

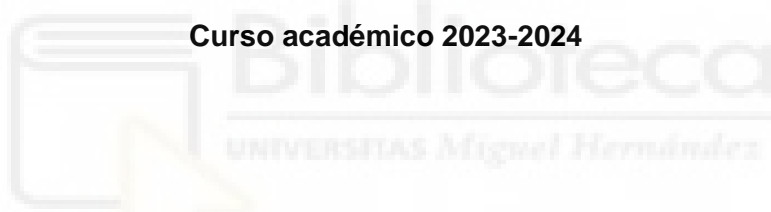


UNIVERSITAS
Miguel Hernández

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS DE ELCHE
GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Curso académico 2023-2024



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA FAMILIARES
DE ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA BASADO EN
EL FAMILY BASED TREATMENT (FBT)**

Modalidad: Propuesta de un programa de intervención

Convocatoria: Junio 2024

Código de autorización COIR: TFG.GPS.YQM.DRG.240223

Autora: Daniela Roxana Goje

Tutora: Yolanda Quiles Marcos

Elche, 29 de abril de 2024

Índice

Resumen	2
Introducción	4
Método	9
Participantes	9
Evaluación	9
Procedimiento	11
Resultados	12
Desarrollo de la intervención	12
Sesión 1. Primeros pedacitos	12
Sesión 2. Las 3 R's: Reeducar en Realimentación para la Recuperación	14
Sesión 3. Sin miedo al plato	16
Sesión 4. Comidas zen	17
Sesión 5. Yo también me siento así	18
Sesión 6. Te devuelvo el control	19
Sesión 7. ¡Qué aprovechen los resultados!	21
Seguimiento	23
Discusión y conclusiones	24
Referencias bibliográficas	26
Anexos	29



Resumen

La anorexia nerviosa (AN) es una de las patologías mentales graves más prevalentes en España en mujeres jóvenes de 12 a 21 años, caracterizada por una relación disfuncional con la ingesta calórica y por una obsesión por el control del peso, que derivan en una distorsión de la imagen corporal. Estos trastornos no solo alteran la salud física, sino que también tienen un devastador impacto en el bienestar emocional de sus familiares, los cuales, al convivir con el paciente, experimentan elevados niveles de culpa, angustia, estrés y ansiedad, que pueden llegar a deteriorar el vínculo familiar y agravar la situación del adolescente. Uno de los tratamientos más eficaces para la intervención en la anorexia nerviosa y que cuenta con la implicación de los familiares, integrando a los padres como agentes principales del cambio, formándolos con estrategias para gestionar la AN, es el Family Based Treatment (FBT). Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo diseñar un programa de intervención para familiares de pacientes adolescentes con un TCA, basado en el FBT, en formato grupal, con 7 sesiones, combinado con la intervención en el manejo emocional. Para la evaluación del programa, se empleará el Cuestionario de Estado Emocional (DASS-21), el Cuestionario de Emoción Expresada (FQ) y el Cuestionario de Habilidades de Cuidado en TCA (CASK).

Palabras clave: Family Based Treatment (FBT), familia, adolescente, anorexia nerviosa, formato grupal.

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is one of the most prevalent severe mental disorders among young women aged 12 to 21 in Spain. It is characterized by a dysfunctional relationship with caloric intake and an obsession with weight control, leading to a distorted body image. These disorders not only affect physical health but also have a devastating impact on the emotional well-being of family members. Those living with the patient often experience high levels of guilt, distress, stress, and anxiety, which can deteriorate family bonds and worsen the adolescent's condition. One of the most effective treatments for anorexia nervosa, involving family members and integrating parents as main agents of change, is Family Based Treatment (FBT). This treatment educates parents with strategies to manage AN. Therefore, this project aims to design an intervention program for the families of adolescent patients with an eating disorder,

based on FBT, in a group format, with 7 sessions, combined with emotional management intervention. To evaluate the program, the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), the Family Questionnaire (FQ), and the Care Skills for Eating Disorders Questionnaire (CASK) will be used.

Key words: Family Based Treatment (FBT), family, teenager, anorexia nervosa, group format.



Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (de ahora en adelante, TCA) son patologías mentales que implican una relación disfuncional con la ingesta de alimentos y una obsesión por el control del peso, que conlleva a una distorsión de la autopercepción de la imagen corporal (Bermúdez Durán et al., 2021). Estos autores destacan que, entre los TCA más prevalentes y estudiados, se encuentran la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), ambos trastornos multifactoriales que resultan de la interacción entre las predisposiciones genéticas, las influencias ambientales y los rasgos psicológicos. No obstante, se presentan también otros tipos de TCA, como el trastorno por atracones y de pica, que pese a su menor frecuencia, son igualmente significativos.

La anorexia nerviosa (AN), junto a la bulimia nerviosa (BN), constituye uno de los trastornos de la conducta alimentaria más prevalente en España, y pese a que no son exclusivos del género femenino, son dos veces y media más frecuentes en mujeres que en hombres, siendo su prevalencia en España de 4,1% a 6,4% en mujeres entre 12 y 21 años, y de 0,3% para los hombres (SEMG - Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2018).

Según datos recopilados del estudio de Graell Berna en 2020, ha habido una estabilización en las tasas globales de los TCA en las últimas tres décadas, no obstante, se ha observado un leve incremento en las poblaciones de riesgo, especialmente en las mujeres adolescentes, que resulta en la disminución en la edad de inicio de trastornos como la anorexia nerviosa, que ahora tiene su inicio entre los 12 y 14 años, coincidiendo con el inicio de la adolescencia.

Estas patologías son potencialmente mortales si no son identificadas y tratadas a tiempo, por tanto, es de suma importancia tanto la detección temprana de las mismas, como el reconocimiento de los factores de riesgo, entre los cuales encontramos la internalización de una figura delgada idealizada, la insatisfacción de la autoimagen corporal, el afecto negativo, la presión percibida sobre la delgadez y, especialmente, un deficiente apoyo familiar, puesto que los factores parentales y el entorno familiar desempeñan un rol crucial en el periodo que abarca desde el estadio prenatal hasta la adultez (San Isidro Pérez, 2020; Segreda Castro & Segura Araya, 2020).

La anorexia nerviosa (AN), es un trastorno caracterizado principalmente por el miedo extremo a ganar peso y una severa alteración de la imagen corporal, que lleva a la persona a limitar

de manera restrictiva su ingesta calórica, acompañada, frecuentemente, de una excesiva actividad física (Segreda Castro & Segura Araya, 2020). Este trastorno puede clasificarse en dos subtipos principales: el restrictivo, donde la pérdida de peso es debida principalmente por la restricción alimentaria, el ayuno y el ejercicio físico excesivo; y el compulsivo-purgativo, caracterizado por episodios de atracones y purgas (American Psychiatric Association, 2013).

Las dos terapias psicológicas con apoyo empírico en el tratamiento de la AN son la terapia familiar (TF) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Lorenzo Pérez, 2017), y bajo los principios de esta última, surge como versión mejorada la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T), propuesta por Fairburn (2008), el cual puede aplicarse a los diferentes diagnósticos de trastornos alimentarios, incluida la AN, argumentando que es común la comorbilidad entre ellos y que estos comparten características clínicas similares. En general, los TCA se caracterizan por mantener una exagerada valoración del peso y complexión física, lo que origina patrones de conducta y pensamiento distorsionados acerca de la comida; así como un desvalorizado autoconcepto, deficiencias en las relaciones interpersonales y perfeccionismo patológico (Armijos Romero & Polo Martínez, 2022). Sin embargo, en el caso de niños y adolescentes con AN, las directrices de la APA (APA, 2006), sugieren que la TF es la intervención más eficaz, siguiendo el enfoque del FBT (Lorenzo Pérez, 2017).

Los enfoques originales de la terapia familiar para la AN estaban enfocados a tratar los aspectos problemáticos del núcleo familiar, bajo la premisa de que estos incidían en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia, puesto que familia es el núcleo donde la persona se desarrolla la mayor parte del tiempo, donde ha aprendido ciertos valores y creencias con los que convive a diario (San Isidro Pérez, 2020). Esta autora recoge que, modelos posteriores, se centraron en la reducción de la culpabilidad y el fomento del uso de la familia, tanto progenitores como hermanos, como recurso fundamental para el proceso de recuperación.

A pesar de la evidencia sobre la efectividad de la terapia unifamiliar, es importante considerar otros enfoques que amplíen las opciones de tratamiento para los TCA. A partir de esta premisa, surge la terapia multifamiliar, originalmente iniciada por Peter Laqueur *et al.*, en 1964, la cual pretende aunar varias familias que compartan la misma afección, fomentando una mejor comprensión de la AN, la cooperación, el apoyo mutuo interfamiliar y enriquecer el proceso terapéutico al incorporar las perspectivas y experiencias de los diversos núcleos familiares, además de disminuir el nivel de recaídas y reducir el aislamiento (Salaminou *et al.*, 2017; Simón Márquez, 2021; Taibo Meana, 2022).

Según la guía del Instituto Nacional de Salud y Excelencia de Inglaterra (NICE, 2017), “se considera adecuada la terapia familiar centrada en la anorexia nerviosa para niños y jóvenes (FT-AN), que se administra como terapia unifamiliar o una combinación de terapia unifamiliar y multifamiliar, con opción de tener algunas sesiones por separado de sus familiares o cuidadores y algunas junto a ellos. Del mismo modo, es importante no culpar a la persona o a sus familiares/cuidadores, incluir la psicoeducación sobre la nutrición y los efectos de la desnutrición al principio del tratamiento, apoyar a los padres o cuidadores para que asuman un papel central en ayudar a la persona a administrar su alimentación, y enfatizar que este es un papel temporal. También es esencial tener en cuenta que los miembros de la familia de una persona con un trastorno alimentario pueden experimentar una angustia grave, por lo que, se debe ofrecer a los familiares evaluaciones de sus propias necesidades a medida que avanza el tratamiento”.

Asimismo, el Manual de Salud Infantil y Adolescencia de la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) menciona la evidencia de que una familia que recibe el apoyo adecuado y que se involucra y participa activamente en el tratamiento, representa una alternativa viable a la hospitalización, permitiendo mantener el progreso terapéutico (Hay & Morris, 2016; Padilla Olán, 2022).

En esta línea, ha sido el Family Based Treatment (o sus siglas FBT) desarrollado por James Lock y Daniel LeGrange (2001), la terapia de primera línea de elección para el tratamiento de anorexia nerviosa en la fase aguda de la adolescencia según la National Institute for Health and Care (NICE, 2017), evidenciando mejoras consistentes tanto en el peso, como en los síntomas psicológicos asociados. El FBT se basa en la evidencia y muestra consistentes resultados de su eficacia, recomendado a adolescentes menores de 19 años y con una duración de la enfermedad menor a 3 años (Ganci, 2022; Lock & Le Grange, 2015, 2019).

Es una terapia que puede durar desde 6 hasta 12 meses, dividido en 3 fases principales de tratamiento. La primera fase tiene como objetivo el restablecimiento del peso del/de la adolescente mediante la realimentación, donde los padres tienen el control total de la ingesta calórica de su hijo/a; una segunda fase donde progresivamente se le devuelve el control de la alimentación al/la adolescente tras haber cumplido con los objetivos de la primera fase; y por último, la tercera fase, donde se identifican otros problemas de los/as pacientes con anorexia que deben ser tratados, generalmente, tras finalizar el FBT. Su aplicación es en formato individual, adaptándose a las necesidades individuales de cada adolescente y de su familia, demostrando con esta estructura su efectividad y permitiendo a los padres desempeñar un

papel activo en el proceso de recuperación de su hijo/a (Ganci, 2022; Lock & Le Grange, 2015).

Sin embargo, un aspecto importante de los cuidadores que no queda recogido en el FBT, es el manejo de las emociones negativas que experimentan los padres durante el tratamiento, pudiendo tener implicaciones significativas en la eficacia del tratamiento y el bienestar emocional de la familia (Lafrance Robinson et al., 2016). Los familiares de pacientes con TCA experimentan, en parte, emociones derivadas de los mitos que, socialmente, predominan sobre los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, que los padres (en especial la madre) son los responsables de que su hija o hijo padezca el trastorno, que se trata de una elección consciente, sólo quieren llamar la atención o simplemente es una fase de la rebeldía normal de la adolescencia que se superará por sí sola (Fuentes Prieto et al., 2020; Ibarzábal-Ávila et al., 2016).

Estas creencias erróneas producen respuestas emocionales como negación, ira, culpa, miedo, ansiedad y/o angustia, además de confrontaciones y comportamientos de sobreprotección, exacerbando los conflictos preexistentes entre los integrantes de la familia y complicando las relaciones familiares. Por este motivo, la terapia familiar forma parte integral e imprescindible del tratamiento, puesto que, involuntariamente, puede llegar a favorecer la permanencia y complicación del trastorno; y cuando se realiza juega un papel fundamental en la recuperación (Fuentes Prieto et al., 2020; Ibarzábal-Ávila et al., 2016).

En relación al protocolo del FBT, se ha extraído de él y añadido a una nueva propuesta de intervención, la primera fase de restablecimiento del peso del/de la adolescente, mediante la psicoeducación a padres sobre la nutrición, consecuencias de la desnutrición, e instrucción a los padres para que asuman el control total, de forma temporal, sobre la alimentación de su hijo/a. Del mismo modo, se incluye también la segunda fase de restitución del control alimentario a los y las adolescentes de forma progresiva, debido a que estas dos primeras fases son fundamentales en el tratamiento de la AN. Se ha prescindido de la tercera fase, donde se identifican los trastornos comórbidos de las adolescentes que pueden necesitar ser tratados.

Asimismo, otro aspecto del FBT que se adaptará a esta propuesta de intervención, es una organización en formato grupal de las sesiones, donde además, se ha añadido una sesión centrada en la gestión de emociones que los familiares sienten durante el proceso de recuperación, con el fin de mejorar el ambiente del núcleo familiar y abordar el desgaste emocional que la anorexia nerviosa ha podido causar en el vínculo familiar. Esta unificación

no busca solo mejorar la eficiencia del tratamiento mediante un formato de sesiones más reducido, sino también busca fomentar una red de apoyo emocional entre las familias, lo que puede ser crucial para el manejo a largo plazo de la anorexia nerviosa.

Es por ello que, este trabajo de fin de grado ha tenido como objetivo diseñar un programa de intervención psicoeducativo, en formato grupal, para padres y madres de adolescentes con un diagnóstico de anorexia nerviosa, basado en el Family Based Treatment (FBT), combinado con la intervención del manejo de las emociones.



Método

Participantes

Este programa ha sido diseñado para aplicarse a los padres y a las madres de adolescentes, con una edad comprendida entre 12 y 18 años, con un diagnóstico formal de anorexia nerviosa y con un curso de la enfermedad inferior a 3 años, criterio establecido por el FBT. Asimismo, el/la adolescente no deberá presentar ningún otro trastorno comórbido.

Los familiares se seleccionarán del Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria (CREA), ubicado en Elche, Alicante, donde se encuentran diversos pacientes ya diagnosticados en tratamiento. El programa está diseñado para incluir entre 12 y 15 familiares por sesión, y su participación será completamente voluntaria, por tanto, todos aquellos que accedan a participar en el programa, deberán firmar un consentimiento informado (**Anexo 1**).

Evaluación

Para la evaluación de la efectividad del programa, se administrará a cada participante, en la sesión inicial y en la sesión final, tres pruebas psicométricas validadas, con el fin de observar la evolución de los participantes durante la intervención y poder comprobar la efectividad del programa. Además, en cada sesión, se registrará la asistencia para poder evaluar la adherencia al programa, y también un cuestionario ad-hoc para evaluar la satisfacción con el programa. Las pruebas que se emplearán son las siguientes:

Cuestionario de Estado Emocional (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21)

Fue desarrollado en 1995 por Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond, es un cuestionario breve de autoinforme diseñado para evaluar y distinguir entre afectos negativos de depresión, ansiedad y estrés. Este instrumento consta de 21 ítems con una escala Likert de cuatro puntos que varía de 0 (nunca) a 3 (casi siempre o la mayor parte del tiempo), para indicar la frecuencia de los síntomas en los últimos 7 días. Cada subescala se evalúa sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes, y un indicador general de síntomas emocionales se obtiene sumando todas las puntuaciones (Román et al., 2016). En 2005, Bados y colaboradores validaron el DASS-21 en población española, mostrando una consistencia interna con valores de 0,84 en Depresión, 0,82 en Estrés y 0,70 en Ansiedad, respaldando así su uso para medir estos síntomas (**Anexo 2**).

Cuestionario de Emoción Expresada (Family Questionnaire, FQ)

El cuestionario desarrollado en 2002 por Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg evalúa la Emoción Expresada (EE) en familiares de pacientes, centrado en el criticismo y la sobreimplicación emocional (SiE). Consta de 20 ítems en una escala Likert de cuatro puntos desde 1 (nunca) a 4 (casi siempre/siempre), reflejando el comportamiento real del familiar hacia el paciente. Las puntuaciones totales varían de 10 a 40, indicando que valores más altos representan una mayor emoción expresada (Alonso-Vega, 2017). En 2014, Sepúlveda y colaboradores validaron este cuestionario en España, mostrando una consistencia interna con valores de 0.82 para Comentarios Críticos y 0.81 para Sobreimplicación Emocional (**Anexo 3**).

Cuestionario de Habilidades de Cuidado en TCA (Caregiver Skills Scale, CASK)

El Cuestionario de Habilidades del Cuidador desarrollado en el año 2006 por Schmidt y Treasure, evalúa las habilidades de los cuidadores de pacientes con trastornos alimentarios. Este instrumento evalúa la crítica, la sobreimplicación emocional, y otras habilidades comunicativas y de manejo emocional que impactan la recuperación del paciente. Consiste en 27 ítems y con escala tipo Likert de 0 a 100, que varía en intervalos de 10. Las respuestas se clasifican como casi nunca (0-20), ocasionalmente (30-50), frecuentemente (60-80), y casi siempre (90-100), siendo las puntuaciones 20 y 80 una transición entre categorías. En 2018, Vintró et al. validaron este cuestionario en España, hallando una consistencia interna moderada, con valores desde $\alpha = 0.70$ hasta $\alpha = 0.75$ para los factores evaluados (**Anexo 4**).

Escala de Satisfacción con el programa y Adhesión al programa

Se desarrolló un cuestionario ad hoc para medir la satisfacción de las familias con el programa, el cual consta de 9 ítems, 8 que evalúan el contenido, la utilidad, la aplicabilidad y satisfacción general, entre otras; y un último ítem de respuesta abierta para sugerencias y comentarios. Cada ítem se califica en una escala graduada de 0 a 10, donde 0 es completamente insatisfecho y 10 es completamente satisfecho (**Anexo 5**).

La adhesión al programa se medirá mediante un registro de la asistencia que se realizará al final de cada una de las sesiones. Este registro ayudará a reconocer patrones de asistencia y posibles relaciones entre la participación regular y la satisfacción medida con la escala anterior (**Anexo 6**).

Procedimiento

Se ha desarrollado un programa de 7 sesiones, destinado a proporcionar apoyo, educación, recursos y estrategias que ayuden a los familiares con la resolución de conflictos, el manejo

de emociones y la mejora de la comunicación y dinámica intrafamiliar; con el propósito de promover la recuperación total del/de la adolescente afectado/a.

Las sesiones se impartirán con una frecuencia semanal, en el Centro de Recuperación Emocional y Alimentaria (CREA), que se encuentra en Elche, Alicante, y tendrán una duración aproximada de 90 minutos cada una. Serán impartidas por un profesional especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria y en el FBT, que será quién dirija el programa y quién les acompañe durante todo el proceso proporcionando el apoyo necesario y la resolución de dudas e inquietudes.

En la primera y última sesión serán administradas las pruebas psicométricas previamente mencionadas (DASS-21, FQ y CASK), y además, para comprobar que los cambios se mantienen en el tiempo, 6 meses tras haber finalizado el programa, se volverán a administrar. Del mismo modo, se registrará la asistencia (**Anexo 6**) al final de cada sesión, y en la última se administrará la escala de satisfacción con el programa.

Cronograma de las sesiones

	Septiembre 2025					Octubre 2025		Abril 2026
Sesiones	01/09	08/09	15/09	22/09	29/09	06/10	13/10	13/04
Sesión 1								
Sesión 2								
Sesión 3								
Sesión 4								
Sesión 5								
Sesión 6								
Sesión 7								
Seguimiento								

Resultados

Desarrollo de la intervención

Los recursos y materiales que se emplearán en todas las sesiones son los siguientes:

- Registro de asistencia (**Anexo 6**).
- Presentación en PowerPoint afín al contenido impartido en cada sesión y donde proyectarla.
- Pizarra y rotuladores para pizarra.
- Folios en blanco y bolígrafos suficientes para cada participante.
- Autorregistro que deberán completar semanalmente (**Anexo 8**).

Al comienzo de las sesiones 2, 3, 4, 5, 6 y 7 el terapeuta dará la bienvenida a los participantes, se encargará de presentar el tema de la sesión pertinente y los objetivos de la misma. Primero, se revisará el progreso sobre lo aprendido en la sesión anterior, se revisarán las tareas para casa y se resolverán de forma grupal las dudas que hayan surgido, obteniendo feedback del terapeuta y del resto de participantes también. Al finalizar todas las sesiones, el terapeuta abrirá un espacio para que los participantes puedan expresar cualquier duda, y el profesional contestará a ellas, para después tomar nota de la asistencia (**Anexo 6**) y despedirse recordando la fecha de la próxima sesión.

Fase 1. Realimentación y restablecimiento del peso

Sesión 1. Primeros pedacitos

(**Anexo 9**)

Objetivos:

- Introducir el programa de intervención a los participantes.
- Fomentar un entorno colaborativo y de confianza para establecer cohesión grupal.
- Obtener información individual a partir de los cuestionarios.

Recursos adicionales: una pelota de lana, el “Cuestionario de Estado Emocional (DASS-21)” (**Anexo 2**), el Cuestionario “Emoción Expresada (FQ)” (**Anexo 3**), el Cuestionario “Habilidades de cuidado en TCA (CASK)” (**Anexo 4**), y el consentimiento informado (**Anexo 1**) ya impresos.

Contenido:

En la primera sesión el/la terapeuta iniciará presentándose (quién es, qué formación y qué experiencia tiene). Tras su presentación, se proporcionará, con ayuda del material visual (PowerPoint), una explicación extensa y completa del programa, detallando en qué consistirán las sesiones futuras, qué duración tendrán, qué actividades se realizarán, cuándo se impartirán y los objetivos que se busca conseguir, indicando que ellos son los agentes del cambio, y que se debe externalizar la anorexia, puesto que ni ellos ni el/la adolescente tiene culpa del padecer el trastorno. Además se repartirá y explicará cómo completar el autorregistro, indicando que deben hacerlo tras cada comida, todos los días, y traerlo a cada sesión, puesto que se revisará semanalmente.

También se explicará que se deberán completar 3 cuestionarios, tanto en la sesión de hoy, como en la última, y 6 meses tras finalizar el programa, además de leer y firmar el consentimiento informado. Después de la explicación del/de la terapeuta, cada participante completará de forma individual las pruebas psicométricas escogidas, el DASS-21, el FQ y el CASK, en ese orden, además del consentimiento informado.

Tras completar los 3 cuestionarios, y el consentimiento informado, los participantes se agruparán en pie en forma circular en torno al/la terapeuta, este/a le dará la bola de lana aleatoriamente a uno de los participantes, y le pedirá que, tras contestar las preguntas de la pizarra, sostendrá el final del hilo antes de pasárselo a otro participante al azar, el cual hará lo mismo, contestar las preguntas, mantener un trozo de lana y pasar el restante de la bola a otra persona. Esto se hará hasta que todas las personas se hayan presentado, y por ende, todos tengan un trozo de lana.

Las preguntas que estarán escritas en la pizarra serán: “Nombre”, “Relación con el/la adolescente (padre, madre, tutor)”, “Breve descripción suya y de su hijo/a (puede incluir nombre, edad, intereses y lo que se considere)” y “Motivación (por qué ha decidido unirse a este programa, qué expectativas tiene y lo que considere)”, además de “Lo que quiera”*, donde podrán añadir la información relevante que deseen dar al grupo, si así lo consideran.

Cuando ya todos hayan contestado a las preguntas, se les indicará que el hilo de lana representa la interconexión que hay entre todos, por sus vivencias, miedos, metas, y que todos se pueden beneficiar de las experiencias de los demás, a la vez que se comparten las propias para ayudar a los demás participantes en este proceso. Además, este lazo simbólico representa la unión y el compromiso que se pretende fomentar entre los participantes.

Sesión 2. Las 3 R's: Reeducar en Realimentación para la Recuperación

(Anexo 10)

Objetivos:

- Conocer qué son los trastornos de conducta alimentaria, en especial la anorexia y el impacto de la desnutrición en nuestro cuerpo.
- Comprender qué es y la importancia de la implementación del control parental total.
- Educar a los padres sobre los principios básicos de nutrición adecuada y sobre cómo planificar las comidas semanales.

Material adicional: Anexo 7.

Contenido:

Se abordará qué es y cómo la anorexia nerviosa afecta a los diferentes sistemas de nuestro organismo, los tipos de anorexia nerviosa (restrictiva y purgativa), y para explorar percepciones y desmitificar creencias comunes, se realizará una actividad, la cual consistirá en que el/la terapeuta presentará 10 afirmaciones que son socialmente comunes sobre la anorexia y los participantes discutirán sobre si creen que son verdaderas o falsas, para, finalmente, proporcionar la información correcta.

Las afirmaciones son las siguientes: **1)** "La anorexia solo afecta a adolescentes y a mujeres jóvenes." (falsa); **2)** "La anorexia afecta más a mujeres que a hombres." (verdadera); **3)** "Las personas con anorexia son siempre delgadas." (falsa); **4)** "La anorexia es simplemente una fase y la mayoría de las personas la superan sin tratamiento." (falsa); **5)** "Las personas con anorexia a menudo tienen una percepción distorsionada de su propio cuerpo." (verdadera); **6)** "Recuperarse de la anorexia es solo cuestión de empezar a comer más." (falsa); **7)** "Solo las personas con un entorno familiar problemático desarrollan anorexia." (falsa); **8)** "El apoyo de la familia y amigos es crucial en la recuperación de la anorexia." (verdadera); **9)** "La anorexia es una elección." (falsa); y **10)** "La anorexia puede curarse rápidamente con la intervención adecuada." (falsa).

Ligada a esta última, y falsa, afirmación, se explicará en qué consiste una recuperación total y que para conseguirse se necesitará mucho tiempo y de un sólido control parental total en la primera fase del tratamiento, el cual consistirá en el control total de todas las comidas, la planificación, cantidad y compra de las mismas, la supervisión constante de que no se haga ningún tipo de actividad ni de conducta purgativa que suponga un gasto energético/calórico.

También se les explicará que durante las comidas, pese a las dificultades, se trate de dar ejemplo (y servir como modelaje comiendo todo el plato y no saltándose comidas), además que tratar de hacer vida normativa en la mesa, hablando de temas ajenos a la comida y al peso, pero siempre prestando atención a que no se lleven a cabo conductas anoréxicas (como escupir la comida en un vaso opaco o servilleta, darle la comida a la mascota o esconderla).

Tras esto, se darán consejos sobre que otros padres han clasificado como útiles (**Anexo 10**) a la hora de realimentar a su hijo/a, y se explicará cómo llevar a cabo una nutrición adecuada, siempre acorde a las calorías/cantidades estipuladas por un profesional, y cómo esto puede facilitar la recuperación de la anorexia. Se enfatizará la importancia del control parental total sobre la alimentación del adolescente durante esta fase de recuperación, y se destacará cómo este control puede ayudar a que se cumplan las necesidades nutricionales.

Al finalizar, se pondrá en marcha la última dinámica de la sesión, donde, tras una demostración práctica del profesional de cómo estructurar las comidas un ejemplo propuesto por Ganci (2022), los participantes crearán un ejemplo de plato completo (**Anexo 7**), recibiendo supervisión y feedback del/de la terapeuta. Como tarea para casa, se les pedirá que completen un autorregistro (**Anexo 8**).

Ejemplo propuesto por Ganci (2022) (más en el **Anexo 10**)

	Desayuno	Comida	Cena	Postre
Día 1	Bowl de avena con 250 ml de leche entera + 1 plátano + 100 gr de yogur + cuch. miel	Sándwich integral de pollo/queso/aguacate + 1 vaso zumo	Canelones de espinaca y queso parmesano + ensalada + 1 bollo de pan + zumo de naranja	2 cucharadas de helado
Día 2	2 tostadas integrales, con mantequilla o una mantequilla y otra mermelada o miel + 1 yogur o fruta	Tortilla vegetariana + ensalada + 1 vaso de zumo	Salteado de pollo, verduras y frutos secos con arroz al vapor + 1 vaso de zumo	1 taza de yogur entero + fruta

Objetivos:

- Revisión del progreso de la planificación semanal de comida.
- Enseñar técnicas útiles para afrontar las comidas en el hogar y fuera del mismo.
- Fomentar una comunicación uniparental respecto a la alimentación.

Contenido:

Bajo las preguntas “¿qué emociones creéis, o incluso veis, en vuestros hijos a la hora de comer?, ¿cuándo la está sintiendo (antes, durante y/o después)? ¿y por qué pensáis que la está experimentando?”, los participantes realizarán una lluvia de ideas. Tras esto, se abordarán los motivos por los cuales al/a la adolescente le supone tanto esfuerzo y sacrificio comer, y los factores emocionales, psicológicos y sociales que pueden complicar la relación del adolescente con la comida, como la ansiedad, el miedo, y las distorsiones en la percepción de su imagen corporal, comentando también los que hayan salido en la lluvia de ideas.

Se le explicará que las principales emociones son: miedo irracional por engordar, por lo que pensarán si aumenta de peso, por no poder controlarse si empieza a comer alimentos “prohibidos” (que suele ser comida hipercalórica); ansiedad por las comidas y por ganar peso, por la situación familiar que se aproxima, por qué plato tendrán que comer y cómo harán para compensarlo. También están lidiando con un constante diálogo interno que les dice que no confíen en sus padres, sintiéndose atrapados en un callejón sin salida, donde si comen, harán felices a sus padres, pero la anorexia los castigará, y si no comen harán felices a la anorexia, pero sus padres los castigarán. Asimismo, se tienen innumerables reglas autoimpuestas que les hace sentirse seguros y con la sensación de tener el control, reglas que no tienen sentido para nosotros pero sí para ellos, porque tras largos períodos de inanición, tienen un cerebro hambriento que no los deja pensar con claridad.

Se tratará la importancia de la unidad parental, que es el respeto y el cumplimiento de las decisiones que se han tomado conjuntamente entre los dos padres, manteniéndose unidos y firmes en el modo de actuar. Es decir, pese a la lástima y angustia de ver tu hijo/a llorar y gritar desconsoladamente, si el objetivo establecido es comer todo el plato, se deberá llevar a cabo por parte de los dos progenitores, sin posibilidad de recular.

Para facilitar este proceso, se les explican varias técnicas de comunicación que pueden ser efectivas, tanto en el hogar, como fuera del mismo (por si se come fuera de casa), a la hora

de querer rendirse y ceder ante la anorexia: banco de niebla, disco rayado, decir “no” y asertividad negativa. Se pondrá en práctica lo aprendido a través de una dinámica de role-playing, donde se simularán 5 escenarios comunes en el hogar y fuera del mismo, permitiendo que los padres experimenten en un ambiente controlado y recibiendo feedback del terapeuta y del resto de participantes.

Sesión 4. Comidas zen

(Anexo 12)

Objetivos:

- Revisión del progreso del manejo de los desafíos que han surgido.
- Aprender a fomentar un ambiente tranquilo y positivo en la hora de la comida.
- Promover el desarrollo de habilidades para responder adecuadamente al adolescente y gestionar su angustia.

Contenido:

Se pedirá a los padres que escriban en los papeles las tácticas que usan (si usan alguna) a la hora de calmar la ansiedad antes, durante y después de las comidas, donde tras leerlas en alto y fomentar una lluvia de ideas entre los participantes, se comentarán entre todos si las han empleado también, si les ha funcionado o no, y si les funcionaban pero ya no, proponiendo alternativas a las mismas (si las han encontrado).

Del mismo modo, se hablará sobre los sentimientos y las emociones que tienen los y las adolescentes antes de las comidas (angustia por qué alimentos y qué cantidades tendrán que comer), durante (ansiedad y miedo) y después de las mismas (culpabilidad).

Se explicará la importancia y cómo crear un ambiente tranquilo y relajado en la mesa, y se incidirá en explicar técnicas para reducir la ansiedad del/de la adolescente, entre ellas estrategias de distracción, tales como ver programas entretenidos, escuchar audiolibros o actividades en familia; y estrategias de autorelajación, tales como escuchar música relajante o meditaciones guiadas.

Asimismo, se expresará cómo deberán ser las distracciones que se vayan a emplear (interesantes y fáciles de mantener durante un período sostenido de tiempo), comentando que es normal que las distracciones dejen de funcionar tras usarlas varias veces, hecho que puede

llegar a causar frustración, por lo que, si se siente que se va a perder el control, dejar que el otro progenitor se encargue de la situación, buscando un nuevo distractor. Es importante resaltar y validar que estos sentimientos son completamente normales, puesto que ver a tu hijo/a en un estado tan vulnerable puede quebrantar a cualquier padre.

Tras esta explicación, se realizará un role-playing entre los padres, donde se aplicarán todas las estrategias aprendidas hasta la fecha, donde se verá reflejada la unilateralidad parental y cómo gestionar una comida, tanto antes, como durante y después en casa, y fuera del hogar. Tras gestionar la angustia que sienta el/la adolescente, se recibirá feedback del resto de participantes y del terapeuta.

Sesión 5. Yo también me siento así

(Anexo 13)

Objetivos:

- Fomentar una comunicación familiar abierta y asertiva.
- Enseñar técnicas de relajación: respiración profunda y respiración contando.

Contenido:

Lo primero será contestar con adjetivos, uno por uno, a cómo se encuentran los participantes, no admitiendo las respuestas automáticas “bien”, “normal”, “mal”, “como siempre” o similares. Se explicará que esta sesión estará centrada en sus sentimientos y emociones, porque, las respuestas emocionales negativas que sienten, como ira, culpa, miedo, ansiedad y/o angustia, intensificarán los conflictos ya existentes en la familia, complicando la relación familiar, por lo que, incidiendo en qué emociones sienten y en cómo abordarlas, podremos favorecer la recuperación. Por tanto, por turnos y sentados de forma circular con el/la terapeuta a un lado, empezarán a compartir sus vivencias y emociones con los demás en forma de grupo focal, todo guiado y pautado por el profesional para que todos puedan hablar sobre sus experiencias y puedan, tanto dar, como recibir, feedback.

Previamente, se darán pautas de comunicación asertiva, con el fin de fomentar una mejor comunicación en el grupo focal y en la dinámica intrafamiliar:

1. Debes expresar tus sentimientos y necesidades de forma clara y concisa.
2. Debes intentar mantener la calma y el control.
3. Escucha activamente.

4. Establece límites y di “no” cuando sea necesario.
5. Procura emplear un lenguaje corporal positivo.
6. Debes validar los sentimientos de los demás.

Las 3 preguntas abiertas que se realizarán para que el grupo participe y se exprese en la dinámica serán: 1) ¿Cuáles son los cambios en la dinámica familiar que más os ha costado afrontar desde la aparición de la anorexia? 2) ¿Cuáles son vuestras preocupaciones y miedos respecto a lo que la anorexia pueda causar en vuestros hijos? 3) ¿Qué emociones experimentáis cuando creéis que vuestros hijos están volviendo a comer bien y de pronto vuelve a dificultarse (está teniendo una recaída)?

Las preguntas se harán después de que todos los participantes, sin cortarles, den su opinión y puntos de vista. Asimismo, se deberá conducir el grupo focal a que no haya ningún líder que “acapare” de forma constante el turno de palabra, dando la oportunidad a que todos se expresen,

Por último, para aprender a sobrellevar estos negativos estados anímicos causados por la anorexia, se enseñarán dos técnicas de relajación, la respiración profunda y la respiración contando 3-3-3 (y dos variaciones de esta última: 4-3-4 y 2-2-2).

Fase 2. Devolver el control de la alimentación

Sesión 6. Te devuelvo el control

(Anexo 14)

Objetivos:

- Educar a los padres en cómo realizar la transición del control.
- Identificar y abordar posibles desafíos.
- Ofrecer la planificación de una transición gradual.

Material adicional: Anexo 7.

Contenido:

En esta sesión estarán presentes los/as adolescentes y se tratará sobre cómo y cuándo comenzar a devolver el control alimentario a los adolescentes, destacando la importancia de hacerlo de manera gradual y supervisada, dando pautas de cómo hacerlo desde la primera semana, hasta la séptima; primero decidiendo partes del plato, ayudando a la planificación de la compra y la elaboración de platos, y progresivamente se planificarán comidas entera y días completos. Se proporcionará la siguientes pautas para que el retorno sea progresivo:

Semana 1	
Martes - 30/09/25	El adolescente elige un snack entre las opciones que se le dan (debe haber tanto opciones hipo como hipercalóricas).
Jueves - 02/10/25	El adolescente decide el tipo de carbohidrato del plato, como arroz, quinoa o patatas.
Sábado - 03/05/25	El adolescente elige un snack entre las opciones que se le dan (debe haber tanto opciones hipo como hipercalóricas).
Semana 2	
Miércoles - 08/10/25	Los padres y el adolescente realizan la planificación de una lista de compras conjunta.
Viernes - 10/10/25	Los padres y el adolescente van al supermercado juntos, permitiendo al adolescente seleccionar productos.
Semana 3	
Martes - 14/10/25	Los padres y el adolescente realizan la planificación de la lista de alimentos para las comidas de todo un día.
Sábado - 18/10/25	Preparación conjunta de una de las comidas elegidas, con el adolescente participando activamente en la cocina.
Semana 4	
Miércoles - 22/10/25	Planificación y ejecución (conjunta) de las comidas de todo un día.
Semana 5	
Planificación de 2 días completos (separados entre sí).	
Semana 6	
Planificación de 3 días completos (separados entre sí).	
Semana 7	
Planificación de 4 días completos (separados entre sí).	

Asimismo, se realizará una dinámica de role-playing en los que los/as adolescentes, sin ayuda de sus padres, practicarán cómo planificar un plato completo a su gusto (**Anexo 7**), pensando en cómo lo harían si fuera lo que cenarían esa misma noche. Después se pasaría a recibir feedback del resto de participantes, de los padres y del/de la profesional. Este feedback implica cambios, ya sea en las cantidades, o el tipo de proteínas, carbohidratos y grasas, siendo acorde a lo que se estaba sirviendo en casa de cada adolescente hasta la fecha.

Fase 3. Finalización del tratamiento

Sesión 7. ¡Qué aprovechen los resultados!

(Anexo 15)

Objetivos:

- Evaluación del progreso realizado.
- Celebración de los logros.
- Obtener información individual a partir de los cuestionarios.
- Ofrecer pautas para la prevención de recaídas.

Material adicional: el “Cuestionario de Estado Emocional (DASS-21)” (**Anexo 2**), el Cuestionario “Emoción Expresada (FQ)” (**Anexo 3**), el Cuestionario “Habilidades de cuidado en TCA (CASK)” (**Anexo 4**), y el Cuestionario de satisfacción con el programa (**Anexo 5**) ya impresos.

Contenido:

Se revisará de forma grupal el progreso de cada participante, cómo ha ido la primera semana de cesión progresiva del control de la alimentación, destacando y felicitando los logros obtenidos. Para ver el progreso de forma más visual, se marcará, según las pautas indicadas, en el autorregistro con rojo, amarillo/naranja y verde:

En rojo: las casillas donde el nivel de ansiedad percibido está entre 7 y 10, y donde el porcentaje de comida ingerida esté entre 0% y 30%. En amarillo o naranja: las casillas donde el nivel de ansiedad percibido está entre 3 y 6, y donde el porcentaje de comida ingerida esté entre 31% y 60%. En verde: las casillas donde el nivel de ansiedad percibido está entre 3 y 6,

y donde el porcentaje de comida ingerida esté entre 61% y 100% (si se ha indicado algún número con decimal, por ejemplo nivel de ansiedad = 6,5, se redondeará, en este caso, se marcaría la casilla como roja).

La idea es que, a través de todos los autorregistros a modo de cronograma, se vea la evolución de muchas casillas rojas, a cada vez menos y más amarillas/naranjas, hasta que se pueda observar como cada vez abundan más las verdes.

Además, se desarrollará un plan de acción específico que se active si se detectan signos de recaída, como comportamientos anoréxicos, tales como ejercicio excesivo, conductas purgativas. El plan incluye pasos concretos a seguir:

1. Contactar a un terapeuta.
 2. Ajustar el plan de comidas.
 3. Aumentar el apoyo familiar y social.
- Realizar autoevaluaciones regulares con profesionales especializados en anorexia nerviosa para monitorear cualquier cambio en los hábitos alimentarios, el estado de ánimo y los comportamientos anoréxicos y generales.
 - Identificar y gestionar los estresores que pueden desencadenar comportamientos alimentarios no saludables, como por ejemplo ver cuentas de instagram con cuerpos canónicos no conseguibles ni sostenibles en el tiempo.
 - Mantener una red de apoyo saludable y activa, donde se incluyan amigos, familiares, y otros allegados que puedan ofrecer apoyo emocional.
 - Aprender a reconocer y evitar situaciones o actividades que anteriormente han desencadenado comportamientos relacionados con la anorexia.

Por último, se volverán a pasar las pruebas psicométricas que se pasaron en un inicio, además de un cuestionario sobre la satisfacción con el programa y entregará un certificado de participación antes de dejar un espacio para que el grupo se despida también, y por último, el/la terapeuta, no sin antes recordar la próxima sesión dentro de 6 meses.

Seguimiento

(Anexo 16)

Objetivos:

- Evaluación del progreso realizado en los últimos 6 meses.
- Obtener información individual a partir de los cuestionarios.

Recursos y materiales complementarios: el “Cuestionario de Estado Emocional (DASS-21)” (**Anexo 2**), el Cuestionario “Emoción Expresada (FQ)” (**Anexo 3**), el Cuestionario “Habilidades de cuidado en TCA (CASK)” (**Anexo 4**).

Contenido:

Tras 6 meses, se contactará con todos los participantes y se volverán a administrar las pruebas psicométricas escogidas, el GHQ-12, el FQ y el CASK, en ese orden.



Discusión y conclusiones

El presente Trabajo de Fin de Grado ha propuesto un programa de intervención para familiares de pacientes adolescentes con un TCA, específicamente la anorexia nerviosa (AN), basado en la Terapia Basada en la Familia (FBT), con el objetivo de proporcionar psicoeducación sobre la renutrición del/de la adolescente con AN, también en facilitar estrategias, como comunicación asertiva y técnicas de gestión de conflictos que ayuden a la resolución de conflictos y al manejo emocional, mejorando la comunicación intrafamiliar, con el fin de favorecer la recuperación del/de la adolescente.

Se considera crucial adoptar enfoques que no se limiten a considerar la familia como origen o agente mantenedor del síntoma, sino reduciendo la culpabilidad y considerándolos agentes activos del cambio a los cuales dotar de las herramientas, conocimiento y estrategias de afrontamiento necesarias sobre los TCA para el proceso de recuperación (San Isidro Pérez, 2020). Por este motivo este programa de intervención se basa en el FBT, puesto que es el tratamiento que muestra mayor evidencia para el control de anorexia nerviosa en adolescentes menores de 19 años que han tenido la enfermedad durante menos de 3 años, y se reconoce como tratamiento de elección (Segreda Castro & Segura Araya, 2020).

No obstante, pese a que el FBT ha sido ampliamente reconocida y recomendada como tratamiento de primera línea para la AN en adolescentes, presenta ciertas limitaciones que acaban siendo relevantes, especialmente en el manejo de las emociones negativas que los padres padecen durante la intervención, tales como la ira, culpa, miedo, ansiedad, estrés y angustia, lo que podría tener graves implicaciones directas en la eficacia del tratamiento, debido que ya existe evidencia que sugiere que las emociones de los padres de personas con un trastorno alimentario afectan sus esfuerzos de cuidado (Lafrance Robinson et al., 2016).

La propuesta de intervención diseñada en este trabajo tuvo como meta superar algunas de estas limitaciones, a la par que se combinaba el FBT con el manejo de emociones en un formato grupal. Este enfoque tiene como objetivo mejorar la eficacia del tratamiento mediante un formato de sesiones más reducido, en concreto 7 sesiones más una de seguimiento, además de también fomentar una red de apoyo emocional entre las familias participantes en el programa, el cual puede ser crucial para el manejo de la anorexia nerviosa a corto y, en especial, a largo plazo. Además, se ha añadido un módulo específico para la gestión de emociones que los familiares experimentan durante el proceso de recuperación de sus hijas,

limitación que presenta el FBT, reconociendo que el bienestar emocional del entorno familiar es esencial para una recuperación del adolescente gradual y sostenible a largo plazo en el tiempo.

Con objetivo de comprobar la eficacia de este programa de intervención, se evaluarán los resultados obtenidos en estos tres cuestionarios (DASS-21, FQ y CASK, en tres momentos temporales) administrados previamente a la intervención en la sesión 1, al finalizarla en la sesión 7 y seis meses tras concluir el tratamiento en el seguimiento. Lo óptimo y deseable sería obtener una disminución en las puntuaciones de las dimensiones depresión, ansiedad y estrés a través del DASS-21; una mejora en la forma en la que los familiares afrontan la enfermedad mediante una mejor puntuación en el FQ; y una mejora en las habilidades y competencias de los familiares a la hora de cumplir el rol de cuidador a través de un aumento de las puntuaciones en el CASK.

No obstante, es importante reconocer las limitaciones de la propuesta de este trabajo, entre ellas, es que al tratarse de un programa reducido, podría implicar una menor posibilidad de profundización para que los familiares de los y las adolescentes comprendan aspectos cruciales del trastorno. Además de que esta reducción del tiempo puede no ser suficiente para ver cambios positivos significativos en los y las adolescentes, lo que no indicaría un mal funcionamiento del programa, sino la necesidad de un mayor número de sesiones para poder ejecutarlo y poder obtener resultados alentadores. También sería conveniente e interesante poder aplicar este programa y evaluar su efectividad en un contexto real, para poder extraer conclusiones al respecto y evaluar el efecto del programa en pacientes adolescentes con AN.

Este trabajo se suma junto a otros a la contribución del campo de intervención de los TCA, en especial en la intervención familiar, proporcionando un enfoque diferente, que tiene como finalidad integrar la terapia familiar con estrategias de la terapia grupal y de gestión de emociones de los padres, y con una clara orientación: mejorar los resultados del tratamiento en adolescentes con anorexia nerviosa. Al centrarse en el sistema familiar y abordar las necesidades emocionales de los progenitores, esta propuesta busca mejorar la recuperación del adolescente y también fortalecer la dinámica del núcleo familiar, creando un entorno más adecuado para el manejo de la enfermedad a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.^a ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armijos Romero, M. T., & Polo Martínez, E. M. (2022). La terapia cognitivo conductual y terapia cognitivo conductual transdiagnóstica en pacientes con anorexia nerviosa: un estudio de revisión crítica. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 239-250. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp239-250>
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17 (Número 4), 679–683. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8331>
- Bermúdez Durán, L. V., Chacón Segura, M. A., & Rojas Sancho, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia/Revista Médica Sinergia*, 6(8), e694. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.694>
- Fuentes Prieto, J., Herrero-Martín, G., Montes-Martínez, M., & Jáuregui-Lobera, I. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1221-1244. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3955>
- Ganci, M. (2022). *Sobrevivir al FBT: Manual de habilidades para padres que realizan un tratamiento basado en la familia (FBT) para la anorexia nerviosa en niñas y adolescentes* (E. Losa, Trad.). Editorial: LMD Publishing
- Graell Berna, M. (2020). Trastornos de alimentación en la infancia y adolescencia. Nuevas perspectivas para nuevos tiempos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, 37(3), 3-7. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a1>
- Hay, P., & Morris, J. (2016). *Trastornos alimentarios*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). <https://iacapap.org/Resources/Persistent/eabce69ad6a7ea9596dafbfcfc792b75d53c6f1c/H.1.-Tr-Alimenticios-Spanish-2018.pdf>
- Ibarzábal-Ávila, M. E. A., Hernández-Martínez, J. A., Luna-Domínguez, D., Vélez-Escalante, J. E., Delgadillo-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinoza, E., González-Macía, L., Ortiz-Fernández, A. G., Moguel-Gloria, A., Córdova-Esquivel,

- A. L., & Ramos-Ostos, M. H. (2016). Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. *Médica Sur*, 22(3), 112-117.
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23 <https://doi.org/10.1002/cpp.1933>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2ª ed.). Editorial: Guilford Press.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 481-487.
- Lorenzo Pérez, T. (2017). *Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del trastorno*. [Trabajo de Fin de Máster, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio Institucional UIB. <http://hdl.handle.net/11201/14636>
- National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. [NICE Guideline No. 69]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>
- Padilla Olán, A. D. C. (2022). *Actualización de tratamiento para pacientes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria* [Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador]. Repositorio Centroamericano SIIDCA-CSUCA <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/30596>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30053-9)
- Salaminiou, E., Campbell, M., Simic, M., Kuipers, E., & Eisler, I. (2017). Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: An open study of 30 families. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 498-513 <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12075>
- San Isidro Pérez, A. (2020). *El impacto psicoemocional de la Anorexia Nerviosa en la familia: un proyecto observacional* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia]. Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/58193>
- Segreda Castro, S., & Segura Araya, C. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Ciencia & Salud*, 4(4). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i4.199>
- SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia) (2018, 30 de noviembre). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad*

- crónica más frecuente entre adolescentes*. [Comunicado de prensa] <https://www.semng.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F. y Graell, G. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26 (3), 321-327 doi:10.7334/psicothema2013.310
- Simón Márquez, C. (2021). *Revisión bibliográfica sobre los principales tratamientos en trastornos de hiponutrición: anorexia nerviosa*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Miguel Hernández]. RediUMH. <http://hdl.handle.net/11000/8654>
- Taibo Meana, A. (2022). *Intervención grupal con familias: análisis de intervenciones terapéuticas en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia]. Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/61257>
- Vintró-Alcaraz, C., Mestre-Bach, G., Steward, T., Lozano-Madrid, M., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Pedraza, A. M., Serrano-Troncoso, E., Ortiz García, A. E., Rangil, T., Lorán, E., Soriano-Pacheco, J., Medrano-Puigdollers, L., Bujalance-Arguijo, S., Badia, G., Luque, M., Tràfach, G., Gómez, O., Peña, J., Fernández-Aranda, F. (2018). Validation of the Caregiver Skills (CASK) scale in Catalonia: Concordance between caregivers in attitudes and behaviours. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 329–336 <https://doi.org/10.1002/erv.2604>

Anexos

Anexo 1 - Consentimiento informado

Terapeuta: [Nombre del terapeuta]

Institución [Nombre de la Institución o Clínica]

Contacto: [Información pertinente de Contacto]

Descripción del Programa:

El presente programa es una intervención diseñada para proporcionar apoyo, educación, recursos y estrategias a los familiares de adolescentes con anorexia nerviosa, además de ayudar con la resolución de conflictos, el manejo de emociones y la mejora de la comunicación y dinámica intrafamiliar; con el propósito de promover la recuperación total del/de la adolescente afectado/a. Este programa implica completar cuestionarios, entrevistas y realizar actividades grupales.

Procedimientos:

Si acepta participar en este programa, usted se compromete a asistir a 7 sesiones y una extra de seguimiento que se realizarán semanalmente con una duración aproximada de 90 minutos. Durante estas sesiones, usted completará cuestionarios sobre su estado de salud mental, participará en discusiones de grupo, dinámicas de role-playing, y dará y recibirá feedback.

Posibles Beneficios y riesgos:

Los posibles beneficios de participar en este programa incluyen mejoras en la salud mental de la adolescente y de los progenitores. Como con cualquier tratamiento psicológico, existen posibles riesgos, los cuales pueden incluir: experimentación de emociones desagradables, recuerdos perturbadores, etc. Se tomarán todas las precauciones necesarias para minimizar y gestionar estos riesgos.

Confidencialidad y voluntariedad:

Su participación en este programa es confidencial. La información que se recopile durante el programa será utilizada únicamente para propósitos terapéuticos y será almacenada de forma segura, y solamente el equipo de terapia tendrá acceso a sus datos. Su participación en este programa es completamente voluntaria, y usted tiene el derecho de retirarse del programa en cualquier momento sin ninguna penalización o pérdida de beneficios a los que de otra manera tendría derecho.

Consentimiento:

He leído la descripción anterior del programa y he tenido la oportunidad de preguntar dudas, las cuales han sido respondidas adecuadamente. Comprendo lo que se me solicita como participante y estoy de acuerdo en participar en esta intervención.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Anexo 2 - DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala es la siguiente:

0: No me ha ocurrido;

1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;

2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;

3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1. Me ha costado mucho descargar la tensión.	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara.	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Sentí que estaba a punto del pánico.	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

Anexo 3 - FQ

Este cuestionario muestra diferentes formas en las que las familias intentan hacer frente cada día a los problemas. Por favor, indique para cada pregunta, con qué frecuencia actualmente ha reaccionado ante su hijo/a enfermo/a de esta manera. Por favor, conteste a las preguntas siguientes con la mayor sinceridad posible, teniendo en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Tanto las respuestas como los resultados se mantendrán en estricta confidencialidad. Lo mejor es marcar la primera respuesta que le venga a la cabeza, y señalar solamente una respuesta por cada pregunta.

	Nunca/Muy raramente	Raramente	A menudo	Frecuentemente
Tiendo a descuidarme a mí mismo/a por él/ella.				
Tengo que pedir continuamente que haga las cosas.				
Pienso continuamente qué va a ser de él/ella.				
Él/ella me molesta.				
Sigo pensando en las razones por las que enfermó.				
Tengo que intentar no criticarle/la.				
No puedo dormir a causa de él/ella.				
Es difícil para nosotros estar en esta situación.				
Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo/a.				
No aprecia lo que hago por él/ella.				
Percibo mis necesidades como menos importantes.				
En ocasiones él/ella me pone nervioso/a.				
Estoy muy preocupado por él/ella.				
Él/ella hace algunas cosas con rencor.				
Pensé que yo podría llegar a enfermar.				
Cuando él/ella quiere constantemente algo de mí, me molesta.				
Es una persona importante en mi vida.				
Tengo que insistir que él/ella se comporte de forma diferente.				
He renunciado a cosas importantes con la finalidad				

de poder ayudarle/la.				
Estoy a menudo enfadado con él/ella.				

Anexo 4 - CASK

En los puntos suspensivos se entiende la persona del enfermo con TCA; en nuestro caso será "Su hija". La respuesta corresponde a un juicio que el encuestado debe centrar como experiencia en el presente (la semana actual).

En las preguntas se obvia al inicio poner ¿Puede...? ¿Es usted capaz...?

1. ¿Seguir haciendo las cosas con las que ud. disfruta mientras cuida de
2. ¿Dialogar y explicar, abiertamente, sus propios sentimientos sobre el trastorno alimentario con
3. ¿Dialogar, abiertamente, sobre el trastorno alimentario con los familiares próximos implicados?
4. ¿Ser comprensivo con....., incluso cuando está enojado, enfadado, frustrado con ella?
5. ¿Evitar discusiones sobre el trastorno alimentario con.....?
6. ¿Estar tranquilo/a cuando ha de gestionar los comportamientos difíciles asociados al trastorno alimentario?
7. ¿Tomarse un tiempo para ud. cuando necesite un descanso?
8. ¿Hablar y escuchar a.....cuando expresa las complejas emociones que está sintiendo?
9. ¿Sentirse confiado/a, incluso delante de los mínimos signos de mejoría?
10. ¿Mantener la esperanza de que se recuperará?
11. ¿Mantenerse al margen y confiar que....afrontará, por sí misma, los retos del día a día?
12. ¿Acordar límites, planes o reglas en casa en colaboración con.....?
13. ¿Mantener los límites/reglas con firmeza, en un entorno comprensivo, incluso cuando.....está discutiendo con ud?
14. Controlar el impulso de discutir sobre las conductas del trastorno alimentario, a pesar de que ud. considere que su argumento es lógico?
15. ¿Tener conversaciones agradables con... no relacionadas con el trastorno alimentario?
16. ¿Controlar la necesidad de seguir indagando o comprobando el comportamiento de incluso cuando usted está muy preocupada?
17. ¿Valorar el cambio o intentos de cambio dea pesar de que los resultados sean menores de los que se esperaban?
18. ¿Resistir a recordar/preguntar constantemente sobre la finalidad del comportamiento acordado?
19. ¿Evitar conversaciones repetitivas con.....sobre las comidas y los alimentos?
20. ¿Controlar a.....en su progreso general/global?
21. ¿Resistir a confiar únicamente en el peso, como indicador de lo que él/ella están haciendo?
22. ¿Diferenciar en....., entre la persona y su enfermedad?
23. ¿Comprender el impacto de su propia conducta en la de
24. ¿Aceptar que el trastorno alimentario no es culpa suya?
25. ¿Aceptar que la causa desencadenante del trastorno alimentario puede no ser la solución para su recuperación?
26. ¿Encontrar tiempo para estar con el resto de miembros de la familia?
27. ¿Gestionar su propio grado de ansiedad para no sentirse sobrepasada/o?

Casi nunca		Ocasionalmente			Frecuentemente			Casi siempre		
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Anexo 5 - Cuestionario de satisfacción con el programa

Este cuestionario está diseñado para evaluar la satisfacción que usted ha tenido con el programa, por lo que sus respuestas son importantes para mejorar futuras sesiones y poder asegurar que estén alineadas con las necesidades de los participantes. Por favor, califique cada ítem según su nivel de satisfacción utilizando una escala del 0 al 10, donde 0 es "completamente insatisfecho" y 10 es "completamente satisfecho".

Datos Generales

Nombre del programa: _____

Fecha de finalización del programa: _____

Nombre del participante (opcional): _____

1. ¿Cómo de satisfecho está el contenido presentado en las sesiones del programa?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

2. ¿Cómo de satisfecho está con la interacción que ha tenido con el terapeuta del programa?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

3. ¿Considera que las actividades realizadas fueron útiles para usted?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

4. ¿Considera que el material proporcionado fue adecuado y útil?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

5. ¿Considera que el programa mejoró su comprensión sobre la anorexia nerviosa?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

6. ¿Considera que puede aplicar lo aprendido en el programa en su vida diaria?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

7. ¿Cómo de satisfecho está con el ambiente de las sesiones del programa?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

8. Considerando todos los aspectos, ¿cuál es su nivel general de satisfacción con el programa?

Completamente insatisfecho [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **Completamente satisfecho**

9. Sugerencias o comentarios adicionales sobre el programa (opcional):

(Espacio para comentarios escritos de los participantes).

Anexo 6 - Registro de asistencia

Fecha de inicio del programa: _____	Nombre del programa: _____
Fecha de finalización del programa: _____	
Tabla de Registro de Asistencia:	

Fecha	Sesión	Participante	Firma de asistencia
01/09	1. Primeros pedacitos		
08/09	2. Las 3 R's: Reeducar en Realimentación para la Recuperación		
15/09	3. Sin miedo al plato		
22/09	4. Comidas zen		
29/09	5. Yo también me siento así		
06/10	6. Te devuelvo el control		
13/10	7. ¡Qué aprovechen los resultados!		
13/04	Seguimiento		

Anexo 7 - Plato sesión 2

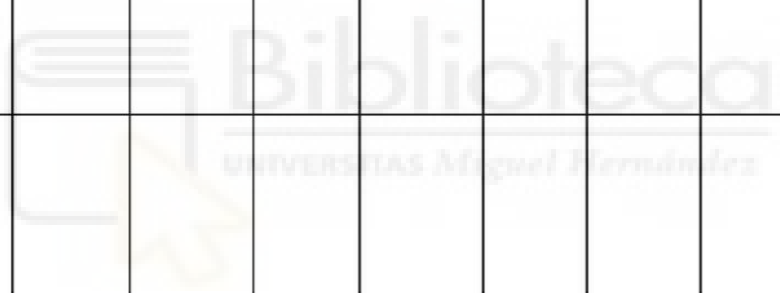
(A la izquierda, el que se imprimiría, a la derecha un ejemplo completado)



Anexo 8 - Autorregistro



1. Fecha (dd/mm/aa)										
2. Momento del día y dónde (comida en casa, cena fuera...)										
3. Plato (qué alimentos lleva)										
4. Emociones antes de la comida										
5. Problemas que han surgido										
6. Técnica empleada y cómo ha funcionado										
7. Ansiedad percibida durante la comida (0-10)										
8. Emociones después de la comida										
9. Cantidad de comida ingerida (en porcentaje)										
10. Tiempo dedicado a comer (en minutos)										



Anexo 9 - Sesión 1. Primeros pedacitos

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! Mi nombre es [nombre del terapeuta] y estoy especializado/a en trastornos de la conducta alimentaria y en FBT, con una amplia experiencia de [especificar años de experiencia] Me gradué en la universidad [nombre de la universidad], y obtuve mi formación en [especificar información sobre la formación del terapeuta]. Me emociona estar aquí con vosotros, porque en este programa, vamos a trabajar juntos a través de una serie de sesiones, concretamente 7, que, como ya saben, se impartirán de forma semanal, en este mismo sitio, todos los lunes de 17:30 a 19:00. Os preguntaré, ¿en qué consistirán las sesiones de este programa?

Este programa está basado en el método Maudsley o Family Based Treatment, que es un tratamiento basado en la evidencia, por lo que ha sido probado y se han obtenido muy buenos resultados, considerándose el mejor tratamiento para adolescentes menores de 19 años con un diagnóstico de anorexia nerviosa inferior a 3 años. Este programa es una versión reducida del original, además de que ha sido modificado para poder realizarlo en formato grupal, por lo que, tendrá una duración bastante inferior a comparación del método tradicional, de unas 7 semanas, más una sesión 6 meses tras finalizar el tratamiento.

En las sesiones se realizará psicoeducación sobre la anorexia nerviosa, la correcta alimentación y gestión emocional de sus hijos/as. Además, se llevarán a cabo actividades de role-playing entre vosotros, guiadas por mí, pero recibiendo el feedback de todos los participantes, para enriquecernos de los distintos puntos de vista y avanzar cómo grupo, por tanto, es de suma importancia hablar desde el respeto y la empatía, no estamos aquí para juzgarnos, sino para ayudarnos mutuamente. El tratamiento lo están recibiendo ustedes porque, como padres y madres, sois el principal agente de cambio, proporcionando apoyo, comprensión, afecto, ánimo, amor, cariño y alimento. Esto será más fácil si os mostráis tranquilos, coherentes, pacientes y disponibles para vuestros hijos, e intentad recordar siempre que sois los expertos en lo que respecta a vuestros hijos. Por otro lado, mi papel como psicoterapeuta es apoyaros y guiaros gracias a mi conocimiento y experiencia sobre trastornos alimentarios, pero yo no puedo llevar a cabo el tratamiento, solo vosotros podéis hacerlo, pero os preocupéis, yo os guiaré y aconsejaré durante todo este proceso.

Después de esta introducción, os pediré que completeis unas pruebas psicométricas que hemos elegido para ayudarnos a entender mejor sus situaciones individuales, y para comprobar el funcionamiento del programa, además, estas pruebas serán pasadas de vuelta en la última sesión. Cada una de las pruebas son confidenciales, por lo que sus datos solo serán compartidos entre los profesionales involucrados en este programa. Comenzaremos con el GHQ-12, seguido por el FQ y finalizaremos con el CASK, además del consentimiento informado, el cual deberéis leer detenidamente, firmar y entregar. Cuando terminéis, solo tenéis que levantar la mano y recogeré y entregaré el siguiente cuestionario, dispondréis de tiempo de sobra, por lo que leed con tranquilidad las preguntas de cada cuestionario y contestadlo según las indicaciones de la misma hoja. Una vez que todos hayáis terminado de completar los cuestionarios, nos reuniremos en un círculo.

[40' - Tiempo para que todos completen los 3 cuestionarios y el consentimiento informado]

Para esta primera dinámica, pasaré esta bola de lana a una persona al azar, y quien la reciba, responderá las preguntas que están escritas en la pizarra y, antes de pasarlo a otro participante que hará lo mismo, sostendrá el extremo del hilo. Las preguntas son: 'Nombre', 'Relación con el/la adolescente (padre, madre, tutor)', 'Breve

descripción de su hijo/a (puede incluir nombre, edad, intereses y lo que se considere)' y 'Motivación (por qué ha decidido unirse a este programa, qué expectativas tiene y lo que considere)', además de "Lo que quiera"*, donde podrán añadir la información relevante que deseen dar al grupo, si así lo consideran. Muy bien, si todo está claro, comencemos.

[25' - Tiempo donde todos deben participar en la dinámica]

Como pueden ver, el hilo de lana nos mantiene a todos interconectados, ya sea por nuestras vivencias, nuestros miedos, nuestras metas... aquí estamos todos para aprender de las experiencias de los demás, a la vez que compartimos las nuestras para ayudar a los demás participantes en este proceso. Además, este lazo simbólico representa la unión y el compromiso que tenemos con el crecimiento mutuo de cada uno de nosotros.

Mientras vamos recogiendo la bola de lana, abro este espacio para que podáis compartir cualquier duda o inquietud que haya surgido, y yo estaré aquí para responder a todas ellas. Al final de cada sesión se establecerá un tiempo para que puedan hacerme las preguntas pertinentes, y, aunque mi correo de contacto está a vuestra disposición en caso de cualquier cuestión, es preferible que realicen las preguntas aquí por si podemos ayudar al resto de participantes, muchas gracias.

Antes de despedirnos, como tarea para casa, os mandaré que rellenéis el siguiente autorregistro (Anexo 8) y que lo traigáis en la siguiente sesión, es importante que lo rellenéis siempre que podáis para ver la evolución, ya que lo usaremos a modo de diario. Por último, tomaré nota de la asistencia para asegurarnos de que todos estáis recibiendo el apoyo necesario a lo largo de este programa. ¡Hasta la semana que viene!

Anexo 10 - Sesión 2. Las 3 R's: Reeducar en Realimentación para la Recuperación

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! ¿Cómo estáis? Yo estoy muy emocionado de introducirles uno de los factores clave del Family Based Treatment, y por ende, para la recuperación de la anorexia de vuestros hijos. Para ello quiero que queden claras las 3 R's: reeducación en realimentación para la recuperación.

Pero primero, ¿qué es la anorexia? Es un trastorno alimentario que afecta a un gran número de adolescentes y jóvenes, tanto hombres como mujeres. Sus principales características son la pérdida de apetito, que inicialmente es autoimpuesta y mentalmente impulsada, una excesiva preocupación por la imagen corporal que provoca un alto deseo de delgadez, además de un intenso miedo a ganar peso, todo ello acompañado de pensamientos obsesivos sobre la comida, las calorías y el peso. Encontramos dos tipos de anorexia nerviosa, la restrictiva, donde, la pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo; y la anorexia purgativa, donde además de las restricciones alimentarias, las personas tienen atracones seguidos de purgas para compensar las calorías ingeridas, o incluso usan laxantes para este fin.

Es común que en muchos adolescentes los síntomas comiencen por una preocupación por la "alimentación saludable", que rápidamente pasa a ser insalubre a medida que reducen las calorías a niveles insostenibles, o donde el ejercicio físico es excesivo y se realiza en compensación a las calorías ingeridas.

Por tanto, este trastorno afecta al bienestar físico, emocional y psicológico de vuestros hijos, pudiendo desarrollar extremos comportamientos alimentarios, como evitar comidas, contar obsesivamente calorías, y seguir dietas muy restrictivas, ayunar, usar laxantes, provocarse el vómito, y una lista de conductas que tienen como fin ingerir la menor cantidad de calorías posible. Además, este trastorno puede llevar a complicaciones médicas más graves, desde problemas cardíacos, desnutrición, hasta osteoporosis y, en casos más severos, puede ser potencialmente mortal. ¿Alguna pregunta?

[Espacio para realizar preguntas acerca del trastorno]

Una vez comprendido, vamos a pasar a la primera dinámica, donde presentaré afirmaciones que son socialmente comunes sobre la anorexia y os pido que discutáis y decidáis si estas afirmaciones son verdaderas o falsas. Pido vuestra colaboración, y recordad que ninguna respuesta que déis está mal, aquí estamos para aprender sobre la anorexia, y es común que muchas de las siguientes frases las hayamos escuchado a lo largo de nuestra vida, por lo que nos pueden parecer verdaderas, por ello, tras debatir o dar los motivos por lo que creéis que es verdadera o falsa, yo os daré la información correcta para desmitificar estos mitos y poder comprender mejor el trastorno.

[10' - Tiempo para realizar la dinámica]

1. "La anorexia solo afecta a adolescentes y a mujeres jóvenes."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] La anorexia es un trastorno psicológico que puede afectar a personas de cualquier edad y género, incluidos tanto hombres como mujeres.

2. "La anorexia afecta más a mujeres que a hombres."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **verdadera**] Es dos veces y media más frecuente en mujeres que en hombres, siendo su prevalencia en España de 4,1% a 6,4% en mujeres entre 12 y 21 años, y de 0,3% para los hombres.

3. "Las personas con anorexia son siempre delgadas."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] No todos los individuos afectados presentan bajo peso, sobre todo aquellos con anorexia de tipo purgativo o en las etapas iniciales.

4. "La anorexia es simplemente una fase y la mayoría de las personas la superan sin tratamiento."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] La anorexia es uno de los trastornos alimentarios más graves, por lo tanto, es necesario el tratamiento profesional y un apoyo continuo para su completa recuperación.

5. "Las personas con anorexia a menudo tienen una percepción distorsionada de su propio cuerpo."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **verdadera**] Muchas personas con anorexia se ven a sí mismas con sobrepeso incluso cuando están peligrosamente delgadas, hecho que contribuye al mantenimiento del trastorno.

6. "Recuperarse de la anorexia es solo cuestión de empezar a comer más."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] La recuperación de la anorexia implica abordar los problemas subyacentes psicológicos, emocionales y físicos, no se basa en solo aumentar la ingesta calórica.

7. "Solo las personas con un entorno familiar problemático desarrollan anorexia."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] La anorexia tiene múltiples causas incluyendo factores biológicos, genéticos y sociales, y no se limita a personas con entornos familiares complicados.

8. "El apoyo de la familia y amigos es crucial en la recuperación de la anorexia."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **verdadera**] El hecho de tener una red de apoyo sólida es fundamental para la recuperación del adolescente y su bienestar a largo plazo.

9. "La anorexia es una elección."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] Recalco que la anorexia es un trastorno mental grave y para nada es una decisión personal. Es una enfermedad muy compleja la cual, además de los síntomas físicos, psicológicos y emocionales, causa una falsa percepción de control, lo que el/la afectado/a realmente cree que tiene el control y que puede parar en cualquier momento.

10. "La anorexia puede curarse rápidamente con la intervención adecuada."

[2' - Tras debatir si creen que esta afirmación es cierta o falsa, se les informa que es **falsa**] La recuperación de la anorexia es un largo proceso que requiere de tratamiento continuo y de un apoyo constante. Pese a que el aumento de peso supone recuperación del adolescente, una recuperación completa puede llevar años.

Volviendo a la presentación, consideramos una recuperación como total o completa cuando se vuelve a la alimentación normalizada, comiendo de forma espontánea e independiente cuando se tiene hambre, y cuando se

vuelve la capacidad de comer gran variedad de alimentos sin tener en cuenta las calorías y/o el aumento del peso. También consideramos la recuperación como total cuando nos liberamos de los pensamientos anoréxicos y de las preocupaciones acerca de la comida y/o el peso. También cuando vuelve el crecimiento y desarrollo físico normal para alcanzar el potencial de crecimiento, (y en mujeres vuelve la menstruación) y cuando se vuelve a la participación en actividades normativas de adolescentes, como es la socialización con amigos y familiares. No obstante, como hemos aclarado antes, pese a que el restablecimiento del peso puede ser rápido, tomará cierto tiempo llegar a una recuperación completa.

En esta sesión vamos a comenzar con la primera fase, donde lo primordial es establecer el control parental total, donde los adolescentes no pueden participar ni en la planificación de las comidas, ni en la compra, ni en las porciones de alimentos. Además, es muy importante dar ejemplo y comer con ellos en la mesa, sin distractores en ella. La idea es que durante los momentos de comidas en la mesa se haga vida familiar normal (normativa), comentando el día entre vosotros, hablando de algún tema que consideréis interesante o importante, pero siempre prestando atención a que no se realicen conductas anoréxicas como escupir la comida en una servilleta o vaso, no darle la comida a la mascota o esconder la comida, entre otras.

No obstante, llegar a hacer las comidas que en el pasado se podían hacer fácilmente no es sencillo, por lo que algunos consejos que padres han clasificado cómo útiles a la hora de realimentar a sus hijos son los siguientes:

- Es mejor incluir variedad de alimentos considerados como “prohibidos” (por ejemplo alimentos altos en grasas, alimentos ultraprocesados y altos en azúcares añadidos) desde el principio, o cuando se añadan será como empezar de nuevo. Una muy buena señal es que coma todo lo que comía antes de la anorexia, ya que no ayuda comer solo alimentos saludables, porque en la anorexia se tiene miedo a la comida, especialmente a la hipercalórica.

- Una buena táctica a la hora de que no quiera comer, es limitarse a animar directamente, una y otra vez, a comer los alimentos del plato, ya que esto “desgastará” la anorexia, esto es mejor que negociar, convencer, sermonear o usar la lógica, puesto que en la anorexia no hay lógica. Limitate a poner la comida delante suya y a proporcionarle apoyo constante, siempre va a ser mejor que no participe en la compra, ni en la preparación ni planificación de las comidas, ya que el hecho de que opinen en estos temas (en esta fase) es un callejón sin salida donde la anorexia no los deja razonar.

- No darle lo que creemos que va a comer (alimentos hipocalóricos como lechuga, fruta con mucha agua, alimentos con poca grasa y pocos carbohidratos), sino lo que necesita para estar sana, no te debes amoldar a su miedo. Intenta no hablar de alimentación saludable, sino de alimentación normalizada, que es lo que hace un adolescente promedio sano: come de forma variada, con regularidad, es flexible y come con gusto y sin miedo.

- Intenta detener todos los comportamientos anoréxicos a la hora de comer lo antes posible (por ejemplo romper la comida en trozos pequeños, usar cucharillas, etc.), ya que estos comportamientos refuerzan la anorexia. Tampoco permitas que la mascota de la familia se siente cerca de tu hija mientras come, debido a que muchas veces ellos se comen la comida que crees que ella hace. También es importante estar atento y sentarte con tu hija y supervisarla para que se coma toda la comida, ya que puede esconderla en las mangas, servilletas, bolsillos, vasos opacos, etc.

Sin embargo, de lo más importante es que debe haber unidad parental, y que ambos vayais en la misma dirección respecto a lo que tu hija necesita comer y que la comida debe completarse, reespaldándoos mutuamente. No es que debáis ir en la misma línea, es que debéis ir a la par en la misma palabra, incluso en la misma letra. Y a pesar de las complicaciones, hay que intentar que la hora de comer sea lo más normal posible, participando en conversaciones familiares que ayuden a distraer la ansiedad.

La porción de comida deberá ser la recomendada por el especialista nutriólogo/médico, y debes asegurarte de que sabes cuánto necesita comer tu hija para recuperar su peso y los alimentos adecuados para conseguirlo un ejemplo de organización semanal proporcionado por Maria Ganci es el siguiente:

	Desayuno	Comida	Cena	Postre
Dia 1	Bowl de avena con 250 ml de leche entera + 1 plátano + 100 gr de yogur + cuch. miel	Sándwich integral de pollo/queso/aguacate + 1 vaso zumo	Canelones de espinaca y queso parmesano + ensalada + 1 bollo de pan + zumo de naranja	2 cucharadas de helado
Dia 2	2 tostadas integrales, con mantequilla o una mantequilla y otra mermelada o miel + 1 yogur o fruta	Tortilla vegetariana + ensalada + 1 vaso de zumo	Salteado de pollo, verduras y frutos secos con arroz al vapor + 1 vaso de zumo	1 taza de yogur entero + fruta
Dia 3	1 bowl de yogur y muesli + 250 ml leche + plátano o mango + 1 cuchara miel y almendras	Pollo al pesto con ensalada de pasta y queso fetta + vaso de leche + pieza fruta	Estofado de cordero con puré de patatas (con leche y/o mantequilla) + verduras al vapor + 1 bollo pan + vaso zumo	1 chocolatina + 1 vaso de leche
Dia 4	2 tostadas integrales, con mantequilla, huevos, ½ aguacate + 1 vaso leche	Sándwich de queso, jamón, aguacate y tomate + 1 zumo	Ración de pescado con guarnición de patatas + 1 bollo de pan	1 taza de natillas + 1 pieza de fruta
Dia 5	2 barritas cereales ricas en proteínas polvo + 1 plátano + 250 ml leche entera	Sándwich de aguacate, salmón, queso crema y lechuga + 1 vaso leche y pieza fruta	Quiche de queso fetta y verduras asadas + ensalada + bollo de pan con leche + vaso de zumo	1 yogurt bebible
Dia 6	2 tostadas integrales, con mantequilla o una mantequilla y otra mermelada + yogur de fruta	3 piezas de sushi con salmón o aguacate + vaso de leche + pieza de fruta	Pasta boloñesa con queso parmesano + ensalada + bollo pan + vaso zumo	2 cucharadas de helado

Día 7	2 barras de cereales + 1 plátano + 250 ml leche entera o soja	Quiche de queso, huevo y verduras con ensalada + 1 vaso de zumo	Pollo asado con salsa + patatas asadas, calabaza, guarnición + vaso de zumo	1 porción de tarta de queso
--------------	---	---	---	-----------------------------

Ahora os toca a vosotros, en base a los ejemplos que hemos visto, en los folios que he repartido (Anexo 7) quiero que intentéis hacer la planificación de un plato de comida realista que podríais hacer en casa, ya sea de desayuno, de comida o de cena. Cuando terminéis lo revisaremos y os daré feedback con las cosas bien hechas y las cosas a mejorar.

[25' - Tiempo para realizar la actividad y de revisarla, dando feedback a los participantes y el terapeuta]

Antes de despedirnos, como tarea para casa, os mandaré que rellenéis el siguiente autorregistro (Anexo 8) y que lo traigáis en la siguiente sesión. Por último, tomaré nota de la asistencia para asegurarnos de que todos estáis recibiendo el apoyo necesario a lo largo de este programa. ¡Hasta la semana que viene!



Anexo 11 - Sesión 3. Sin miedo al plato

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! ¿Cómo estáis? Antes de comenzar la sesión de hoy, revisaremos el autorregistro que mandé la semana pasada. La idea es ver cómo ha ido esta primera semana y poder ver, en un futuro no muy lejano, la evolución, tanto de vuestros hijos, como vuestra, ya sea viendo una disminución de la ansiedad en las comidas, como la forma de afrontarlas.

[20' - Revisar los autorregistros de forma grupal, donde uno por uno va comentando las situaciones donde más ansiedad ha sentido y donde menos, preguntándole cómo ha afrontado la situación. En este punto los demás participantes pueden opinar al respecto, comentando qué habrían hecho ellos, pero siempre desde el respeto, de no ser así, el terapeuta deberá intervenir]

Ahora pasaremos a la sesión de hoy, donde profundizaremos en lo que sienten vuestros hijos cada minuto de cada día sufriendo anorexia. Trataremos este tema porque si tratamos de disminuir vuestra frustración y de mejorar vuestra paciencia, podréis comprender porque les cuesta tanto comer. Pero primero, realizaremos una lluvia de ideas sobre los sentimientos que creéis que pueden sentir vuestros hijos cuando se acerca la hora de la comida, durante la misma, y después de comer. Para ello, quiero que me digáis emociones que creéis, o que incluso veis en vuestros hijos, cuándo la está sintiendo (antes, durante y/o después) y el porqué pensáis que la está experimentando, podéis ejemplificar si así os es más fácil de explicar.

[10' - Tiempo para lluvia de ideas de los participantes. Los sentimientos que vayan surgiendo se irán apuntando en la pizarra]

Muchas de las emociones que habéis comentado son normales, puesto que son producto de la anorexia. Vamos a ver con más detalle el motivo de los sentimientos más comunes:

- **Miedo:** la emoción más común es el miedo irracional a engordar, a que cualquier alimento que coma se deposite inmediatamente en enormes cantidades de grasa en su cuerpo. El miedo a las calorías, a la báscula, de que los pesen y del consiguiente aumento de peso, de lo que pensarán sus amigos si ganan peso, miedo de que si empiezan a comer alimentos “prohibidos” no podrán parar, y por ende, miedo a perder el control, ese falso control del que hablamos la sesión pasada que la anorexia les hace sentir que tienen. Vuestros hijos cuentan obsesiva y compulsivamente las calorías, piensan con horror en la próxima comida, cómo evitarla y cómo gastar las calorías que le dan. Este miedo irracional provocado por la anorexia es incontrolable por vuestros hijos, porque desde dentro de la anorexia tiene sentido, pero nosotros, que estamos fuera, sí podemos verlo y sobre todo controlarlo, por ello es importante no ceder ante el trastorno, y proporcionar el alimento necesario, sin miedo a berrinches, discusiones, chantajes, etc. Tenéis que recordar que sois los que están ejecutando el programa con vuestros hijos, que sois los únicos que pueden hacerlo y que ceder ante la anorexia no es una opción.

- **Ansiedad:** la comida y el ganar peso genera mucha ansiedad en los adolescentes. Además del miedo, los adolescentes tienen ansiedad por no saber ante qué situación familiar durante la comida se va a enfrentar, qué hipercalórico plato tendrá que comer, cómo compensarán esas calorías ingeridas y sobre todo, cómo harán frente

a los pensamientos obsesivos anoréxicos que le están “castigando” por haber comido, pensamientos de vergüenza, culpa y autocrítica intensa. Es una voz interior que critica y reprocha de forma constante, generando una sensación de descontrol y desesperanza.

- **Está lidiando con el constante diálogo interno de la anorexia:** esta voz o estos pensamientos constantes que les dicen que no coma, que si comen engordarán, que serán feos, que no gustarán a nadie si están gordos. También les dicen que no confíen en vosotros y que estáis en su contra y solo queréis que engorden, haciendo que la anorexia se convierta en su identidad y haciéndolos creer que son especiales si se mantienen delgados. Los adolescentes se encuentran atrapados/as en una situación sin salida, donde si comen, te harán feliz y la anorexia los castigará, pero si no comen y hacen feliz a la anorexia, los castigará tú.

- **Se rige con innumerables reglas autoimpuestas:** para sentirse seguros y con el control total, han desarrollado un sinnúmero de reglas que les garantizan que no se desviarán de su objetivo de mantenerse delgados y/o perder peso. Realmente estas reglas no tienen mucho sentido para los padres, pero reconfortan a los adolescentes, porque si hay reglas hay límites, dentro de los cuales se sienten cómodos y dónde pueden permanecer. Cuanto más peso pierda, peor estará el menor y más rígidas serán estas reglas, las cuales son similares a los pensamientos, pero estos últimos van y vienen, mientras que las reglas son constantes y deben acatarlas a toda costa, todo el día, a cada momento.

- **Tiene un cerebro hambriento:** durante la inanición (falta prolongada de ingesta) el cerebro tiene la prioridad para acceder a la nutrición, a expensas de otros órganos y funciones corporales. El combustible del cerebro es la glucosa, cuando no tiene metaboliza inicialmente la grasa y luego el tejido muscular, en un esfuerzo por acceder a la glucosa necesaria para su funcionamiento. Cuando la inanición es severa y prolongada, el cuerpo descompone las neuronas de su propio sistema para aportar glucosa al cerebro, lo que conlleva a la pérdida de neuronas y “encogimiento” (atrofia) cerebral, lo que da lugar a la reducción de densidad de conexiones sinápticas. La pérdida de materia cerebral parece ser reversible en la mayoría de casos con el aumento de peso, pero no en todos los casos, por eso es de vital importancia intervenir con la mayor brevedad posible para revertir la mayor parte de los efectos físicos y psicológicos causados por la anorexia.

Por tanto, no se trata de una batalla contra tu hijo, sino una batalla contra el miedo, la ansiedad y la ineficacia de un cerebro hambriento, un diálogo interno implacable y numerosas reglas autoimpuestas. Tu hijo no tiene recursos para emprender esta batalla por sí mismo, necesita que tú luches por ella y le devuelvas la salud. Por lo que, cuanto más tiempo permanezca la enfermedad, más fuerte será su identificación con la anorexia y más difícil la recuperación.

Dados estos diversos sentimientos, podemos apoyarnos en la unidad parental, que es una de las herramientas más importantes. Esto es porque hay que estar unido frente a la anorexia, es decir, las decisiones deberán tomarse conjuntamente y ambos deberán transmitir un mensaje coherente en relación a todos los aspectos de la realimentación. Necesitáis estar en la misma página, en la misma línea y en la misma letra, puesto que se consigue un mayor aumento de peso cuando estáis unidos.

Es normal que debido a la diferente experiencia personal de cada padre, se den puntos de vista sobre la crianza muy dispares, puesto que desde pequeños interiorizamos el modelo que vemos en casa, el de nuestros propios padres. Cualquier desunión que tengáis en casa es un problema cuando se presenta anorexia, porque se lanzan improperios al progenitor más fuerte y se intenta ganar la simpatía del más blando, y la continua exposición a la

angustia de tu hija contribuye a esta desunión, y sin unión parental, la única vencedora es anorexia. La angustia y la abrumación es normal cuando vemos a nuestros hijos gritar y llorar, lo que puede conducir a uno de los progenitores a reducir la alimentación o a cambiarla debido a la impotencia y confusión. Por tanto, hay que ser consciente de que la respuesta de nuestra hija está impulsada por el miedo y la ansiedad en respuesta a su angustia frente a la idea de comer, por lo que tienes que superar tu propia ansiedad (por verla así) y mantenerte en la tarea de conseguir que mejore, y por ende, no reducir las porciones de comida ni cambiarlas por otras "más sanas" (hipocalóricas).

La realimentación de una adolescente desnutrida no es una forma normal de crianza, por ello sus métodos tradicionales de crianza fracasan. Se trata de una prescripción para conseguir que tu hijo esté sano, por tanto, como buena prescripción que es, necesita ser recetada exactamente de la misma manera por ambos padres. A la hora de comer se pueden emplear diversas técnicas:

- **Banco de niebla:** es útil en situaciones con intentos de manipulación o cuando nos quieren crear sentimientos de culpa. Para llevarla a cabo escucharemos y responderemos a la información objetiva, no al mensaje implícito. Por ejemplo: ante "No quiero comer, me vas a hacer engordar", podemos decir "Entiendo que te preocupa tu peso, pero es importante que comas para mantener tu energía durante el día". O ante "No quiero comer, no tengo hambre" podemos decir "Comprendo que no sientes hambre, pero es importante que cenes para mantenerte saludable".

- **Disco rayado:** Repetición de un argumento que expliquen el propio punto de vista, las solicitudes o negativas. Se utilizan ciertas palabras en frases distintas. Por ejemplo, ante "No tengo hambre, ya te dije que no quiero comer" podemos decir "Entiendo que no tienes hambre, pero necesitas comer para mantenerte saludable. Vamos a comer un poco. Por favor, come.". O por ejemplo, ante "No quiero, me hace sentir mal" podemos decir "Es importante que tomes una merienda para mantener tu energía. Por favor, come el yogur. Vamos a comer juntas".

- **Decir No:** El NO asertivo es un NO directo, sin excusas o explicaciones, debemos recordar que tenemos derecho a decir NO, sin sentirnos culpables por ello. Es importante que el no esté justificado, y no debemos convertirlo en un acto reflejo. Por ejemplo, ante "No quiero comer postre, me va a hacer engordar" podemos decir "No, entiendo tu preocupación, pero necesitamos que comas un poco de postre para que tengas más energía".

- **Asertividad negativa:** Útil cuando se aprecia de manera crítica la propia competencia personal, los hábitos o la apariencia física. Nos enseña a aceptar los propios errores, mediante el reconocimiento de las críticas y admitimos la crítica pero sin "etiquetar". Por ejemplo, ante "Siempre me dices que como poco, pero no me entra más" podemos decir "Entiendo que puede parecer que te presionamos para comer más, y entendemos que es difícil para ti, pero nuestro objetivo es asegurarnos de que te mantengas saludable". O por ejemplo, ante "Sois malos padres por obligarme a comer" podemos decir "Es cierto que últimamente te presionamos para que comas más y te puedas mantener saludable, pero no por ello somos malos padres".

Para tener más claro cómo actuar, se representará mediante varios role-playing de los participantes, donde se irán turnando, algunos haciendo de padres intentando alimentar a su adolescente, y otros harán de hijo/a con anorexia que bajo ningún concepto quiere comer. La idea es que aquí, en un ambiente controlado, podáis practicar entre vosotros cómo afrontaríais estas diversas situaciones empleando alguna de las técnicas que hemos visto:

Escenarios del role-playing:

1. Cena Familiar:

- Rol de padres: Tratan de animar a que el adolescente coma una comida equilibrada.
- Rol de adolescente: Debe mostrar resistencia a comer y expresar ansiedad sobre las calorías y el peso.

2. Cena fuera de casa:

- Rol de padres: Intentan que el adolescente elija algo del menú (que no sea una ensalada o un plato hipocalórico).
- Rol de adolescente: Debe mostrar abrumación por las opciones del menú y ansiedad sobre el hecho de comer en público.

3. Preparación de Comidas:

- Rol de padres: Deben evitar involucrar al adolescente en la planificación y preparación de las comidas semanales (ya sea planificación o preparación de la comida).
- Rol de adolescente: Debe mostrarse reticente ante el rechazo de su petición a participar y expresa miedo a los ingredientes y las calorías, proponiendo alternativas que "sí va a comer".

4. Control de porciones:

- Rol de padres: Servir porciones adecuadas de comida durante la cena.
- Rol de adolescente: Debe mostrar ansiedad por la cantidad de comida que hay en su plato y pide reducir las porciones o evita comer (aquí pueden intentar apoyarse en uno de los progenitores para que el otro ceda).

5. Actividades sociales:

- Rol de padres: Animar al adolescente a participar en una actividad social que incluye comida, como una fiesta de cumpleaños por ejemplo.
- Rol de adolescente: Debe mostrar temor a comer en un entorno social y preocupación por el tipo de comida (generalmente hipercalórica) que se ofrecerá.

En las 5 situaciones, tras presentar el escenario que se llevará a cabo y tras realizar el rol de padres y después de adolescentes, se deberá de seguir la actuación con cómo creen los participantes (que realizan el rol de padres) que deberían actuar. Tras esto, el resto de participantes que no hayan interactuado en el role-playing, darán feedback con cosas positivas y cosas a mejorar, y por último lo hará el profesional.

[25' - Tiempo para participar en la dinámica]

Antes de finalizar la sesión, como tarea para casa, os mandaré que sigáis rellenando el autorregistro (Anexo 8) que repartí la semana pasada, y que lo traigáis en la siguiente sesión. La idea es que vayáis viendo como progresivamente conseguís que vuestros hijos coman más cantidad de comida, en menos tiempo y causando menos ansiedad cada vez. Por último, tomaré nota de la asistencia para asegurarnos de que todos estáis recibiendo el apoyo necesario a lo largo de este programa. ¡Hasta la semana que viene!

Anexo 12 - Sesión 4. Comidas zen

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! ¿Cómo estáis? Antes de comenzar la sesión de hoy, revisaremos el autorregistro con el que habéis seguido esta última semana. Como comenté en la sesión pasada, la idea es monitorear el progreso a lo largo de estas semanas para ver la evolución, tanto de vuestros hijos, como vuestra, ya sea viendo una disminución del tiempo y de la ansiedad en las comidas, como la forma de afrontarlas.

[20' - Revisar los autorregistros de forma grupal, donde uno por uno va comentando las situaciones donde más ansiedad ha sentido y donde menos, preguntándole cómo ha afrontado la situación. En este punto los demás participantes pueden opinar al respecto, comentando qué habrían hecho ellos, pero siempre desde el respeto, de no ser así, el terapeuta deberá intervenir]

Pasando a la sesión, hoy trataremos esa ansiedad que sienten los adolescentes antes, durante y después de cualquier comida. Ya hemos tratado cómo llevar a cabo las comidas, cómo no ceder ante la anorexia, cómo contestarle a nuestros hijos en esos momentos donde se dificulta el hecho de que coma, pero ¿cómo podemos ayudar a aliviar esa inmensa ansiedad que sienten? Ansiedad que incluso nosotros mismos sentimos. Me gustaría que cada uno escribiera en un papel cómo lo ha hecho y lo doblase; después yo pasaré a recogerlos y los iré leyendo, comentándolos un poco. Es una actividad totalmente anónima, pero si alguno quiere animarse a explicarnos con ejemplos cómo lo hace, adelante. Yo anotaré en la pizarra los que salgan para comentarlos entre todos.

[20' - Tiempo para que escriban, se recojan y se comenten las estrategias que los participantes han planteado]

En conjunto, las estrategias que planteáis son muy interesantes, y en general todas ellas tienen un mismo fin, distraer a vuestros hijos. Esta distracción es el proceso de pensar en algo con tanta intensidad que se pierde la concentración en el pensamiento/situación original que creó la sensación de angustia. Podéis usar la distracción cuando sabéis que vuestro hijo se enfrentará o se está enfrentando a situaciones angustiosas que generalmente tienen que ver con la comida y la ingesta de alimentos, antes, durante o después de la comida.

- **Antes de una comida:** se siente angustia porque empiezan a pensar en la cantidad y los alimentos que los vais a hacer comer. En esos momentos previos a las comidas sienten que necesitan saberlo todo, lo que sus padres están preparando, lo que van a poner en su comida, cuánta cantidad, etc., por lo que, lo más sencillo será mantenerlos fuera de la cocina. En este punto es probable que sea un buen momento para usar técnicas tranquilizadoras y/o de distracción que plantearemos.

- **Durante una comida:** es el momento clave donde de utilizar la distracción, por ejemplo, iniciado conversaciones sobre acontecimientos cotidianos no relacionados con la comida que distraigan a la hijo/a, muchos padres permiten ver sus programas favoritos de televisión, vídeos de YouTube o jugar a juegos en el móvil o tablet mientras comen como distracción. No hay una regla escrita de qué funciona y de qué no, esto se trata de ensayo y error, pero intentaré guiaros para cometer la menor cantidad de errores posibles.

- **Después de una comida:** en especial es en este punto donde la anorexia puede causar culpabilidad en vuestros hijos, donde su mente es inundada de pensamientos de auto-desprecio y pensamientos de fracaso debido a la pérdida de control. En este punto, pueden llegar a tener la tentación de purgar las calorías consumidas, ya sea

vomitando o haciendo ejercicio, por lo que, una muy buena idea es introducir actividades que los distraigan de estos pensamientos.

Estrategias de distracción:

- Zentangle (yoga para la mente). El hecho de dibujar patrones repetitivos y estructurados ayudan a desconcentrarse de los pensamientos anoréxicos, y a relajarse. Es una actividad que, pintándolos a posteriori, se puede alargar a después de las comidas como estrategia para ese momento.
- Libros para colorear/mandalas. Colorear estos dibujos ayuda a la relajación y fomenta la concentración en algo distinto a lo que la anorexia les hace pensar. Es una opción económica y creativa, libre de pantallas.
- TV/YouTube. Ver programas o videos entretenidos ayudará a distraerse y relajarse, vigilando que el contenido sea apropiado. También existen videos de *asmr*, donde según el gusto de la persona, pueden ser muy relajantes y desestresantes, o videos con música relajante que muestra imágenes y proyecciones tranquilas.
- Manualidades. Implicar crear objetos con las manos, ya sea tejer, hacer origami con cartulinas o artesanía con arcilla de secado al aire, palillos, plastilina, arena, macramé, pintura textil, y un largo etc.
- Audiolibros. Si leer no es una actividad placentera para vuestros hijos, los audiolibros permiten escuchar historias interesantes que capturan la atención y los transportan a otros mundos.
- Juegos gratuitos en línea. Otra opción es jugar juegos que ocupen su mente y le proporcionen el entretenimiento necesario para desconectar de la idea de que se acerca la hora de la comida.
- Actividades familiares. Es una excelente manera de fomentar la conexión, el apoyo mutuo y el entretenimiento, ayudando a distraer y reducir la ansiedad. Algunos ejemplos son: juegos de mesa, noche de películas, puzzles, entre otras muchas opciones.

Estrategias de autorelajación:

- Escuchar música relajante de meditación/zen. La música suave y calmante ayuda a inducir un estado de relajación. Se puede acompañar de velas o humidificadores donde se añaden aceites de lavanda por ejemplo, para ayudar a inducir este estado de relax más fácilmente.
- Aplicaciones para respirar y calmarse (Netflix). Se pueden emplear aplicaciones que guían a través de ejercicios de respiración y técnicas de relajación. En la plataforma de Netflix existen este tipo de videos donde personas de todas la edades lo pueden llevar a cabo.
- Meditaciones guiadas. El hecho de seguir meditaciones guiadas, ayuda a concentrarse, relajarse y reducir el estrés, además de que muchas de ellos están guiadas por profesionales y son totalmente gratuitas.

Las distracciones que vayamos a usar deben ser interesantes, absorbentes, envolventes y fáciles de mantener durante un período sostenido de tiempo, si no, no funcionarán. Además, una distracción que hoy nos sirve puede que mañana ya no, y es normal sentir frustración al respecto, pero debemos de cambiar el distractor e ir probando otros nuevos o variaciones del que en un principio nos servía. Por tanto, es completamente normal que a veces la situación nos sobrepase, y si sientes que vas a perder el control y enfadarte con tu hija, pon una excusa y aléjate para que tu pareja se haga cargo, porque enfadarte con tu hija solo la hará sentirse culpable y le envía un mensaje a la anorexia de que te estás desgastando y está ganando ella, buscando continuar con el mismo comportamiento para frustrarte lo suficiente como para convencerte de que te rindas. A veces los padres se asustan o angustian por las muestras de ira y de angustia de su hija, y sienten que al presionar con la comida están haciendo que su hija se angustie más, esta es una forma que tiene la anorexia de mantenerte distraído de lo que tienes que hacer, por lo que, la única manera de aliviar la angustia es conseguir que vuelva a su peso saludable. Aparentemente puede parecer que tu hija está feliz cuando no la haces comer más, pero internamente, la anorexia la seguirá atormentando.

Y es lo más común que los padres se sienten vulnerables, impotentes, angustiados al ver a su hija descontrolada, llorando, gritando y extremadamente angustiada ante la cantidad de comida que deben ingerir y el consiguiente aumento de peso, lo que hace que la adolescente sienta que pierde el control. Esta angustia puede provocar que la adolescente se autolesione, amenace con el suicidio, intente huir y se vuelva abusiva con sus padres. Sin embargo, es de esperar que estos comportamientos disminuyan a medida que se vaya renutriendo y vaya ganando el peso necesario. Estos pensamientos anoréxicos pueden tardar entre 12 y 18 meses en desaparecer completamente, pero poco a poco irán disminuyendo y tu hija será más razonable.

Para tener más claro cómo actuar, se representará mediante varios role-playing de los participantes, donde se irán turnando, algunos haciendo de padres intentando gestionar la angustia a su hijo/a, y otros harán de adolescente con anorexia que antes, durante y después de comer, siente angustia, ansiedad y necesita realizar conductas anoréxicas (como realizar excesivo ejercicio físico).

1. Antes de la comida

- Rol de adolescente: Debe expresar el miedo a ganar peso y la ansiedad por la comida que vaya a comer (tipo).

2. Durante la comida

- Rol de adolescente: Se debe negar a comer, mostrando señales de angustia, y verbalizando el miedo a las calorías o a ciertos alimentos que hay servidos.

3. Después de la comida

- Rol de adolescente: Se debe expresar la necesidad de hacer ejercicio para "compensar" la comida consumida, mostrando ansiedad y angustia.

4. Comida/cena en un restaurante

- Rol de adolescente: Se debe sentir abrumado por las opciones del menú y debe mostrar ansiedad sobre el hecho de comer en público.

En las 4 diferentes situaciones, tras presentar el rol del adolescente, se deberá de seguir la actuación con cómo creen los participantes (que realizan el rol de padres) que deberían de reducir la angustia de su hijo, aplicando lo aprendido en la sesión. Tras esto, el resto de participantes que no hayan interactuado en el role-playing, darán feedback con cosas positivas y cosas a mejorar, y por último lo hará el profesional.

[25' - Tiempo para participar en la dinámica]

Antes de finalizar la sesión, como tarea para casa, os mandaré que sigáis rellenando el autorregistro (Anexo 8) que repartí en un inicio, y que lo traigáis como siempre en la siguiente sesión. La idea sigue siendo que vayáis viendo como progresivamente conseguís que vuestros hijos coman más cantidad de comida, en menos tiempo y causando menos ansiedad cada vez. Por último, tomaré nota de la asistencia para asegurarnos de que todos estáis recibiendo el apoyo necesario a lo largo de este programa. ¡Hasta la semana que viene!

Anexo 13 - Sesión 5. Yo también me siento así

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! ¿Cómo estáis? Antes de comenzar la sesión de hoy, revisaremos el autorregistro con el que habéis seguido esta última semana. Como comenté en la sesión pasada, la idea es monitorear el progreso a lo largo de estas semanas para ver la evolución, tanto de vuestros hijos, como vuestra, ya sea viendo una disminución del tiempo y de la ansiedad en las comidas, como la forma de afrontarlas.

[20' - Revisar los autorregistros de forma grupal, donde uno por uno va comentando las situaciones donde más ansiedad ha sentido y donde menos, preguntándole cómo ha afrontado la situación. En este punto los demás participantes pueden opinar al respecto, comentando qué habrían hecho ellos, pero siempre desde el respeto, de no ser así, el terapeuta deberá intervenir]

Antes de comenzar la sesión de hoy, me gustaría que uno por uno, por orden, me contesteis cómo os encontráis, pero las reglas son que, tenéis que usar adjetivos y, no poder decir frases genéricas como “bien”, “mal”, “normal”, “como siempre” o similares.

[15' - Tiempo para que todos participen en la dinámica]

En esta sesión nos centraremos en vuestros sentimientos, puesto que sois los que están ejecutando el tratamiento, por lo que es muy importante escuchar y validar lo que estáis sintiendo, dado que la angustia, la ansiedad y la incertidumbre os pueden hacer pensar que no sois buenos padres. Por ello, es de suma importancia normalizar lo que estáis sintiendo, y a través de las vivencias de los demás os daréis cuenta de que no estáis solos en esta batalla, y que los otros participantes también se sienten así.

Por ello, para la sesión de hoy emplearemos una técnica muy conocida en psicología llamada grupo focal, donde se aborda una temática específica con unos objetivos claros, estableciendo un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de este grupo que hemos formado. No obstante, antes de explicar la dinámica, daré unas cuantas pautas de comunicación asertiva, la cual la a ser necesaria para llevar a cabo el grupo focal adecuadamente (aunque son pautas útiles para aplicar en el día a día para ser una persona más asertiva). Las pautas para comunicación asertiva son las siguientes:

1. Debes expresa tus sentimientos y necesidades de forma clara y concisa:

- Para ello emplea frases en primera persona como "Yo siento", "Yo necesito" o "Yo prefiero", ya que te permitirá expresar tus emociones y necesidades sin culpar o atacar a los demás. Es importante evitar dar mensajes ambiguos, lo mejor es ser directo pero siempre respetuoso al transmitir tus pensamientos y opiniones.

2. Debes intentar mantener la calma y el control:

- Intenta mantener la calma y hablar en un tono de voz moderado, incluso en esas situaciones de estrés donde es fácil elevar demás el tono de voz.

3. Escucha activamente:

- Debes prestar atención plena a lo que los demás te están diciendo sin interrumpir, asegurándote de entender su mensaje antes de responder. En este punto, cuando terminen de hablar, puedes hacer un resumen de lo que has entendido y preguntar al final " (...) ¿lo he entendido bien?"

4. Establece límites y di “no” cuando sea necesario:

- Aprende a decir "no" respetuosamente cuando algo no se ajusta a tus necesidades o límites, porque ser asertivo significa respetar tus propios límites y no permitir que otros los agredan.

5- Procura emplear un lenguaje corporal positivo:

- Asegúrate de que tu lenguaje corporal, como el contacto visual, la postura y los gestos, refleje un enfoque abierto y respetuoso hacia la conversación. Por ejemplo, evita estar de brazos cruzados, con una mirada cabizbaja, evita expresiones faciales como muecas, etc.

6. Debes validar los sentimientos de los otros:

- Es importante reconocer y validar los sentimientos y perspectivas de los demás, incluso si no estás de acuerdo con ellos; e intenta ver las situaciones desde la perspectiva de la otra persona, puesto que te ayudará a responder de manera más efectiva y sensible.

Volviendo a la dinámica de hoy, nos dispondremos sentados en forma circular, yo seré el moderador, quien estará en uno de los lados del círculo. Os plantearé 3 preguntas abiertas, y, aunque no hay turno de palabra, me gustaría que todos expresarais vuestros sentimientos y vuestras opiniones. No hay nada válido ni inválido, se trata de abrirnos y ver que compartimos muchas opiniones, y aunque no lo parezca, no estamos solos en esta situación. Recordad que esto es un espacio seguro donde os podéis abrir, por lo que pido respeto por la opinión y los sentimientos del resto de participantes.

[40' - Todos deben participar en el grupo focal. Las preguntas serán: “¿cuáles son los cambios en la dinámica familiar que más os ha costado afrontar desde la aparición de la anorexia?”, “¿cuáles son vuestras preocupaciones y miedos respecto a lo que la anorexia pueda causar en vuestros hijos?” y “¿qué emociones experimentáis cuando creéis que vuestros hijos están volviendo a comer bien y de pronto vuelve a dificultarse?”. Tras sentarse, el terapeuta/moderador preguntará la primera cuestión. Es importante no cortar a los participantes, pero no debe haber un “líder”, si no que todos deben participar, fomentando la colaboración de aquellos más reticentes a hacerlo y moderando que haya respeto entre ellos]

Para acabar con la dinámica del grupo focal, y viendo que la ansiedad y el estrés son las sensaciones que más compartís, vamos a realizar una técnica de relajación denominada respiración profunda, que es efectiva para reducir el estrés y la ansiedad, promoviendo la relajación, aunque si es la primera vez que la lleváis a cabo es normal que cueste, por lo que enseñaré otra más que a priori es más sencilla, la respiración contando. La idea es que la pongáis a prueba en vuestra vida cotidiana, ante situaciones que os generen mucho estrés y/o ansiedad.

Para la respiración profunda debemos:

1. Piensa en un lugar tranquilo: Siéntate o acuéstate en una posición cómoda, relaja tus hombros y cierra los ojos. Sé consciente de tu respiración pero sin forzarla, sintiendo como el aire entra y sale. Piensa en un lugar tranquilo, que te sea agradable, proyéctate ahí, mientras eres consciente de tu respiración.
2. Coloca una mano sobre tu abdomen, justo debajo del ombligo, y la otra sobre tu pecho. Inhala lentamente por la nariz, sintiendo cómo solo tu abdomen se expande y mientras solo la mano del abdomen se eleva (la otra se mantiene intacta). Exhala lentamente por la boca.

3. Inhala lentamente por la nariz, sintiendo cómo tu abdomen y la parte media del torso se expanden (solo la mano del abdomen se eleva mientras la otra se mantiene intacta). Exhala lentamente por la boca.

4. Inhala lentamente por la nariz, sintiendo cómo tu abdomen, la parte media del torso y los pulmones se expanden (ambas manos se elevan). Exhala lentamente por la boca.

5. Recalcar la importancia de respirar en 3 tiempos, abdomen, medio torso y pulmones. Repetir el proceso de inhalación y exhalación profunda de 5 a 10 veces, concentrándote en tu respiración y relajándote más con cada exhalación.

Para la respiración contando 3-3-3 debemos:

1. Piensa en un lugar tranquilo: Siéntate o acuéstate en una posición cómoda, relaja tus hombros y cierra los ojos. Sé consciente de tu respiración pero sin forzarla, sintiendo como el aire entra y sale. Piensa en un lugar tranquilo, que te sea agradable, proyéctate ahí, mientras eres consciente de tu respiración.

2. Inhala por la nariz contando internamente hasta 3.

3. Mantén la respiración hasta contar internamente hasta 3.

4. Exhala lentamente por la boca contando internamente hasta 3.

5. Repetir el proceso de inhalación y exhalación contando de 5 a 10 veces, concentrándote en tu respiración y relajándote más con cada exhalación.

Si se nos dificulta llegar hasta 3, una variante es la respiración contando 2-2-2, donde se sustituye el 3 por 2, inhalando contando hasta 2, manteniendo contando hasta 2 y exhalando contando hasta 2. Si hasta 3 se queda corto, otra variante es la respiración contando 3-4-3, donde se inhala contando hasta 4, manteniendo contando hasta 3 y exhalando contando hasta 4.

[20' - Todos deben practicar las dos respiraciones]

Antes de finalizar la sesión, como tarea para casa, os mandaré que sigáis rellenando el autorregistro (Anexo 8) que reparten un inicio, y que lo traigáis como siempre en la siguiente sesión. La idea sigue siendo que vayáis viendo como progresivamente conseguís que vuestros hijos coman más cantidad de comida, en menos tiempo y causando menos ansiedad cada vez. Además, me gustaría que para la siguiente sesión vinierais acompañados de vuestros hijos e hijas. Por último, tomaré nota de la asistencia para asegurarnos de que todos estáis recibiendo el apoyo necesario a lo largo de este programa. ¡Hasta la semana que viene!

Anexo 14 - Sesión 6. Te devuelvo el control

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! ¿Cómo estáis? Antes de comenzar la sesión de hoy, revisaremos el autorregistro con el que habéis seguido esta última semana. Como comenté en la sesión pasada, la idea es monitorear el progreso a lo largo de estas semanas para ver la evolución, tanto de vuestros hijos, como vuestra, ya sea viendo una disminución del tiempo y de la ansiedad en las comidas, como la forma de afrontarlas.

[20' - Revisar los autorregistros de forma grupal, donde uno por uno va comentando las situaciones donde más ansiedad ha sentido y donde menos, preguntándole cómo ha afrontado la situación. En este punto los demás participantes pueden opinar al respecto, comentando qué habrían hecho ellos, pero siempre desde el respeto, de no ser así, el terapeuta deberá intervenir]

Con esta sesión da comienzo la fase 2, donde vamos a empezar a devolver progresivamente el control de la alimentación a la adolescente. Para este punto es de esperar que vuestras hijas coman más variedad de alimentos que al principio del tratamiento, además de notar que se sienten más cómodas comiendo, hecho que podeis ir viendo en el autorregistro, cómo la ansiedad percibida y el tiempo empleado en las comidas ha disminuido, y cómo el porcentaje de comida ingerida ha aumentado progresivamente durante estas semanas.

[Centrándose en los y las adolescentes] Como ya os habrán comentado vuestros padres, han estado asistiendo a unas sesiones grupales para ayudarlos con el control del “bichito” (bichito con la idea de que externalice la culpabilidad) que os está complicando las comidas. Las comidas hasta ahora habrán sido elegidas y cocinadas por vuestros padres, pero, viendo el progreso que habéis tenido estas semanas, hemos decidido daros un poco de voz y voto en las comidas y cenas ¿cómo lo veis?

[Para empezar a devolver el control de la alimentación, el adolescente deberá de haber alcanzado metas significativas en su recuperación, un peso saludable y estable determinado por un médico o profesional pertinente, y aumento del porcentaje de comida ingerida y disminución del tiempo empleado, además de haber disminuido los comportamientos anoréxicos, como el ejercicio excesivo]

Comenzaremos con pequeños pasos, primero permitiendo que podáis tomar decisiones sobre snacks o partes de la comida. Después, junto a vuestros padres iréis a hacer juntos la compra, pudiendo decidir sobre qué alimentos comprar y cuales no. Seguiremos con la posibilidad de planificar una comida completa en el día, y este proceso finalizará cuando logréis hacer la planificación completa de las comidas de un día entero, sin saltar ninguna de las comidas y haciéndolas completas, como las que vuestros padres os han estado haciendo. Vamos a seguir el siguiente cronograma:

Semana 1	
Martes - 30/09/25	El adolescente elige un snack entre las opciones que se le dan (debe haber tanto opciones hipo como hipercalóricas).
Jueves - 02/10/25	El adolescente decide el tipo de carbohidrato del plato, como arroz, quinoa o patatas.

Sábado - 03/05/25	El adolescente elige un snack entre las opciones que se le dan (debe haber tanto opciones hipo como hipercalóricas).
Semana 2	
Miércoles - 08/10/25	Los padres y el adolescente realizan la planificación de una lista de compras conjunta.
Viernes - 10/10/25	Los padres y el adolescente van al supermercado juntos, permitiendo al adolescente seleccionar productos.
Semana 3	
Martes - 14/10/25	Los padres y el adolescente realizan la planificación de la lista de alimentos para las comidas de todo un día.
Sábado - 18/10/25	Preparación conjunta de una de las comidas elegidas, con el adolescente participando activamente en la cocina.
Semana 4	
Miércoles - 22/10/25	Planificación y ejecución (conjunta) de las comidas de todo un día.
A medida que vayan avanzando las semanas, podréis planificar más días completos, cada vez con más libertad.	
Semana 5	
Planificación de 2 días completos (separados entre sí).	
Semana 6	
Planificación de 3 días completos (separados entre sí).	
Semana 7	
Planificación de 4 días completos (separados entre sí).	
<p>Pero, haremos una dinámica ahora para ver qué alimentos incluiríais en un plato de comida, para ello repartiré una hojas (Anexo 7) con un plato impreso, donde deberéis dibujar, apuntar y/o marcar la comida y cantidad de la misma que le pondríais. Al final comentaremos entre todos que nos parece, y qué añadiríamos y qué cambiaríamos. La idea es que lo hagáis solos, sin la ayuda de vuestros padres, pero ellos verán luego verán que habéis incluido en vuestro plato. Podéis poner vuestro plato favorito, alguno que os apetezca o que hace mucho no coméis y que os guste mucho... ¡dad rienda suelta a vuestra imaginación!</p> <p>[30' - Tiempo para realizar la actividad y de revisarla, dando feedback a los participantes y el terapeuta]</p> <p>Antes de finalizar la sesión, como tarea para casa, os mandaré que sigáis rellenando el autorregistro (Anexo 8) que reparten un inicio, y que lo traigáis como siempre en la siguiente sesión. La idea sigue siendo que vayáis viendo como progresivamente conseguís que vuestros hijos coman más cantidad de comida, en menos tiempo y causando menos ansiedad cada vez, e id anotando en qué comidas han participado. Por último, tomaré nota de la</p>	

asistencia para asegurarnos de que todos estéis recibiendo el apoyo necesario a lo largo de este programa. ¡Hasta la semana que viene!

Anexo 15 - Sesión 7. ¡Qué aprovechen los resultados!

[Proyectar presentación PowerPoint y esperar que todos los participantes se sienten]

¡Buenas tardes! ¿Cómo estáis? Antes de comenzar la sesión de hoy, revisaremos el autorregistro con el que habéis seguido esta última semana. Como comenté en la sesión pasada, la idea es monitorear el progreso a lo largo de estas semanas para ver la evolución, tanto de vuestros hijos, como vuestra, ya sea viendo una disminución del tiempo y de la ansiedad en las comidas, como la forma de afrontarlas.

[20' - Revisar los autorregistros de forma grupal, donde uno por uno va comentando las situaciones donde más ansiedad ha sentido y donde menos, preguntándole cómo ha afrontado la situación. En este punto los demás participantes pueden opinar al respecto, comentando qué habrían hecho ellos, pero siempre desde el respeto, de no ser así, el terapeuta deberá intervenir]

En esta última sesión revisaremos los progresos que habéis tenido, además de volver a pasar los cuestionarios que en un principio se administraron. Comenzando con el progreso, quiero que saquéis las hojas de los autorregistros, y marquéis lo siguiente:

En rojo: las casillas donde el nivel de ansiedad percibido está entre 7 y 10, y donde el porcentaje de comida ingerida esté entre 0% y 30%.

En amarillo o naranja: las casillas donde el nivel de ansiedad percibido está entre 3 y 6, y donde el porcentaje de comida ingerida esté entre 31% y 60%.

En verde: las casillas donde el nivel de ansiedad percibido está entre 3 y 6, y donde el porcentaje de comida ingerida esté entre 61% y 100%.

(Si se ha indicado algún número con decimal, por ejemplo nivel de ansiedad = 6,5, se redondeará, en este caso, se marcaría la casilla como roja).

La idea es que, a través de todos los autorregistros a modo de cronograma, veáis la evolución de muchas casillas rojas, a cada vez menos y más amarillas/naranjas, hasta que podáis observar como cada vez abundan más las verdes.

[20' - Tiempor para hacer la dinámica]

Sin embargo, aunque los resultados son alentadores, como en todo tratamiento, hay ciertos riesgos de recaídas, por lo que, vamos a repasar un poco algunas pautas para evitarlo lo máximo posible:

- Desarrollar un plan de acción específico que se active si se detectan signos de recaída, como comportamientos anoréxicos, tales como ejercicio excesivo, conductas purgativas. El plan puede incluir pasos concretos a seguir: 1) contactar a un terapeuta; 2) ajustar el plan de comidas; 3) aumentar el apoyo familiar y social.

- Realizar autoevaluaciones regulares con profesionales especializados en anorexia nerviosa para monitorear cualquier cambio en los hábitos alimentarios, el estado de ánimo y los comportamientos anoréxicos y generales.

- Identificar y gestionar los estresores que pueden desencadenar comportamientos alimentarios no saludables, como por ejemplo ver cuentas de instagram con cuerpos canónicos no conseguibles ni sostenibles en el tiempo.

- Mantener una red de apoyo saludable y activa, donde se incluyan amigos, familiares, y otros allegados que puedan ofrecer apoyo emocional.

- Aprender a reconocer y evitar situaciones o actividades que anteriormente han desencadenado comportamientos relacionados con la anorexia.

Para finalizar con el programa, os pediré que completeis la pruebas psicométricas que ya rellenasteis en un principio, para ayudarnos a entender mejor sus situaciones individuales, y para comprobar el funcionamiento del programa. Cada una de las pruebas son confidenciales, por lo que sus datos solo serán compartidos entre los profesionales involucrados en este programa. Comenzaremos con el GHQ-12, seguido por el FQ y finalizaremos con el CASK. Cuando terminéis, solo tenéis que levantar la mano y recogeré y entregaré el siguiente cuestionario, dispondréis de tiempo de sobra, por lo que leed con tranquilidad las preguntas de cada cuestionario y contestadlo según las indicaciones de la misma hoja. Una vez que todos hayáis terminado de completar los cuestionarios, nos reuniremos para la despedida. Al acabar necesito que contestéis un cuestionario más sobre la satisfacción que hayáis tenido con el programa.

[40' - Tiempo para que todos completen los 4 cuestionarios]

Dentro de 6 meses, el 13 de abril de 2026 requeriré que volváis a completar los cuestionarios, para ver si la efectividad del programa es la adecuada. Y hasta aquí llega el programa, y quiero agradecer a todos los participantes por su valentía y colaboración a lo largo de estas semanas. Cada uno de vosotros ha aportado algo único y valioso a este grupo, compartiendo experiencias, desafíos y triunfos, y eso ha fortalecido el proceso de recuperación de vuestros hijos e hijas. Continúad apoyándoos mutuamente y utilizando las herramientas y estrategias que hemos aprendido juntos. Y ahora, antes de despedirnos, voy a tomar nota de la asistencia para asegurarnos de que todos han recibido el apoyo necesario a lo largo de este programa. Gracias nuevamente por vuestra dedicación y esfuerzo, estoy muy orgulloso de todos vosotros. ¡Estamos en contacto!

Anexo 16 - Seguimiento

¡Buenas tardes! ¿Cómo habéis estado estos meses? Como es informé en su momento, vamos a volver a pasar las pruebas psicométricas que ya contestasteis en su momento. Comenzaremos con el GHQ-12, seguido por el FQ y finalizaremos con el CASK. Cuando terminéis, solo tenéis que levantar la mano y recogeré y entregaré el siguiente cuestionario, dispondréis de tiempo de sobra, por lo que leed con tranquilidad las preguntas de cada cuestionario y contestadlo según las indicaciones de la misma hoja. ¡Muchas gracias!

[40' - Tiempo para que todos completen los 3 cuestionarios]

