

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

Modalidad: B Trabajo de carácter profesional, relacionado con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título.

Título: Diseño de un *programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria*

Autor: Micaela Compañy López

Tutora: María José Quiles Sebastián

Elche a 2 de Junio de 2015

ÍNDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	2
2.1. Revisión bibliográfica de variables	3
3. Método	10
3.1. Evaluación de necesidades y Justificación de intervención	10
3.2. Descripción de la intervención	12
3.2.1 Objetivos del programa	12
3.2.2 Destinatarios de la intervención	13
3.2.3 Contenido y temporalización	13
3.2.4 Evaluación	15
3.2.5 Descripción de las sesiones y materiales	16
4. Resultados	21
5. Discusiones y conclusiones	21
6. Bibliografía	23
7. Anexos	26
7.1 Sesiones	26
▪ Sesión 1	26
▪ Sesión 2	29
▪ Sesión 3	34
▪ Sesión 4	39
▪ Sesión 5	46
▪ Sesión 6	53
▪ Sesión 7	62
7.2. Cuestionario de satisfacción	69

1. Resumen

Durante los últimos años se ha detectado un aumento de casos de Trastornos de Conducta Alimentaria, siendo éstos la tercera causa de enfermedad crónica entre la población femenina de sociedades occidentales y desarrolladas. Como consecuencia, se ha generando una gran preocupación social y sanitaria por detener el desarrollo y la aparición del trastorno (Penna y Sánchez, 2009). Además, se han identificado una gran variedad de conductas de riesgo predisponentes a la psicopatología (Raich, 2011) que deben ser consideradas para su prevención. En esta línea surge la propuesta de diseñar un programa de prevención, con el objetivo de minimizar las conductas de riesgo y prevenir así el desarrollo de una psicopatología alimentaria. Para lograrlo, se potenciarán las habilidades psicológicas de los participantes, fortaleciendo la autoestima, la inteligencia emocional, el juicio crítico hacia los medios de comunicación y la mejora de la imagen corporal y el bienestar psicológico.

Palabras clave: *Trastorno de la conducta alimentaria. Autoestima. Inteligencia emocional. Juicio crítico hacia los medios de comunicación. Imagen corporal. Bienestar psicológico.*



2. Introducción

En las últimas décadas, se ha podido observar el repentino auge de los trastornos relacionados con la alimentación en los países industrializados (Penna y Sánchez, 2009). Este aumento contrasta con la percepción que se tenía de éstos en la antigüedad, puesto que eran considerados una rareza (Ruíz Lázaro, 1999). Hoy en día se han convertido en un problema social, debido al incremento de la prevalencia de los mismos (Penna y Sánchez, 2009). Como consecuencia, se han realizado un gran número de investigaciones y publicaciones al respecto (Saldaña, 2001).

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan la tercera causa de enfermedad crónica entre la población femenina occidental en países desarrollados (Penna y Sánchez, 2009). La prevalencia en población general es de 1/100.000. Concretamente, en adolescentes occidentales es de 1 por cada 200, siendo un 90-95% mujeres y sólo de un 3 a 10% varones. Las edades en las que se desarrolla esta enfermedad oscilan entre los 12 y los 25 años, encontrándose mayor riesgo de 14 a 18 años, debido a que la fase incipiente de este trastorno coincide con la etapa de adolescencia en un 80% de los casos (Ruíz Lázaro, 1999). Respecto a la distribución de casos, suele ser de 1 varón por cada 8 ó 20 mujeres (Vázquez et al., 2005).

Los TCA se definen como manifestaciones de una perturbación psicológica de la personalidad, que pone en riesgo la vida de aquellas personas que los desarrollan (Penna y Garrido, 2008). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (2014), también los define como alteraciones de la conducta alimentaria, incluyendo en ésta categoría la anorexia, la bulimia y los TCA no especificados, para aquellos casos que no cumplen con el diagnóstico de ningún TCA concreto. Además encontramos el trastorno alimentario especificado, que incluye aquellos trastornos que causan malestar clínicamente significativo, pero que no cumplen con todos los criterios de un TCA. Por ejemplo: bulimia nerviosa de frecuencia baja, debido a que los atracones se producen menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. Anorexia nerviosa atípica, en el que se cumplen todos los criterios a excepción del peso del individuo, porque pese a las purgas y los rituales, está dentro de la normalidad o incluso por encima.

Por otro lado, se excluye algún trastorno alimenticio como la obesidad, por no tener una relación clara con los síndromes psicológicos o conductuales. Así mismo, entre los TCA se encuentran también trastornos como la ortorexia y la vigorexia o el síndrome del comedor nocturno, que cada vez son más frecuentes (Penna y Sánchez 2009).

Cabe destacar que los trastornos mencionados, incluida la obesidad, no son enfermedades de aparición reciente. Sino que, por ejemplo, la anorexia, entendida como

toda evitación de comida originada por nervios, sin causa orgánica y con alteraciones en el peso normal, ya era mencionada en la antigüedad y en descripciones históricas, desde los inicios de la civilización occidental. Había autores que referían regímenes alimenticios en el Corpus Hipocraticum (conjunto de escritos médicos del año 460-377 a.C), como por ejemplo Soranos (años 93-138) que hablaba sobre la amenorrea y la anorexia en la mujer. Galeno, en el año 155, detallaba un cuadro de emaciación ocasionado porque el afectado no era capaz de ingerir alimentos. También describió la Kynos orexia, o hambre canina, como sinónimo de bulimia. En la Civilización Romana, la ingesta masiva, seguida de purgas, constituía un ritual socialmente aceptado en banquetes y fiestas. Y en el Talmud judío (doctrinas, costumbres y leyes judías) se hablaba del “boolmut” o “boolmot”, más comúnmente conocido como trastorno hiperfágico (comer en exceso) que en ocasiones aparecía en aquellos sujetos que padecían problemas emocionales (Ruíz Lázaro, 1999).

Serrato (2000) también refirió que los Trastornos Alimenticios han existido y se han manifestado a lo largo de toda la historia, y que a partir de los años 70, tras arduos avances en el ámbito de la investigación y la terapia, se les definió de forma más clínica, por lo que comenzaron a aparecer aún más innovaciones (Valles, 2013)

El paso de los años y de las investigaciones han ido centrando el foco de atención en nuevas y posibles variables de influencia, como la familia, entre otras, debido a que se considera el contexto en el cual se gestan las conductas de riesgo, actitudes y rituales hacia el peso, hacia la comida y la apariencia, pudiendo determinar en cierto grado el desarrollo de un TCA (Vázquez y Raich, 1997).

2.1. Revisión bibliográfica

En el análisis de los TCA se han identificado diversas variables que pueden estar relacionadas con el comienzo del trastorno. A continuación, se presenta una revisión de las más significativas.

En general, se consideran dos tipos de factores: el macro-contexto, formado por aspectos socioculturales, que se considera factor precipitante, y el micro-contexto, compuesto por aspectos individuales, que serían los factores predisponentes de un TCA (Carrilló, 2001)

Los factores precipitantes no causan la enfermedad de forma absoluta. Sin embargo, generan un clima y un entorno que, unido a los factores individuales predisponentes de cada persona, se vuelven propicios para el desarrollo de una enfermedad. El macro-contexto social sería un ejemplo de factor precipitante. Éste está determinado por elementos tales como: Exigencias sociales, relaciones de amistad y sexuales, publicidad, información y

moda. Todos ellos son necesarios para adaptarse al modelo de sociedad actual y a las conductas socialmente aceptadas en ella. Sin embargo, pueden suscitar ciertas actitudes y comportamientos en determinadas personas, que serán de riesgo en el desarrollo un TCA. Esto se debe a que la influencia del macro-contexto social no es directa, sino que dependerá del micro-contexto individual y de la predisposición de cada persona.

El micro-contexto individual es considerado como un factor predisponente. Los factores predisponentes son aquellos que, si bien no causan de forma absoluta la psicopatología, dotan a las personas de características que les hacen vulnerables a determinados trastornos. Por ejemplo una determinada forma de ser, caracterizada por un gran perfeccionismo, preocupación por la imagen y baja autoestima, pueden hacer a una persona vulnerable a sufrir un trastorno como la anorexia. Esto formaría parte de los aspectos individuales del micro contexto, a lo que se unen los aspectos físicos y familiares.

Por tanto, según cómo se desenvuelva la persona en su contexto más privado y personal, micro-contexto, se germinarán determinadas actitudes y conductas, que podrán ser o no de riesgo, hacia el contexto social o macro-contexto (Carrilló, 2001).

González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas (2002) también discernen entre factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

Los factores mantenedores, son aquellos que refuerzan el problema, lo mantienen en el tiempo e impiden que desaparezca. Para lograr una comprensión más exacta, Chinchilla (1995), Morandé (1999) y Toro y Vilardell (1987, citados en Belloch y Cols., 1995) especifican cuáles son estos factores.

Los factores predisponentes son expuestos en la Tabla 1, los desencadenantes en la Tabla 2 y los de mantención en la Tabla 3.

Tabla 1.
Factores Predisponentes

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Villardell (1987)*
Predisposición genética	Predisposición genética	Factores genéticos
Obesidad premórbida	Sexo femenino	Etapa adolescente
Enfermedad crónica Infantil	Clase media alta	Sexo femenino
Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil	Dependencia parental	Trastorno afectivo
Familia muy sensible a las apariencias	Identidad personal Incompleta	Introversión/inestabilidad
Perfeccionismo	Disminución de la actividad sexual	Obesidad
Aceptación de normas sociales	Dificultad para ser Independiente	Nivel social medio/alto
Aparente autonomía	Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto	Familiares con trastorno afectivo
	Períodos de negativismo	Familiares con trastorno de la ingesta
		Obesidad materna
		Valores estéticos Dominantes

* Toro & Vilardell, 1987, citados en Belloch & cols., 1995

Tabla 2.

Factores Descendentes

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*
Ayuno o dieta adelgazante	Alteraciones neuroendocrinas	Cambios corporales
Vómitos autoinducidos	Mediadores en conflictos Familiares	Separación y pérdidas
Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso	Familia sobreprotectora	Rupturas conyugales del padre
Malestar o insatisfacción emocional	Matrimonio	Contactos sexuales
Pérdida amorosa	Muerte de padre	Incremento rápidos de peso
Ruptura con amigos	Dieta	Críticas sobre el cuerpo
Cambio de ciclo escolar o Colegio		Enfermedad adelgazante
Agresión física o sexual		Traumatismo desfigurador
Separación de la familia		Incremento en la actividad Física
Conflictos de los padres		Acontecimientos vitales

* Toro & Vilardell, 1987, citados en Belloch & cols., 1995.

Tabla 3.

Factores Mantención

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*
Ayuno o dieta adelgazante	Alteraciones hormonales	Cambios corporales
Ayuno-desnutrición	Autoexigencia profesional Responsables y vigilantes de obligaciones	Consecuencias de la Inanición
Vómito como purgación	Dificultad para expresar con palabras afectos y emociones	Interacción familiar Aislamiento social
Uso masivo de laxantes	Influencias externas en actitudes hacia la comida	Cogniciones anoréxicas
Ejercicio físico compulsivo	Reducción de carbohidratos y grasas	
Pérdida sostenida de peso	Hiperactividad	Actividad física excesiva
Digestiones lentas		
Desaparición del hambre	Pensamientos recurrentes hacia la comida	
Ausencia o negación de fatiga		
Estudios o trabajo compulsivo	Amplios cambios de humor	

* Toro & Vilardell, 1987, citados en Belloch & cols., 1995.

González et al., (2002) mencionan, respecto a los factores familiares, aquellas dinámicas disfuncionales, como por ejemplo, la tendencia a evadir los problemas, la mala gestión de los mismos y los estilos de afrontamiento evitativos. Un ejemplo de mala gestión es cuando, ante problemas conyugales, los progenitores convierten al hijo/a en el “chivo expiatorio”, de manera que los padres desvían el problema conyugal hacia el hijo, quien hace de agente, por lo que los padres no afrontan la situación directamente. El fin de esta dinámica es mantener el equilibrio del matrimonio, a costa del malestar del menor. Por tanto, esto podría no ser sólo un factor precipitante, sino también, un factor mantenedor de la enfermedad, si ya se hubiese desarrollado. Por último, se destaca también como factor de riesgo, la rigidez y la sobreprotección por parte de las familias hacia el menor.

Respecto a la dimensión individual, se destacan factores como el estado depresivo, sin llegar a determinarlo como causa o efecto del TCA, además de la dependencia afectiva, que suele ocasionar una baja autoestima, la falta de seguridad y el perfeccionismo excesivo.

Si bien no hay ningún estudio que corrobore plenamente la relación entre un TCA y un estilo de personalidad determinado, hay ciertos rasgos a tener en cuenta, puesto que son compartidos por una gran cantidad de casos. Éstos son el detallismo, la meticulosidad, la rigidez mental y la necesidad de orden. Estos rasgos han incitado a que autores, como Rowland (1980) citado en Behar (1996), equiparen un perfil de TCA a un perfil de trastorno obsesivo.

Sánchez (2009) también resalta como uno de los principales factores de riesgo, individuales y psicológicos, la alteración de la imagen corporal, lo que es apoyado por autores como Baile (2003), quien refuerza que la insatisfacción corporal es clave dentro de los posibles factores predisponentes. De igual manera se mencionan a Johnson y Wardle (2005), quienes analizaron la correlación y efecto de diversos factores sobre los desordenes alimenticios, corroborando la expectativa de que a niveles más altos de insatisfacción corporal y restricción alimentaria, mayores son los niveles de ingesta anormal y bajo peso, sintomatología bulímica, depresión, baja autoestima, y estrés.

Por otro lado, Sánchez, Robles, Zarza, Villafaña y Virseda (2012) destacan el entorno familiar y señalan como posibles variables causales los estilos parentales y el apego.

En este estudio se refuerza que los estilos educativos, valores, costumbres y formas de vida transmitidos a los hijos influyen sobre la personalidad de los mismos y sobre la forma que tendrán de establecer relaciones con los demás. Por ello, se enfatiza la importancia del apego como posible desencadenante de un TCA. Los resultados del estudio

muestran que las participantes coincidían en la percepción de una estabilidad emocional, protección y apoyo ausentes por parte de sus referentes. Comentaron que esta carencia, existente a lo largo de toda su infancia, se había perpetuado hasta la actualidad. Además, la mayoría de ellas, manifestaba niveles elevados de ansiedad, miedo al rechazo y necesidad de aceptación por parte de los círculos más cercanos, como familiares y amigos. En la mayoría de los casos también se encontraron algunas constantes comunes, que podrían considerarse como posibles factores desencadenantes, como: la falta de una figura paterna, por divorcio o fallecimiento, la idealización de la misma, y determinados acontecimientos extraordinarios, como el abuso sexual. Sin embargo, este estudio no ha sido suficiente para probar y clarificar qué tipo de apego concreto provoca mayor incidencias en este trastorno (Sánchez et al., 2012).

Cabe destacar que Vázquez y Raich (1997) también enfatizan sobre la importancia del foco familiar, resaltando concretamente tres dimensiones importantes en el desarrollo de un TCA: las actitudes paternas hacia el peso, la dinámica familiar y los hábitos alimentarios.

Argente (1999), por el contrario, se centra más en los factores socioculturales, concretamente, en los medios de comunicación. Se basa en el análisis de diferentes revistas como *Ragazza*, *Quo*, *Woman* y *you*, etc, con el fin de destacar el papel de las *mass media* en el desarrollo de un TCA (anorexia). Esto es debido a que los medios de comunicación son el principal incentivo del culto al cuerpo y de la formación de cánones de belleza muy concretos y sobrevalorados. Además, éstos difunden una gran variedad de dietas y productos de adelgazamiento en respuesta a las preocupaciones de las lectoras sobre su peso.

Sin embargo, a favor de los medios de comunicación, resalta que éstos están empezando a utilizar su influencia mediática de forma positiva y productiva para prevenir los TCA, facilitando información, implantando secciones de salud y comunicando todos los avances producidos sobre este campo.

Para finalizar, destacar que, pese a que no existan evidencias científicas sobre los principales condicionantes de un TCA, todos los factores comentados anteriormente son relevantes, puesto que muchos de éstos están presentes en personas que ya han desarrollado el trastorno. Así pues, **EL OBJETIVO** del trabajo será diseñar un programa de prevención que incida sobre los factores destacados en la revisión bibliográfica. Éste estará dirigido a jóvenes con conductas de riesgo y se basará en los factores que se consideran más importantes, como son: la autoestima, la inteligencia emocional, el juicio crítico hacia los medios de comunicación, la imagen corporal y el bienestar psicológico.

3. Método.

3.1. Evaluación de necesidades y justificación de la intervención

En los últimos años se ha observado un incremento de los TCA, lo que ha supuesto un gran problema de salud pública. Esto es debido a que la gravedad del trastorno se incrementa conforme transcurre el tiempo (Penna y Sánchez, 2009), a que los síntomas son difíciles de tratar por su gran resistencia, a que hay un alto índice de recaídas y a la elevada comorbilidad y mortalidad del trastorno (Pamies-Aubalat, Quiles y Bernabé, 2011).

Según un estudio efectuado en Madrid, con jóvenes de 15 a 18 años, se observó que el 3.4% de los adolescentes sufría un TCA, mientras que el 7.6% estaban en riesgo de sufrirlo. Esto, unido a la prevalencia encontrada en la actualidad, implica un problema de salud que afecta a un 11% de los jóvenes escolarizados en Madrid (Penna y Sánchez, 2009).

Se obtuvieron resultados similares en un estudio realizado en Alicante con el objetivo de estimar el porcentaje de adolescentes que presentaban conductas de riesgo, en función de su sexo, de su edad y de su Índice de Masa Corporal (IMC). Se halló que un 11,2% de los estudiantes presentaba conductas precursoras de un TCA, y que de ese porcentaje, el 7,79% eran chicas y el 3,34% chicos. Éste estudio es comparado a su vez con otro de Toro et al., (1989) que reflejó resultados semejantes, con adolescentes entre 12 y 19 años. En este último se encontró que un 11% mostraba éste tipo de conductas. Las cifras encontradas en otro estudio efectuado por Vega et al (2005) también reflejaron resultados aproximados, con un porcentaje del 15,5% (Pamies–Aubalat et al., 2011).

Por este motivo, es de suma importancia no reducir el foco de atención sólo a los jóvenes que ya hayan desarrollado este trastorno, sino también atender a aquellos casos en los que aparecen conductas de riesgo directamente relacionadas con el desarrollo de un TCA. Entre éstas se encuentran: efectuar dietas para adelgazar, dándose tanto en chicos (7.1%) como en chicas (34.1%) o incluso provocarse el vómito con la misma finalidad, presentándose en el caso de los chicos en un 1.1% de la población y en el de las chicas en un 9.1% (Penna y Sánchez, 2009).

Raich (2011) también resalta aquellas conductas de riesgo para un TCA. Si bien los TCA van asociados muchas veces a psicopatología grave que interfiere sobre el funcionamiento de la persona a nivel social, laboral y escolar (Rosen, 1990), también, existen determinadas conductas de alto riesgo, e igual de preocupantes, respecto a la comida y el peso, que no necesariamente entran en la descripción de un TCA. Éste es el caso de las preocupaciones por la comida, el peso y la imagen corporal, que son muy frecuentes en la sociedad occidental. Debido a esta normalización, es necesario dar voz de alarma, puesto que

preocupa que estas conductas, nada saludables, sean el precursor de un TCA y no estén siendo visibles ante la sociedad, dando como resultado el desarrollo de este trastorno.

La relación que muestran estos trastornos y conductas de riesgo con la comida y las dietas, hacen creer a cantidades ingentes de población que éstos son signo de problemas meramente nutricionales, minimizando los factores psicológicos. Sin embargo, sus raíces se encuentran en los estilos de afrontamiento que tienen las personas para con la vida y los acontecimientos que se presentan en ella, además de estar relacionados con la percepción de control que esperan obtener las personas a través de la alimentación. Cabe destacar, por tanto, que este problema no sólo provoca consecuencias negativas a nivel físico, sino también a nivel psicológico, manifestándose a través de miedos irracionales, como el miedo a engordar, la distorsión de la imagen corporal y la preocupación por la figura, junto a estados de ánimo de hostilidad o irritabilidad (Penna y Sánchez, 2009).

Un estudio realizado por la OMS, tras encuestar a estudiantes procedentes de 72 países, refleja que la cantidad de jóvenes preocupadas por el peso y la dieta aumenta considerablemente con la edad;

- A los 11 años el porcentaje de niñas es de 22-44%
- A los 13 años el porcentaje es de 30-40%
- A los 15 años el porcentaje es de 37-61%

Durante la época de los 70 los TCA se consideraban un trastorno de aparición poco frecuente, sin embargo en los últimos 30 años parecen haber aumentado, tanto en Estados Unidos de América como en Europa Occidental (Ruíz Lázaro, 1999). Todo ello, junto al gasto sanitario y social que supone este trastorno, la gravedad de éste en sí mismo, la gran prevalencia y las intensas interferencias que supone en una vida saludable, hacen necesaria la adopción de medidas preventivas que aborden esta problemática cada vez de forma más notoria.

Tradicionalmente la prevención de los TCA se ha abordado de manera explícita y directa, especificando los trastornos, sus características y formas de iniciación. Sin embargo también existe la prevención más implícita o indirecta, apoyada por los resultados de investigación, y en la que se evita dar detalles e información que pueda facilitar las conductas de riesgo. De esta forma, ésta se centra en abordar las dificultades relacionadas con la aparición de los TCA (Penna y Sánchez, 2009) como se hará en este programa a través de una serie de módulos sobre autoestima, imagen corporal, modelos estéticos, inteligencia emocional y bienestar psicológico. La finalidad es reducir el miedo al rechazo, la

necesidad de aceptación y control a través de la perfección y la inseguridad que experimenta esta población, además de incrementar la autoestima, que suele ser deficitaria (Sánchez, Robles, Zarza, Villafaña y Virseda, 2012).

3.2 Descripción de la intervención

3.2.1 Objetivos del programa

Objetivo general: La finalidad del programa es prevenir el desarrollo de un TCA en aquellos jóvenes con conductas alimentarias de riesgo.

Objetivos específicos:

Al finalizar el programa el adolescente será capaz de:

1. Conocer el concepto de bienestar psicológico y desarrollar estrategias para lograrlo.
2. Conocer la influencia de las emociones en la salud y el bienestar psicológico.
3. Conocer el concepto de imagen corporal, comprender cómo se construye y mantiene, e incrementar su nivel de satisfacción con el mismo.
4. Conocer el concepto de autoestima y su formación, consiguiendo incrementarla a través de la valoración de las propias capacidades y virtudes.
5. Comprender el constructo de inteligencia emocional y diferenciarlo del concepto tradicional de inteligencia
6. Saber reconocer las propias emociones y saber cómo influyen los pensamientos en éstas.
7. Adquirir habilidades para gestionar las propias emociones adecuadamente, desarrollando estrategias para afrontar emociones negativas, como la ira o enfado: respiración, tiempo fuera, autoinstrucciones y actividades distractoras.
8. Analizar la diversidad de modelos estéticos para relativizar los cánones de belleza
9. Comprender la influencia de los medios de comunicación, sobre las creencias y valores de la población, desarrollando así capacidad de juicio crítico hacia la información que reciben de los medios de comunicación.
10. Reconocer el carácter persuasivo y directivo de los anuncios publicitarios.

3.2.2 Destinatarios de la intervención

El programa de prevención que se presenta está dirigido a jóvenes de 13 a 18 años con riesgo de desarrollar un TCA. Para determinar quiénes serán los participantes, se seleccionarán aquellos que, al realizar el test EAT-40 y obtener puntuaciones superiores a 20 (Salazar, 2012), presenten conductas de riesgo para el desarrollo de una psicopatología alimentaria.

El rango de edad ha sido acotado entre 13 y 18 años debido a que en este período de tiempo se elevan la prevalencia y las incidencias de los TCA (Ruíz Lázaro, 1999).

3.2.3 Contenidos y temporalización

La intervención consta de 7 sesiones, que se aplicarían con una periodicidad semanal durante 2 meses. Cada una de las sesiones tendría una duración aproximada de 120 minutos y se desarrollaría en el horario de las tutorías impartidas en IES Severo Ochoa de Elche. Las personas encargadas de su implementación serían aquellos profesionales del área de psicología especializados en este campo.

Todas las sesiones serían desarrolladas mediante un procedimiento común. En primer lugar, se presentarían y explicarían los contenidos a trabajar ese día, se desarrollaría la sesión, utilizando los materiales y anexos diseñados concretamente para su implementación y al final de la teoría, se introducirían las actividades a realizar. Por último, el grupo llevaría a cabo puestas en común y reflexiones sobre sus opiniones en aquellas actividades que fuese necesario.

Las sesiones propuestas son las siguientes;

Tabla 1. SESIONES

SESIONES	
<i>SESIÓN 1</i>	<i>Presentación grupal</i>
<i>SESIÓN 2</i>	<i>Modelos estéticos y Medios de comunicación</i>
<i>SESIÓN 3</i>	<i>Autoestima. Detección de virtudes</i>
<i>SESIÓN 4</i>	<i>Imagen Corporal. Estrategias para aumentar la satisfacción con la misma</i>
<i>SESIÓN 5</i>	<i>Inteligencia Emocional (I.E) y reconocimiento de emociones: (I Parte)</i>
<i>SESIÓN 6</i>	<i>I.E; Estrategias para gestionar la ira en situaciones de conflicto: (II Parte)</i>
<i>SESIÓN 7</i>	<i>Bienestar Psicológico</i>

3.2.4 Evaluación

El programa se evaluará mediante un pre-test y post-test. Las pruebas que se utilizarán permitirán contrastar la eficacia del programa de prevención de forma objetiva. El propósito de las mismas será valorar si ha habido alguna disminución de las conductas de riesgo precedentes a un TCA.

Se les pedirá que respondan al test de forma anónima en la primera sesión y en la última y se les insistirá en la importancia de que mediten cada una de las respuestas y contesten aquella con la que más se identifiquen en la realidad.

Respecto a las pruebas que se emplearán para evaluar la eficacia general del programa, tanto en el pre-test como post-test serán;

- ❖ **Test de Actitudes hacia la Alimentación EAT-40** (Salazar, 2012) permite discriminar aquellas personas con diagnóstico de TCA de aquellas que no lo tienen. Además facilita el poder detectar a los sujetos que tienen conductas de riesgo y podrían llegar a desarrollar el trastorno. Esta prueba es muy efectiva puesto que muestra una sensibilidad de 73.7% y una especificidad del 71.8%.
Consta de 40 ítems que abarcan tres factores diferentes; 1) *Dieta y preocupación por la comida*, 2) *Presión social percibida y malestar con la alimentación* y 3) *Trastornos psicobiológicos*. El primer factor es el que ha mostrado mayor fiabilidad ($\alpha = .92$). Por último, el punto de corte que nos permitirá detectar personas que tengan riesgo será a partir de 20, en España
- ❖ **Escala de Autoestima de Rosenberg**, permite medir de forma cuantitativa la estima y valoración que tiene el sujeto de sí mismo, en rasgos generales. Cabe destacar que no se dispone de datos suficientes sobre su fiabilidad y validez, sin embargo es considerada un instrumento válido. Posee una consistencia interna que oscila entre 0.77 y 0.88 según Rosenberg, (1965) citado por Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004)
- ❖ **Cuestionario Multidimensional de Relación con el Propio Cuerpo MBSRQ** (Raich, 2010), es una de las medidas más validadas y que aborda múltiples aspectos subjetivos de la imagen corporal. Tiene tres escalas que abordan las actitudes (*Evaluación, importancia y conducta*) en tres aspectos somáticos (*aparición, destreza física y salud*). Un estudio realizado sobre la población española, demostró que el MBSRQ tenía un $\alpha = .88$, lo cual corrobora su consistencia como prueba.

- ❖ **Test de Inteligencia Emocional Mayer- Salovey- Caruso MSCEIT** (Extremera y Fernández, 2004) instrumento diseñado para medir las habilidades emocionales de las personas, mediante diferentes tareas emocionales. Evalúa cuatro factores: 1) *percepción emocional*, 2) *asimilación emocional*, 3) *comprensión emocional* y 4) *regulación de las emociones propias y de los demás*. Respecto a su validez psicométrica, se ha demostrado como instrumento válido, fiable y consistente.

- ❖ **Escala de Bienestar Psicológico EBP** (Constant y Aubeterre, 2011) evalúa el grado de felicidad y satisfacción que tienen las personas con su propia vida, a partir de cuatro subescalas: 1) *Bienestar psicológico subjetivo*, 2) *Bienestar material*, 3) *Bienestar laboral* y 4) *Relaciones con la pareja*. Respecto a la confiabilidad de la escala, este instrumento logra coeficientes de consistencia interna suficientes, puesto que logra a un $\alpha = .941$ para la escala combinada (65 ítems) y un $\alpha = .886$ para la escala ponderada (24 ítems). Por tanto es un instrumento válido y eficaz.

También se evaluará la satisfacción de los participantes en el programa, para ello se les pedirá que respondan a seis preguntas, todas ellas aparecen al final del trabajo anexadas.

3.2.5 Descripción de las sesiones y materiales

Sesión 1: Presentación grupal

Contenidos

- ψ Presentación del programa
- ψ Presentación de los participantes y actividades
- ψ Finalización de la sesión

Materiales

- ψ Folios, bolígrafos, lápices.

Duración: 120 minutos

Sesión 2: Presentación grupal modelos estéticos y medios de comunicación

Objetivos

1. *Analizar la diversidad de modelos estéticos para relativizar los cánones de belleza*
2. *Comprender la influencia de los medios de comunicación sobre las creencias y valores de la población. Desarrollando así capacidad de juicio crítico hacia la información que reciben de los medios de comunicación.*
3. *Reconocer el carácter persuasivo y directivo de los anuncios publicitarios.*

Contenidos

- ψ Presentación de la sesión
- ψ Introducción al canon de belleza
- ψ Visualización de vídeo con imágenes
- ψ Explicación de medios de transmisión e influencia
- ψ Publicidad
- ψ Finalización de la sesión con actividades

Materiales

- ψ Proyector, power point y ordenador.

Duración: 120 minutos

Sesión 3: Autoestima. Detección de virtudes

Objetivos

1. *Conocer el concepto de autoestima y su formación, consiguiendo incrementarla a través de la valoración de las propias capacidades y virtudes.*

Contenidos

- ψ Introducción a la autoestima
- ψ Definición de Autoestima y su formación
- ψ Realización de actividades
- ψ Visualización de un vídeo e intercambio de opiniones
- ψ Finalización con dos tareas

Materiales

- ψ Proyector, power point, ordenador, folios, lápices o bolígrafos y fichas.

Duración: 120 minutos

Sesión 4: Imagen corporal: cómo se construye y mantiene. Estrategias para aumentar la satisfacción con la misma

Objetivos

1. *Conocer el concepto de imagen corporal, comprender cómo se construye y mantiene, e incrementar su nivel de satisfacción con el mismo.*

Contenidos

- ψ Introducción al concepto de imagen corporal y sus dimensiones
- ψ Distorsiones cognitivas
- ψ Visualización de un video
- ψ Actividad para reflexionar
- ψ Finalización de la sesión con reflexiones

Materiales

- ψ Power point, ordenador, proyector, ficha de preguntas, bolígrafos o lápices.

Duración: 120 minutos

Sesión 5: Inteligencia emocional (I.E) y reconocimiento de emociones.

I parte

Objetivos

1. *Comprender el constructo de inteligencia emocional y diferenciarlo del concepto tradicional de inteligencia*
2. *Saber reconocer las propias emociones y saber cómo influyen los pensamientos sobre éstas.*

Contenidos

- ψ Introducción a la sesión
- ψ Explicación de las emociones y de la I.E
- ψ La influencia del pensamiento
- ψ Visualización de un vídeo
- ψ Actividades
- ψ Video de finalización

Materiales

- ψ Ordenador, power point, proyector, fichas, bolígrafos o lápices, folios y autorregistros.

Duración: 120 minutos

Sesión 6: I.E: Estrategias para gestionar la ira en situaciones de conflicto.

II parte

Objetivos

1. *Adquirir habilidades para gestionar las propias emociones adecuadamente, desarrollando estrategias para afrontar emociones negativas, como la ira o enfado: respiración, tiempo fuera, autoinstrucciones y actividades distractoras.*

Contenidos

- ψ Introducción a la sesión
- ψ Explicación del control emocional
- ψ Visualización de un video
- ψ Actividades
- ψ Finalización con la visualización de un video

Materiales

- ψ Power point, ordenador, proyector, fichas, lápices o bolígrafos y folios.

Duración: 120 minutos

Sesión 7: Bienestar psicológico

Objetivos

1. *Conocer el concepto de bienestar psicológico y desarrollar estrategias para lograrlo.*
2. *Conocer la influencia de las emociones en la salud y el bienestar psicológico.*

Contenidos

- ψ Introducción a la sesión
- ψ Explicación del bienestar psicológico
- ψ Visualización de video y preguntas
- ψ Actividades
- ψ Para finalizar una actividad

Materiales

- ψ Ordenador, proyector, power point, música, colchonetas, pintura de dedos y cartulinas amplias.

Duración: 120 minutos.

4. Resultados

Pese a que este programa por el momento no ha sido aplicado para poder exponer resultados concretos, cabe destacar los resultados esperados. Al finalizar el programa se espera conseguir que los jóvenes incrementen su bienestar psicológico y/o adquieran herramientas para mantenerlo. Así mismo, se prevé lograr una mejoría de la percepción que éstos tengan sobre su propio cuerpo, así como del grado de autoestima. También se espera lograr la comprensión y asunción de un nuevo concepto, conocido como Inteligencia Emocional. Éste permitirá que los jóvenes gestionen sus emociones de forma eficaz, sin dejarse encauzar por éstas, previniendo así malas decisiones que puedan acarrear graves consecuencias, sobre todo, para su salud. Se espera también conseguir que germinen pensamientos críticos hacia todo lo que oigan y vean desde los medios de comunicación, puesto que éstos mismos con tal de incrementar sus ganancias, fomentan falsas creencias sobre la sociedad y sus necesidades, y establecen también marcados estereotipos infranqueables e inalcanzables por la mayoría. Por último, con este programa se podrá lograr relativizar la belleza y flexibilizar la mentalidad de quienes participen. Debido a que comprenderán que todos podemos ser atractivos, querernos y ser queridos, pese a que nuestros rasgos puedan no encajar en el rígido molde que nos ha impuesto nuestra sociedad actual, ya que existe una ineludible realidad, y ésta es la diversidad.

5. Discusión y conclusiones

Los TCA, si bien han existido durante toda la historia (Valles, 2013), han experimentado un notable crecimiento con el paso de los años. Pese a que este problema afecte sobre todo a las sociedades occidentales, hoy en día está ocasionando grandes estragos y complicaciones a nivel social y sanitario. Esta psicopatología alimentaria representa la tercera causa de enfermedad crónica entre la población femenina en las sociedades occidentales y desarrolladas. Además, se trata de un trastorno que tiene implicaciones, no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico (Penna y Sánchez, 2009), por lo que la adopción de medidas para detener el avance de lo que podría llegar a ser un TCA es muy importante. Todo esto, junto a la elevada prevalencia existente entre las adolescentes occidentales, 1 por cada 200, hace redirigir con más intensidad la atención sobre la necesidad de intervenir antes del desarrollo del trastorno (Ruíz Lázaro, 1999).

No cabe duda de que existen señales previas al desarrollo del mismo que nos pueden alertar y prevenir, simplemente debemos estar atentos y darle la importancia necesaria. Esto mismo es resaltado por Raich (2011) quien confirma que, antes del desarrollo de un TCA, ya

hay conductas de riesgo, como las constantes preocupaciones hacia el peso, la figura, el aspecto físico, los contenidos calóricos y grasos de los alimentos y las dietas. Sin embargo, lo más inquietante es que estas conductas pasan desapercibidas, mostrándose así la falta de atención hacia las mismas, y la visión que se tiene de éstas como algo normal y adecuado. Vázquez y Raich (1997) observaron que ésto ocurre en muchas familias donde las hijas ven a sus madres hacer dietas y estar constantemente mirando la báscula, preocupadas por su peso. Lo que les transmite, a las jóvenes, que este tipo de conductas son normales, provocando que las asimilen, sin llegar a detectar el riesgo y la gravedad de las mismas.

Como ya afirmaban Vázquez y Raich (1997) basándose en los estudios de Rodin et al., (1994) los malos hábitos alimentarios que aparecen anteriormente al trastorno han demostrado ser, sin duda, relevantes en la predicción del mismo. Es por tanto absolutamente necesario que este tipo de conductas de riesgo, de aparición previa al trastorno, logren ser detectados por la población en general.

Debido a todo lo expuesto, se ha considerado necesario la elaboración de un programa para prevenir este problema y dotar de herramientas a aquellas personas que están en situación de riesgo, impidiendo de esta manera, el posible desarrollo de un TCA. Para ello, su implementación deberá ajustarse a la realidad concreta, llevándose a cabo de forma rigurosa y flexible, e intentando sostener, a lo largo del tiempo, el compromiso de sus participantes y los logros y aprendizajes adquiridos. Igualmente convendría que, de modo periódico, se evaluase su eficacia, proponiéndose soluciones a las limitaciones que surjan.

6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author
- Bernstein, D. A., y Borkovec, T. D. (1992). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Carrillo, M. V. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa*. Memoria de grado no publicada, UCM, Madrid.
- Carillo, M. V., Jiménez, M., y Sánchez, M. (2010). *La publicidad de televisión entre otros factores socioculturales influyentes en los trastornos de la conducta alimentaria*. Proyecto de I+D no publicado, UE, Extremadura, UPF, Barcelona y URJC, Madrid.
- Casullo, M. M., y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 18(1), 35-68.
- Garalgordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.
- Gervilla, E. (2003). *La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y como problema*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Gómez, N. (2012). *Hacía una escuela saludable. Propuestas didácticas para la acción en educación infantil*. Trabajo de Fin de Grado no publicado, UVa, Valladolid.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., y Venegas, M. (2002). Relación entre factores Individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 12(1), 91-116.
- González, M. A., León, D., y Pineda, J. A. (2014). *Análisis de las construcciones de sentido sobre el estereotipo femenino, en mujeres caleñas entre 25 y 30 años, lectoras de la revista imagen que circula gratuitamente en la ciudad de Cali*. Proyecto de grado no publicado, UAO, Santiago de Cali, Colombia.
- Illán, Hurtado, Martín (2004). *Protocolo de relajación, salud mental*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.

- Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Pamies–Aubalat, L., Quiles, Y., y Bernabé, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136(4), 139-143.
- Páramo, M. A., Straniero, C. M. García, C. S., Torrecillas, N. M., y Escalante, E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21
- Penna, M., y Garrido, M. (2008). *Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos el comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia*. Madrid: Edición Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.
- Penna, M., y Sánchez, M. (2009). *Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes*. Madrid: Edición Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.
- Raich, M. R. (2010). *Imagen corporal*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Raich, M. R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Ruíz-Lázaro, P. M. (1999). *Guía práctica de prevención de los trastornos de conducta alimentaria*. Zaragoza: Edición Grupo Zarima y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. .
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). *Percepción de la imagen corporal*. Revisión no publicada, UPV/EHU, País Vasco.
- Salazar, Z. (2012). El test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*, 26, 51-71.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., y Palomera, R. (2011) Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152. doi: 10.1989/ejep.v4i2.84

Sánchez, R. L., Robles, E., Zaraza, S. S., Villafaña, L. G., y Virseda, J. A. (2012). El apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con anorexia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 535-552

Universidad de Valladolid (2007). *Los cánones de belleza a lo largo de la historia. Cánones de belleza en cine y televisión*. Recuperado de <https://canonesbelleza.wordpress.com/2007/05/25/canones-de-belleza-en-cine-y-television/trackback/>

Valles, M. (2013) *La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral no publicada, UCLM, Castilla-La Mancha.

Vázquez, R., y Raich, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 15(3), 391-407.

Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G. L., Ruíz, A. O., y Franco, K. (2005). Trastornos de comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra inicial de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.

Vivas, M., Gallego, D., y González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Mérida, Venezuela: Editorial Producciones Editoriales C. A.

7. Anexo

7.1. SESIONES

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN GRUPAL

Materiales: Folios, bolígrafos, lápices.

Duración: 120 minutos

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

“Buenos días, comenzaremos presentándonos y diciendo cada uno nuestro nombre, algo que nos guste hacer y algo que se nos dé bien hacer. Ahora cada uno de vosotros tendrá que presentarse de la misma forma. Tras esta presentación y ahora que nos conocemos un poco vamos a explicaros en qué consiste el programa en el que queremos que participéis de forma activa y os sintáis libres de hacer vuestras aportaciones”.

El programa consta de diez sesiones, una por semana y durarán alrededor de 90 minutos cada una. Intentaremos que no se os hagan muy pesadas y para ello necesitamos vuestra participación, además así aprenderemos más entre todos. Estamos seguras que tenéis muchas cosas interesantes que aportarnos y para nosotras vuestra opinión es muy importante. Podéis intervenir en cualquier momento levantando la mano, respetando el turno de cada compañero y preguntar dudas si las tenéis.

Hoy pretendemos que nos conozcamos todos un poco para poder trabajar en grupos estos días para lo cual vamos a hacer una serie de actividades, en la segunda sesión os vamos a hablar de los modelos estéticos, en la tercera sesión hablaremos de la autoestima, y cualidades, en la cuarta sesión de qué es la imagen corporal y cómo se forma, en la quinta y sexta sesión hablaremos de I.E, y gestión de emociones. Por último en la sesión 7 se abordará el bienestar psicológico.

En estos días queremos que vosotros participéis y nos aportéis vuestras opiniones.

Vamos a empezar la primera sesión completando unos test y seguidamente continuaremos con una actividad.

PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ACTIVIDADES

I. Actividad

“A veces asociamos a las personas con animales por su forma de actuar o su aspecto físico. Los animales pueden ayudarnos a describir un poco lo que somos nosotros.

- Cada uno deberá decir su nombre y pensar en un animal con cuyas características y cualidades se sienta de alguna manera identificado y comentárselas al resto de compañeros.
- También tendrán que comentar algo positivo que le haya pasado en la última semana
- Por último, Narrarán una historia, basándose en las vivencias positivas de los participantes. Luego se expondrá al resto de compañeros.

El objetivo es conocer más acerca de la vida de los compañeros.

II. Actividad

LA NOTICIA

- El monitor puede motivar el ejercicio diciendo: "A diario recibimos noticias, buenas o malas. Algunas de ellas han sido motivo de gran alegría, por eso las recordamos con mayor nitidez. Hoy vamos a recordar esas buenas noticias".
- Relacionaremos la actividad anterior pidiendo que los participantes anoten en una hoja las dos noticias más felices de su vida.
- Se comentarán sus noticias: en primer lugar lo hará el monitor, lo seguirá la persona de la derecha y así sucesivamente hasta terminar. En cada ocasión, los demás podrán aportar opiniones y hacer preguntas sobre las emociones y reacciones vividas en esos momentos.

III. Actividad

REFRÁN

- Habrá que inventar un breve refrán/frase, que represente algo que hayamos aprendido acerca de nuestras vidas. Lo escribiremos y una vez conseguido, lo expondremos y explicaremos delante de los compañeros. O por el contrario darle un nuevo significado a otras frases. EJEMPLO

Más vale pájaro en mano que ciento volando

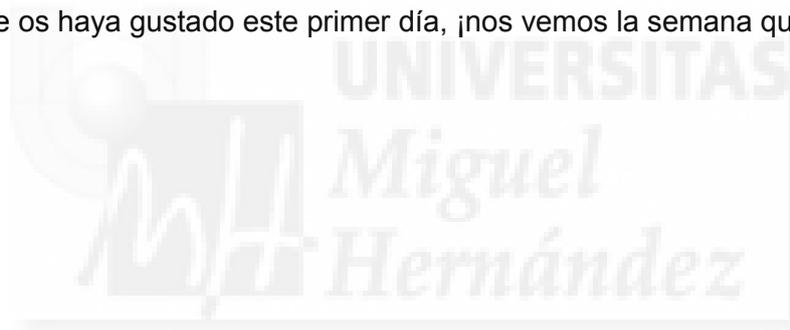
No hay mal que por bien no venga

Más vale malo conocido, que bueno por conocer

...Si pasado el tiempo hay alguien que no consigue formar un refrán o frase que exprese algo de su vida, puede pensar en uno ya conocido con el que se identifique

FINALIZACIÓN DE LA SESIÓN

“Espero que os haya gustado este primer día, ¡nos vemos la semana que viene!”



SESIÓN 2: PRESENTACIÓN GRUPAL MODELOS ESTÉTICOS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Objetivos

1. *Analizar la diversidad de modelos estéticos para relativizar los cánones de belleza*
2. *Comprender la influencia de los medios de comunicación sobre las creencias y valores de la población. Desarrollando así capacidad de juicio crítico hacia la información que reciben de los medios de comunicación.*
3. *Reconocer el carácter persuasivo y directivo de los anuncios publicitarios.*

Materiales: Proyector, power point y ordenador.

Duración: 120 minutos.

PRESENTACIÓN DE LA SESIÓN

“Buenos días, hoy vamos a empezar abordando el concepto de; Canon de belleza”

- ¿Cómo definiríais esta palabra? ¿Creéis que es el mismo en todo el mundo? ¿O el mismo a lo largo de la historia? ¿Cómo pensáis que se transmite?

INTRODUCCIÓN AL CANON DE BELLEZA

Hoy en día, nuestra sociedad actual refuerza y realza el culto de la belleza del cuerpo, posicionándola como determinante del placer, el éxito, amistades, sexo, etc. Actualmente se cree que aquellos que tienen una «buena presencia» poseen, y sólo por ello, mayores posibilidades laborales, de relaciones afectivas y de aceptación social. Un valor que llega a

convertirse en un valor primordial. De este modo, se condicionan la comida, el descanso, la vestimenta, el placer, el dinero... y casi todo a la belleza.

La belleza es, pues, un valor generalizado y un «culto» para una gran mayoría. Tener un físico agradable se considera casi como una «obligación», porque se asocia al prestigio, seguridad y superioridad. No se trata del cuerpo en sí, sino del aspecto físico, silueta, talla, color... que se exhiben en los modelos sobrevalorados, como son: deportistas, famosos, top-models, actores y actrices (Gervilla, 2003)

VISUALIZACIÓN DE VÍDEO CON IMÁGENES

Estos cánones han cambiado a lo largo del tiempo como se reflejan en los siguientes vídeos;

1. <https://www.youtube.com/watch?v=kd5qxdeODJ4>
2. <https://www.youtube.com/watch?v=7vaNY9NdVo0>

EXPLICACIÓN DE MEDIOS DE TRANSMISIÓN E INFLUENCIA

Estos modelos de belleza son transmitidos por diversos medios de comunicación, que tienen una gran influencia sobre todos nosotros, revalorizando determinados modelos a seguir, y discriminando aquellos que no se ajustan al mismo, generando consecuencias maliciosas para aquellas personas que difieran de él.

Uno de los más influyentes medios de comunicación, encargado de la transmisión de los cánones de belleza, es la televisión. Cabe destacar el cine, que siempre ha focalizado la atención sobre estrellas cinematográficas, enormemente deseadas, ya que, parecen ser los representantes de los cánones de belleza dominante. Hay que tener en cuenta que la cámara, junto con el maquillaje, la iluminación, etcétera, modifica la imagen real, y lo que en pantalla aparenta ser de una forma tan natural, en realidad no es exactamente así.

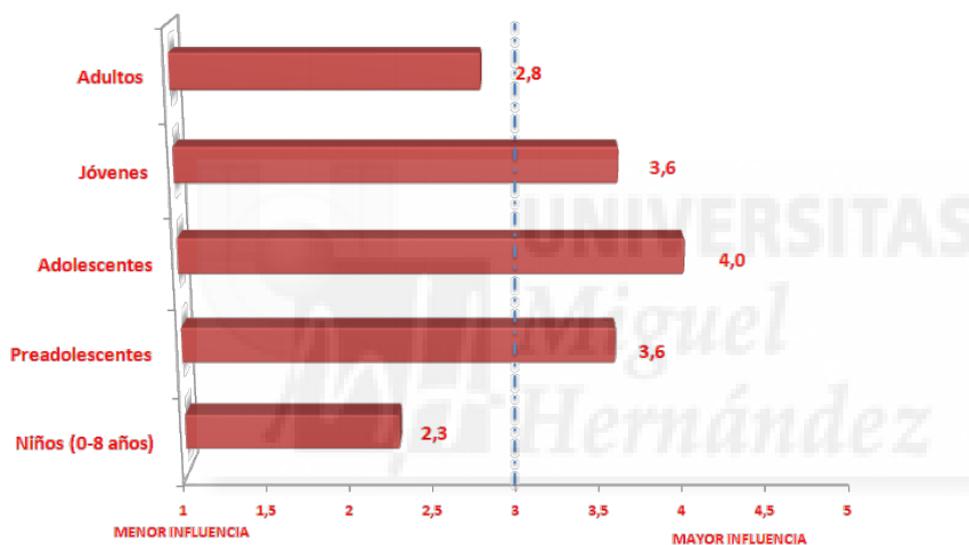
La televisión considera la juventud como miembros consumidores e individualistas, a la que dirige un gran diversidad de anuncios y mensajes que incitan a consumir y lograr este canon

de belleza. Al igual ocurre con algunos programas como “Cambio Radical” en el que asocian al cambio del aspecto físico, la felicidad y el éxito. También es el caso de reality shows, donde se promueven valores y modelos no del todo adecuados y donde se deja ver la carencia de programas educativos (Universidad Valladolid, 2007)

Carillo, Jiménez y Sánchez (2010) concretan que, si bien la publicidad tiene una gran capacidad para estereotipar y manipular a una audiencia casi de cualquier edad, la audiencia adolescente se muestra mucho más vulnerable y maleable.

A continuación se expondrá un gráfico para clarificar la influencia de los medios según la edad.

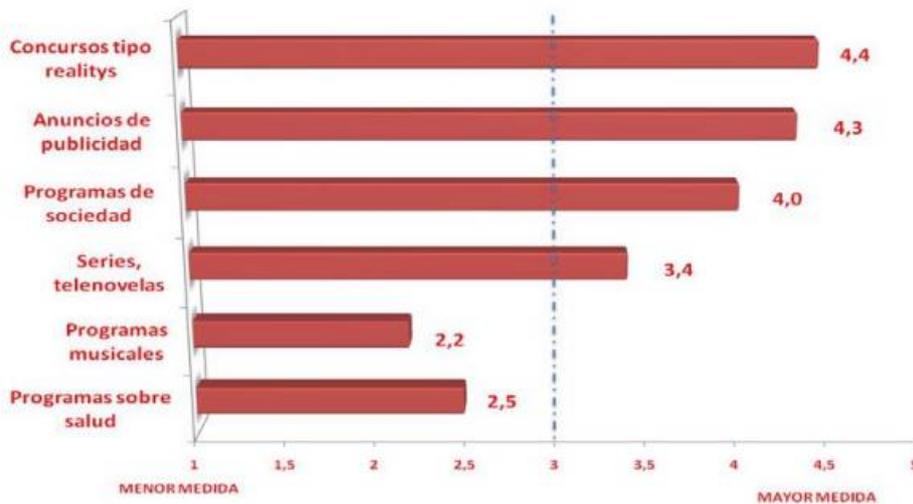
Gráfico 1. Influencia de medios según edad



Como se observa en el gráfico, se puede decir que la influencia de los medios, sobre todo la televisión, se ve acrecentada de forma notoria sobre los 17 años (adolescentes) decreciendo a partir de esta edad. A lo que se añade que, conforme aumenta la edad, se eleva la influencia de otros medios, como internet.

El siguiente gráfico destaca también los contenidos televisivos que, según los expertos, son más perjudiciales e influyentes para el desarrollo de un TCA y centran más la atención sobre la dieta.

Gráfico 2. Influencia de los contenidos televisivos



PUBLICIDAD

Respecto a la publicidad, cabe destacar los múltiples trucos y herramientas para deformar la realidad y conseguir impactar, como se menciona en el siguiente vídeo;

https://www.youtube.com/watch?v=VDrQY6_R_Vs

Según González, León y Pineda (2014) los medios de comunicación han transmitido un estereotipo del cuerpo femenino ideal, definiendo el concepto de estereotipo como la imagen mental de un conjunto de atributos determinados y percibidos colectivamente como un modelo a seguir y que influye en las preferencias, decisiones y actos de la sociedad.

En la actualidad, se busca la belleza a toda costa y a través de la tecnología esto es totalmente factible, con manipulaciones cosméticas, tecnológicas y quirúrgicas. La publicidad convence a la mujer de que debe llegar a ser como aquella que se muestra en la publicidad: un prototipo ideal y perfecto.

Sin embargo, es importante que sepamos sobreponernos a la manipulación constante y ser capaces de detectar cuándo lo que vemos no es real, que partiendo del objetivo meramente comercial en el que se basa la publicidad, ya podemos imaginar que nada de lo que nos enseñe será auténtico.

I. Actividad

Análisis, por grupos, de 3 anuncios sobre los que se responderá a una serie de preguntas. La finalidad es que se detecte cómo se utiliza a la mujer de cebo a través de un aspecto físico “perfecto” (y surrealista) para lograr el éxito a través del producto y así conseguir impactar y ser algo a lo que aspirar.

Primer anuncio;

https://www.youtube.com/watch?v=_tjneIID2lw

- a) ¿Qué opináis?
- b) ¿cuál es el papel de la mujer? ¿Qué consigue y cómo?

Segundo anuncio;

<https://www.youtube.com/watch?v=4tXIX5Vd3NU>

- a) ¿Qué opináis?
- b) ¿cuál es el papel de la mujer?

Tercer anuncio;

https://www.youtube.com/watch?v=7RsCglx_8rw

- a) ¿Qué opináis?
- b) ¿cuál es el papel de la mujer?
- c) ¿Cuál es el papel del hombre? ¿Es admirado?

Actividad 2) Visualización de un vídeo e intercambio de opiniones y valoración individual

<https://www.youtube.com/watch?v=Nh7djXpUZ48>

Me gustaría saber qué opináis y qué conclusiones habéis extraído de los vídeos e información facilitada.

SESIÓN 3: AUTOESTIMA. DETECCIÓN DE VIRTUDES

Objetivos

1. Conocer el concepto de autoestima y su formación, consiguiendo incrementarla a través de la valoración de las propias capacidades y virtudes.

Materiales: proyector, power point, ordenador, folios, lápices o bolígrafos y fichas.

Duración: 120 minutos

INTRODUCCIÓN A LA AUTOESTIMA

I. Actividad

“Comenzaremos el día de hoy posicionándonos en un círculo todos juntos. Os realizaré una pregunta que responderéis delante de todos, y ésta será; ¿Quién es la persona más importante de tu vida?”

A continuación de las respuestas de cada uno, os pasaré un cofre, en su interior está la respuesta para cada una de vosotras a esta pregunta”

En el interior del cofre hay un espejo. Puesto que esta sesión tratará de autoestima, empezaremos haciéndoles ver a los jóvenes que en sus vidas, la persona más importante y a la que deben querer, respetar y cuidar, es ellas mismas.

“Hoy vamos a dedicar la sesión a hablar sobre la autoestima, qué es y su importancia. Comenzaré haciendo unas preguntas para saber qué concepto tenéis de éste”

- ¿Cómo definiríais el concepto de autoestima?
- ¿Creéis que es importante? ¿Por qué?

- ¿Qué pensáis que es necesario para tener una autoestima alta?

DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA Y SU FORMACIÓN

La autoestima puede definirse como el concepto afectivo que tenemos de nosotros mismos, pudiendo ser positivo o negativo. Es el valor que nos damos, y cuánto apreciamos lo que somos y cómo somos.

Garalgordobil y Durá (2006) diferencian entre autoestima y autoconcepto, puesto que éste último se refiere a la representación que una persona tiene de sí misma, que incluye tanto lo que ella piensa de sí misma como lo que piensan los demás. Sería la construcción mental que se tiene de uno mismo. Además, el autoconcepto está formado por los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos vivido. Por ejemplo, una persona puede tener un autoconcepto formado por impresiones, evaluaciones, como percibirse inteligente o no, y experiencias. Mientras que la autoestima es la parte afectiva que surge a partir de esa construcción mental, y el sentimiento que nace según la percepción que se tenga de uno mismo.

Estos autores, además destacan la revisión de estudios clínicos y experimentales que llevó a cabo Coopersmith (1967), puesto que le permitieron afirmar que aquellos sujetos que presentaban una elevada autoestima eran más felices.

También se basan en Cheng y Furnham (2003), quienes pudieron observar que la autoestima era un predictor de felicidad, y en Neto (2001), quien encontró correlaciones positivas entre autoestima y satisfacción con la vida, sociabilidad y bienestar, así como correlaciones negativas con vergüenza, soledad, timidez, y ansiedad social.

Otros trabajos que mencionan confirman que la alta autoestima protege de síntomas depresivos (Takakura y Sakihara, 2001). Así como un el bajo autoconcepto (Braithwaite, 2004; Oowd, 2002) y una baja autoestima (Hong, 2002) son precursores de depresión y ansiedad.

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

“Como ya conocemos qué es la autoestima y cómo se forma, ahora vamos a poner en práctica y a conocer cuánta estima nos tenemos a nosotros mismos”

I. Actividad

Escribe en tu cuaderno:

- 5 cosas que te gusten de tu imagen física.

Todos tenemos cosas bonitas, ya sean los ojos, el pelo, la piel, la sonrisa, etc.

- 5 cosas de tu forma de ser que te agraden
Puede ser tu amabilidad, tu capacidad de escucha, tu generosidad, tu simpatía, e inteligencia.

II. Actividad

Dibuja la expresión de las caras de la hoja “El autoconcepto” y escribe en ella frases que describan cómo te ves a ti mismo. Léelas a tus compañeros y ellos intentarán descubrir pensamientos negativos, y te harán ver el lado positivo, reforzando tus cualidades.



III. Actividad

Realizaremos dos listados, uno será de momentos difíciles que hayamos asumido, confrontado y/o solucionado hasta el momento. El segundo deberá contener todos aquellos logros conseguidos hasta el momento, ya sea haber aprobado los exámenes, haber ganado una competición, haber conseguido solucionar un problema, etc.

Esta actividad nos permitirá aumentar la percepción de control y de superación, haciéndonos comprender que si ya hemos afrontado situaciones difíciles o conseguido logros, podemos seguir haciéndolo.

IV. Actividad

Escribiremos una carta a la niña que fuimos hace años, diciéndole todo aquello que nos hubiera gustado oír de los demás o de nosotras mismas, sobre las cualidades que teníamos hasta ese momento, lo que nos gustaba de nosotras mismas. Después responderemos a la siguiente pregunta

- ¿Sigo teniendo las mismas cualidades?
- ¿He adquirido incluso más con el paso del tiempo?
- ¿O por el contrario he perdido muchas de ellas?, de ser así, ¿Qué podría hacer para recuperarlas? ¿O para tener aquellas cualidades que me gustaría? Por ejemplo; paciencia, comprensión, etcétera.

VISUALIZACIÓN DE UN VÍDEO E INTERCAMBIO DE OPINIONES

V. Actividad

<https://www.youtube.com/watch?v=sS8u1f7oyhA>

- ¿Qué conclusiones habéis extraído?

VI. Actividad Ronda de piropos

Se sitúan todas en círculo y cada una dirá en voz alta todos los aspectos positivos, físicos y no físicos, que le gusten de la compañera de la derecha. De esta manera reforzaremos nuestras cualidades e incluso descubriremos otras nuevas que los demás perciben de nosotras y sobre las que no nos habíamos percatado.

VII. Actividad

Al final de cada día, durante tres semanas, completa estas frases con tus sensaciones. Esto hará que seas consciente de tus cualidades.

- “Hoy me he sentido bien conmigo mismo/a por...”
- “Hoy he hecho algo bueno para mí cuando...”
- “Me gusto más a mí mismo/a cuando...”
- “Me empiezo a dar cuenta de que tengo la virtud de...”
- “Aunque he cometido un error, me doy cuenta de que...”

SESIÓN 4: IMAGEN CORPORAL; CÓMO SE CONSTRUYE Y MANTIENE. ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA SATISFACCIÓN CON LA MISMA

Objetivos

1. *Conocer el concepto de imagen corporal, comprender cómo se construye y mantiene, e incrementar su nivel de satisfacción con el mismo.*

Materiales: Power point, ordenador, proyector, ficha de preguntas, bolígrafos o lápices.

Duración: 120 minutos

INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL Y SUS DIMENSIONES

La definición de imagen corporal sería la representación que tiene cada uno de su propio cuerpo a nivel mental, es la conciencia corporal de cada persona. Existen alteraciones en esta percepción, como sería el ejemplo del miembro fantasma, que serían aquellas personas que, pese a haber perdido alguna extremidad, afirman sentirla. La imagen corporal también abarcaría el conjunto de sentimientos y actitudes, negativas o positivas, que se tiene hacia el propio cuerpo físico, que influyen sobre el autoconcepto que la persona tenga de sí misma.

Según Thompson (1990) la imagen corporal está constituida por tres componentes:

1. *Perceptual.* Incluye la percepción del tamaño corporal, tanto en su totalidad como en sus segmentos. Puede estar alterado por una sobrestimación, (percepción de un tamaño mayor al real, por ejemplo; Trastornos de la alimentación), o por una subestimación, (percepción de un tamaño menor al real).

2. *Subjetivo*. Abarca actitudes, sentimientos, valoraciones y pensamientos hacia el cuerpo (por ejemplo; Insatisfacción, ansiedad, preocupación, etc.), sobre todo en relación al peso, el tamaño corporal, e imagen corporal.
3. *Conductual*. Las conductas que se tienen hacia el cuerpo a partir del componente subjetivo y perceptual. Por ejemplo; Esconder el cuerpo bajo ropas muy holgadas para que no se vea, dietas estrictas, etc.)

DISTORSIONES COGNITIVAS

A continuación, profundizaremos más sobre el primer componente, ya que la percepción e interpretación de los acontecimientos es muy importante a la hora de lograr un bienestar. La interpretación y las cogniciones sobre la apariencia física pueden formar parte de “errores cognitivos”, que serían creencias irracionales o malas atribuciones, entendidas estas últimas como la justificación incorrecta a un hecho. Esquema:

1) Acontecimientos activadores → 2) **Creencias sobre la apariencia** → 3) Diálogo interno → 4) Emociones negativas hacia mi cuerpo → 5) Comportamientos relacionados con la apariencia

Aquí se puede observar cómo influyen las creencias sobre los sentimientos, y éstos sobre las conductas hacia el cuerpo. Como la percepción es uno de los iniciadores de este proceso, concretaremos una serie de pensamientos irracionales hacia la apariencia que desencadenan el esquema anterior, y se denominan;

Tabla 1 La docena sucia

La docena sucia

La bella o la bestia Pensamiento extremista. Si no soy hermosa, soy horrible, no hay punto intermedio. Si no soy la mejor, es porque no valgo nada.

El ideal irreal Evaluar nuestra apariencia a partir de un modelo irreal (altísima y escultural). Y si hay desajuste, la atención se centra en los

defectos.(Si no encajo es porque soy fea, baja, nada atractiva)

La comparación Injusta	Comparación con gente real y considerada atractiva según el canon. Ejemplo. Cada vez que quedo con mis amigas, van tan arregladas y hermosas que yo en comparación, me siento horrible.
La lupa	Centrar la atención sólo en aquello que nos desagrada, olvidando lo que nos gusta de nosotras mismas. Atención selectiva
La mente ciega	Minimizar o ignorar aquello favorable de una misma, porque estamos conformes con ello, y como no nos preocupa, no lo tenemos en cuenta. Ejemplo. Una joven atractiva, pero obsesionada con una cicatriz.
La fealdad Radiante	La insatisfacción con un aspecto de nuestro físico, acaba por extenderse a otras características físicas. Ejemplo. Me veo una estría, y empiezo a inspeccionar mi cuerpo, y acabo por encontrar más estrías y manchas, lo que me hace generalizar la insatisfacción a todas mis piernas, y probablemente a más partes del cuerpo.
El juego de la Culpa	Justificar acontecimientos negativos con aquella parte del aspecto físico que nos desagrada. Ejemplo. Pensar que en una fiesta nos rechazan porque tenemos una cicatriz en el rostro o mancha.
La mala interpretación de la mente	La creencia de que NO soy atractivo me hace pensar que los demás piensan igual. Sensación de saber a la perfección todo lo que los demás piensan de nosotras. Ejemplo. Si tengo una mancha en el rostro, al salir, creo que todos se fijarán en ella.
Prediciendo	Predecir que nuestro aspecto físico generará efectos negativos

desgracias	en el futuro. Ejemplo. Con este aspecto, ningún chico se fijará en mí y no tendré pareja nunca.
La belleza limitadora	Las preocupaciones por el aspecto, controlan y limitan nuestro comportamiento. Ejemplo. Si no ejercito mi cuerpo y bajo de peso, no iré a la playa este verano, o iré con ropa y no me bañaré.
Sentirse feo	Pensar; Si me siento feo es porque SOY feo, lo que lleva a buscar comprobantes: (en el espejo) Mira qué estrías y qué piernas más horribles tengo.
El reflejo del malhumor	El malhumor centra nuestro malestar emocional sobre nuestro cuerpo (ya sea estrés o nervios por un mal día o por la presión de los estudios o el trabajo) siendo éste el blanco e nuestras críticas, (como si se tratase de un saco de boxeo al que golpeamos) para liberar la tensión.

Todas estas creencias e ideas irracionales nos llevan a tener sentimientos sumamente negativos y con ellos comportamientos erróneos para con nuestro cuerpo, que acaban por mantener el problema una vez iniciado.

Algunos problemas que genera la insatisfacción con la imagen corporal son; Baja autoestima, Ansiedad interpersonal, problemas en las relaciones sexuales y depresión (Raich, 2010)

Por último, comentar que, de acuerdo a los autores Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), la imagen corporal se construye de forma evolutiva. Por tanto, en diferentes etapas de la vida, iremos interiorizando y adaptándonos a los cambios de nuestro. En la adolescencia, el cuerpo pasa a ser la fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección, de la comparación social, la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social. Todo ello determinará el grado de satisfacción con el cuerpo. Sin embargo, contamos con un hándicap, y es que en nuestra sociedad, el cuerpo se ha convertido en un negocio, de esta forma, la preocupación por el mismo y la apariencia física se ha acentuado notoriamente, hasta convertirse en una fuente de consumo y en una meta de realización.

VISUALIZACIÓN DE UN VIDEO

La imagen corporal está muy relacionada con nuestra autoestima. Lo podremos ver en el siguiente video, en el que además de refrescar contenidos de la sesión anterior, se clarifica que si tenemos una buena imagen corporal, nuestra autoestima será más elevada.

<https://www.youtube.com/watch?v=RIPnWbSUXe4>

ACTIVIDAD PARA REFLEXIONAR

Tras observación y autoexploración táctil ante el espejo del cuerpo desnudo:

I. Actividad

Contesto a las siguientes preguntas:

¿Soy alto/a, bajo/a?

¿Soy gordo/a, flaco/a?

¿Cómo es mi cuerpo de espaldas, de perfil?

¿Cómo es mi pelo?

¿Cómo es mi cara: ojos, nariz, orejas, boca,...?

¿Cómo es mi cuello?

¿Cómo son mis hombros, mis pechos,..?

¿Cómo es mi abdomen?

¿Cómo son mis brazos, mis manos?

¿Cómo son mis caderas?

¿Cómo son mis muslos, mis piernas, mis pies?

II. Actividad

Valoro de 1 a 10 el grado de aceptación de cada una de las partes de mi propia figura corporal, añadiéndolo a los apartados anteriores. Al finalizar, reflexionaremos en conjunto las respuestas de cada persona y se comunicarán las percepciones que sean erróneas.

III. Actividad

Haremos una lista en el lado izquierdo de la hoja, con frases negativas que solamos decirnos a nosotras mismas sobre nuestro aspecto. Seguidamente, al otro lado de la hoja, escribiremos frases positivas que sustituyan estos pensamientos dañinos. De esta forma;

Tabla 2 Pensamientos negativos

Pensamientos Negativos	<i>Pensamientos positivos</i>
<i>Tengo la nariz grande</i>	<i>Tengo una nariz bonita, única para mi rostro, y la acepto</i>
<i>Soy menos atractiva que las demás</i>	<i>Soy igual de atractiva que otra persona y tengo cualidades muy buenas</i>
<i>Como no tengo suficiente pecho, no seré atractiva como otra persona que tenga más que yo</i>	<i>Tengo las proporciones adecuadas a mi cuerpo, y me gusta así como soy y estoy</i>

Sería conveniente que, cada vez que estemos en casa o en otro lugar y aparezcan estos pensamientos negativos sobre nuestro cuerpo, hacer la sustitución por pensamientos positivos.

FINALIZACIÓN DE LA SESIÓN CON REFLEXIONES

Por último, os facilitaré algunas reflexiones antes de que os vayáis a casa.

Reflexión 1

Las personas que cuidan su cuerpo, se perciben con mejor imagen, y se sienten con más energías, más atractivas y saludables, aumentando así la autoestima. Por lo que te propongo hacer algunos días a la semana, algo sano para tu cuerpo. Haz un poco de ejercicio, come sano (verduras, fruta) y por último mírate al espejo y píropéate a ti mismo.

Reflexión 2

En los medios de comunicación intentan transmitir un determinado canon físico de belleza. Muchas personas no encajan y se angustian. No te dejes engañar. Los gustos personales son muy diferentes, por lo que siempre podemos encontrar a alguien que le guste nuestro cuerpo. Todos podemos ser atractivos y queridos.

Reflexión 3

Si bien la figura corporal tiene importancia cuando no se conoce a las personas, cuando convives con ellas, pasa a ser algo secundario o terciario, y a estar en otro plano.

Reflexión 4

Valora tu cuerpo, siéntete bien, Porque te lo mereces. También aprecia el de los demás, con sus diferentes figuras y aspecto. ¡Porque ellos también se lo merecen!

SESIÓN 5: INTELIGENCIA EMOCIONAL (I.E) Y RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES. I PARTE

Objetivos

- 1. Comprender el constructo de inteligencia emocional y diferenciarlo del concepto tradicional de inteligencia*
- 2. Saber reconocer las propias emociones y saber cómo influyen los pensamientos sobre éstas.*

Materiales: Ordenador, power point, proyector, fichas, bolígrafos o lápices, folios y autorregistros.

Duración: 120 minutos

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

Hoy dedicaremos esta sesión para hablar de la inteligencia emocional.

- ¿Qué son las emociones?
- ¿Qué creéis que significa el concepto de I.E?
- ¿Es lo mismo la inteligencia emocional que el concepto tradicional de inteligencia?

EXPLICACIÓN DE LAS EMOCIONES Y DE LA I.E

Según Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera (2011), las emociones son estados, o sentimientos, con un papel fundamental en nuestra supervivencia. Éstas provocan la activación fisiológica, cognitiva y conductual que se requieren para reaccionar de forma adecuada y efectiva a las demandas del ambiente (Cosmides y Tobby, 2000; Nesse, 1990). Es decir, si por ejemplo, estamos de visita en un zoológico y de repente se escapa un león, la emoción de miedo nos ayudará a tensar los músculos para reaccionar y correr más rápido, además de agilizar nuestro pensamiento para

escapar, aumentando la activación y energía para poder escapar de la amenaza y sobrevivir.

Como ya conocemos qué es una emoción, ahora explicaremos qué es la I.E. La definición más extendida es de Mayer y Salovey (1997), que la explica como una habilidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud. También es una habilidad para entender la emoción, tanto la propia como la de los demás, y regularla, teniendo así un conocimiento emocional.

Además, aquellos sujetos con mayor IE son percibidos como agradables, empáticos y sociables (Lopes, Salovey, Cote y Beers, 2005). Respecto al ajuste personal, la IE se ha asociado a niveles elevados de autoestima (Brackett et al., 2006), y de bienestar (Brackett y Mayer, 2003), junto con una menor sintomatología depresiva (Extremera, FernándezBerrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006).

Concretar, que tras el estudio de Salguero et al., (citado ya al comienzo) se reforzó que los adolescentes con mayores habilidades para identificar el estado emocional de otras personas, tenían mejores relaciones sociales, mejor consideración hacia sus padres y se sentían valorados y estimados por éstos. Además presentaban niveles más bajos de estrés y tensión en las relaciones sociales.

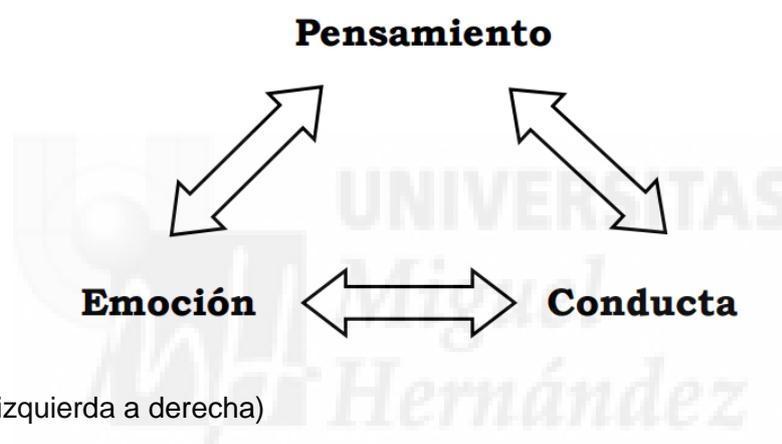
La I.E, como ya habréis visto, no es lo mismo que el concepto tradicional de inteligencia, ya que la primera se refiere al dominio emocional, y la segunda a la capacidad racional.

Según Gómez (2012) las personas emocionalmente inteligentes tienen las siguientes cualidades;

- ◆ Saben qué emociones experimentan y porqué
- ◆ Conocen sus puntos débiles y fuertes
- ◆ Controlan su impulsividad
- ◆ Son reflexivas y se muestran seguras de sí mismas
- ◆ Son equilibrados socialmente, ya que comprenden los sentimientos y preocupaciones de los demás

LA INFLUENCIA DEL PENSAMIENTO

Este autor comenta también que las emociones varían de una persona a otra. Es decir, ante una misma situación, dos personas pueden tener emociones diferentes, según el significado que le den éstas a la situación que les rodea. Éste es el poder de los pensamientos. Labrador, Cruzado y Muñoz (2001) exponen la relación que hay entre los pensamientos, las emociones y las conductas, puesto que, tanto el afecto como la conducta dependen del pensamiento. Es decir, según cómo se interpreten las situaciones, sentiremos de una forma u otra.



(Esquema; de izquierda a derecha)

Los pensamientos están directamente relacionados con las emociones y las conductas, y entre todas éstas existe una influencia recíproca. Ejemplo: joven que se dice a sí misma (pensamiento): “No sirvo para nada”, esto probablemente le haga sentirse más angustiada (emoción) y seguramente esto hará que lllore, se tire en la cama y no salga (conductas), al verse así corroborará su creencia inicial: “No sirvo para nada”.

Por tanto es muy importante que tengamos pensamientos positivos hacia nosotros mismos, porque esto hará que tengamos emociones positivas y conductas sanas.

VISUALIZACIÓN DE UN VÍDEO

<https://www.youtube.com/watch?v=uYHrhQRgjDw>

I. Actividad

A continuación os facilitaré una ficha que contiene una serie de pensamientos erróneos y negativos. Tendréis que completar los bocadillos con frases positivas alternativas.

He derramado sobre mi compañera Sofia un vaso de coca-cola en una fiesta. Soy un gafe. Estropeo todo lo que toco.

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dashed lines for writing.

He suspendido tres asignaturas. Nunca conseguiré aprobarlas. Los profesores me tienen manía. Por más que haga no saldré del pozo.

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dashed lines for writing.

Carmen no se ha callado mi secreto. No se puede confiar en nadie. Todo el mundo me engaña.

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dashed lines for writing.

Las chicas no se interesan por mí. Soy tan bajo.

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dashed lines for writing.

He pedido ayuda a un compañero de clase para un trabajo y me ha dicho que no puede. Nadie quiere saber nada de mí.

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dotted lines for writing.

Los chicos mayores del barrio se meten conmigo y yo me dejo para que no me peguen. No sé hacer otra cosa. Mi padre dice que soy un "lili". Me siento mal

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dotted lines for writing.

Mi nariz es enorme. Con lo fea que soy, ¿qué chico se fijará en mí?

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dotted lines for writing.

Seguro que no apruebo la evaluación. Soy un desastre y no me acordaré de nada. Ya lo verás, me saldrá fatal.

A large blue oval thought bubble containing three horizontal dotted lines for writing.

II. Actividad

Ahora pondremos en común las respuestas de cada uno y analizaremos las alternativas escritas.

Además exploraremos los sentimientos que experimentaríamos si nos dijésemos esas frases negativas a nosotros mismos, comentando experiencias en las que hubiésemos pensado así de verdad. De igual manera haremos si nos dijéramos cosas positivas.

III. Actividad

Deberán hacerse dos grupos, de los cuales saldrá un representante distinto en cada ronda. Al que salga, le diré al oído una emoción y una situación. El seleccionado debe, haciendo mímica, lograr que sus compañeros adivinen la emoción y la situación. El participante que logre acertar, ganará un punto, y saldrá a hacer la próxima representación.

IV. Actividad

La caja de las sorpresas.

Habrán dos cajas. Una tendrá tarjetas con diferentes emociones escritas y la otra tendrá situaciones.

Cada participante tendrá que salir y elegir una. Si se saca una tarjeta con emociones, la persona tendrá que poner 2 ejemplos de momentos en los que se hubiese sentido así, el por qué y qué hizo entonces. Por el contrario, si saca una tarjeta de la caja que contiene situaciones, deberá decir cómo se sentiría y qué haría en ese contexto.

V. Actividad

Para casa

Os repartiré una hoja para que vayáis apuntando alguna de las emociones que sintáis a lo largo de la semana, además de la situación en la que estéis en ese momento, lo que pensasteis, qué hicisteis y qué podríais haber hecho para controlar la emoción.

Autorregistro

Fecha y día	Situación ¿Qué sucedió?	Pensamiento	Emoción 1-10	Conducta	<i>Pensamiento alternativo</i>	<i>Conducta alternativa</i>

Así, la próxima sesión empezaremos comentando lo que hayáis escrito en la ficha. Espero que os haya gustado.

VIDEO DE FINALIZACIÓN

Antes de que acabe la sesión me gustaría que vierais el siguiente vídeo.

<https://www.youtube.com/watch?v=vr74M5z36Xc>

SESIÓN 6: I.E; ESTRATEGIAS PARA GESTIONAR LA IRA EN SITUACIONES DE CONFLICTO. II PARTE

Objetivos

- 1. Adquirir habilidades para gestionar las propias emociones adecuadamente, desarrollando estrategias para afrontar emociones negativas, como la ira o enfado: respiración, tiempo fuera, autoinstrucciones y actividades distractoras.*

Materiales; Power point, ordenador, proyector, fichas, lápices o bolígrafos y folios.

Duración: 120 minutos

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

“¡Hola a todos! Hoy comenzaremos analizando los autorregistros del día anterior. Nos agruparemos todos juntos y cada una de vosotras iréis comentando una situación, y las emociones y respuestas. Además oiremos las alternativas de conducta y pensamiento de cada uno y ayudaremos todas juntas a generar más pensamientos alternativos si hiciera falta”

EXPLICACIÓN DEL CONTROL EMOCIONAL

Continuaremos hablando de la importancia del control y regulación de las emociones, habilidad que, junto con la de percibir y comprender, como ya vimos en otra sesión, forma parte de la I.E.

Vivas, Gallego y González (2007) se refieren al concepto de regular las emociones como; La acción de manejar las emociones, ya sean positivas o negativas, de una forma eficaz.

Cabe mencionar que hay una clasificación de las mismas. Por una parte se encuentran las emociones básicas o primarias, y por otra, las secundarias. Las primarias son aquellas que tiene un carácter universal, es decir, que por su expresión facial pueden reconocerse en distintas culturas. Lo que no ocurre con las secundarias, puesto que el significado y expresión de éstas, varían enormemente de una cultura a otra. Los investigadores, en general reconocen como emociones primarias: la alegría, la tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y el asco.

Hoy nos centraremos concretamente en el control de emociones como la ira o la rabia.

VISUALIZACIÓN DE UN VIDEO

<https://www.youtube.com/watch?v=dbuowOZqL8U>

Es importante que sepáis que hay técnicas que ayudan a modular las emociones, por tanto sí se pueden controlar. ¿Se os ocurre cómo? ¿Qué hacéis vosotras para controlar emociones como la rabia o la ira?

La primera técnica que voy a enseñaros se denomina; *El termómetro*.

Esta técnica nos ayuda a tomar conciencia de nuestras emociones, que sepamos categorizarlas, detectar lo qué emoción es y poder ponerle nombre a lo que nos sucede. Además nos ayuda a controlar nuestra “temperatura emocional” por contraste.

Vamos a ponerla en práctica con un ejercicio.

Esta técnica propone que cuando tengáis un mal momento y os enfadéis, o alguien os saque de quicio, tenéis que intentar recordar un día en el que os sintierais bien, tranquilo y relajado. Tratando de guardar las sensaciones de ese estado satisfactorio, incluso cuando no tengas un buen día, para lograr relajarnos y mejorar nuestro humor.

Comenzaremos por detectar qué cosas con las que más nos molestan.

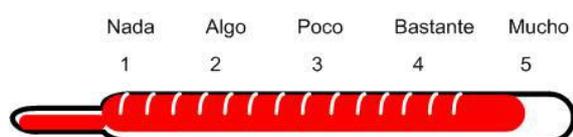
ACTIVIDADES

I. Actividad

¿Qué cosas manejan nuestra temperatura emocional?

Ahora me gustaría conocer qué cosas os enfadan u os ponen triste con más facilidad. Por tanto, lee atentamente las siguientes situaciones y puntúalas de 1 a 5 teniendo en cuenta que 1= Nada y 5= Mucho.

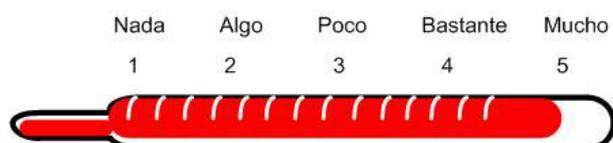
Cuando mi madre o mi padre me dicen algo que no me agrada.



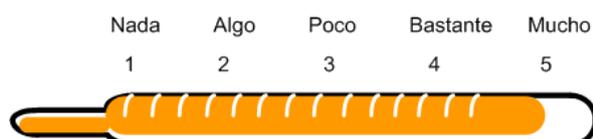
Cuando algún profesor me llama la atención por algo que he hecho mal.



Cuando algo no sale como espero, por ejemplo cuando pierdo en alguna competición



Cuando mis amigos o amigas no me tienen en cuenta para quedar o a salir con ellos.



Cuando suspendo alguna asignatura.

Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



Cuando me entero de que alguien ha dicho algo negativo de mí a mis espaldas.

Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



Cuando discuto con alguna amiga o algún amigo

Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



Cuando algún chico/a me rechaza

Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



Que no me devuelvan algo que he prestado y es mío

Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5



Bien, si se os ocurre alguna situación más, podéis escribirla con su respectiva puntuación.

Una vez finalizamos comentaremos las respuestas de cada uno, razonando la puntuación asignada. Esto nos ayudará a conocer mejor a los demás y a nosotros mismos.

II. Actividad

¿Cómo medir nuestra temperatura emocional?

Ahora, lo que haremos será concretar qué situación nos molesta más, y cuál nos da más satisfacción, para así poder poner en práctica el contraste del que hablábamos antes, de forma concreta, y seleccionar la situación que más nos guste para usarla cuando nos sintamos mal y mejorar nuestro humor.



A. *Ante un mal día por un enfado o tristeza → Sube la temperatura.*

Os voy a pedir que recordéis episodios o situaciones de vuestra vida en los que os enfadarais mucho. ¿Qué ocurrió?



B. *Ante un buen día, de Tranquilidad y alegría → Baja la temperatura.*

Os voy a pedir que también recordéis episodios de vuestra vida en los que estuvierais especialmente tranquilas, relajadas y alegres. ¿Qué ocurrió?

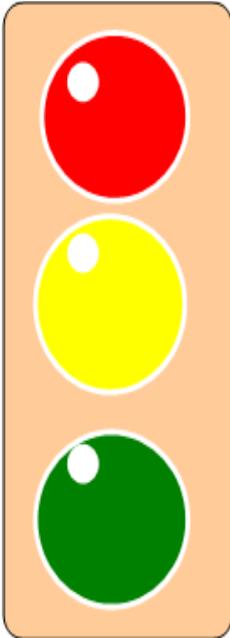
Muchas veces, cuando alguien nos ofende o nos provoca podemos desactivarlo quitándole importancia. El que sabe ignorar una provocación es más fuerte que el que pega o insulta a otro y gana la pelea.

La segunda técnica es; *El semáforo.*

Esta actividad os puede ayudar a comprender el proceso para controlar nuestras emociones cuando estemos enfadados e irascibles.

El semáforo es en parte como la ira. Conforme nos vamos enfadando, la ira va apareciendo poco a poco. Entonces empezamos con el color verde, y conforme nos vamos enfadando más y más, pasamos al naranja hasta llegar al rojo. Sin embargo, en ocasiones pasamos del verde al rojo sin darnos cuenta y esto es lo que muchas veces hace que directamente “explotemos”.

Cuando YA estamos enfadados:



El *rojo* nos indica un nivel de enfado muy alto, porque tenemos ganas de gritar, insultar o golpear algo. En este momento, es necesario tranquilizarnos y bajar el ritmo. Es momento de decirnos: ¡PARA!

Pasamos al *amarillo* una vez que hemos frenado el primer impulso, ¿cómo podemos solucionar esto? ¿Qué puedo hacer ahora? Es momento de: ¡PENSAR!

Pasamos al *verde* cuando estamos preparados para seleccionar la mejor solución y poder responder de forma correcta y controlada. Respondo con calma, controlando mi enfado y sin perder los nervios. Es momento de: ¡ACTUAR!

Sin embargo, el semáforo también funciona al revés, es decir, cuando aún no os habéis enfadado, (verde) si alguna situación o comentario de otra persona os molesta, podéis realizar otra actividad, como hacer deporte, escuchar música, ir al cine o decirle de forma adecuada a la otra persona que nos ha molestado lo que ha ocurrido. De esta forma no llegaremos a los siguientes niveles.

Si llegaseis al naranja, en el que detectaríais que estáis enfadados y que la ira puede aumentar, podéis controlarlos y dominar vuestros impulsos. Como estrategias podéis utilizar:

Distracción

- a) Escuchar música
- b) Ver una película
- c) Hacer deporte
- d) jugar a la videoconsola o quedar con algún amigo
- e) Hacer repeticiones: contar baldosas, las líneas del suelo, tararear para ti mismo una canción que te guste.

¿Se os ocurre alguna más?

- *Relajarte a través de la respiración*

Respira profundamente. Durante 10 veces seguidas, haz lo siguiente.

- a) Toma aire por la nariz. Cuenta los segundos 1, 2, 3, 4.
- b) Expulsa el aire por la boca. Cuenta los segundos 1, 2, 3, 4.

- *Contar hasta diez*

Cuando tengas ganas de explotar, levantar la voz o insultar o a alguien, cuenta hasta diez. Es una tarea distractora y una manera de detener lo que tienes ganas de hacer o decir de una forma inmediata y repentina.

Si pasáis al rojo, en el que la ira os sobrepasa, no pensáis con claridad y os comportáis de forma impulsiva. En esta fase podemos utilizar:

- *Autoinstrucciones*

Ésta nos ayudará a controlar nuestras emociones y reducir la “temperatura”

Cuando te suba la “temperatura” prueba a pensar alguna de las siguientes frases

- 1- Ahora estoy enfadado, estoy mal pero se va a pasar, yo puedo controlarlo.
- 2- Tranquila, no voy a decidir nada en caliente.
- 3- Tengo derecho a estar enfadado cuando algo no me gusta o me faltan al respeto. Sin embargo no merece la pena enfadarse tanto como para explotar, insultar, gritar o romper. Esto al final va contra mí mismo.
- 4- Sí, puedo detectar el enfado, pero no puedo dejar que se me escape de las manos.
- 5- Yo mando sobre mis emociones. Estar enfadado es como si me hubieran cargado de electricidad. Yo controlo mi carga emocional.
- 5- Perder los nervios me hace más débil y vulnerable. El enfado llama al enfado, cuanto más pierda el control ahora, probablemente más fácilmente lo pierda mañana o la semana que viene.
- 5- Devolver el daño ocasionado va a ser peor, aunque me apetezca hacerlo.
- 6- Calma, no te metas en líos, no merece la pena
- 7- Tranquilo, ahora no voy a solucionar nada, mejor me tranquilizo y luego lo hablamos.
- 8- Soy capaz de controlarme, no voy a dejar que esto me domine, puedo manejar esta situación.

- *Tiempo fuera*

Consiste en retirarnos de la situación en la que estéis, avisando a los demás que vais a iros por un momento, hasta que logréis relajaros. Entonces volveréis de nuevo.

Por último quiero que completéis las siguientes escenas con lo que podéis hacer en cada color del semáforo ante esa situación.

III. Actividad

1.- Escena 1: Una gran amiga tuya está inventándose cosas sobre ti.

Rojo: _____

Amarillo: _____

Verde: _____

2.- Escena 2: Estás con el chico/a que te gusta y unas amigas y éste/a se burla de ti, diciéndote: Qué mal hueles.

Rojo: _____

Amarillo: _____

Verde: _____

IV. Actividad

Por último, vais a visualizar el siguiente video

https://www.youtube.com/watch?v=0_vCqmxC7cl

Pondremos en práctica lo aprendido cuando estéis en el semáforo rojo.

En el vídeo, la persona que aparece no es capaz de aplicar las técnicas que vosotras ya conocéis, y ha llegado a estallar.

En este momento ¿qué debería hacer la joven? Si bien una de las estrategias es abandonar la situación, la otra sería; Autoinstrucciones. Qué tipo de autoinstrucciones podría utilizar?

También me gustaría que escribierais qué pensamientos negativos podría estar teniendo la joven y por qué otro pensamiento más positivo podría cambiarlo.

FINALIZACIÓN CON LA VISUALIZACIÓN DE UN VIDEO

Para despedirme os dejo un último video sobre el contagio de emociones positivas

https://www.youtube.com/watch?v=rzGg5q_Z7Xc



SESIÓN 7: BIENESTAR PSICOLÓGICO

Objetivos

3. Conocer el concepto de bienestar psicológico y desarrollar estrategias para lograrlo.
4. Conocer la influencia de las emociones en la salud y el bienestar psicológico.

Materiales: Ordenador, proyector, power point, música, colchonetas, pintura de dedos y cartulinas amplias.

Duración: 120 minutos

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

¡Hola a todos! Me gustaría comenzar preguntándoos lo siguiente

- ¿Qué es para vosotros el bienestar psicológico?
- ¿Con qué lo relacionáis?
- ¿Por qué creéis que algunas personas se sienten mejor que otras?
- Por qué hay personas más infelices que otras?

EXPLICACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Bien, Casullo y Solano (2000) refieren que una persona con alto bienestar psicológico es aquella que está satisfecha con su vida y que de forma habitual tiene un buen estado ánimo. Añaden que diferentes investigadores han destacado que aquellas personas que son más felices, y están más satisfechos, sufren menos malestar, tienen un mejor dominio del

entorno y poseen mejores habilidades sociales para relacionarse con las personas. Éste fue un tema muy debatido por filósofos y sociólogos hace varios años atrás. Se creía antiguamente que el estar satisfecho con la vida, o tener bienestar, estaba estrechamente relacionado con la inteligencia, la apariencia física o las buenas condiciones económicas. Sin embargo, en la actualidad se sabe que el grado de bienestar está relacionado con la subjetividad de los individuos (Diener, Suh y Oishi, 1997). Es decir, el bienestar dependía más de la percepción interna de cada persona, que de factores externos a ésta.

Páramo, Straniero, García, Torrecilla y Escalante (2012) hicieron referencia al “Modelo de la Multidimensionalidad Constructural” o “Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico” planteado por Ryff en 1989. Había seis dimensiones en el modelo propuesto por éste y por Keyes (1985).

1. *Auto-aceptación*

Entendida como la valoración y actitud positiva hacia uno mismo, a pesar de las limitaciones que se puedan tener.

2. *Relaciones positivas con otras personas*

Es la capacidad de establecer relaciones estables y duraderas con los demás, caracterizadas por la confianza y el afecto.

3. *Autonomía*

Hace referencia a la autodeterminación, que implica no dejar que otras personas o acontecimientos manejen nuestra vida, siendo capaces de controlar y decidir sobre nuestro propio comportamiento.

4. *Dominio del entorno*

Es la habilidad de la persona para dominar el medio, sintiendo que puede influir en el mismo, según sus necesidades y deseos.

5. *Propósito en la vida*

Se refiere a la capacidad de establecer metas realistas y concretas, y que le den sentido a lo que ocurra en un futuro.

6. *Crecimiento personal*

Es la movilización de técnicas y estrategias para aumentar y reforzar nuestras habilidades personales, obteniendo así el desarrollo personal y maduración.

Ryff, según refiere el artículo, establece que el bienestar está sujeto a la presencia de variables como la edad, el género y la cultura. Es decir, según tengas las personas más edad, y por consiguiente más autonomía, dominio de medio, tendrán más sentimientos positivos de crecimiento personal y bienestar.

Como hemos podido ver, los sentimientos y emociones positivas son muy importantes para el bienestar psicológico, pero también lo son para la salud.

Gómez (2012) que ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 refirió que el bienestar psicológico influye sobremanera en la salud. Esto refuerza la importancia de la inteligencia emocional, no sólo para tener un mayor bienestar psicológico, sino físico.

VISUALIZACIÓN DE VIDEO Y PREGUNTAS

<https://www.youtube.com/watch?v=ICxDqxE7QU8>

- ¿Según el video, qué problemas podemos llegar a desarrollar con emociones negativas duraderas?
- Cuando habéis estado enfadados, nerviosos o tristes, ¿Qué sensaciones sentís físicamente? ¿Dolor de cabeza, estómago, tensión muscular, etc.?

ACTIVIDADES

Como hemos podido observar en el video, uno de los causantes de tensión, malestar, asma, dolores de cabeza y otros problemas de salud, es el estrés, los nervios y la ansiedad.

Por este motivo, hoy dedicaremos el resto de la sesión a hacer relajación y una actividad de expresión emocional, llamado arte-terapia.

I. Actividad

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON.

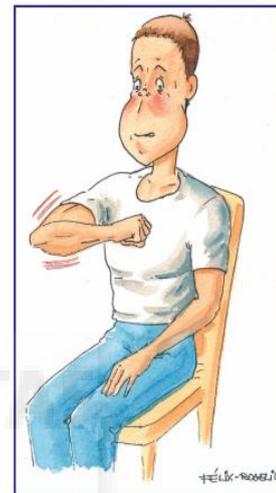
Esta técnica nos permite disminuir la tensión y el malestar ocasionado por el estrés, los nervios y la ansiedad. Consigue la relajación a través de la contracción y distensión muscular. Esta técnica ejercita 16 grupos musculares, sin embargo, nosotros empezaremos reduciéndolos a 7, para que sea más rápido. Este tipo de relajación pretende centrar la atención en cada uno de ellos, tanto en la fase de

contracción como de distensión, para que veamos la diferencia entre la tensión y la relajación.

El ejercicio se realizará con los participantes tumbados en colchonetas y con música relajante de fondo.

Resumen del ejercicio de relajación

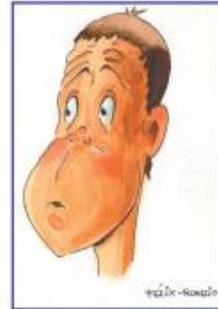
• **Brazo derecho:** extender el brazo, cerrar el puño y doblar el brazo hacia el pecho (sin llegar a tocarlo) y apretar fuerte el puño, el antebrazo, todo el brazo hasta el hombro. Se hacen indicaciones al paciente para que vaya centrándose en las sensaciones de tensión. Posteriormente se le pide que deje caer el brazo de golpe sobre el muslo dejándolo lo más suelto posible, a la vez que se va centrando en las sensaciones asociadas a la relajación.



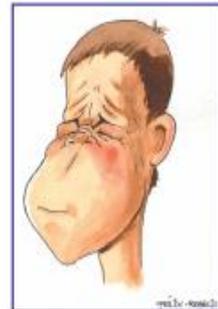
• **Brazo izquierdo:** Mismas instrucciones que para el brazo derecho

•**Cara.** La dividimos en 3 partes:

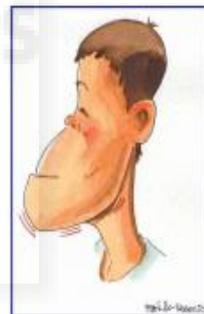
(a) Frente: arrugando la frente, llevando las cejas hacia arriba, sintiendo la tensión en la frente y en el cuero cabelludo. Para relajar, soltar de golpe la frente, llevando las cejas hacia abajo.



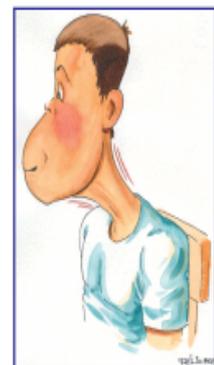
(b) Ojos, nariz y parte superior de las mejillas: cerrar los ojos apretando fuerte a la vez que se arruga la nariz, como si oliera mal.



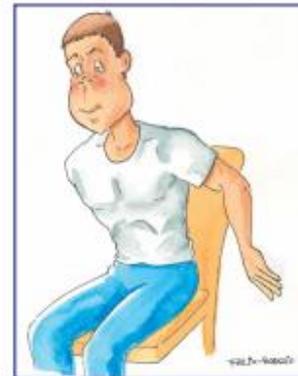
(c) Mandíbula: la tensión se provoca apretando los dientes o encajando la mandíbula inferior. Para soltar dejar la mandíbula suelta, caída y los labios ligeramente entreabiertos.



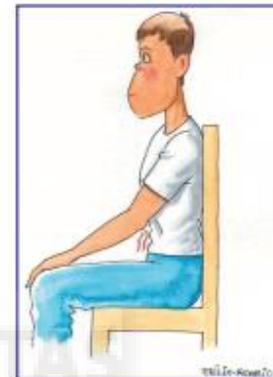
Cuello. Para tensarlo, empujar la barbilla hacia abajo evitando tocar el pecho. Para relajarlo dejar el cuello lo mas suelto y flojo posible volviéndolo a su posición inicial



Hombros, pecho y espalda. Para provocar la tensión se le indica al paciente que se incorpore hacia delante en la silla, llevando los hombros hacia detrás e intentando juntar las paletillas. Para relajarlos, volvemos a la posición de relajación y dejamos los hombros caídos y la espalda floja.



Músculos del abdomen. Para tensarlos poner el estómago duro, apretando hacia dentro, como si nos fueran a pegar en él. Para relajarlo dejar hinchado el abdomen.



Pierna y pie derecho: La tensión se provoca levantando la pierna, el pie hacia dentro y tensando desde el pie hasta el muslo. Cuando relajemos dejamos caer la pierna de golpe.



Pierna y pie izquierdo: Mismas instrucciones que el punto anterior.

Se harán dos repeticiones de cada ejercicio.

Los ejercicios de tensión durarán uno 5- 6 segundos, y se realizarán en el momento en que se dé la señal: ¡Ahora! Siempre focalizando la atención en las sensaciones

Seguida de la tensión, irá precedida la relajación, que durará más, en torno a 10 segundos, centrando nuestra atención siempre en las sensaciones.

Cuando se haya llegado al último ejercicio, se hará un repaso de los músculos de arriba hacia abajo y para finalizar se hará consciente del cuerpo en su totalidad, evocando

sensaciones de placer como: Nota cómo pesa tu cuerpo, aplomado y relajado, sin tensión. Siente el placer, la tranquilidad, etc. (Bernstein y Borkovec 1992)

II. Actividad

A continuación, haremos algo de arte terapia.

Nos reuniremos en subgrupos para trabajar.

Pondremos diferentes tipos de música relajante y agradable de fondo. La tarea consistirá en utilizar las sensaciones que nos transmita cada canción y plasmarlas, en grupo, con nuestras manos en cartulinas amplias con pintura de dedos.

Una vez finalizados los dibujos, cada grupo expondrá su dibujo y lo que ha querido expresar, incluso también expresarán sus emociones de forma individual, contándole al resto cómo se han sentido, si ha sido relajante y placentero, y qué han querido transmitir en sus dibujos.

UNIVERSITAS
PARA FINALIZAR
Miguel
Hernández

III. Actividad

La Lluvia

Para despedirnos, nos colocaremos por grupos de tres a cinco personas, una tendrá que ponerse en el centro, permaneciendo relajado y con los ojos cerrados. Mientras, los demás se pondrán alrededor. Éstas, al compás de la música, pasarán las yemas de sus dedos desde la parte alta del cuerpo de la persona del centro hacia los pies, como si se tratara de una lluvia fina, para conseguir aún más relajación y tranquilidad.

6.2. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1-¿Piensas que las sesiones han sido útiles?

2-¿Crees que lo que has aprendido lo podrás utilizar en un futuro?

3-¿Qué es lo que más te ha gustado?

4-¿Qué os lo que menos te ha gustado? ¿Por qué?

5-¿Qué cosas añadirías? ¿Por qué?

6-¿Qué cosas eliminarías? ¿Por qué?

