



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

**ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REGULACIÓN
EMOCIONAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA.**

Autora: Aitana Gómez Tresáncoras

Tutoras: María José Quiles Sebastián

y Yolanda Quiles Marcos

Convocatoria junio 2019

Resumen

Las pacientes que sufren un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) presentan síntomas conductuales, así como emocionales que dificultan la identificación, expresión y gestión de sus emociones, lo que puede suponer que desarrollen conductas desadaptativas como forma de expresión del malestar (Calvo et al. 2013). Asimismo, los TCA pueden mostrar síntomas comórbidos con trastornos del estado de ánimo, alexitimia y/o trastornos de la personalidad. Programas como STEPPS, MIRE, PU o DBT favorecieron a la elaboración de Programa de Regulación Emocional para pacientes de TCA (PRETCA). El objetivo de este trabajo fue el diseño y evaluación de un programa para mejorar las estrategias de regulación emocional en pacientes que sufren un TCA. La muestra estuvo compuesta de diez mujeres con TCA que recibían tratamiento en régimen de Centro de Día. La edad media fue de 16.4 años (DT=2.17). La intervención se desarrolló a lo largo de doce sesiones en las que se abordaron: psicoeducación, evitación emocional, comunicación emocional, tolerancia al malestar, regulación emocional y prevención de recaídas. Los resultados de la intervención mostraron mejoras en las escalas de desatención emocional ($r=.61$), autonomía ($r=.65$) y conductas asociadas al TCA ($r=.66$) que mostraron resultados estadísticamente significativos ($p<.05$) y tamaños del efecto grande tras la aplicación del programa. En evitación emocional, desregulación emocional, bienestar psicológico, alexitimia y estrategias de afrontamiento se encontraron también mejora, aunque los resultados no fueron significativos, mostrando un tamaño del efecto medio-grande ($r=.30 - .63$).

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, regulación emocional, alexitimia, ansiedad y depresión.

Abstract

Patients suffering from an Eating Disorder (TCA) present behavioral symptoms, as well as emotional symptoms that make it difficult to identify, express and manage their emotions, which may lead them to develop maladaptive behaviors as a form of expression of discomfort (Bald, 2013). Likewise, eating disorders may show comorbid symptoms with mood disorders, alexithymia, and personality disorder. STEPPS, MIRE, PU or DBT programs favored the preparation of the Emotional Regulation Program for TCA patients (PRETCA). The objective of this work was the design and evaluation of a program to improve emotional regulation strategies in patients suffering from an eating disorder. The sample consisted of ten women with ACT who received treatment in a Day Center regimen. The average age was 16.4 years ($SD = 2.17$). The intervention was developed over twelve sessions in which they addressed: psychoeducation, emotional avoidance, emotional communication, tolerance to discomfort, emotional regulation and prevention of relapse. The results of the intervention showed improvements in the scales of emotional neglect ($r = .61$), autonomy ($r = .65$) and behaviors associated with the TCA ($r = .66$) that showed statistically significant results ($p < .05$) and Large effect size after the application of the program. In emotional avoidance, emotional dysregulation, psychological well-being, alexithymia and coping strategies were also found improvement, although the results were not significant, showing a medium-large effect size ($r = .30 - .63$).

Key words: eating disorders, emotional regulation, alexithymia, anxiety and depression

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria, en adelante TCA, se caracterizan por graves anormalidades de la alteración perceptiva de la figura corporal y conductas de control sobre el peso (Raich, 2011). Entre los TCA más comunes encontramos la anorexia, la bulimia nerviosa y los trastornos no especificados. También existen otros menos prevalentes como la pica, la rumiación, los trastornos por evitación y el trastorno por atracón. En España la prevalencia de mujeres con TCA es aproximadamente de un 4-6% y en hombres del 1% (APA, 2014). Dado que la prevalencia es mayor en mujeres, el texto irá referido a pacientes en femenino.

Los síntomas más comunes que presentan estas pacientes son conductas alimentarias alteradas por la restricción de la ingesta o episodios de sobreingesta, que suelen ir acompañados por conductas compensatorias como vomitar, usar laxantes o diuréticos, ayunar o hacer ejercicio excesivo (Celis y Roca, 2001). También se caracterizan por síntomas emocionales tales como insatisfacción corporal, una valoración corporal negativa y así como preocupación persistente por la comida, el peso o la forma del cuerpo que llevan a un deterioro significativo en el bienestar psicosocial y físico (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007).

Las pacientes con TCA también muestran alteraciones en sus pensamientos, emociones y conductas como: sentimientos depresivos (tristeza, insomnio, llanto, etc.), cambios bruscos de humor, pensamientos obsesivos y dicotómicos, insatisfacción corporal, sentimientos de culpa, baja autoestima y creencias irracionales (Raich, Mora y Sánchez-Carracedo, 2002).

En la misma línea la alexitimia, definida como la dificultad para identificar y expresar emociones y la capacidad limitada de imaginación y proyección del pensamiento hacia el exterior, es otro síntoma relevante en las pacientes de TCA (Taylor et al., 1992). La preocupación por entender la relación entre los niveles de alexitimia y TCA han llevado al desarrollo de distintos estudios que indican que el déficit de conciencia emocional es una

de las principales características de los TCA (Gilboa-Schechman et al., 2006). Bydlowski et al. (2005) informaron que pacientes con anorexia y bulimia, frente población normal, mostraban más dificultades para identificar y describir sus propias emociones, así como dificultades para comprender las emociones de otros.

Otro síntoma característico es la desregulación emocional que se ha señalado como un factor precipitante y de mantenimiento de los síntomas de los TCA, usando la alimentación como medio para manejar y controlar el malestar y alivio que puede producirles un estímulo aversivo (Harrison, Sullivan, Tchanturia y Tresaure, 2010; Davies, Swan, Schimidt y Tchanturia). Las conductas purgativas y/o restrictivas presentes en este trastorno, se consideran un mecanismo desadaptativo para regular las emociones (Kyriacou, Easter y Tchanturia, 2009; Karukivi et al., 2010). En este sentido, Espeset et al. (2011), definieron la restricción como “forma de reducir las emociones negativas a través de un mecanismo de control que sirve como refuerzo negativo”. Del mismo modo, se consideró el atracón como forma de distracción o alivio de las emociones desagradables. (Rodríguez, Mata, Moreno y Fernández-Vila, 2007).

La comorbilidad entre los TCA y la alteración de los estados de ánimo ha dado lugar a diversos estudios. Hinrichsen et al. (2003 en Gilboa-Schechtman y otros, 2006) mostraron evidencias de la presencia de ansiedad social en pacientes con bulimia y anorexia restrictiva. Penas-Lledo et al. (2002) también encontraron relación entre ansiedad y anorexia, así como la presencia de un estado de ánimo depresivo en pacientes con anorexia y bulimia que practicaban ejercicio excesivo como estrategia para regular su estado de ánimo.

Entre los síntomas conductuales, las pacientes de TCA pueden mostrar conductas impulsivas, que surgen ante la dificultad para reflexionar y la necesidad de dar una respuesta rápida a un conflicto interno o externo (Alonso, 2017). Este rasgo es más frecuente en pacientes con bulimia que con anorexia (Pascual-Jimeno, Apodaca-Urquijo,

Etxebarria-Bilbao y Cruz-Sáez 2012). En la misma línea, otros estudios hallaron una correlación positiva entre el rasgo de impulsividad y síntomas purgativos en pacientes de TCA (Moreno Domínguez, Ortega-Roldán y Rodríguez-Ruiz, 2009). También se estudió cómo la personalidad impulsiva influía en la ingesta de alimentos mostrando que aquellas personas con altas puntuaciones en impulsividad ingerían más alimentos y mostraban más pensamientos y conductas relacionadas con el TCA (Guerrieri, Nederkoorn y Jansen, 2007)

Las pacientes de TCA también muestran dificultades para afrontar situaciones que valoran como estresantes, experimentándolas de un modo más intenso y amenazante que aquellas personas que no padecen TCA (Bittinger y Smith, 2003; Crowther, Sanftner, Bonifazi y Shepherd, 2001). Los recursos de afrontamiento en personas con TCA son escasos y/o desadaptativos, dificultando la resolución de conflictos (Ball y Lee, 2002; García-Grau, Fusté, Saldaña y Bados, 2002; Ghaderi, 2003). De este modo, hallaron que las pacientes aplicaban antes estrategias de afrontamientos centradas en evitar y escapar del problema (Gadheri y Scott, 2001)

Respecto al tratamiento de la regulación emocional se han usado programas en pacientes con TCA que han sido elaborados para trastornos comórbidos. Así, por ejemplo, se encuentran herramientas para trabajar las dificultades de regulación emocional en trastornos de estado de ánimo o trastorno de personalidad límite que podrían ser útiles para trabajar con pacientes que sufren TCA (García-Palacios, 2004 en Caballo, 2009). Entre ellas, encontramos la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) de Linehan (2003) que favorece la reducción de la sintomatología impulsiva, ansiosa y depresiva, así como el aprendizaje de manejo de habilidades relacionadas con la regulación emocional en pacientes con anorexia y trastorno de personalidad límite (TLP) (Heliodoro, García, Navarro y Botella, 2012). Resultados similares se encontraron en los estudios con bulimia nerviosa y trastorno por atracón tras la aplicación de la DBT (García Palacios et al., 2010).

El programa de Entrenamiento de Regulación Emocional y Solución de Problemas (STEPPS) se ha aplicado para entrenar habilidades emocionales y conductuales en pacientes con TLP, que al igual que los TCA, se caracterizan por una desregulación emocional que les lleva a conductas impulsivas, dificultades en la regulación emocional y conductual (Blum, Bartels, St. John y Pfohl, 2002).

También existen programas centrados en los trastornos de estado de ánimo, presentes en las pacientes de TCA, como el Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE) y el Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los trastornos del estado de ánimo (PU). El MIRE se centra en los procesos de regulación problemáticos y proporciona estrategias de resolución ante comportamientos improductivos de personas con trastornos afectivos y emocionales (Ortega y André, 20016). El PU de Barlow (2015) integra el tratamiento de interpretaciones negativas, conductas desadaptativas, previene la evitación emocional, utiliza exposición emocional y aborda el déficit en la regulación emocional; este programa fue diseñado para trastornos emocionales y aquellos que presentan comorbilidad con los trastornos de ansiedad y depresión (Ellard et al. 2010).

El objetivo de este trabajo fue el diseño y aplicación de un programa para la mejora de la regulación emocional dirigido a pacientes que sufren un TCA. La hipótesis que se estableció fue que la aplicación del programa diseñado para pacientes con TCA mejoraría sus estrategias de regulación emocional.

Método

Participantes

Se reclutaron 10 pacientes diagnosticadas de TCA, mujeres de edades comprendidas entre 13 y 20 años ($M=16.4$, $DT=2,17$). Un 40% de las participantes ($n=4$) estaban cursando estudios de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), el 30% ($n=3$) cursaban estudios de Bachillerato y el 10% ($n=1$) cursaba en el Conservatorio Superior de Danza y un 20%

(n=2) no estudiaban. Entre las participantes, el 50% estaban diagnosticadas de anorexia (n=5) y el otro 50% estaban diagnosticadas de bulimia. El diagnóstico de las pacientes fue facilitado por el equipo de profesionales que las atienden en el centro especializado para el tratamiento de TCA al que acuden. Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron:

- a) no tener un diagnóstico de comorbilidad grave y
- b) estar recibiendo tratamiento en régimen de centro de día o ambulatorio.

Variables e instrumentos

Cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT-26, Garner, Olmsted, Borhr y Garinkel, 1982, adaptación española de Jorquera et al., 2006). Con este instrumento se evaluaron las actitudes y comportamientos asociados al TCA. Este cuestionario está compuesto por 26 ítems, de 6 alternativas de respuesta desde A (nunca) hasta F (siempre). La puntuación total se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem, por lo que una mayor puntuación indica más riesgo de padecer un TCA. Las propiedades psicométricas de la adaptación española son satisfactorias, alcanzando un alfa de Cronbach de .84 (Jorquera et al., 2006)

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II, Hayes et al. 2000, adaptación española de Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Este autoinforme evalúa la evitación experiencial. Consta de 7 ítems de escala tipo Likert que va desde 1 (nunca) hasta 7 (siempre es verdad). La puntuación total viene dada por la suma total de las puntuaciones seleccionadas por el sujeto de cada ítem; las puntuaciones altas indican mayor evitación experiencial, mientras que las bajas puntuaciones indicarían más flexibilidad psicológica. La consistencia interna de la adaptación española es de $\alpha=.74$ (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

Escala de dificultad para la Regulación Emocional (DERS, Gratz y Roemer, 2004; adaptación española por Hervás y Jodar, 2008). Este cuestionario evalúa las dificultades de regulación emocional. La adaptación española consta de cinco factores (desadaptación emocional, rechazo emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional y confusión emocional) agrupados en 28 ítems, con cinco alternativas de respuesta de 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). La consistencia interna de los factores oscila entre $\alpha=.73$ a $\alpha=.91$ y la consistencia interna de la escala global es $\alpha=.93$ (Hervás y Jodar, 2008)

Escala de impulsividad del Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDI-2, Gardner y David, 1983, adaptación española de Corral, González, Sereña y Seisdedos, 1998). Esta escala nos permite detectar conductas impulsivas relacionadas con el consumo de sustancias nocivas, hostilidad, agitación o tendencia a la autodestrucción propia de las relaciones interpersonales. La escala de impulsividad consta de 11 ítems con respuesta tipo Likert de 0 (nunca) a 5 (siempre), a mayor puntuación más presencia de conductas impulsivas. La revisión española de esta escala obtuvo una consistencia interna de $\alpha= .77$ (Corral, González, Sereña y Seisdedos, 1998)

Escala global de la severidad e interferencia de la Depresión (ODSIS) y Escala de Severidad y disfuncionalidad de la ansiedad (OASIS) son escalas autoaplicables de diagnósticos no específicos de depresión y ansiedad respectivamente (Norman et al., 2006). Ambas escalas son administradas en el PU de Barlow et al. (2015). Cada escala consta de 5 ítems con respuesta tipo Likert de 0 a 4. Las propiedades psicométricas en el análisis factorial del OASIS de Campbell-Sills et al. (2009) mostraron correlaciones sólidas con otras medidas globales y específicas del trastorno de ansiedad.

Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (Ryff, 1989, adaptación española de Díaz et al., 2006). El instrumento consta de 29 ítems que evalúan seis dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación (evaluación positiva de uno mismo y las experiencias de la vida), crecimiento personal (sensación de crecimiento y desarrollo de uno mismo),

propósito en la vida (creencia de que la vida tiene un objetivo), relaciones positivas con otros (desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales de calidad), dominio ambiental (capacidad para dirigir tu vida con la intención de cubrir tus deseos y necesidades) y autonomía (autodeterminación personal) (Ryff, 1989). Las respuestas de esta escala son de tipo Likert y van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 6 (totalmente de acuerdo). La versión española presenta unas propiedades psicométricas adecuadas con un alfa de Cronbach que oscila entre .70 a .83 para cada una de las 6 dimensiones (Díaz et al., 2006)

Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS, Zigmod y Snaith, 1983; adaptación española de Terol, López-Roig, Rodríguez-Marin, Martín-Aragón, Pastor y Reig, 2007)
Este instrumento evalúa respuestas emocionales de ansiedad y depresión en enfermos físicos, mentales y en población general. Esta escala se compone de 14 ítems con respuestas politómicas de cuatro alternativas que se puntúan de 0 a 3. Del conjunto de ítems 7 evalúan la dimensión de ansiedad y el resto la de depresión, siendo el umbral de corte una puntuación de 10 o mayor. La consistencia interna de la prueba en población española es adecuada, para ansiedad ($\alpha=.77$) y para depresión. ($\alpha=.71$) (Terol et al., 2007)

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20, Bagby, Taylor y Parker, 1994, adaptación española por Martínez, 1996). Este instrumento evalúa la presencia de alexitimia o dificultad para expresar las emociones. Se compone de 20 ítems, con seis alternativas de respuestas que van de 0 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo) y se agrupan en tres dimensiones: dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos y pensamiento orientado a lo externo. Este instrumento presenta una adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach de .78 para la puntuación global, .79 para la dimensión dificultad para identificar sentimientos, .73 para la dimensión dificultad para describir sentimientos y .61 para la dimensión pensamiento orientado a lo externo (Martínez, 1996)

Cuestionario de regulación emocional (ERQ, Gross and Jhon, 2003; adaptación española de Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal y Gross, 2013). El ERQ evalúa el desarrollo adecuado de estrategias de regulación emocional aplicadas por el sujeto. Este cuestionario se compone de 10 ítems con respuesta escala tipo Likert que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo), y nos permite valorar dos dimensiones la reevaluación cognitiva y la supresión emocional. Las propiedades psicométricas en la adaptación española de este instrumento son de alfa de Cronbach de .79 para la reevaluación cognitiva y .75 para la supresión emocional (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal y Gross, 2013)

Escala de estrategias de afrontamiento (ACS, Frydenberg y Lewis, 1997, adaptación española de Pereña y Seisdedos, 2000). Esta escala evalúa las estrategias de afrontamiento aplicadas por los sujetos. Consta de 80 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 1 (no me ocurre) a 5 (me ocurre con mucha frecuencia). Esta escala se agrupo en 18 estrategias de afrontamiento con los siguientes índices de consistencia interna: buscar apoyo social (.80), concentrarse en resolver el problema (.72), esforzarse en tener éxito (.68), preocuparse (.73), invertir en amigos íntimos (.74), buscar pertenencia (.67), hacerse ilusiones (.67), falta de afrontamiento (.58), reducción de la tensión (.69), acción social (.70), ignorar el problema (.68), autoculparse (.76), reservarlo para sí (.70), buscar apoyo espiritual (.85), fijarse en lo positivo (.68), buscar ayuda profesional (.84), buscar diversiones relajantes (.54) y distracción física (.74). Aunque éstas estrategias pueden agruparse en 4 factores: acción positiva y esforzada, huida intropunitiva, acción positiva y hedonista e introversión. El coeficiente de alfa de Cronbach de la escala global es de .75 para población española (Pereña y Seisdedos, 2000)

Procedimiento

El diseño del Programa de Regulación Emocional para pacientes de TCA (PRETCA), se basó en las actividades presentadas por los programas anteriormente mencionados (STEPPS, DBT, PU y MIRE). Para ello, se seleccionaron un conjunto de ejercicios y se adaptaron a las características emocionales que presentan estas pacientes.

En primer lugar, se informó a las pacientes del contenido del programa y se solicitó un consentimiento informado a los padres. Una vez obtenido el consentimiento, se inició la evaluación. El programa contó con dos momentos de evaluación, una evaluación pre-test en el que se recogieron los datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel educativo y diagnóstico) y se aplicaron las pruebas anteriormente citadas en el apartado de instrumentos; y una evaluación post-test, en la última sesión, donde se administraron de nuevo los mismos instrumentos. Asimismo, a lo largo del programa se registraron de los niveles de ansiedad, depresión y estrategias de regulación emocional en las sesiones 2, 4, 6, 8 y 10 con los cuestionarios OASIS, ODSIS y ERQ.

El programa se componía de 12 sesiones de intervención divididas en 6 bloques (Tabla 1), de una hora de duración, con una frecuencia semanal y se aplicó en el Centro de Día. El formato que se empleó fue grupal, aunque para facilitar la interacción y dinámica del grupo se hicieron dos subgrupos divididos entre pacientes con ingreso reciente (un mes de ingreso) y pacientes de largo ingreso (más de tres meses). El programa fue impartido por la misma terapeuta dos días a la semana (jueves y viernes) para cada subgrupo. Es importante destacar que el programa se realizó integrado en el tratamiento psicológico, psiquiátrico y nutricional que recibían las pacientes en el Centro de Día.

El programa se inició con el módulo de *psicoeducación* que consistió en informar de los síntomas emocionales característicos de los TCA, sus funciones y del uso de estrategias inadecuadas de regulación emocional para que las pacientes pudieran reconocerlos en sí mismas.

En el módulo de *evitación emocional*, se trabajaron creencias irracionales y conductas inadecuadas que las llevaban a evitar situaciones, estímulos o hacer interpretaciones erróneas, tratando de aprender conductas y pensamientos alternativos que les ayudaran a afrontar de manera adecuadas esos eventos.

El módulo de *comunicación* tenía como objetivo facilitar la expresión de sus emociones a través de un apoyo material de manera que pudieran decir o identificar cómo se sentían asociándolo a un color, canción, sensación física, intensidad, sentido o experiencia vivida.

En el módulo de *tolerancia al malestar* se trabajó la técnica de aceptación radical para aplicarla en aquellas situaciones que les producía sensación de malestar.

El módulo de *regulación emocional* se abordaron los pensamientos rumiativos y de preocupación aprendiendo las técnicas de redistribución de responsabilidades y resolución de problemas, respectivamente; también se les enseñó a identificar conductas impulsivas, la técnica de acción opuesta y se mostraron imágenes ansiógenas en video que se repitieron hasta para tratar de reducir el nivel de ansiedad a través de la técnica de exposición.

En el módulo de *prevención de recaídas*, plantearon objetivos y anotaron los pasos para alcanzarlos aplicando las técnicas ya aprendidas

Por lo tanto, los objetivos específicos de la intervención fueron:

- a) Aprender estrategias de regulación emocional eficaces
- b) Favorecer el afrontamiento ante estímulos negativos, sin recurrir a conductas impulsivas y de evitación
- c) Reducir los niveles de alexitimia, ansiedad y depresión

Tabla 1. Objetivo y contenidos de las sesiones

Sesión	Contenido y objetivos
1	<ul style="list-style-type: none">- Informar acerca de la confidencialidad, consentimiento informado y normas del grupo.- Cumplimiento de cuestionario pre-test
Módulo 1. PSICOEDUCACIÓN	
2	<ul style="list-style-type: none">- Contenido de psicoeducación: características emocionales del TCA.- Ejercicio función de las emociones con el objetivo de generar emociones en los compañeros a través del role-playing- Puesta en común y resumen del taller
3	<ul style="list-style-type: none">- Explicación del concepto de regulación emocional, funciones y proceso.- Abordaje de la desregulación emocional y estrategias que intervienen (evitación experiencial, manipulación de la atención y catarsis)- Ejercicio de estrategia de regulación emocional ineficaces con el objetivo de identificarlas y relacionarlas en situaciones vividas.- Cumplimiento de los cuestionarios de seguimiento
Módulo 2. EVITACIÓN EMOCIONAL	
4	<ul style="list-style-type: none">- Completar el cuestionario de Filtros- Presentación y explicación de los filtros y los diferentes tipos que existen.- Entrega de hoja de los filtros y su definición y contrastación con el cuestionario relleno previamente.- Ejercicio de filtros donde se expone una pancarta con los tipos de filtro y rellenar con una situación, pensamiento asociado y conducta y pensamiento alternativo
5	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de la evitación emocional y las CIE's: conceptos y tipos- Reparto de material resumen de la presentación- Ejercicio para identificar estrategias de evitación y conductas impulsadas aplicadas.- Puesta en común y resumen del taller- Cumplimiento de los cuestionarios de seguimiento
Módulo 3. COMUNICACIÓN	
6	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de formas de comunicación emocional- Exposición de los motivos por lo que les cuesta comunicarse y expresar sus emociones- Completar un "Diario de emociones" que favorece a expresar e identificar su emoción a través de la música, los colores, sentidos, sensaciones corporales, intensidad y una experiencia relacionada- Puesta en común y resumen del taller
Módulo 4. TOLERANCIA AL MALESTAR	
7	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de la aceptación radical- Identificación de una experiencia vivida valorada que le haya generado sensación de malestar- Ejercicio de mindfulness visualizando esa sensación hasta alcanzar la aceptación de la sensación de malestar- Puesta en común y resumen del taller- Cumplimiento de los cuestionarios de seguimiento
Módulo 5. REGULACIÓN EMOCIONAL	
8	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de la rumiación.- Identificación de pensamientos rumiativos de cada una- Ejercicio por parejas de retribución de responsabilidades: distinguir entre tomar distancia, retribuir y aceptar la realidad.- Puesta en común y resumen del taller

Tabla 1. Objetivo y contenidos de las sesiones

9	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de las preocupaciones.- Ejercicio de técnica de solución de problemas: identificar el problema, consecuencias de ese problema, alternativas para afrontar el problema y selección de las más eficaces.- Puesta en común y resumen del taller- Cumplimiento de los cuestionarios de seguimiento
10	<ul style="list-style-type: none">- Explicación de acción opuesta- Ejercicio individual de acción opuesta: recordar una situación, identificar la emoción asociada, identificar el impulso, reconocer consecuencias y elaborar una acción contraria más eficaz- Puesta en común y resumen del taller- Elaborar jerarquía de estímulos temidos para la siguiente sesión
11	<ul style="list-style-type: none">- Elaborar un video con los estímulos temidos de menos a más ansiedad- Explicación del objetivo del taller y reparto de una hoja de registro de nivel de ansiedad antes, durante y después de la exposición- Presentación de imágenes de estímulos temidos de forma repetida- Puesta en común y resumen del taller- Cumplimiento de los cuestionarios de seguimiento
Módulo 6. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	
12	<ul style="list-style-type: none">- Presentación y explicación del planteamiento de objetivos o corto y largo plazo- Planteamiento individual de los objetivos que se pretenden cumplir para su regulación emocional- Cumplimiento de los cuestionarios post-test

Tipo de diseño

Para este estudio se ha empleado un diseño cuasi-experimental, dado que los grupos que lo constituyen ya estaban formados y no se hizo una asignación aleatoria.

Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Estadistics 25.0. En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos para cada una de las variables obteniendo las medias y desviaciones típicas. Posteriormente, se procedió a la comprobación de los supuestos de normalidad con la prueba de Komogorov-Smirnov e independencia con el test de Rachas. Tras la comprobación del cumplimiento de los supuestos se pasó a realizar un análisis *t* de Student para muestras relacionadas y el cálculo del tamaño del efecto *r*, teniendo en cuenta que $r = .10$ es pequeño, $r = .30$ medio y $r = .50$ alto (Cohen, 1988). Por último, se analizó la potencia de contraste de cada variable debido al tamaño de la muestra.

Por otra parte, se realizaron gráficas de línea que muestran el análisis de las variables ansiedad, depresión y estrategias de regulación emocional (reevaluación cognitiva y supresión emocional) que se obtuvieron a lo largo del programa.

Resultados

En primer lugar, se presentan los datos descriptivos correspondientes la muestra en la evaluación pre-test (tabla 2). En lo que respecta a la variable *conductas asociadas al TCA* la media de la escala fue 24.80 (DT=16.33) con lo que mostró puntuaciones por encima del punto de corte 20, indicativo de la presencia de TCA. Estas puntuaciones superiores a 20 estuvieron presentes en el 70% de las participantes.

En la variable *evitación experiencial* la puntuación media obtenida fue de 31.30 (DT=9.02) por lo que se encuentra por debajo del punto de corte 48, indicando la ausencia de evitación experiencial. La totalidad de las participantes obtuvieron puntuaciones más bajas del punto de corte.

Respecto a las subescalas de *dificultades de regulación emocional* se obtuvo en *descontrol emocional* una media de 27.80 (DT=8.75), que supera el punto de corte 17, alcanzado por el 90% de las participantes, en la *rechazo emocional* la media 20.30 (DT=6.11) fue superada por el 80% de las participantes teniendo en cuenta que el punto de corte es 15, lo que indica que una mayor puntuación supone una mayor presencia de estas dificultades. En *interferencia cotidiana* (M=14.40, DT=4.72) y *desatención emocional* (M=11.50, DT=4.97) el 70% indicó puntuaciones superiores al punto de corte 10, que indican el uso consciente de estrategias desadaptativas; y en *confusión emocional* la totalidad de las participantes puntuaron por encima del punto de corte 8 (M=10.60, DT=1.58).

En la variable *impulsividad* (M=5.20, DT=5.07) el 20% de las participantes obtuvieron puntuaciones próximas al percentil 75, lo que indica un alto riesgo de conductas impulsivas.

Respecto a la variable *bienestar psicológico* el 80% de las participantes obtuvo puntuaciones por debajo de 25 (rango bajo) en las subescalas *autoaceptación*, el 60% en la escala *relaciones positivas*, el 80% en propósito en la vida y el 90% en *dominio del entorno*, lo que indica un bajo uso de estas estrategias. Por otro lado, la totalidad de las participantes indicaron puntuaciones entre 21 y 31 (rango medio) en *crecimiento personal*, y un 40% puntuaciones por debajo de 23 (rango bajo) en *autonomía*, en ambas subescalas se obtuvieron puntuaciones de rango medio, lo que demuestra poca aplicación de estas estrategias. La media obtenida fue de 139.10 (DT=24.05), situando a la puntuación total en el rango de bienestar psicológico moderado (117-140), el 50% obtuvo puntuación moderada y un 10% baja puntuación. Estas puntuaciones indican la baja aplicación de estrategias para mejorar su bienestar psicológico.

Las puntuaciones obtenidas por la escala HADS muestra que la media de *ansiedad* fue 10 (DT=4.19) y la media de *depresión* fue 5.60 (DT=3.84), por lo que no alcanzan el punto de corte 11 indicativo de la presencia de alteración de estado de ánimo. Sin embargo, el 50% de las participantes indicaban niveles de ansiedad medios (8-10), frente al 10% de las participantes que mostraron puntuaciones indicativas de *depresión*, que superaban el punto de corte 11.

Por otro lado, en el momento pre-test también se aplicó de las escalas OASIS y ODSIS, para medir *ansiedad* (M=5.60, DT=4.99) y *depresión* (M=6.70, DT=4.86). Las puntuaciones obtenidas fueron que el 35% de participantes que mostraron ansiedad moderada (> 15), frente a un 10% que puntuaron en depresión de nuevo en puntuación moderada.

En la variable *alexitimia* la puntuación media obtenida fue de 46.60 (DT=15.73) por lo que se encuentra por debajo de los valores indicativos de presencia de ésta. Cabe destacar que el 30% de los sujetos indicaron posibilidad de presentar alexitimia, ya que obtuvieron

puntuaciones dentro del rango 51-60 y un 10% presencia alexitimia señalado por una puntuación superior a 61.

Respecto a las *estrategias de regulación emocional*, el 30% las participantes obtuvieron puntuaciones entre 31-42 que se corresponden a puntuaciones altas en la subescala *reevaluación cognitiva*, la puntuación media fue de 26.20 (DT=7.80) situada en el rango medio (entre 24-30), lo que muestra un uso moderado de esta estrategia. Por otro lado, en la subescala *supresión emocional* el 40% de las participantes indicaba puntuaciones altas (entre 17-28), con una media de 14.60 (DT=6.15) lo que indica que se encuentra en el rango de puntuaciones medias (entre 12-16), también mostrando un uso moderado de esta estrategia.

Por último, en las estrategias de afrontamiento se obtuvo que un 40% señalaron “utiliza muy a menudo” las estrategias *buscar apoyo social* (M=64, DT=13.06), el 50% en *esforzarse y tener éxito* (M=63.60, DT=17.33), 60% *autoinculparse* (M=66, DT=18.97), 40% *reservarlo para sí* (M=57.50, DT=21.51) y *buscar ayuda profesional* (M=71.50, DT=17.96) y un 30% *distracciones relajantes* (M=72.10, DT=17.48), como. Las estrategias indicadas como “uso muy frecuente” (entre 90-100) fueron 20% *buscar ayuda profesional* y 30% *distracciones relajantes*, cuyas medias se encuentran en el rango de estrategias aplicadas “muy a menudo”.

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
EAT-26	24.80	16.33	0	45
AAQ-II	31.30	9.02	14	42
DERS - Total	84.60	18.09		
Descontrol emocional	27.80	8.75	12	42
Rechazo emocional	20.30	6.11	11	28
Interferencia emocional	14.40	4.72	7	20
Desatención emocional	11.50	4.97	5	20
Confusión emocional	10.60	1.58	8	13
EDI (impulsividad)	5.20	5.07	1	18
OASIS	6.70	4.86	1	16
ODSIS	5.60	4.99	0	15
RYFF - Total	139.10	24.05	111	189
Autoaceptación	18.20	7.50	10	33
Relaciones Positivas	24.30	3.23	19	29
Autonomía	26.30	4.27	21	32
Dominio del entorno	20	3.56	12	26
Crecimiento personal	30.70	5.76	23	41
Propósito en la vida	19.60	5.50	12	28
HADS				
Ansiedad	10	4.19	4	16
Depresión	5.60	3.84	0	11
TAS-20 - Total	46.60	15.73	21	69
Dificultad para identificar sentimientos	19.10	8.21	4	30
Dificultad del lenguaje emocional	13.90	5.09	5	23
Pensamiento concreto	13.60	6.47	3	26
ERQ				
Reevaluación cognitiva	26.20	7.80	12	39
Supresión emocional	14.60	6.15	6	23
ACS				
Buscar apoyo social	64	13.06	52	88
Centrarse en el problema	55.60	22.50	32	96
Esforzarse y tener éxito	63.60	17.33	36	84
Preocuparse	66	11.04	56	92
Invertir en amigos íntimos	61.60	19.52	32	100
Buscar pertenencia	64.40	8.93	48	80
Hacerse ilusiones	52.80	15.41	28	80
Falta de afrontamiento	51.60	18.90	20	80
Reducción de la tensión	53.60	16.99	32	88
Acción social	52	11.60	30	70
Ignorar el problema	47.50	17.83	20	75
Autoinculparse	66	18.97	35	90
Reservarlo para sí	57.50	21.51	20	85
Apoyo espiritual	36.50	14.15	20	65
Fijarse en lo positivo	60.50	17.71	40	95
Buscar ayuda profesional	71.50	17.96	45	100
Distracciones relajantes	72.10	17.48	49	98
Distracciones físicas	58.80	25.17	28	98

Tras comprobar los supuestos el cumplimiento de los supuestos de normalidad e independencia para las distintas variables, se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas, con el fin de calcular las diferencias entre las medias en el pre-test y el post-test (Tabla 3).

Respecto a la variable *conductas asociadas al TCA*, los resultados mostraron diferencias significativas ($t=2.68$, $p<.05$) con un tamaño del efecto grande ($r=.66$). En el post-test las puntuaciones indicaron que el 30% de las participantes tenían puntuaciones por encima del punto de corte, frente al 70% del pre-test.

En la variable *dificultades para regulación emocional*, destacan los resultados significativos de la subescala *desatención emocional* donde $t=-2.33$ ($p<.05$) con un tamaño del efecto grande ($r=.61$), con un aumento de las puntuaciones. Sin embargo, el resto de las subescalas no resultaron estadísticamente significativas.

En la misma línea, en la variable *bienestar psicológico* la subescala *autonomía* si resultó estadísticamente significativa ($t=2.59$, $p<.05$) con un tamaño del efecto grande ($r=.65$). En el resto de las subescalas se produjo un incremento en la media, pero está no fue estadísticamente significativa.

En lo que respecta a la escala de *evitación experiencial* se produjo una disminución de las puntuaciones medias, aunque no significativas y tamaño del efecto medio ($r=.32$). Este mismo efecto se puede ver en la variable de *impulsividad, ansiedad y depresión*, donde el tamaño del efecto es pequeño (entre $r=.18$ y $r=.28$).

En la variable *alexitimia*, en la que a pesar de que los resultados no son significativos, se obtuvo un tamaño del efecto medio, excepto en la subescala *dificultad para identificar sentimientos*, en la que es el tamaño es grande ($r=.53$)

La escala de *estrategias de regulación emocional* mostró un aumento en las puntuaciones medias de la subescala reevaluación cognitiva con un tamaño del efecto medio ($r=.38$) y

descenso en las puntuaciones medias en la subescala supresión emocional, también con un tamaño del efecto medio ($r = .45$), Sin embargo, los resultados tampoco fueron significativos.

Respecto a la variable estrategias de afrontamiento se observó que ninguna de las variables resultó significativa. Sin embargo, cabe destacar que aumentaron puntuaciones medias en las estrategias buscar apoyo social, centrarse en resolver el problema, esforzarse en tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, buscar ayuda profesional y distracciones relajantes, así como un descenso de las puntuaciones medias en falta de afrontamiento, autoinculparse y reservarlo para sí.



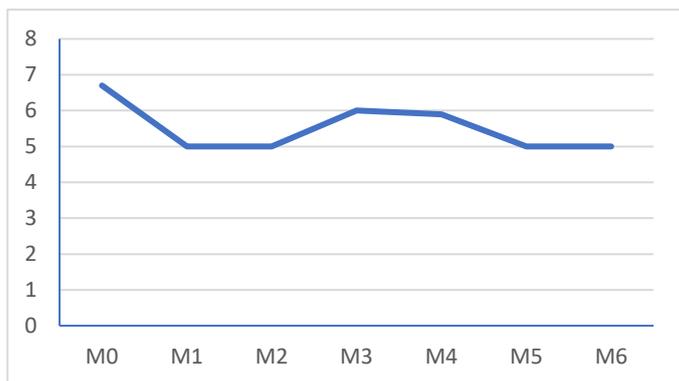
Tabla 3. Prueba t de Student y tamaño del efecto

	M		DT		t	r
	M_1	M_2	DT_1	DT_2	M_1-M_2	M_1-M_2
EAT 26	24.80	13.50	16.33	13.93	2.68*	.66
AAQII	31.30	28.4	9.02	6.79	1	.32
DERS-Total	84.60	80.60	18.09	20.68	.59	.20
Descontrol Emocional	27.80	24.90	8.75	10.35	1	.32
Rechazo emocional	20.30	18.20	6.11	7.81	.82	.26
Interferencia cotidiana	14.40	13.60	4.72	4.43	.49	.16
Desatención emocional	11.50	13.50	4.97	4.60	-2.33*	.61
Confusión emocional	10.60	10.40	1.58	2.72	.25	.08
EDI (impulsividad)	5.20	4.30	5.07	3.80	.55	.18
ODSIS	5.60	4.80	4.99	4.70	.39	.13
OASIS	6.70	5	4.85	5.14	.93	.29
RYFF-Total	139.10	146.70	24.05	22.50	-.81	.26
Autoaceptación	18.20	17.90	7.45	6.14	.12	.04
Relaciones positivas	24.30	25	3.23	4.05	-.46	.15
Autonomía	26.30	29	4.27	3.30	-2.59*	.65
Dominio del Entorno	20	22	3.56	3.89	-1.65	.48
Crecimiento Personal	30.70	32.20	5.76	7.54	-.53	.17
Propósito en la vida	19.60	20.60	5.50	5.28	-.51	.17
HADS						
Ansiedad	10	8.90	4.19	4.58	.87	.28
Depresión	5.60	5	3.84	3.92	.48	.16
TAS 20-Total	46.60	39.90	15.73	17.73	1.11	.35
Dificultad para identificar sentimientos	19.10	13.40	8.21	8.62	1.9	.53
Dificultad del lenguaje emocional	13.90	11.80	5.09	5.45	1.07	.34
Pensamiento concreto	13.60	14.70	6.47	6.78	-.50	.16
ERQ						
Reevaluación cognitiva	26.20	28.30	7.80	7.04	-1.25	.38
Supresión emocional	14.60	11.70	6.15	6.15	1.54	.45
ACS						
Buscar apoyo social	65.20	72	13.21	10.67	-2.23	.60
Centrarse en resolver el problema	58.8	66	21.83	25.69	-1.14	.30
Esforzarse y tener éxito	63.60	69.20	17.33	11.93	-1.30	.39
Preocuparse	66	66.80	11.03	11.32	-.25	.26
Invertir en amigos íntimos	61.60	64.40	19.52	19.73	-.54	.08
Buscar pertenencia	64.40	67.20	8.93	9.39	-1.21	.63
Hacerse ilusiones	52.80	56.40	15.41	11.84	-.92	.29
Falta de afrontamiento	52.80	50.80	18.74	15.09	.34	.11
Reducción de la tensión	53.60	47.60	16.99	14.04	1.18	.37
Acción social	53.50	42.50	12.26	14.77	1.94	.54
Ignorar el problema	47.50	47	17.83	17.51	.08	.03
Autoinculparse	66	60	18.97	23.45	.96	.30
Reservarlo para sí	59	48	20.25	20.71	1.59	.47
Apoyo espiritual	35.50	35.50	14.15	10.12	.51	.17
Fijarse en lo positivo	60.50	58.50	17.71	14.92	.26	.09
Buscar ayuda profesional	73	75.50	18.44	16.24	-.37	.12
Distracciones relajantes	72.10	75.6	17.48	16.76	-.78	.25
Distracciones físicas	58.80	56.7	25.17	19.37	.49	.16

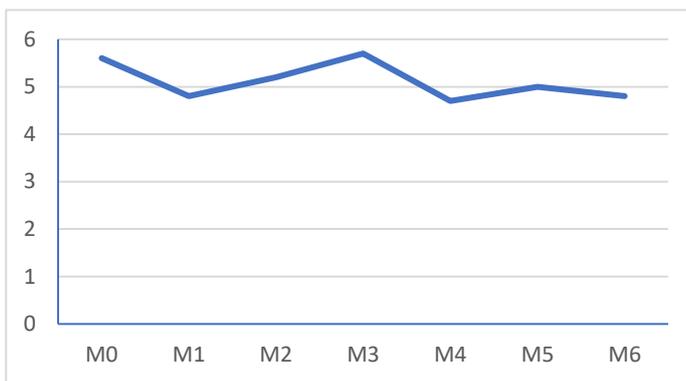
Nota: M_1 : media pre-test, M_2 : media post-test * Estadísticamente significativo a nivel $p < .05$

Respecto a los datos acerca de la evolución a lo largo del programa en ansiedad, depresión, reevaluación cognitiva y supresión emocional se pueden ver en los gráficos del 1 al 4. Como se puede apreciar, las medias apenas varían en las cuatro variables, sin mostrar cambios destacables.

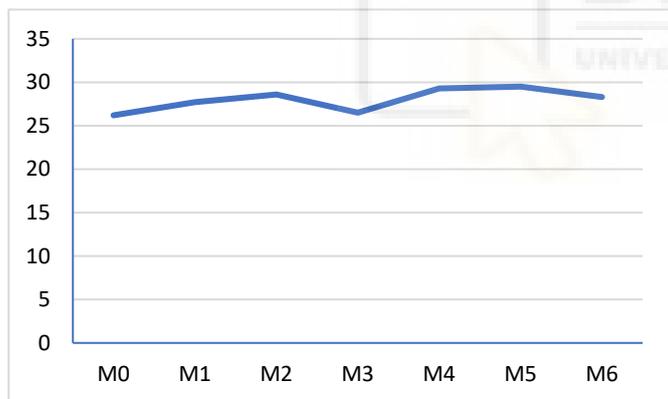
Gráfica 1. Puntuaciones en ansiedad (OASIS)



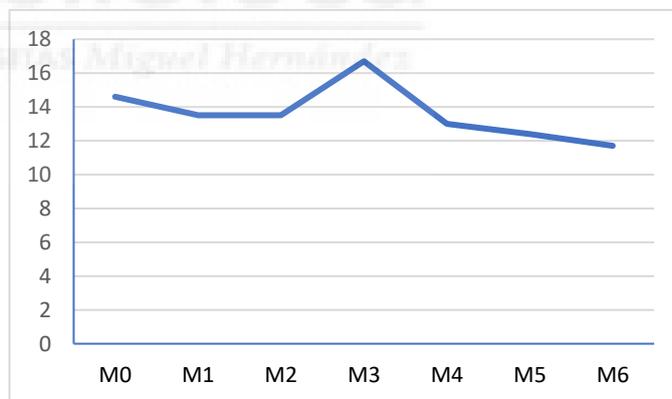
Gráfica 2. Puntuaciones en depresión (ODSIS)



Gráfica 3. Puntuaciones en Reevaluación cognitiva (ERQ)



Gráfica 4. Puntuaciones en supresión emocional (ERQ)



Discusión

El objetivo de este trabajo fue diseñar y aplicar PRETCA en pacientes diagnosticadas de TCA que se encontraban recibiendo asistencia en Centro de Día. Tras su aplicación se comprobó si se produjo una mejora en el uso de estrategias de regulación emocional, así como en el estado de ánimo (alexitimia, depresión y ansiedad) y afrontamiento de estímulos aversivos reduciendo las conductas evitativas.

A la vista de los resultados, se puede afirmar que ha habido una mejora tanto en la conciencia de sus emociones como en la regulación emocional.

Respecto a la alexitimia, tras el programa, las pacientes se mostraban más capaces de identificar y expresar de forma adecuada sus emociones y una mayor conciencia de sus sentimientos. Aunque esta diferencia no alcanza la significación estadística, hay que destacar que el tamaño del efecto fue mediano.

En la misma línea, tras el programa se produjo un descenso significativo de la *desregulación emocional* que se observó en como las pacientes mostraban una mayor atención y conciencia, mayor control, manejo y aceptación de sus emociones. Los resultados mostraron una mejora significativa en la subescala desatención emocional, con un tamaño del efecto grande, a diferencia de las subescalas descontrol emocional y rechazo emocional que, a pesar de no ser estadísticamente significativas, el tamaño del efecto fue mediano y pequeño.

Finalmente, tras el programa las participantes obtuvieron puntuaciones más elevada en *reevaluación cognitiva* y *supresión emocional*, aunque en este caso no se alcanzó la significación estadística.

Estos resultados permiten afirmar que PRETCA ha sido eficaz para la mejorar en la adquisición de estrategia de regulación emocional y el manejo de emociones en pacientes que sufren TCA, siguiendo la línea de estudios previos que indican que trabajar en el reconocimiento, manejo y expresión emocional a través del entrenamiento en estrategias de regulación emocional puede mejorar la salud física y psíquica de pacientes de TCA (Calvo et al., 2013).

Respecto al *bienestar psicológico*, tras el programa las pacientes mostraron mejoras en la autodeterminación (asentarse en sus propias convicciones), independencia y toma de decisión en contextos sociales, como se observa en el aumento de resultados de la

subescala *autonomía*, siendo estadísticamente significativos y con un tamaño del efecto grande. Del mismo modo, hubo mejora en la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables, para satisfacer los deseos y necesidades propias (dominio del entorno), con un tamaño del efecto mediano, pero no significativo. Una mayor autonomía permite resistir la presión social y la autorregulación del comportamiento (Ryff y Singer, 2002). La bibliografía indica que cuando las pacientes que sufren TCA desarrollan competencias necesarias para la resolución de conflictos mejora su autodeterminación y autoaceptación (Patching y Lawer, 2009).

En las variables de *ansiedad y depresión* se observó un descenso de las puntuaciones que indican una mejora de estos niveles. Sin embargo, estos resultados no fueron significativos. Esto podría deberse a que estas variables fueron evaluadas para conocer la variación de las puntuaciones desde el inicio hasta el final del programa, pero no se incidió en actividades específicas para reducirla, por lo que resultaría importante añadir estas actividades, debido a los beneficios para la evolución del trastorno que supone entrenarlas (Varela-Casal, Maldonado y Ferrer, 2011). Una buena regulación emocional favorece los niveles de ansiedad y depresión y las estrategias de afrontamiento (Kassel, Bornovalova y Mehta, 2007).

En lo que respecta a los resultados referidos a los síntomas conductuales, cabe que destacar que las *conductas asociadas al TCA* muestran un descenso significativo en las puntuaciones medias con un tamaño del efecto grande. Con estos resultados podemos inferir que la intervención a través del programa ha sido útil para disminuir estas conductas. La influencia que ejerce la emoción en personas que sufren TCA provoca conductas desadaptativas que generan alteraciones en el estado de ánimo (Cruzat y Cortez, 2008). Facilitar la detección y la expresión emocional experimentada favorece la aparición de conductas adecuadas (Blum, Bartels, St. Jhon y Pffol, 2002).

Tras el programa, las conductas impulsivas disminuyeron, mostrando puntuaciones más bajas, aunque no fueron significativos. Estos resultados se apoyan en estudios que dicen que el trabajo en emociones ayuda a adquirir formas de afrontamiento de impulsividad (Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011).

Las pacientes también mostraron mejoras en la evitación de eventos o experiencias que identifican como negativas, como se ve los resultados de la variable *evitación experiencial*, en la que se obtuvo un tamaño del efecto mediano, aunque los resultados no fueron significativos.

Respecto a la variable *afrontamiento* se encontraron mejoras de las estrategias de búsqueda de apoyo emocional, centrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, búsqueda de pertenencia, reducción de la tensión, acción social, autoinculparse y reservarlo para sí. A pesar de que los resultados no alcanzaron la significación estadística, el tamaño del efecto encontrado osciló entre grande y mediano en estas estrategias. En este sentido, se conocen estudios previos que indican que el tipo de estrategia aplicada se relaciona con la representación cognitiva y emocional de la persona que sufre TCA (Quiles, Terol y Marzo, 2009)

Es importante destacar que a pesar de que tres variables han resultados significativas, otras mostraron un tamaño del efecto entre grande y mediano al finalizar el programa. Se debe tener en cuenta, que si la muestra fuera más grande los resultados tienen una tendencia a ser estadísticamente significativos (Button et al. 2013)

En conclusión, se podría decir que la hipótesis establecida de mejorar estrategias de regulación emocional en pacientes con TCA se cumple. Sin embargo, los resultados solo indican datos significativos en tres variables, por lo que se infiere que para obtener resultados significativos debemos contar una muestra más grande. También se debe modificar el contenido del programa e incidir las variables que no resultaron significativas o cuyo tamaño del efecto es pequeño. Con este programa se evidencia que el trabajo en

regulación emocional es un elemento importante en el tratamiento de TCA y, con ello, se demuestra la necesidad de crear programas específicos (Calvo et al., 2013)

Este trabajo presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el bajo número de participantes afecta a la representatividad y generalización de los resultados, a pesar de ello el análisis estadístico con t de Students fue posible gracias los estudios de Winter (2013), que mostraron la efectividad del uso de t Student en muestras pequeñas. En tercer lugar, el abandono de las participantes que recibían tratamiento ambulatorio y el de pacientes en centro de día, hubiera permitido poder hacer una comparación de los resultados entre ambos grupos. Otra de las limitaciones, es la falta de seguimiento de las participantes tras la aplicación del programa que indicaría si continúa la mejora de la variable criterio.

Para futuros estudios, sería recomendable modificar algunas de las actividades del programa, aplicarlo a una muestra más grande y realizar un seguimiento. Este programa, podría ayudar a futuras investigaciones y la elaboración de un programa específico eficaz para trabajar la regulación emocional en pacientes de TCA.

Referencias

- Alonso, I. (2017) *Ana y Mia no quieres ser princesas. La cara oculta de los trastornos alimentarios*. Editorial: Meridiano
- American Psychological Association (2014). *DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ball, K. y Lee, C. (2001). Psychological stress, coping and symptoms of disordered eating in a community sample of Young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 71-81.
- Bagby, R.M, Parker, J. D y Taylor, G.J (1994) The twenty-item Toronto alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Farchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., Ehrenreich-May, J. (Autores), Osma, J., y Crespo, E. (Traductores) (2015). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos

emocionales. *Manual del Terapeuta y Manual del Paciente*. Madrid: Alianza Editorial

Bittinger, J. y Smith, J. (2003). Mediate and moderate the effects of stress perception and the type of situation in coping responses in women with eating disorders. *Science Direct, 4* (1), 89-106.

Blum, N., Bartels, N., St. John, D. y Pfohl, B. (2002). *STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving: Group Treatment for Borderline Personality Disorder*. Coralville, Iowa: Blum's Books

Button, K.S., Ioannidis, J.P., Mokrysz, C., Nosek, B.A., Flint, J., Robinson, E.S. y Munafò, M.R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature reviews. Neuroscience, 14* (5), 365-76.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. y Consoli, S. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal Eating. Disorders, 37*, 321-329.

Cabello, R., Salguera J.M, Fernandez-berrocal, P y Gross, J. J (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29* (4), 234-240

Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A. y Gallego, L. T. (2013) Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud, 25*, (1) 19-37

Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A. y Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of affective disorders, 112* (1), 92-101

Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica, 8* (1), 21-33

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum.

Corral S, González M, Pereña J y Seisdedos N. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Tea

- Crowther, J.H., Sanftner, J., Bonifazi, D.Z, y Shepherd, K.L. (2001). *El papel de las molestias diarias en comer en exceso. Int Journal Eating Disorders*, 29, 449-454.
- Cruzat, C. y Cortez, I. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8 (1), 5-17
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L. Farchione, T. J. y Barlow. D. H. (2010) Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders; Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and behavioral Practice*, 17 (1), 88-101
- Espeset, E. M., Nordbø. R. H., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. y Holte, A. (2011). The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: An empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eating Disorders*, 19, 175-193.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *Manual: ACS. Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Adaptado por J. Pereña y N. Seisedos. Madrid: TEA ediciones
- García-Grau E, Fusté A, Miró A, Saldaña C, Bados A (2002) El estilo de afrontamiento y las actitudes de alimentación alteradas en las adolescentes. *International Journal Eating Disorders* 32, 116–120.
- García-Palacios, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (dir.) (2009), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*, pp. 483-512. Madrid: Síntesis.
- García-Palacios, A., Navarro, M. V., Guillen, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico conductual en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18, 197-216.
- Garner, D.M, Olmsted, M. P, Bohr, Y. y Garfinkel, P.E (1982) The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12, 871-878

- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal Eating Disorders*, 2,15-34
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2003) Pure and guided self-help for full and sub-threshold bulimia nervosa and binge eating disorder. *British Journal Clinical Psychology* 42(3), 257–269
- Ghaderi, A. (2001). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behavior*, 3 (4), 387-396
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. y Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 331- 339
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54
- Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85,348–362.
- Guerrrieri, R., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2007). How impulsiveness and variety influence food intake in a sample of healthy women. *Appetite*, 48, 119-122.
- Harrison, A., Sullivan. S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation in anorexia: State or trait? *Biological Psychiatry*, 68, 755-761.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Strosahl, K. D., Wilson K. D., Pistorello, J. y Dykstra, T. A. (2000). *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*
- Heliodoro, J., Garcia, P. Navarro, M. Botella, C. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un Caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al tratamiento: Un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11, (2), 121-128
- Hervas, G. y Jodar, R. (2008) Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la Regulación emocional. *Clínica y salud volumen 19*, (2), 139-156.

- Hudson J.I., Hiripi E, Pope HG y Kessler RC (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. 61, 348-58.
- Jorquera, M., Botella-Garneria, C., Guillen, V., Marco, H., Baños, R. M. y Botella, C. (2006). El "Test de Actitudes hacia la Comida – 26": Validación en una muestra española., 1-9
- Kassel, J. D., Bornovalova, M. A. y Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 939-950.
- Kyriacou, O., Easter, A. y Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 14, 843-854.
- Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M. y Saarijarvi, S. (2010). Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorders*, 18, 226-238.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., y Kivlanhan, D.R. (2002). Dialectical behavioral therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Martínez, F. (1996) Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7 (1), 19-32
- Moreno-Domínguez, S., Ortega-Roldán, B. y RodríguezRuiz, S. (2009). Impulsividad en mujeres con bulimia nerviosa. *eduPsykhé*, 8, 63-77.
- Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and anxiety*, 23(4), 245-249.
- Ortega, R. y André, M. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: una guía para terapeutas*. Editorial: El Manual Moderno

- Pascual-Jimeno, A.; Apodaca-Urguijo, P., Etxebarria-Bilbao, I. y Cruz-Sáez, M. S. (2012). Diferencias en la frecuencia de experiencias emocionales positivas y negativas en mujeres con distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 28, 743-752.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S. y Echeburúa E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11 (2), 229-247
- Patching, J. y Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: A life-history approach (Versión electrónica). *Nursing Inquiry*, 16, 10-21.
- Penas-Lledo E, Vaz Leal FJ y Waller G (2002). Ejercicio excesivo en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: relación con las características de la alimentación y la psicopatología general. *International Journal Eating Disorders*, 31 (4): 370-5.
- Quiles Y., Terol, M. C. y Marzo, J. C. (2009) Representación de la Enfermedad, Afrontamiento y Ajuste en los Trastornos Alimentarios. *Clínica y Salud*, 20 (2), 2009, 159-175
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M. y Sánchez-Carracedo, D. (2002) Anorexia y bulimia. En Severa Barceló: *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*, 303-329, Madrid Pirámide
- Rodríguez, S., Mata. J. L., Moreno. S., Fernández. M. C. y Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19, 30-36.
- Ruiz, F., Langer-Herrera, I. Luciano, C, Cangas, A. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25 (1), 123-129.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond ponce de leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C., y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* . Londres: Oxford University Press, 63-73

- Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Parker, J.D.A. (1992) The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity, and normative data. *Psychother Psychosom*, 57, 34–41.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Psychometric properties in Spanish population. *Ansiedad y Estrés*. 13, 163-176.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M. J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Española de Psiquiatría*; 39 (1), 12-9
- Zigmond. A.S. y Snaith. R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Psychiatrica. Scandínavica*, 67, 361-370.
- Winter, J. C. F. (2013). Using the Student's t-test with extremely small sample sizes. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 18 (10).



Anexos

CONSENTIMIENTO PADRES

D./Dña....., AUTORIZO a que mi hijo/hija..... participe en el estudio sobre **Elaboración y aplicación de un programa de regulación emocional para pacientes con trastorno de conducta alimentaria**, desarrollado por la Universidad Miguel Hernández de Elche, para llevar a cabo el Trabajo de Fin de Máster. Bajo conocimiento de que dicho estudio es anónimo y sólo se publicaran los resultados generales obtenidos por el conjunto de participantes.

Firmado:

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS, De conformidad con el REGLAMENTO (UE) 2016/679, en relación al tratamiento de sus datos personales, le informamos de lo siguiente: los datos de Carácter Personal recogidos en el presente documento serán incorporados a ficheros debidamente inscritos en el Registro General de Protección de Datos, titularidad de la Universidad Miguel Hernández de Elche, siendo el responsable del tratamiento del mismo el departamento de Psicología de la Salud de la UMH.

La finalidad de dicho fichero es gestionar los estudios y programas de investigación desarrollados por este departamento en el que los menores sean inscritos o participen, que incluirán, en su caso, las valoraciones de los facultativos correspondientes, para el seguimiento y posterior evaluación de sus conductas durante el tiempo que duren las acciones, así como, en su caso los tratamientos individualizados de seguimiento y evolución del menor. La finalidad de cada estudio será informada en cada alta al mismo. En cualquier caso, los derechos de Acceso, Cancelación, Rectificación y Oposición podrán ser ejercitados dirigiéndose a UMH, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Los datos por usted facilitados serán tratados con la máxima confidencialidad y secreto, cumpliendo en todo caso con las normas y estándares de seguridad que regula la normativa de protección de datos, siendo de aplicación el nivel de seguridad alto. Los datos facilitados por usted en los respectivos cuestionarios de evaluación, son veraces, reales y exactos, eximiéndonos por lo que los daños y perjuicios que el error u omisión pudieran ocasionar.

El firmante se compromete a informar de los extremos de este documento a los terceros cuyos datos hayan sido cumplimentados en este formulario en el apartado de "personas de contacto", siendo los responsables en todo caso el firmante de este documento.

En ocasiones, y como resultado de los test de evaluación, y con la única finalidad de mejorar y prevenir conductas y patologías que puedan afectar al desarrollo del usuario evaluado, será necesario poner en conocimiento de los responsables del centro, los tutores legales u otros profesionales que tuvieran que intervenir en el tratamiento del usuario, los resultados del test realizado, todo ello orientado a una mejor atención y futuras intervenciones. El usuario y sus legales representantes autorizan expresamente a dichas comunicaciones.

Universidad Miguel Hernández de Elche,

Departamento de Psicología de la Salud, Avda. de la Universidad, s/n 03202 -
ELCHE, mj.quiles@umh.es ; Tif.: +34 966658994 Fax: +34 966658904

CUESTIONARIOS

CÓDIGO*:

FECHA:

Estos cuestionarios que se presentan a continuación, son para fines de investigación, estamos realizando un estudio para conocer aspectos de la salud de los jóvenes. Vosotros/as habéis sido seleccionados para formar parte del mismo.

Para ayudarnos en este trabajo tendrás que responder a unas preguntas que nos ayudaran a conocer cuáles son vuestras preocupaciones y problemas.

Instrucciones:

En las siguientes hojas vas a encontrar unas instrucciones que te explican que hay que hacer en cada una de las páginas, seguido de una serie de preguntas que deberás responder con sinceridad, siguiendo las instrucciones anteriores. Los datos sólo serán usados de forma confidencial y en ningún momento se darán nombres ni apellidos de los participantes.

Estas preguntas no tiene respuestas buenas ni malas, todas las contestaciones que se puedan dar son válidas, siempre que las contestéis sinceramente. Recuerda también que estos cuestionarios son anónimos, en ninguna de las páginas debes escribir tu nombre, además el cuestionario se cumplimenta de forma individual y nadie tiene porque ver ninguna de tus respuestas.

Si tienes cualquier duda, dirígete a las persona presente para solucionarla.

Muchas gracias por tu colaboración.

Eres: chico chica

¿Cuánto pesas? _____ Kilos (no te preocupes si en este momento no lo sabes)

¿Cuánto te gustaría pesar? _____ Kilos

¿Cuánto pesabas cuando iniciaste el tratamiento? _____ Kilos

¿Cuánto mides sin zapatos? _____ metros

¿Cuánto te gustaría medir? _____ metros

¿Qué diagnóstico tienes? _____

Tomas medicación SI NO

EAT-26

Responde marcando con una "X" la respuesta que consideres más adecuada a tu caso.

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
A	B	C	D	E	F

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.	A	B	C	D	E	F
2. Procuo no comer aunque tenga hambre.	A	B	C	D	E	F
3. Me preocupu mucho por la comida.	A	B	C	D	E	F
4. A veces me he "atracado" de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer.	A	B	C	D	E	F
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	A	B	C	D	E	F
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	A	B	C	D	E	F
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas...).	A	B	C	D	E	F
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	A	B	C	D	E	F
9. Vomito después de haber comido.	A	B	C	D	E	F
10. Me siento muy culpable después de comer.	A	B	C	D	E	F
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada/o.	A	B	C	D	E	F
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	A	B	C	D	E	F
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.	A	B	C	D	E	F
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	A	B	C	D	E	F
15. Tardo en comer más que las otras personas.	A	B	C	D	E	F
16. Procuo no comer alimentos con azúcar.	A	B	C	D	E	F
17. Como alimentos de régimen.	A	B	C	D	E	F
18. Tengo la sensación de que los alimentos controlan mi vida.	A	B	C	D	E	F
19. Me controlo durante las comidas.	A	B	C	D	E	F
20. Noto que los demás me presionan para que coma.	A	B	C	D	E	F
21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida.	A	B	C	D	E	F
22. Me siento incómoda/o después de comer dulces.	A	B	C	D	E	F
23. Me comprometo a hacer régimen.	A	B	C	D	E	F
24. Me gusta sentir el estómago vacío.	A	B	C	D	E	F
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	A	B	C	D	E	F
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	A	B	C	D	E	F

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED, centrando su respuesta en su TCA. Use la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7



DERS

Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones, trata de responderlas pensando en su TCA:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

EDI (Escala de impulsividad)

Por favor, indica con qué frecuencia estas afirmaciones se aplican usted, pensando en su TCA. Anote la puntuación que corresponda en cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible:

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

1. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.-----
2. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.-----
3. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.-----
4. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.-----
5. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.-----
6. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.-----
7. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.-----
8. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.-----
9. Los demás dicen que me irrito con facilidad.-----
10. Tengo cambios de humor bruscos.-----
11. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.-----

Escala Global de la Severidad e Interferencia de la Depresión (ODSIS)

Las siguientes preguntas son sobre la depresión. En cada una, haga una cruz (X) en el número que mejor responda o escriba su experiencia en la semana pasada, teniendo en cuenta cómo influye el TCA.

1. En la semana pasada ¿con qué frecuencia se sintió deprimido?

No hubo depresión la semana pasada	0
<i>Depresión infrecuente.</i> Me sentí deprimido alguna vez	1
<i>Depresión ocasional.</i> Me sentí deprimido la misma cantidad de tiempo que no.	2
<i>Depresión Frecuente.</i> Me sentí deprimido la mayoría del tiempo	3
<i>Depresión Constante.</i> Me sentí deprimido todo el tiempo.	4

2. En la semana pasada cuando se sintió deprimido ¿cuánto de intensa o severa fue su depresión?

<i>Pequeña o nula.</i> No hubo casi o ninguna depresión	0
<i>Leve.</i> La depresión estuvo en un nivel muy bajo	1
<i>Moderada.</i> La depresión fue intensa en algunas ocasiones	2
<i>Severa.</i> La depresión fue intensa en la mayoría del tiempo	3
<i>Extrema.</i> La depresión fue abrumadora	4

3. En la semana pasada debido a la depresión ¿Con qué frecuencia le costó trabajo iniciar o interesarse en actividades que normalmente disfrutaba?

<i>Ninguna.</i> No tuve ninguna dificultad para empezar o para interesarme en actividades que normalmente disfruto	0
<i>Infrecuente.</i> Algunas veces tuve distintas dificultades para iniciar o interesarme en actividades que normalmente disfruto. Mi estilo de vida no se vio afectado.	1
<i>Ocasional.</i> Tuve algunas dificultades para iniciar o interesarme en actividades que normalmente disfruto. Mi estilo de vida solo cambio de forma leve.	2
<i>Frecuente.</i> Me costó mucho trabajo iniciar o interesarme en actividades que normalmente disfruto. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida porque no he podido interesarme en actividades que solía disfrutar.	3
<i>Todo el tiempo.</i> No he podido participar o estar interesado en actividades que normalmente disfrutaba. Mi estilo de vida se ha visto afectado de forma importante y ya no hago las cosas que solía disfrutar.	4

4. En la semana pasada ¿Cuánto interfirió la depresión en su habilidad para hacer las cosas que necesitada hacer para el trabajo, el colegio/universidad o la casa?

<i>Ninguna.</i> La depresión no interfirió en el trabajo/colegio/universidad /casa	0
<i>Leve.</i> Mi depresión causó alguna interferencia en el trabajo/ colegio/ universidad/ casa	1
<i>Moderada.</i> Mi depresión definitivamente interfiere en mis tareas. Aún hago la mayoría de las cosas, pero solamente hago muy pocas tan bien como las hacía antes	2
<i>Severa.</i> Mi depresión realmente cambio mi capacidad para hacer las cosas. Todavía hago algunas cosas pero no muchas otras. Mi desempeño definitivamente se ha visto afectado.	3
<i>Extrema.</i> Mi depresión se ha vuelto incapacitante. No he podido completar las tareas y he tenido que dejar el colegio/universidad, o renunciar o me han despedido de mi trabajo, o no he podido completar mis tareas en casa y he tenido que afrontar consecuencias como desalojos, cobradores, etc.	4

5. En la semana pasada, ¿cuánto interfirió la depresión en su vida social y sus relaciones?

<i>Ninguna.</i> Mi depresión no afectó mis relaciones.	0
<i>Leve.</i> Mi depresión interfirió levemente mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones han sufrido, pero en general, mi vida social aún es satisfactoria.	1
<i>Moderada.</i> He experimentado alguna interferencia con mi vida social, pero aún tengo algunas relaciones cercanas. No paso la misma cantidad de tiempo con otros como lo hacía en el pasado, pero aún socializo algunas veces.	2
<i>Severa.</i> Mis amistades y otras relaciones han sufrido mucho debido a la depresión. No disfruto las actividades sociales. Socializo muy poco.	3
<i>Extrema.</i> La depresión ha interrumpido completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones han sufrido o han terminado. Mi vida familiar es muy tensa.	4

Escala global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (OASIS)

A continuación se encuentran unas preguntas sobre su ansiedad y el miedo. En cada pregunta, haga una cruz (X) en el número de la respuesta que mejor describa su experiencia durante la semana pasada, teniendo en cuenta cómo influye el TCA.

1. La semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió ansioso?

No sintió ansiedad la semana pasada	0
<i>Ansiedad poco frecuente.</i> Se sintió ansioso algunas veces	1
<i>Ansiedad ocasional.</i> Se sintió ansioso la misma cantidad de tiempo que no se sintió ansioso. Fue difícil relajarse	2
<i>Ansiedad frecuente.</i> Se sintió ansioso la mayor parte del tiempo. Fue muy difícil relajarse	3
<i>Ansiedad constante.</i> Se sintió ansioso todo el tiempo y nunca realmente relajado	4

2. La semana pasada, cuando se sintió ansioso, ¿Cuánto de intensa o fuerte fue la ansiedad?

<i>Poco o nada:</i> La ansiedad estuvo ausente o apenas perceptible.	0
<i>Leve:</i> La ansiedad fue baja. Logré relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron un poco incómodos	1
<i>Moderada:</i> La ansiedad fue molesta en algunos momentos. Me costó trabajo relajarme o concentrarme, pero lo logré cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron incómodos	2
<i>Severa:</i> La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Fue muy difícil relajarme o concentrarme en algo más. Los síntomas físicos fueron extremadamente incómodos	3
<i>Extrema:</i> La ansiedad fue abrumadora. Fue completamente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables	4

3. La semana pasada, ¿con qué frecuencia evitó situaciones, lugares, objetos o actividades debido a la ansiedad o al miedo?

<i>Ninguna:</i> No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por el miedo	0
<i>Poco frecuente:</i> Evité algo de vez en cuando, pero usualmente hago frente a la situación o confronto el objeto. Mi estilo de vida no está afectado	1
<i>Ocasional:</i> Tengo miedo de ciertas situaciones, lugares u objetos, pero aún es manejable. Mi estilo de vida solo ha cambiado en mínimo grado. Siempre o casi siempre evito las cosas que temo cuando estoy solo, pero las puedo manejar si alguien está conmigo.	2
<i>Frecuente:</i> Tengo mucho miedo y realmente trato de evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar el objeto, situación, actividad o lugar.	3
<i>Todo el tiempo:</i> La evitación de objetos, situaciones, actividades o lugares se ha vuelto lo normal en mi vida. Mi estilo de vida se ha afectado mucho y ya no hago las cosas que solía disfrutar.	4

4. La semana pasada, ¿cuánta ansiedad interfirió con su habilidad de realizar actividades en el trabajo, el colegio/universidad, o en su casa?

<i>Nada:</i> La ansiedad no interfirió en casa, trabajo, o colegio/universidad	0
<i>Leve:</i> Mi ansiedad causó algo de interferencia en casa, trabajo, o colegio/universidad. Las cosas son más difíciles, pero logré seguir haciendo o que necesitaba.	1
<i>Moderado:</i> La ansiedad definitivamente interfiere con las tareas. Logro hacer la mayor parte de las cosas, pero nunca tan bien como lo hacía antes.	2
<i>Severo:</i> Mi ansiedad realmente ha afectado mi habilidad para hacer las cosas. Todavía estoy haciendo algunas tareas, pero muchas cosas no. Mi desempeño definitivamente ha sufrido.	3
<i>Extremo:</i> La ansiedad se ha vuelto en algo incapacitante. No logro terminar las tareas y tuve que abandonar el colegio/universidad, renunciar o ser despedido de mi trabajo, o no pude completar las tareas en la casa y tuve que asumir las consecuencias como cobradores, desalojos, etc.	4

5. La semana pasada, ¿cuánta ansiedad ha interferido con sus relaciones y vida social?

<i>Nada:</i> La ansiedad no afecta mis relaciones	0
<i>Leve:</i> La ansiedad interfiere levemente con mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones han sufrido, pero en general, mi vida social todavía es satisfactoria	1
<i>Moderado:</i> He experimentado alguna interferencia en mi vida social, pero todavía tengo algunas relaciones cercanas. No comparto el mismo tiempo con los otros como en el pasado, pero todavía socializo algunas veces.	2
<i>Severo:</i> Mis amistades y otras relaciones han sufrido mucho a causa de la ansiedad. Ya no disfruto las actividades sociales. Socializo muy poco.	3
<i>Extremo:</i> La ansiedad ha interrumpido completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones han sufrido o han terminado. Mi vida en familia es extremadamente tensa	4

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF

A continuación, se presentarán una serie de afirmaciones, por favor indique su grado de acuerdo con las mismas marcando con una X una de las seis opciones que se presentan. Trate de responder de la forma más sincera posible:

	1	2	3	4	5	6
	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamen te de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento/a con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos/as con quien compartir mis preocupaciones						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7. En general me siento seguro/a y positivo/a conmigo mismo/a.						
8. No tengo muchas personas que quieren escucharme cuando necesito hablar.						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que la otra gente piensa de mí.						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mi mismo/a						

1 Totalmente desacuerdo	2 Poco de acuerdo	3 Moderadamen te de acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Totalmente de acuerdo
-------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	------------------------	-----------------------------	-------------------------------

	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad hay muchas cosas de mi mismo/a que cambiaría.						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15. Tiendo a estar influenciado/a por la gente con fuertes convicciones.						
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado.						
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos/as que yo.						
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22. las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24. En general con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mi mismo/a.						
25. En muchos aspectos me siento decepcionado/a de mis logros en la vida.						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						

1 Totalmente desacuerdo	2 Poco de acuerdo	3 Moderadamen te de acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Bastante de acuerdo	6 Totalmente de acuerdo
-------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	------------------------	-----------------------------	-------------------------------

	1	2	3	4	5	6
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28. Soy bastante bueno/a manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida diaria.						
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31. En su mayor parte me siento orgulloso/a de quién soy y la vida que llevo.						
32. Sé que puedo confiar en mis amigos/as , y ellos/as saben que pueden confiar en mí.						
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos/as o mis familia están en desacuerdo.						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno/a piensa sobre si mismo/a y sobre el mundo						
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						

¡ MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN !

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALRIA (HADS)

Este cuestionario ha sido diseñado para saber cómo se siente usted, en este momento de la enfermedad (TCA). Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho en las respuestas. Lo más seguro es que si se responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió:

1. Me siento tenso/a o nervioso/a

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo cómo si algo horrible me fuera a suceder

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy a menudo
- Casi siempre
- Siempre

7. Puedo estar sentado/a confortablemente y sentirme relajado/a

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento/a

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debería
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme.

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

ALEXITIMIA**Escala de Alexitimia de Toronto (TAS -20)**

Te agradeceríamos respondieras a una serie de cuestiones respecto a como te sientes. Elige la opción que consideres correcta o se acerque mas a lo que piensas al respecto.

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ligeramente en desacuerdo	4 Ligeramente de acuerdo	5 De acuerdo	6 Muy de acuerdo					
AL1.	A menudo estoy confundido con las emociones que estoy sintiendo.					1	2	3	4	5	6
AL2.	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.					1	2	3	4	5	6
AL3.	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.					1	2	3	4	5	6
AL4.	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					1	2	3	4	5	6
AL5.	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo					1	2	3	4	5	6
AL6.	Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado.					1	2	3	4	5	6
AL7.	A menudo estoy confundido con lo que siento en mi cuerpo.					1	2	3	4	5	6
AL8.	Prefiero dejar que las cosas pasen solas, sin preguntarme por qué suceden así.					1	2	3	4	5	6
AL9.	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					1	2	3	4	5	6
AL10.	Estar en contacto con las emociones es muy importante.					1	2	3	4	5	6
AL11.	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.					1	2	3	4	5	6
AL12.	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.					1	2	3	4	5	6
AL13.	No sé qué pasa dentro de mí.					1	2	3	4	5	6
AL14.	A menudo no sé por qué estoy enojado.					1	2	3	4	5	6
AL15.	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					1	2	3	4	5	6
AL16.	Prefiero ver programas de TV simples pero entretenidos, que programas difíciles de entender					1	2	3	4	5	6
AL17.	Me es difícil expresar mis sentimientos más profundos incluso a mis mejores amigos					1	2	3	4	5	6
AL18.	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.					1	2	3	4	5	6
AL19.	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					1	2	3	4	5	6
AL20.	Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos, disminuye el placer de disfrutarlos.					1	2	3	4	5	6

- **Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal & Gross, 2013; versión original de Gross y John, 2003).**

INSTRUCCIONES:

A continuación nos gustaría que contestase a unas preguntas sobre su vida emocional, en concreto, sobre cómo controla sus emociones. Estamos interesados en dos aspectos. El primero es su experiencia emocional o lo que siente internamente. El segundo es su expresión emocional o cómo muestra sus emociones a través de las palabras, los gestos y los comportamientos. Aunque algunas de las cuestiones pueden parecer similares a otras, éstas difieren de forma importante. Por favor, utiliza la siguiente escala de respuesta para cada ítem.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Guardo mis emociones para mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Controlo mis emociones no expresándolas.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Cuando quiero reducir mis emociones negativa, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1	2	3	4	5	6	7

Nombre:

Adolescent Coping Scale (Frydenberg y Lewis, 1997); ACS

Los adolescentes con TCA suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc; pero sobre todo, preocupaciones relacionadas con mi el TCA. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente con TCA suele encarar problemas y preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tu sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades.

	No me ocurre nunca o no lo hago	Me ocurre o lo hago raras veces	Me ocurre o lo hago algunas veces	Me ocurre o lo hago a menudo	Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	1	2	3	4	5
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando mi problema	1	2	3	4	5
3. Seguir con mis tareas como es debido	1	2	3	4	5
4. Preocuparme por mi futuro	1	2	3	4	5
5. Reunirme con amigos	1	2	3	4	5
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan	1	2	3	4	5
7. Esperar que ocurra lo mejor	1	2	3	4	5
8. No puedo hacer nada para resolver el problema	1	2	3	4	5
9. Llorar o gritar	1	2	3	4	5
10.. Organizar una acción o petición con mi problema.	1	2	3	4	5
11. Ignorar el problema	1	2	3	4	5
12. Criticarme a mí mismo	1	2	3	4	5
13. Guardar mis sentimientos para mí solo	1	2	3	4	5
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas	1	2	3	4	5
15. Acordarme de que los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.	1	2	3	4	5
16. Pedir consejo a una persona competente.	1	2	3	4	5
17. Encontrar una forma de relajarme, por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.	1	2	3	4	5
18. Hacer deporte.	1	2	3	4	5
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.	1	2	3	4	5
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.	1	2	3	4	5
21. Asistir a clase con regularidad.	1	2	3	4	5
22. Preocuparme por mi felicidad.	1	2	3	4	5
23. Llamar a un amigo íntimo.	1	2	3	4	5
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.	1	2	3	4	5
25. Desear que suceda un milagro.	1	2	3	4	5
26. simplemente me doy por vencido.	1	2	3	4	5
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos)	1	2	3	4	5
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema	1	2	3	4	5

Borrador Definitivo

	No me ocurre nunca o no lo hago	Me ocurre o lo hago raras veces	Me ocurre o lo hago algunas veces	Me ocurre o lo hago a menudo	Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
29. Ignorar conscientemente el problema.	1	2	3	4	5
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas	1	2	3	4	5
31. Evitar estar con la gente	1	2	3	4	5
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.	1	2	3	4	5
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.	1	2	3	4	5
34. Conseguir ayuda y consejo de un profesional.	1	2	3	4	5
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.	1	2	3	4	5
36. Mantenerme en forma y con buena salud.	1	2	3	4	5
37. Buscar ánimo en otros.	1	2	3	4	5
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.	1	2	3	4	5
39. Trabajar intensamente.	1	2	3	4	5
40. Preocuparme por lo que está pasando.	1	2	3	4	5
41. Empezar una relación personal estable.	1	2	3	4	5
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.	1	2	3	4	5
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.	1	2	3	4	5
44. Me pongo malo.	1	2	3	4	5
45. Trasladar mis frustraciones a otros.	1	2	3	4	5
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.	1	2	3	4	5
47. Borrar el problema de mi mente.	1	2	3	4	5
48. Sentirme culpable.	1	2	3	4	5
49. Evitar de que otros se enteren de lo que me preocupa.	1	2	3	4	5
50. Leer un libro sagrado o de religión.	1	2	3	4	5
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.	1	2	3	4	5
52. Pedir ayuda a un profesional.	1	2	3	4	5
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.	1	2	3	4	5
54. Ir al gimnasio para hacer ejercicio.	1	2	3	4	5
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.	1	2	3	4	5
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.	1	2	3	4	5
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.	1	2	3	4	5
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.	1	2	3	4	5
60. Mejorar mi relación personal con los problemas.	1	2	3	4	5
61. Soñar despierto que las cosas irán mejor	1	2	3	4	5
62. No tengo forma de afrontar la situación.	1	2	3	4	5
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.	1	2	3	4	5
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.	1	2	3	4	5
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.	1	2	3	4	5
66. Considerarme culpable.	1	2	3	4	5
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.	1	2	3	4	5
68. Pedir a Dios que cuide de mí.	1	2	3	4	5

	No me ocurre nunca o no lo hago	Me ocurre o lo hago raras veces	Me ocurre o lo hago algunas veces	Me ocurre o lo hago a menudo	Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
69. Estar contento de cómo van las cosas.	1	2	3	4	5
70. Hablar del tema con personas competentes.	1	2	3	4	5
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos	1	2	3	4	5
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.	1	2	3	4	5
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.	1	2	3	4	5
74. Inquietarme por el futuro del mundo.	1	2	3	4	5
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con el que suelo salir.	1	2	3	4	5
76. Hacer lo que quieran mis amigos.	1	2	3	4	5
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor	1	2	3	4	5
78. Sufro dolores de cabeza o estómago.	1	2	3	4	5
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.	1	2	3	4	5
80. Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas.	1	2	3	4	5

