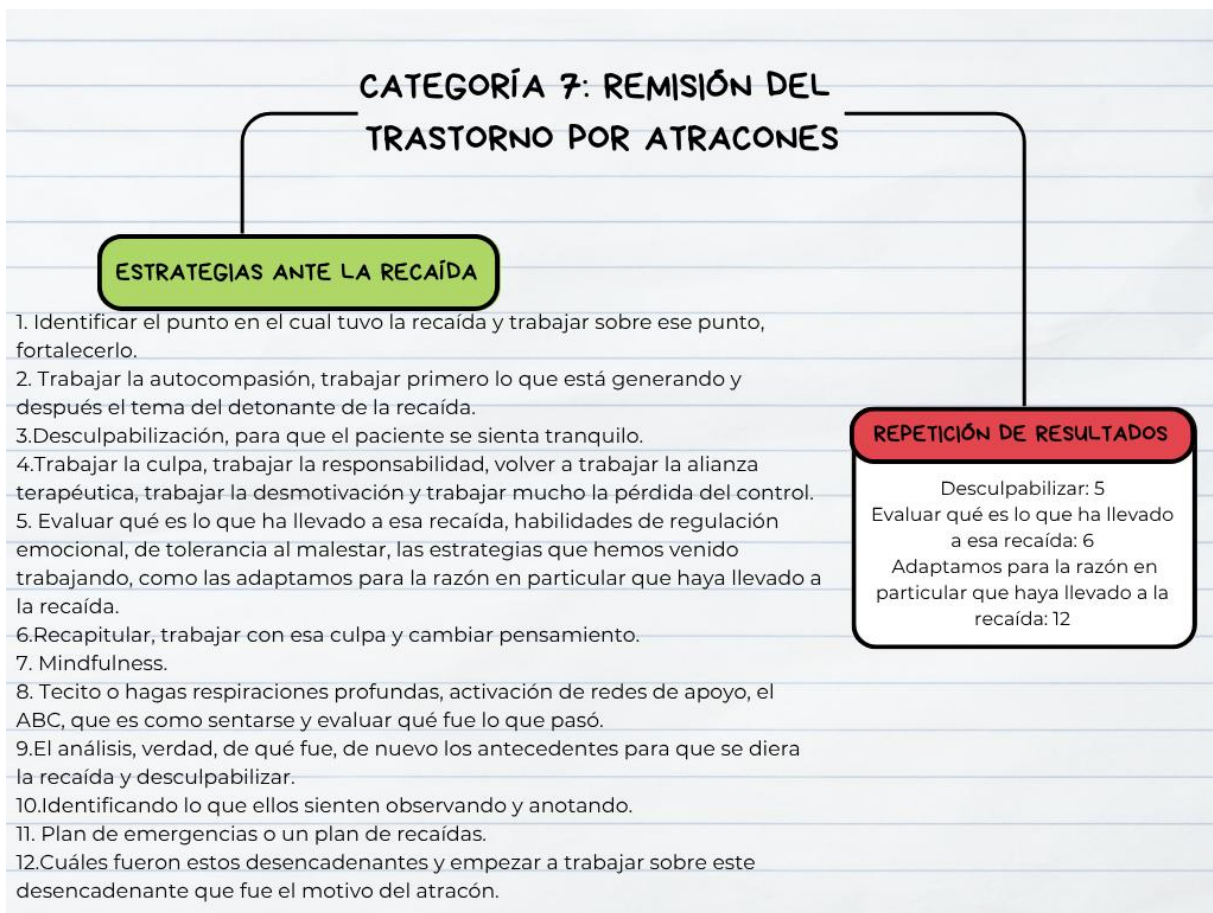
Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 6.7

*Categoría general 7 con sus dos subcategorías: Estrategias efectivas hacia la remisión y Estrategias ante la recaída.*



Fuente: elaboración propia, 2025.



Fuente: elaboración propia, 2025.

## ANEXO 7 CARTAS DE APROBACIÓN

### CARTA DEL TUTOR

Carrera Psicología

Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

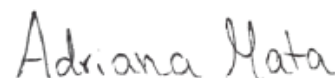
La estudiante Alika Vásquez Fallas cédula 114800183 me ha presentado para efectos de revisión y aprobación la investigación denominada: *Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos*, la cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos: conclusiones y recomendaciones. De los resultados obtenidos por la postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	Originalidad del tema	10 %	10%
b)	Cumplimiento de entrega de avances	20 %	20%
c)	Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados de la investigación	30 %	30%
d)	Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	20 %	20%
e)	Calidad, detalle del marco teórico	20 %	20%
		100 %	100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Adriana Patricia Mata Calderón

Cédula 116040436

Carné CPPCR: 11899

**ANEXO 8****DECLARACIÓN JURADA**

Yo Alike Vásquez Fallas, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 114800183 egresado de la carrera de Psicología de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: “Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos” es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 22 días del mes de julio del año dos mil veinticinco.

*Alike Vásquez Fallas*

—  
Firma del estudiante      Cédula: 114800183

## ANEXO 9

27 de agosto, 2025

### CARTA DE LECTOR

San José

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Sede Aranjuez

Carrera de Psicología

Estimado Señor:

La estudiante, Aliká Vásquez Fallas, cédula de identidad 114800183, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracones, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos.”**, el cual ha elaborado para obtener el grado académico de licenciatura en Psicología.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y análisis de datos, la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre éstos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se ha hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atte.:

LUIS DIEGO  
BALLESTERO  
MURILLO  
(FIRMA)

Firmado digitalmente  
por LUIS DIEGO  
BALLESTERO MURILLO  
(FIRMA)  
Fecha: 2025.08.27  
13:41:59 -06'00'

---

Lic.: Luis Diego Ballestero Murillo

Lector

Cédula.: 110490144

## ANEXO 10



**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, miércoles, 27 de agosto de 2025.

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Aliká Vásquez Fallas, con número de identificación 114800183, autor (a) del trabajo de graduación titulado Estrategias de acompañamiento psicoterapéutico dirigido a la remisión del trastorno por atracón, presente en personas adultas jóvenes con obesidad: consulta a expertos, presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de **Licenciatura en Psicología**,  SÍ /  NO autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

---

Aliká Vásquez Fallas  
114800183

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)  
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y  
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

**Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional**

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.

b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana

c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.