



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

**Modalidad:** Propuesta de intervención.

**Título del Trabajo:** Programa de intervención para familiares de pacientes con un Trastornos de la Conducta Alimentaria.

**Autora:** Rocío Bernabé Illescas.

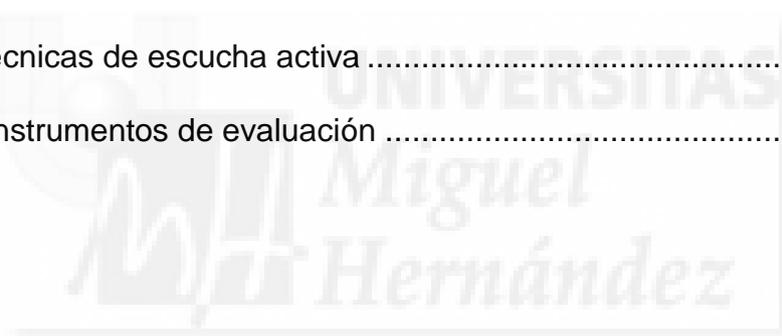
---

**Tutora:** Yolanda Quiles Marcos

Elche, 5 de Junio de 2015.

## Índice

1. Resumen .....	3
2. Introducción.....	3
3. Método .....	7
4. Conclusiones.....	14
5. Bibliografía .....	16
Anexo 1: Consejos sobre los elogios .....	19
Anexo 2: Las emociones .....	20
Anexo 3: Estilo de comunicación.....	21
Anexo 4: Técnicas de asertividad.....	23
Anexo 5: Técnicas de escucha activa .....	24
Anexo 26: Instrumentos de evaluación .....	25



## **Resumen**

Este trabajo de fin de grado presenta un programa de intervención para familiares de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. El objetivo de la intervención es proporcionar herramientas y fomentar el desarrollo de habilidades interpersonales en los familiares. Estos serán evaluados mediante el cuestionario “Family Questionnaire”, que evalúa la “Sobreimplicación Emocional” y el “Criticismismo”, al inicio del programa, al terminar el programa y cada dos meses durante un periodo de seis meses. El programa consta de diez sesiones de intervención y tres sesiones de seguimiento. En ellas se trabajan tanto conocimientos generales sobre el trastorno, como aspectos para mejorar las habilidades interpersonales: comunicación asertiva, escucha activa, expresión, identificación y autorregulación emocional y estrategias de resolución de problemas. Como conclusión se podría recalcar que este programa ha sido innovador en cuanto que ha combinado aspectos de diferentes terapias, como sería el desarrollo de habilidades interpersonales y resolución de problemas ya propuesto en la terapia interpersonal y aspectos de los programas psicoeducativos. Se podría mejorar introduciendo un programa paralelo con los propios pacientes afectados por el TCA.

**Palabras clave:** programa, familiares, TCA, habilidades interpersonales, terapia interpersonal, resolución de problemas y programas psicoeducativos.

## **Introducción**

Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa constituyen en la actualidad una de las áreas de mayor preocupación social sobre la salud. Su gran potencial para producir alarma en la población deriva de sus características clínicas: afectación infantjuvenil, con una edad de inicio cada vez más precoz, tasas de incidencia y prevalencia en rápido ascenso, elevada morbimortalidad asociada y la influencia del sistema de valores del mundo desarrollado en su eclosión (Ferrero, Huertas y Núñez, 2004). Es importante aclarar que no se trata de enfermedades nuevas. Desde la Edad Media se encuentran descripciones de cuadros compatibles con el de la anorexia nerviosa. En 1689, Richard Monton publicó las primeras descripciones clínicas de la anorexia, estableció que el origen de este trastorno, a diferencia de otros estados de malnutrición, era una perturbación del sistema nervioso acompañado de tristeza y preocupaciones (Silverman, 1985). En el siglo XIX se describe como cuadro psicopatológico individual similar al observado en la actualidad, aunque se pensaba que era una enfermedad del ánimo. La incidencia anual de casos de anorexia nerviosa no deja de aumentar desde la tercera década del siglo XX, los estudios realizados en España, en la población de

mayor riesgo, mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, reflejan una prevalencia del 0.14% al 0.9% para la anorexia, del 0.41% al 2.9% para la bulimia (Guerrero y Barjau, 2003). En total, se estaría hablando de una cifras de prevalencia de os Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) del 4.1% al 6.41%. En caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de 0% para la anorexia, del 0% al 0.36% para la bulimia y del 0.18% al 0.77% para los trastornos atípicos o no especifico, con una prevalencia total del 0.27% a 0.90%. La edad de inicio de la anorexia nerviosa se sitúa a partir de los 7 años, con un pico entre los 9 y 15 años. Después de los 40 años su aparición es excepcional (Guerrero y Barjau, 2003). Por otro lado, el inicio de la bulimia es más tardío que el de la anorexia nerviosa, a partir de los 14 años, con un pico entre los 18 y 20 años. La población de pacientes con bulimia nerviosa presenta una alta tasa de intentos de suicidios, hasta el 16-21%, sobre todo en el subtipo purgativo (Guerrero y Barjau, 2003).

Los criterios del diagnóstico de la anorexia nerviosa según el DSM. V:

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.** En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos

Los criterios para la bulimia nerviosa según el DSM. V:

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - 1)** Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
  - 2)** Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

**C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Los TCA son considerados en la actualidad desde una perspectiva multidimensional que incluye factores físicos, psicológicos individuales, familiares y socioculturales, que se supone interactúan entre sí tanto para desencadenar como para mantener el trastorno (Garner y Garfinkel 1985; Morande, 1995; Raich, 1994). La influencia familiar dentro del campo de la psicopatología reviste singular importancia dado el papel que juega tanto en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales. Desde la perspectiva multifactorial se reconoce la contribución familiar en cualquier psicopatología y los TCA no son la excepción (Dare, 1993; le Grange, Binford y Loeb, 2005; Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989).

Desde hace décadas, numerosos autores han señalado que focalizar el estudio del cambio producido por las intervenciones psicosociales en TCA en la ganancia de peso, recuperación de la regla y conductas alimentarias adecuadas es simplista y que el cambio en psicopatología y ajuste social es al menos tan importante como en las otras variables (Bruch, 1973; Crisp, 1980; Garfinkel y Garner, 1982). Crisp y Hall (1987) destacaban que tanto el cambio en la conducta alimentaria como el psicológico son importantes y que estos últimos requieren muchas veces intervenciones más prolongadas.

La terapia familiar de los TCA adquirió un gran auge a partir de los trabajos de Minuchin y sus colaboradores (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) quienes propusieron el modelo de la *familia psicósomática*, donde incluyeron a las familias con hijos con TCA, estos familiares presentaban una elevada implicación interpersonal y una actitud sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos. Se basaron en la descripción de familias “psicosomáticas” y describieron familias alexitémicas que evitan el conflicto y las tensiones emocionales. En donde los síntomas de las hijas desempeñaban el papel central para desviar la atención de los verdaderos conflictos, manteniendo un aparente equilibrio familiar ( Bruch, 1973; Madanes, 1982; Selvini, 1978).

Las primeras orientaciones consideraban a la familia como responsable del desarrollo del TCA. No obstante, a través de los años, se ha mostrado que no existe un patrón único para estas familias (Kog y Vandereycken, 1989; Steiger, Stotland, Trottier y Ghadirian, 1996), que las características disfuncionales y patológicas que señalaban no son exclusivas de las familias que padecen estos trastornos. Estos resultados impulsaron al desarrollo de modelos más amplios, como la perspectiva multifactorial (Cervera, 1996; Toro y Vilardell, 1987; Williamson, 1990) donde la familia aparece como

un factor común que contribuye a la comprensión de dichos trastornos mediante la explicación de diferentes vías de influencia familiar.

A partir de 1980 aparece la denominada “segunda generación” de terapeutas de familia, que integra elementos de los diferentes modelos y utiliza de forma más flexible y pragmática conceptos y estrategias procedentes de diversas escuelas de terapia familiar. Una de ellas es la Terapia Interpersonal que fue descrita por Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron en 1984 como una terapia con un enfoque pluralista. Es una terapia focal, que enfatiza en las relaciones interpersonales del paciente aunque reconoce también el papel de los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad en la génesis de la psicopatología (Fernández-Liria, Rodríguez, Diéguez, González y Morales, 1997; Lipsitz, Markowitz, Cherry y Fyer, 1999). La terapia Interpersonal tuvo su origen con el manual de psicoterapia interpersonal de la depresión (Klerman, Wissman, Rousanville y Chevron, 1984). En los TCA, existe un protocolo para aplicar terapia interpersonal a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria (Lecina y Solé, 2003). Los objetivos son ayudar a las familias a favorecer las relaciones interpersonales padres-hijos con el fin de que se mejore, a su vez, el TCA. En las sesiones se trabaja aspectos como el desarrollo de un patrón de comunicación más saludable, la expresión de afectos y estrategias de resolución de problemas.

Más recientemente, se han desarrollado programas psicoeducativos grupales, impartidos de forma independiente al tratamiento del paciente. Los programas psicoeducativos suelen basarse principalmente en la formación sobre la enfermedad (síntomatología, etiología, entre otros) para facilitar la comprensión de las conductas del paciente. También hay dos programas que han ido dirigidos principalmente a enseñar habilidades de resolución de problemas (Uechara, Kawashima, Goto, Tasaki y Someya, 2001) y han conseguido una reducción en los niveles de ansiedad y de la emoción expresada de los familiares así como la patología alimentaria de los pacientes, o de habilidades de comunicación, con resultados favorables en la adquisición de estas habilidades así como la disminución del impacto negativo de la experiencia de cuidado, y de la emoción expresada (Sepúlveda, López, Todd, Whitaker y Treasure, 2008).

Diferentes autores consideran que los grupos de padres son de gran utilidad para lograr una implicación familiar positiva en el tratamiento y ayudar a los familiares a enfrentarse con las emociones y problemas provocados por el trastorno del hijo (Vandereycken, Castro y Vardenlinden, 1991). Según estos autores los grupos de padres ayudan a aspectos tan diversos como a adquirir información sobre la enfermedad, reducir la ansiedad, aumentar los sentimientos de sentirse entendidos y

apoyado, aumentar la posibilidad de aprender unos de otros y promover el desarrollo de habilidades de comunicación.

Teniendo en cuenta por tanto la importancia del papel de la familia y su implicación en el tratamiento, este trabajo presenta un programa de intervención para familiares de pacientes con un TCA que trata de proporcionar herramientas y fomentar el desarrollo de habilidades interpersonales basado en la terapia interpersonal y los programas psicoeducativos.

### **Objetivo general**

Proporcionar información sobre el TCA y fomentar el desarrollo de habilidades interpersonales en un grupo de familiares de pacientes con un TCA.

### **Objetivos específicos:**

- Al finalizar el programa los familiares serán capaces de:
  - Explicar las características principales de los TCA: causas, consecuencias, factores de mantenimiento y etiología.
  - Establecer una relación entre el TCA y el contexto interpersonal.
  - Elogiar y expresar sentimientos positivos y de afecto hacia la paciente.
  - Identificar, expresar y autogestionar las emociones.
  - Reconocer los distintos estilos de comunicación.
  - Identificar su estilo de comunicación en sus relaciones interpersonales y en concreto con el paciente.
  - Aplicar las diferentes técnicas de comunicación y modificar patrones de comunicación agresivo/pasivo.
  - Aplicar la escucha activa.
  - Poner en práctica estrategias de resolución de conflictos y aplicar las estrategias a los problemas que pueden estar teniendo cada familia.

### **Método**

#### *Participantes*

La intervención está dirigida a familiares de pacientes con un TCA pertenecientes a la Unidad Hospitalaria de Trastornos Alimentarios (UHTA) del Hospital Universitario de San Juan en Alicante que acuden en busca de ayuda y/o tratamientos para sus hijos, derivados de Atención Primaria. La intervención se hará a un total de 12 familiares.

### *Evaluación*

Se administrará a cada familiar al iniciar y finalizar el programa “Family Questionnaire” (Wiedemann, Rayki, Feinstein y halhweg, 2002). Es un cuestionario que evalúa la emoción expresada de los familiares hacia el paciente. Está basado en la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI; Vaughn y Leff, 1976) que mide los componentes de la emoción expresada de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Consta de veinte ítems distribuidos igualmente en dos subescalas: “Comentarios Críticos” y “Sobreimplicación Emocional”, y usa una escala de respuesta Likert de 4 puntos desde 1= “muy raramente” a 4= “frecuentemente”. Los “Comentarios Críticos” hace referencia a los comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho. Por otro lado, la “Sobreimplicación Emocional” hace referencia a las respuestas emocionales exageradas, a la dedicación y sacrificio inusual, a la sobreprotección que se considere inadecuada para la edad del paciente y a la incapacidad para mantener un límite entre la existencia del familiar y la del paciente. El FQ posee adecuadas propiedades psicométricas y ha sido adaptado a la población española por Sepúlveda, Rodríguez, Anastasiadou, Graell y Vaz (2014).

Por otro lado, para evaluar la aceptación y satisfacción de las sesiones por parte de los familiares se utilizarán dos medidas. Por un lado, se registrará la asistencia a las sesiones (tasa de participación) y se calculará la tasa de respuesta a las evaluaciones en forma de porcentaje. Por otro lado, los familiares rellenarán tras la última sesión un cuestionario de 9 ítems diseñado para medir el grado de satisfacción con el programa. Se valorará el grado de satisfacción, a través de una escala que va desde “nada satisfecho” hasta “muy satisfecho”, contenidos específicos recibidos clasificados en 5 ítems ver en el anexo 6.

### **Desarrollo del programa**

El programa consta de diez sesiones grupales que se llevarán a cabo durante un tiempo de siete meses con una duración de una hora y media por sesión. Los primeros tres meses las sesiones tendrán una frecuencia quincenal y los cuatro siguientes mensual. Los familiares serán evaluados al inicio de la intervención, al final de la intervención y en un seguimiento a los cuatro meses de la finalización de tratamiento.

Los participantes firmarán el consentimiento informado con las normas del grupo, que incluye la confidencialidad de los temas tratados y el respeto por la intimidad del resto de participantes.

## Sesiones

### **Sesión 1. Presentación.**

*Objetivo.*

Presentar el contenido del programa y a los integrantes del grupo.

Realizar primera evaluación.

*Materiales.* Una pelota y los cuestionarios de evaluación.

*Procedimiento.*

La sesión se inicia presentándose el profesional, en este caso un psicólogo, y se introducirá una dinámica grupal para romper el hielo. La actividad se llama “La pelota preguntona” y se basa en que los participantes harán un círculo en el que tendrán que pasarse una pelota y al mismo tiempo que van presentándose al grupo uno a uno: se dice el nombre y algo que les guste hacer en sus ratos libres. Una vez realizada la actividad, los padres describirán lo que les ha motivado a buscar el tratamiento y la historia reciente de su condición como padres de una hija con TCA. Posteriormente, se realizará una pequeña introducción al programa. Se hablará de los aspectos que se abordarán a lo largo de las sesiones. Se enfatizará en la importancia de no centrarse tanto en el trastorno ni en el reproche de “si como o no come mi hija”, si no en mantener una buena relación entre padres e hijos. Es por ello que se va a trabajar en el desarrollo de habilidades interpersonales. Al final de la sesión se pasará los siguientes test de evaluación “Family Questionnaire” (Wiedemann, Rayki, Feinstein y Halhweg, 2002).

### **Sesión 2. Conocer el trastorno**

*Objetivo.* Explicar las características principales de los TCA: causas, consecuencias, etiología, factores de mantenimiento y prevalencia.

*Procedimiento.*

Se inicia la sesión con una breve presentación de cada miembro del grupo “madre o padre de...”, haciendo que comenten qué saben sobre los TCA. Una vez finalizado el debate, ayudándonos de un power point, primero, se hablará sobre la enfermedad de manera muy genérica y resumida. Aspectos como los criterios para el diagnóstico. Se tratará la prevalencia, epidemiología, curso y pronóstico. Posteriormente, los padres expondrán los aspectos de la salud que les preocupan de sus hijos y qué causas piensan

que determina el trastorno. El profesional explicará las consecuencias y las causas del trastorno, considerando el TCA una patología multicausal (Lask y Frampton, 2011, Toro, 1996). Posteriormente, los familiares discutirán qué explicaciones ofrecen ellos al mantenimiento de la enfermedad y si han observado cambios en los síntomas a lo largo del tiempo. El profesional explicará el modelo transdiagnóstico descrito por Fairburn en 2003. Según este modelo, hay cuatro mecanismos adicionales, mantenedores de los trastornos alimentarios, son: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales. Se irán ofreciendo explicaciones basadas en modelos biopsicosociales para ayudar a entender el mantenimiento de los síntomas de sus hijos (Toro y Vilardell, 1987). Por último, se finalizará debatiendo en qué aspectos puede influir la familia en el TCA.

### **Sesión 3. Los TCA y el contexto interpersonal**

*Objetivo.* Establecer una relación entre el TCA y el contexto interpersonal

*Procedimiento.*

Se iniciará la sesión realizando un debate sobre cómo consideran los familiares que son sus relaciones con sus hijas. Cada familiar expondrá las relaciones presentes y pasadas con sus hijos e intentará ver si hay algún tipo de relación con los síntomas del TCA. Por ejemplo, si en los momentos que ha habido alguna discusión los síntomas del familiar han empeorado. Posteriormente los familiares deberán indicar qué habilidades piensan que pueden favorecer una mejor relación con su entorno familiar. Para ello, cada participante saldrá a la pizarra y escribirá una habilidad que considere importante. Será primordial recalcar la importancia de mejorar las relaciones con los hijos más que poner la mirada en el trastorno. Por otro lado, se analizarán las expectativas del familiar hacia la paciente y si están siendo satisfechas. Cada familiar deberá escribir en una columna qué expectativas tenían hacia sus hijas antes de tener la enfermedad y en otra columna cuáles son las expectativas actuales que han sido y están siendo satisfechas. Tareas para casa. Se les plantean que traigan por escrito los cambios que desearía en las relaciones con su hijo. Identificar las áreas más problemáticas de las relaciones con los pacientes.

### **Sesión 4. Elogiar y expresar sentimientos de afecto.**

*Objetivos.* Elogiar y expresar sentimientos positivos y de afecto hacia la paciente.

*Procedimiento.*

La sesión se iniciará comentando la tarea que se propuso realizar para casa. Después se hablará de la importancia en las relaciones con los hijos de fomentar una autoestima saludable, para ello el saber expresar afecto y sentimientos positivos es clave. Se

trabajar los tipos de mensajes que son tóxicos para las relaciones y para la autoestima y los tipos de mensaje que son fortalecedores (anexo 1). Después se reflexionará sobre los sentimientos de los familiares de los participantes que pueden estar expresando. Para ello cada familiar debe recordar cuatro situaciones donde su hijo haya expresado un afecto positivo hacia el familiar. Una vez recordada la situación se reflexionará en grupo sobre las siguientes cuestiones. ¿Cómo reaccionaste? ¿Cambiaría su comportamiento? ¿Qué sentimientos de su hijo le cuesta reconocer? ¿Cómo reacciona cuando su hijo expresa una emoción de afecto?

Tareas para casa: Registro de un elogio diario hacia la hija haciendo referencia a sus cualidades físicas, personales y/o habilidades, expresando sentimientos personales.

### **Sesión 5. Las emociones**

*Objetivo.* Identificar, expresar y autogestionar las emociones.

*Procedimiento.*

La sesión se iniciará con una pequeña introducción explicando qué son las emociones, cuáles son las emociones básicas y qué valor adaptativo tiene cada una. Al mismo tiempo los familiares deberán rellenar una ficha con cada una de las cuestiones comentadas antes (Anexo 2). Además se les pondrá un fragmento (del minuto cero al treinta) de Redes sobre las emociones “¿Para qué sirven las emociones?”. Una vez finalizada la actividad, cada participante deberá sentarse cómodamente en círculo. Después tendrá que pensar en una situación con su hija que le haya generado una emoción (ira, asco, rabia, miedo o tristeza). A continuación uno de los participantes voluntariamente deberá salir al centro del círculo para compartir la experiencia con sus compañeros, simultáneamente el resto deberá pensar en su propia situación. El procedimiento es el siguiente: hay cinco cartulinas que se colocarán en el suelo en las que pone “veo/escucho”, “pienso”, “siento”, “necesito” y “estrategias” respectivamente. El participante voluntario pensará en una situación que le haya producido una de las emociones comentadas anteriormente. Deberá especificar dicha situación, luego irá avanzando sobre las cartulinas. En la siguiente cartulina deberá describir que estaba pensando en esa situación, luego que sentía y por último, qué estrategias utilizó para afrontarla.

Se mandan tareas para casa. La tarea se llama “Las cartas para no enviar” (Progoff, 1975). Consiste en sugerirle al familiar que escriba una carta a su hija describiendo una situación problemática y a la que, por diversos motivos, no puede expresarle lo que le ocurre con ella. Es importante que de rienda a los diferentes pensamientos y sentimientos que le surjan al escribir y que escriba de manera espontánea, sin

miramientos por la sintaxis o caligrafía. Se aclara que la carta no se le entregará al familiar.

### **Sesión 6 Estilos de comunicación.**

*Objetivo.* Reconocer los diferentes estilos de comunicación e identificar su estilo de comunicación de los familiares en la relación con sus hijos.

*Procedimiento.*

La sesión se iniciará hablando de los diferentes estilos de comunicación: estilo pasivo, agresivo y asertivo. Se dará una ficha (anexo 3) donde se describe cómo es el contacto visual, el lenguaje corporal, el mensaje, características de la voz y los gestos faciales en los diferentes estilos. Se podrán diferenciar diferentes situaciones de estilos de comunicación y deberán decir qué tipo de estilo se está utilizando. Después se dividirán en grupos de tres personas donde cada uno utilizará un tipo de estilo de comunicación que se deberá representar al resto de compañeros. Al finalizar cada representación los compañeros que observan tendrán que averiguar qué estilo de comunicación desempeñaba cada miembro.

Tareas para casa: Observar los estilos de comunicación en sus respectivas relaciones familiares.

### **Sesión 7. Una comunicación sana.**

*Objetivo.* Aplicar las diferentes técnicas de comunicación y modificar patrones de comunicación agresivo /pasivo.

*Procedimiento.*

La sesión se iniciará revisando la actividad de identificación de los estilos de comunicación en la relación con su hija. Se trabajarán los ejemplos personales identificados por cada miembro y se darán pautas para modificar el estilo de comunicación si no ha sido el asertivo. Se explicarán algunas técnicas de la comunicación asertiva (anexo 4). Una vez explicadas, se trabajará el saber recibir y realizar críticas. Para ello se recordará una situación con su hijo que haya producido una discusión. El primer paso será describir la situación. A continuación, se les proporcionará claves para afrontar esta situación de manera adecuada, se valorará el efecto objetivo que es describir lo que sucede y el efecto subjetivo que es describir cómo me siento. El siguiente paso es responsabilizarse del problema y entender al otro. Ejemplo: “entiendo que es difícil...”. Después se buscan alternativas, ejemplo: “Me gustaría que...” “Lo más adecuado sería...”. Reforzar el cambio. Y por último, avisar de las consecuencias, advertir de lo que el sujeto se pierde (consecuencias positivas) por no hacer.

## **Sesión 8. La escucha activa**

*Objetivo.* Aplicar la escucha activa.

*Procedimiento.*

Se inicia la sesión hablando de que en la adolescencia la comunicación de los padres con los hijos debe ir orientada a la comprensión, la empatía, la escucha activa y no desde el reproche (Alonso y Román, 2005). Por lo tanto, se va a trabajar mediante una actividad el mejorar la escucha activa. Primero se describirá cómo podemos mejorar la escucha activa (anexo 5) para posteriormente realizar una dinámica grupal. Además también se explicará que es EL “Mensaje YO”, como su nombre indica, se envía “en primera persona”. Es lo que una persona siente (“Yo me siento mal”), así como de las opiniones (“Opino que...”) y deseos y preferencias que se tienen (“Me gustaría que...”). La esencia de este tipo de mensajes, al contrario que los mensajes tú, es saber hablar por uno/a mismo/a, sin atribuir al otro/a tus opiniones, sentimientos o cambios de conducta. Es un mensaje sumamente respetuoso en opiniones y deseos sin evaluar o reprochar la conducta de los demás. A continuación se realizarán dos actividades para practicar lo enseñado.

La primera dinámica se llama “El espejo hablado”. Los participantes se ponen cómodamente mirándose cara a cara. Una habla. Puede ser conveniente que hable de cosas interesantes, preocupantes, o simplemente relatar lo que recuerda de su niñez. La persona decide que quiere contar. La otra escucha. Mira a la persona que habla. Pone atención a todo lo que dice. Se olvida de sí misma. La persona que escucha deberá practicar lo trabajado en la ficha. Lo puede hacer una pareja delante del grupo pero es muy importante que todas las participantes hagan esta actividad en algún momento. Duración aproximada de un minuto cada vez. Posteriormente se hará una reflexión sobre las siguientes cuestiones: ¿Qué os parece? ¿Qué sensaciones habéis tenido? ¿Qué dificultades había? ¿Se ha mantenido la mirada?, ¿Ha habido retroalimentación por parte del compañero que está escuchando? ¿Cómo lo hacían?, ¿Se ha utilizado la comunicación no verbal? ¿Cuándo?, y ¿Se ha utilizado el tono de voz adecuado?

La segunda actividad consiste en que cada participante tiene que decir tres mensajes “YO” siguiendo las pautas explicadas.

Actividades para casa: durante la semana expresar a nuestra hija tres mensajes “yo”.

## **Sesión 9. Resolución de conflictos.**

*Objetivo.* Poner en práctica estrategias de resolución de conflictos y aplicar las estrategias a los problemas que pueden estar teniendo cada familia.

### *Procedimiento.*

En esta sesión se introduce la información sobre técnicas para la resolución de conflictos. Se iniciará la sesión definiendo qué es un conflicto. Reflexionar acerca de cómo se presentan los conflictos en el grupo familiar. Se definen los tipos de conflicto, los componentes del conflicto y se explican las etapas para la resolución de los conflictos. Dinámica: Se dividirán en grupos de cuatro. Cada subgrupo elaborará un cuento cuyos protagonistas serán los miembros de un grupo familiar, su nudo será un conflicto familiar y su desenlace la resolución de ese conflicto. Por último, la puesta en común: cada subgrupo leerá el cuento en la reunión plenaria y luego se desarrollará un espacio de reflexión grupal, a partir de las siguientes preguntas: - ¿Qué tipo de conflicto se muestra en el cuento? - ¿Cómo se involucran sus personajes? - ¿Qué siente cada uno de los personajes desde su compromiso con el problema? El conflicto ¿se resolvió en forma democrática? ¿Por qué?

Tareas para casa: Consistirá en identificar durante la semana alguna situación de conflicto, poniendo atención a las propias reacciones para enfrentarlo, e intentar aplicar las nuevas herramientas adquiridas en la sesión. Traerlo por escrito.

### **Sesión 10. Despedida y conclusión**

#### *Objetivos.*

- Mantener el nivel de relación alcanzado y afianzarlo reforzando todos los progresos.
- Despedir al grupo.

#### *Procedimiento.*

La sesión se iniciará comentando si ha habido algún conflicto y cuál ha sido el modo de afrontarlo y resolverlo. Valorar si los padres han cambiado el patrón de comunicación y revisar las tareas de resolución de conflictos. Además, se alentará a las familias a que funcionen por ellas mismas respecto al manejo del conflicto tal como lo están haciendo actualmente y mantengan en la práctica lo aprendido en las sesiones. Para finalizar, se volverá a hacer la misma actividad del comienzo de las sesiones "La pelota preguntona" pero esta vez deberán contar qué aspectos les ha aportado las sesiones y que aspectos mejorarían.

Por último, se volverá a pasar la encuesta y los cuestionarios pertinentes del comienzo de las sesiones para ver la evolución.

### **Conclusión**

Como se ha señalado en la introducción, la familia no es un factor causal de los TCA, sin embargo, las dinámicas familiares que se adoptan cuando el problema se

instaura se pueden convertir en un factor mantenedor del trastorno. Durante muchos años se le ha dado importancia al tratamiento de los TCA centrándose en los síntomas, incluso la familia de los afectados se centraban en la alimentación, la dieta, la cantidad y la calidad de los alimentos, las críticas sobre el aspecto físico, y todo ello, junto con la negación de la enfermedad por parte del paciente va provocando unos estilos de comunicación agresivos, de competitividad entre padres e hijos, en donde las discusiones son tan habituales que llegan a convertirse en el pilar de las relaciones. Se va creando un ambiente conflictivo casi permanente, disputas continuas que no suelen alcanzar el objetivo de cambiar la conducta del paciente, sino que provocan por lo general más disputas, más insatisfacciones, con lo que se favorece el mantenimiento de los síntomas, creándose un círculo vicioso. Debido a todo esto, este trabajo ha intentado no centrar su atención en la conducta alimentaria, sino centrarla en el cambio de las relaciones interpersonales en la familia a través de una mejora de las habilidades interpersonales, cambiar los patrones de comunicación, expresar sentimientos positivos desarrollar estrategias de resolución de conflictos, etc, anteponiendo a la exclusiva fijación de los padres por conocer cómo deber comportarse ante las conductas restrictivas y/o bulímicas de sus hijas.

Respecto a la originalidad del trabajo se podría destacar que a pesar de existir programas de intervención con familiares con TCA, muchos de ellos psicoeducativos, algunos combinando éstos con entrenamiento en solución de problemas y el desarrollo de habilidades de comunicación y otros de terapia interpersonal. No obstante, este programa aporta tanto aspectos psicoeducativos como de la TIP.

Por último, aspectos que serían interesantes de plantear para futuras intervenciones sería realizar un programa que incluyese a la paciente para poder tener en cuenta su vivencia del trastorno y para poder mejorar el posible déficit de habilidades interpersonales que puede estar padeciendo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alonso, J. y Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17, 76-82.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. Londres: Academic Press.
- Dare, C. (1993). Aetiological models and the psychotherapy of psychosomatic disorders. En M. Hodes y S. Morey (Eds.), *Psychological treatments in disease and illness*. London: Gaskell.
- Fairburn, C. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fernández Liria, A., Rodríguez, B., Dieguez, M., González, N. y Morales, N. (1997). La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17, 627- 648.
- Ferrero, M., Huertas, D. y Núñez, M (2004). Trastornos de la conducta alimentaria. En L. Chamorro (Ed.), *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria* (pp 120-140.). Barcelona, España: Ars Médica.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D (1985). *Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia*. Nueva York: Guilford Press.
- Guerrero, D. y Barjau, J. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla A, (Ed.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (pp.15-9). Barcelona: Masson.
- Hall, A. y Crisp, A. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 151, 185-191.
- Klerman, G., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
- Lecina, M. y Solé, J. (2003). Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con TCA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 67-78.

- Le Grange, D., Binford, R. y Loeb, K. (2005). Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 41-46.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S., y Fyer, A.J. (1999). Open study on interpersonal therapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1814-1816.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrotú.
- Kog, E. y Vadereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorders patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11-23
- Milena, E. (2005). *Escuela de Padres: Su Organización y Dinámica*. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Londres: Harvard University Press.
- Morande, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Barcelona: Temas de hoy.
- Pastor, Y. (2006). *Psicología social de la comunicación: aspectos básicos y aplicados*. Madrid: Pirámide.
- Progoff, I. (1975). *At a Journal Workshop. Writing to Access the Power of the Unconscious and Evoke Creative Ability*. New York: Penguin Putnam Inc.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos de alimentación*. Madrid: Pirámide.
- Rtve (2005). *¿Para qué sirven las emociones?* [Vídeo]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=bUjD0pWe6xk>.
- Silverman, J. A. (1985). Limner of anorexia nervosa: his life and times. A tercentary essay. *Journal Psychiatric Research*, 19, 83-89.
- Selvini, M. (1978). *Self-starvation: From the intraphysique to the transpersonal approach*. Londres: Chaucer
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W. y Treasure, J. (2008). An Examination of the Impact of Maudsley Eating Disorder Collaborative Care Workshops on the Well-Being of Family Members: A Pilot Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 584-591.
- Sepúlveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D. y Treasure, J. (2009). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following a skills training programme. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 603-610.

- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J. y Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 147-157.
- Stierlin, H., y Weber, C. (1989). *Detrás de la puerta familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Uehara, T., kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. I. y Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Psychiatry*, 42, 132- 138.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 65-279.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: PMA Publishing Corporation.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The measurement of Expressed Emotion in the families of psychiatric patients. *The British Journal of Psychiatry*, 15, 157-165.

## ANEXOS 1: CONSEJOS SOBRE LOS ELOGIOS

**Use elogios de tercera mano.** Los elogios de tercera mano pueden ser muy efectivos. Estos elogios ocurren cuando una persona le dice a otra sobre el buen comportamiento del hijo en presencia de este. Por ejemplo, cuando uno de los padres llega a casa del trabajo, el otro de los padres habla sobre el buen comportamiento de su hijo durante el día

**Evita los elogios ambiguos.** Es importante evitar el uso de elogios ambiguos. Por ejemplo, no es bueno decirle algo como “Bien hecho; ¿por qué no lo haces más seguido?”

**Haga nota del buen comportamiento en lugar del malo.** El punto más importante es que los padres hagan saber a sus hijos que aprecian el buen comportamiento y que también notan cuando se portan mal.

**Sea específico.** Cuando los padres elogian a sus hijos, a menudo es bueno decirles exactamente porqué se le elogia. Por ejemplo “Qué bien hiciste al no interrumpir cuando estaba hablando por teléfono. Gracias.”

**Describe los efectos de los esfuerzos de su hijo(a) sobre otras personas.** Cuando los hijos oyen frases de estímulo como “Aprecio tu ayuda cuando pones la mesa para el almuerzo” o “Fuiste un buen amigo al ayudar a Carolina cuando se cayó,” estos comentarios les ayudan a sentirse bien con respecto a sus esfuerzos. El efecto que tienen sobre otras personas y no el elogio de usted se convierte en el elemento motivador.

**Evite comparar a su hijo con otro.** Decirle a su hijo “Eres el que ha sacado mejor nota” puede tener la intención de felicitar sus esfuerzos, pero ¿qué les dice a los otros niños esa afirmación? Una manera mejor de estimular al niño sin herir a otros sería decir, “te felicito por haber sacado muy buena nota”

## ANEXO 2: LAS EMOCIONES

Emoción	¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?	¿Qué valor adaptativo ejerce?
Ira			
Asco			
Miedo			
Tristeza			
Alegría			

### ANEXO 3: ESTILOS DE COMUNICACIÓN

#### Pasivo

Elementos verbales	no	Elementos paraverbales	Elementos verbales
Mirada huidiza		Fluidez verbal escasa y muy entrecortada	Contenido condicional
Sonrisa mínima y tensa		Tono tendiendo a la monotonía	Atención personal escasa
Postura distante y contraída		Fluidez verbal escasa y muy entrecortada	Formula pocas preguntas
Orientación ladeada		Velocidad rápida	Responde a preguntas sin extenderse
Distancia amplia y nulo contacto físico		claridad escasa	
Gestos escasos		Tiempo del habla escaso	
Automanipulaciones abundantes		Pausas largas y silencios abundantes	
Movimientos nerviosos con manos y piernas abundantes			

#### Agresivo

Elementos verbales	no	Elementos paraverbales	Elementos verbales
Expresión facial seria		Volumen de voz elevado	Contenido imperativo y amenazador
Mirada directa, fija		Tono tendente a monótono por lo alto	Atención personal escasa o nula
Muy pocas sonrisas		Haba fluida	Abundantes “tacos” y palabras malsonantes
Postura intimidatoria (por mirada, distancia y orientación)		Velocidad rápida	Lenguaje machista, sexista y homófobo
Orientación enfrentada		Tiempo de habla excesivo (desproporcionado)	Al preguntar enlaza muchas preguntas a la vez
No respeta las distancias		No hace pausas ni silencios	Contesta sin relación a la pregunta
Gestos abundantes y amenazadores		Latencia de respuesta muy rápida	

## Asertivo

<b>Elementos no verbales</b>	<b>Elementos paraverbales</b>	<b>Elementos verbales</b>
Expresión facial amistosa	Volumen conversacional	Contenido directo que expresa personalmente
Contacto ocular directo	Entonación variada que resulta agradable	Atención personal abundante
Sonrisa frecuente	Fluidez verbal adecuada	Presencia de halagos y refuerzo verbal
Postura erguida 5	Claridad adecuada	Formula preguntas variadas
Orientación frontal	Tiempo de habla proporcional a los participantes	Responde a las preguntas según la formulación de las mismas (abiertas o cerradas)
Distancia adecuada con posibilidad de contacto físico	Pausas y silencios adecuados	
Gestos firmes pero no bruscos, acompañando el discurso	Latencia de respuesta suficiente	
Manos sueltas		



## ANEXO 4: TÉCNICAS DE ASERTIVIDAD

Las técnicas que se describen a continuación son fórmulas que han demostrado ser efectivas para vencer dichas estratagemas y que sirven perfectamente en las relaciones interpersonales de todos los jóvenes en sus situaciones cotidianas.

**Técnica del disco roto.** Repita su punto de vista con tranquilidad, sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes (Sí, pero... Sí, lo sé, pero mi punto de vista es... Estoy de acuerdo, pero... Sí, pero yo decía... Bien, pero todavía no me interesa).

**Técnica del acuerdo asertivo.** Responda a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona. (Sí, me olvidé de la cita que teníamos para comer. Por lo general, suelo ser más responsable).

**Técnica de la pregunta asertiva.** Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá utilizar en su argumentación. (Entiendo que no te guste el modo en que actué la otra noche en la reunión. ¿Qué fue lo que te molestó de él? ¿Qué es lo que te molesta de mí que hace que no te guste? ¿Qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?)

**Técnica para procesar el cambio.** Desplace el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y usted, dejando aparte el tema de la misma. (Nos estamos saliendo de la cuestión. Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas. Me parece que estás enfadado).

**Técnica de la claudicación simulada (Banco de niebla).** Aparente ceder terreno sin cederlo realmente. Muéstrese de acuerdo con el argumento de la otra persona pero no consienta en cambiar de postura (Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso. Quizá no debería mostrarme tan duro, pero...).

**Técnica de ignorar.** Ignore la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplase la discusión hasta que éste se haya calmado (Veo que estás muy trastornado y enojado, así que ya discutiremos esto luego).

**Técnica del quebrantamiento del proceso.** Responda a la crítica que intenta provocarle con una sola palabra o con frases lacónicas (Sí... no... quizá). ▪ Técnica de la ironía asertiva. Responda positivamente a la crítica hostil (Gracias...).

**Técnica del aplazamiento asertivo.** Aplase la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente. (Prefiero reservarme mi opinión al respecto... No quiero hablar de eso ahora)

## ANEXO 5: TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA

Mediante las técnicas de escucha activa del lenguaje no verbal, utilizando el lenguaje de nuestro cuerpo, conseguimos que nuestro interlocutor se dé cuenta que le mostramos atención, que le escuchamos activamente. Estas técnicas son:

- **Mirada:** la mirada fija sobre el rostro de nuestro interlocutor, a ser posible sus ojos, sin bajar la línea de la base de la nariz. Mirar a los labios o más abajo puede molestar. Si observamos que la mirada fija molesta al otro
- **Asentir con la cabeza:** nuestro interlocutor interpretara que le escuchamos, que le entendemos, que le prestamos atención.
- **Refuerzo positivo corporal:** encarar completamente el cuerpo hacia el suyo. Evitar girar la cabeza. Cuando escuchamos, lo hacemos desde una posición adelantada, avanzando todo el cuerpo desde la cintura. Al hablar, recuperamos la posición.
- **Parafrasear:** pequeños resúmenes con las propias palabras mostrando interés y ganas de verificar si se está entendiendo.
- **Resumir:** hacer resúmenes durante la conversación para asegurarnos que, por ambas partes, vamos jugando un eficaz papel de emisor-receptor.

En la escucha activa caben los siguientes comportamientos:

Verbal	No verbal
Preguntas aclaratorias abiertas	Mirar a los ojos
Reflejar	Gestos de asentimiento
Parafrasear	Gestos de acompañamiento
Reformular	Postura abierta y hacia la persona que habla
	Espacio adecuado ante un tema importante.

## ANEXO 6: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### FQ: Cuestionario Familiar.

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

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

Cuando él/ella quiere constantemente algo de mí, me molesta				
Es una persona importante en mi vida				
Tengo que insistir que él/ella se comporte de forma diferente				
He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarle/la.				
Estoy a menudo enfado con él/ella				

## Cuestionario para evaluar la satisfacción de las sesiones

Por favor, indique para cada afirmación el grado de satisfacción:

	Nada satisfecho	un poco satisfecho	Muy satisfecho
Siento que he aprendido las características principales de los TCA.			
Siento que sé identificar y expresar adecuadamente mis emociones			
Considero que sé autoregular mis emociones			
Me considero capaz de expresar elogios a mi hija con más facilidad que antes			
Siento que soy capaz de expresar una crítica de manera asertiva.			
Siento que tengo estrategias para resolver cualquier conflicto			
Durante una conversación asientes dando a entender que te estás quedando con todo lo que el otro te quiere transmitir			
Considero que tengo un estilo de comunicación asertivo			
Considero que sé identificar qué estilo de comunicación tengo			

Valore del 0 al 10 el grado de acuerdo de las siguientes afirmaciones:

-Las sesiones eran lo que esperaba

- Cree que las sesiones serán útiles para mejorar su experiencia como cuidador.

-Siente que las sesiones le han proporcionado estrategias para mejorar la relación familiar.

