

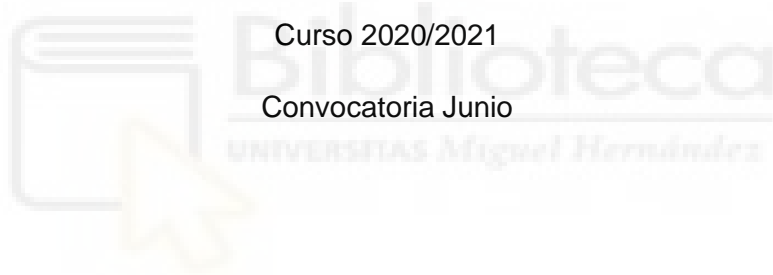


Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria Junio



Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título: Propuesta de Intervención con Enfoque Transdiagnóstico para Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

Autor: Joaquín Nicolás Álvarez Soria

Tutora: Silvia Melero Soriano

Elche a 30 de mayo de 2021

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Metodología.....	8
a. Descripción de la Intervención.....	8
b. Objetivos.....	8
c. Participantes.....	9
d. Instrumentos de evaluación.....	10
e. Descripción de las sesiones.....	12
i. Sesión 1.....	12
ii. Sesión 2.....	14
iii. Sesión 3.....	15
iv. Sesión 4.....	17
v. Sesión 5.....	18
vi. Sesión 6.....	19
vii. Sesión 7.....	20
viii. Sesión 8.....	22
ix. Sesión 9.....	24
4. Discusión y Conclusiones.....	25
5. Referencias Bibliográficas.....	28
6. Anexos.....	32
a. Anexo A.....	32
b. Anexo B.....	35
c. Anexo C.....	36
d. Anexo D.....	38
e. Anexo E.....	40
f. Anexo F.....	41
g. Anexo G.....	42
h. Anexo H.....	43
i. Anexo I.....	44
j. Anexo J.....	46
k. Anexo K.....	48
l. Anexo L.....	49
m. Anexo M.....	50
n. Anexo N.....	50
o. Anexo O.....	51

p. Anexo P.....	52
q. Anexo Q.....	53
r. Anexo R.....	54
s. Anexo S.....	56
t. Anexo T.....	57
u. Anexo U.....	58
v. Anexo V.....	59
w. Anexo W.....	60
x. Anexo X.....	62
y. Anexo Y.....	63
z. Anexo Z.....	64
aa. Anexo AA.....	65
bb. Anexo BB.....	66
cc. Anexo CC.....	67
dd. Anexo DD.....	68



Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un programa de intervención para los trastornos de conducta alimentaria (TCA) con un enfoque transdiagnóstico. Tras la revisión detallada del modelo explicativo cognitivo-conductual, se ha llegado a la conclusión de que los TCA surgen debido a diferentes mecanismos mantenedores. Estos mecanismos son: intolerancia emocional, baja autoestima, perfeccionismo clínico y dificultades personales, aunque no todos ellos tienen el mismo nivel de implicación en la formación del trastorno. Por lo tanto, la intervención planteada tiene como objetivos específicos modificar los pensamientos irracionales sobre la apariencia física, alimentación y ejercicio físico, disminuir la intolerancia emocional, aumentar la autoestima, disminuir el perfeccionismo clínico, y disminuir las dificultades interpersonales. Por otra parte, se ha decidido utilizar un formato grupal por los beneficios que conlleva para la eficacia del tratamiento y la adherencia terapéutica del mismo. Se realizará una entrevista semiestructurada antes del comienzo de la intervención. El programa constará de 9 sesiones con una periodicidad semanal con una duración de entre 90 y 120 minutos. Las variables se medirán antes y después de la aplicación del programa. Por último, se espera que la intervención presente una elevada eficacia, en comparación con el resto de tratamientos que se utilizan actualmente. Asimismo, se espera que la implementación del mismo implique aspectos positivos para los/as profesionales sanitarios, tales como la esperable eficacia del programa y la economización de recursos provocada por el formato grupal que presenta.

Palabras clave: trastornos de conducta alimentaria (TCA), enfoque transdiagnóstico, intolerancia emocional, baja autoestima, perfeccionismo y dificultades interpersonales.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema cada vez más común en las sociedades occidentales actuales. Se suelen presentar en mayor medida en mujeres jóvenes y adolescentes (Rojo et al., 2015), debido posiblemente a la elevada presión social que se ejerce sobre ellas, en comparación con el resto de la población general, en relación con los cuerpos delgados y el bajo peso que tendrían que supuestamente tener. Esto puede provocar una insatisfacción corporal, que sería a su vez el factor de riesgo principal para cualquier TCA. También se ha podido comprobar que esta insatisfacción, unida a síntomas depresivos y conductas alimentarias de riesgo (tales como atracones o excesivo ejercicio físico), pueden incrementar aún más la probabilidad de aparición de un TCA; mientras que para las personas que están satisfechas con su aspecto físico, el comportamiento repetido de ponerse a dieta es otro factor de riesgo (Berengüí et al., 2016; Stice et al., 2011).

La anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracones (TA) son los TCA más característicos. Los criterios que deben cumplir para que puedan diagnosticarse se exponen en el DSM V (APA, 2014). Respecto a su prevalencia, se estima que se encuentra alrededor del 13% en el conjunto de los TCA (Gómez-Candela et al., 2018), entre 0,9 y 1,7% para la AN, entre 1,1 y 2,9% para la BN (Olesti-Baiges, et al., 2008; Nagl et al., 2016), y 0,8% en hombres y 1,6% en mujeres en el TA (García-Palacios, 2014). No obstante, aún hacen falta mayor investigación al respecto. Los individuos con TCA se caracterizan por presentar conductas alteradas ante la ingesta de alimentos y/o aparición de conductas dirigidas al control del peso corporal (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). La AN tiene como características principales: evitación de mantener un peso mínimo adecuado, temor muy elevado a engordar y alteración en la percepción corporal propia, tanto en forma como en tamaño. En cuanto a la BN y el TA, se caracterizan por episodios de atracones recurrentes unidos a una sensación de falta de control sobre lo que se está ingiriendo. Sin embargo, la principal diferencia entre ellos es que la BN suele presentar tras la ingesta excesiva, conductas compensatorias para evitar una ganancia de peso (Rojo et al., 2015).

Es posible que estos TCA se presenten de manera simultánea a otras dificultades, a causa de que compartan los mismos procesos o dimensiones psicológicas, tal como el perfeccionismo en los TCA y en los trastornos de ansiedad. El enfoque transdiagnóstico se ha centrado en explicar por qué se presentan tantas comorbilidades, y ha llegado a la conclusión de que hay mecanismos asociados a diferentes trastornos que provocan y sustentan a los mismos (González-Pando et al., 2018; Gutner et al., 2016; Harvey et al., 2011).

Desde esta perspectiva, la teoría cognitivo-conductual ofrece una explicación con apoyo científico sobre los factores implicados en el mantenimiento de los TCA.

El enfoque transdiagnóstico describe que estos trastornos se mantienen debido a la sobrevaloración y control sobre las conductas alimentarias, forma y peso corporal. Las conductas derivadas podrían ser las estrictas dietas de reducción de alimento, los vómitos inducidos, ingesta de laxantes y diuréticos, el ejercicio físico en exceso, las comprobaciones y evitaciones de la forma corporal y peso, y la preocupación sobre la comida, forma física y peso. Sin embargo, se ha podido comprobar que ciertas características personales pueden interactuar con el mecanismo principal mantenedor. Estas son perfeccionismo clínico, intolerancia emocional, baja autoestima y dificultades personales, si bien no se deben presentar todas necesariamente (Fairburn et al., 2003).

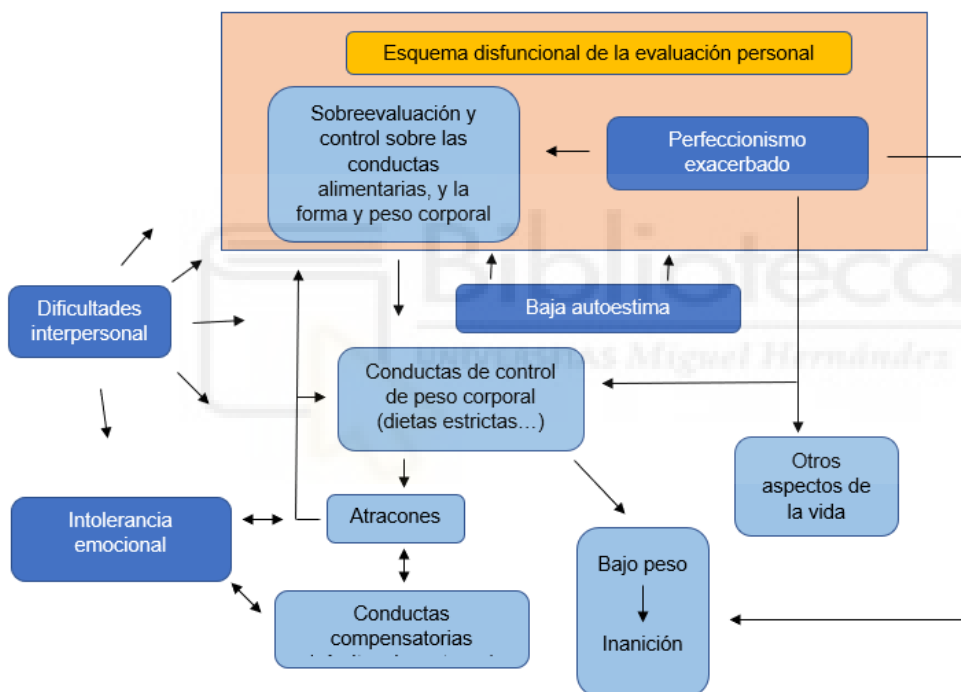


Figura 1. Representación esquemática de la teoría cognitivo-conductual del mantenimiento de los TCA (Fairburn et al., 2003).

No obstante, recientes estudios (Jones et al., 2020), indican que la baja autoestima y la intolerancia del estado de ánimo se asociarían directamente con los síntomas de TCA, mientras que el perfeccionismo se asociaría indirectamente con los síntomas de TCA a través de la autoestima y la intolerancia del estado de ánimo. En cuanto a las dificultades interpersonales, no se habría encontrado ninguna relación entre estas variables y los síntomas de TCA. Los autores comentan que la no relación entre las dificultades interpersonales y los síntomas podría deberse a que los instrumentos de medida entre los diferentes estudios fueron distintos, por lo que sería necesario realizar más estudios que clarificaran este aspecto.

Por otro lado, existen diferentes tratamientos psicológicos que han demostrado su eficacia para la intervención en esta problemática. Entre ellos destaca el “tratamiento basado en la familia” (TBF; Lock y Le Grange, 2015), que suele ser utilizado con adolescentes con AN, y la “terapia cognitivo-conductual mejorada” (TCC-M; Fairburn, 2008), con un enfoque transdiagnóstico, que parece funcionar correctamente tanto en adultos como adolescentes con cualquier TCA. No obstante, se necesita mayor investigación que avale los resultados obtenidos en diferentes edades, así como que comparen el TBF y la TCC-M (Dalle-Grave et al., 2021).

Más en detalle, el TBF (Lock y Le Grange, 2015) tiene una visión de la población adolescente, como personas controladas por el trastorno, y que por lo tanto necesitan ayuda externa que les dirija. Conseguir esta ayuda es el objetivo principal del tratamiento, y se pretende alcanzar mediante el control de los padres sobre las conductas alimentarias de los menores. Igualmente, el TBF se centra en que el o la menor vuelva a su peso anterior y que recupere actitudes adecuadas relacionadas con el mantenimiento del peso, y no tanto en los pensamientos que han podido desencadenar esa situación. Todo esto provoca que la responsabilidad del éxito o fracaso de la intervención recaiga en los padres, dejando al adolescente sin control de la situación. Sin embargo, esta terapia también ha traído aspectos interesantes, tales como: la importancia del apoyo familiar en el transcurso de la intervención, la evaluación de las comidas en el ámbito familiar, animar a los padres a involucrarse en la crianza de sus hijos o hijas, reforzar positivamente a los padres felicitándolos por las actitudes de crianza adecuadas, o trabajar con un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la psicología, enfermería y pediatría (Dalle-Grave, et al., 2019).

Por otra parte, los tratamientos transdiagnósticos, caracterizados por centrarse en los procesos psicológicos o vulnerabilidades centrales específicas que pueden originar o mantener la problemática, constituyen una estrategia eficaz para la intervención en los TCA (Fairburn et al., 2003; Jones et al., 2020). En esta línea, el TCC-M con enfoque transdiagnóstico (Fairburn, 2008), se basa en identificar al paciente como principal activo en el mantenimiento del trastorno, dándole el control y dejando a los progenitores como actores secundarios no esenciales. También identifica al trastorno como parte de la persona afectada, pudiendo generar una sensación de ansiedad y categorizándola como “enferma”. Además, el equipo de trabajo solo estaría formado por psicólogos o psicólogas, y no tendría en cuenta a otros profesionales. No obstante, también presenta detalles remarcables, como los siguientes: anima a los pacientes a participar activamente en el proceso de cambio y pensar en ello como una prioridad; prima la educación del TCA con relación a su inicio y mantenimiento; e identifica posibles señales del resurgimiento del TCA y enseña estrategias para lidiar con la situación, ayudando a prevenir posibles recaídas (Dalle-Grave et al., 2019).

Otro buen ejemplo de intervención con adolescentes desde un enfoque transdiagnóstico es el UP-A (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders In Adolescents), que se podría implementar para distintos trastornos emocionales, como trastornos de ansiedad o trastornos depresivos. Se centra en la regulación emocional, utilizando técnicas de intervención cognitivo-conductual, y está indicado para adolescentes que presentan varios trastornos emocionales o síntomas subclínicos de diversos trastornos emocionales (Sandín et al., 2019).

Asimismo, se recomienda la utilización de un formato grupal en los programas de tratamiento transdiagnóstico, debido a varios beneficios que puede acarrear, tales como: aumentar la prevención de recaídas, reducir la presión asistencial, y ofrecer la oportunidad de fomentar la cohesión y cooperación y poder poner en práctica una amplia variedad de habilidades sociales (González-Pando et al., 2018; Tchanturia y Sparrow, 2015).

Dicho todo esto, un tratamiento adecuado debería tener en cuenta un plan apropiado de psicoeducación, que implemente pautas para una buena alimentación. No obstante, también se debería tener en consideración ofrecer un planteamiento pertinente en cuanto a la realización de ejercicio físico, ya que se ha comprobado que está relacionado con el inicio y transcurso de los TCA (Berengüí et al., 2016). Asimismo, deben plantearse varios aspectos interesantes respecto al ejercicio que han demostrado ser efectivos, como: adoptar un enfoque multidisciplinar con expertos, o crear un contrato conductual donde esté presente la actividad física, que pueda así ayudar a la adhesión terapéutica (Cook et al., 2016).

En base a los estudios comentados anteriormente, se destaca la necesidad de diseñar intervenciones para el tratamiento de los TCA en población adolescente y joven desde un enfoque transdiagnóstico, ya que se ha encontrado evidencia teórica que sustenta su eficacia para el abordaje de diversas dificultades psicológicas comórbidas.

Metodología

Descripción de la Intervención

La intervención consiste en un programa transdiagnóstico para el tratamiento de los TCA dirigido a la población adolescente y joven. Está formado por 9 sesiones, y tras la última sesión de intervención, se programarán 3 sesiones de control a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. El formato del programa será grupal y tendrá una periodicidad semanal. Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos (exceptuando la sesión 6 que será de 120 minutos). Los grupos estarán formados por 6-8 miembros, intentando que todos los participantes tengan una edad similar y TCA diferentes.

El contexto de aplicación de la presente intervención es clínico (hospital, clínica, gabinete psicológico, etc.). Lo recomendable es que el/la paciente tuviera un/a terapeuta principal, y que fuera la misma persona desde el principio hasta el final del tratamiento, pudiendo estar acompañado/a por miembros del equipo que conozcan el caso en específico. Se pretende que sea una intervención multidisciplinar, es decir, que se trabaje con nutricionistas y entrenadores/as personales, y se esté en contacto con los/las médicos/as y/o enfermeros/as de los/las participantes.

La intervención ha sido diseñada con un enfoque transdiagnóstico, ya que se ha podido comprobar que en los TCA, al igual que en otros trastornos, hay mecanismos comunes que pueden estar involucrados en el mantenimiento de los mismos. La intervención se centrará en abordar los 4 factores clave que pueden estar manteniendo el trastorno, que son: el perfeccionismo clínico, la intolerancia emocional, una baja autoestima y la presencia de dificultades interpersonales.

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo principal reducir la sintomatología relacionada con el trastorno de conducta alimentaria (TCA) en adolescentes y jóvenes.

Teniendo en consideración los mecanismos mantenedores que provocan que se mantenga el trastorno, los objetivos específicos son:

- Detectar y modificar pensamientos irracionales sobre la apariencia física, alimentación y ejercicio físico.
- Disminuir la intolerancia emocional del/de la paciente, enseñándole a gestionar sus emociones.
- Aumentar la autoestima del/de la paciente.

- Disminuir el perfeccionismo clínico del/de la paciente.
- Disminuir las dificultades interpersonales del/de la paciente, entrenándole en habilidades sociales.

Participantes

La intervención está dirigida a personas de entre 14 a 30 años que presenten un TCA. Los individuos pueden presentar trastornos comórbidos o sintomatología asociada de carácter leve, entre ellos depresión o ansiedad, ya que se estaría trabajando en áreas asociadas a los mismos. Otra característica para tener en cuenta es que el/la paciente debe encontrarse en régimen ambulatorio, y tener un IMC de entre 15 y 40 para así poder asegurar su seguridad. Asimismo, no se incluirán pacientes que presenten diversidad funcional, conductas autolesivas, niveles de ansiedad o depresión demasiado elevados, y/o algún trastorno psicótico comórbido o enfermedad física grave.

Los participantes serán derivados al programa y se pondrán en contacto con el/la terapeuta mediante recomendación médica de los centros de salud u hospitales adscritos en la zona. Aunque también es previsible que conozcan el tratamiento por terceras personas, como antiguos/as pacientes.

También se realizará una entrevista semiestructurada (Anexo A) con el/la paciente y sus padres (si convivieran ambas partes juntas, pudiendo ser el/la paciente mayor de edad). La finalidad es conocer el estado base en el que se encuentran, además de recoger información sobre las características del entorno familiar e intentar que se involucren con el tratamiento. En esa misma ocasión, se firmará por parte de los implicados un contrato terapéutico y un consentimiento informado donde se les explique los objetivos y procedimientos del tratamiento (Anexo B).

La cita se dividirá en una entrevista individual con el/la paciente, donde nos pueda dar su visión sobre el problema. La otra sección del encuentro se hará con los progenitores (si procede), donde se comprobará la relación que tienen con su hijo/a, y se les comentará que estarán informados de los avances que vayan surgiendo en el tratamiento y de las tareas para casa que tengan que realizar los/as pacientes (para que así puedan supervisar su elaboración). Por último, se pesará y medirá a el/la paciente para conocer su IMC, y se mantendrá el contacto con el equipo médico que la supervisa para estar al tanto de su evolución.

Instrumentos de Evaluación

El *Eating Attitudes Test* en su versión reducida en castellano (EAT-26; Garner et al, 1982). Este cuestionario evalúa los síntomas relacionados con los TCA y consiste en 26 ítems, cada uno con 6 opciones de respuesta que oscilan entre 1 (nunca) y 6 (siempre). Tiene 3 subescalas diferentes: dieta (13 ítems), bulimia y preocupación por comida (6 ítems), y control oral (7 ítems). La versión española presenta un alfa de Cronbach de 0,86 para las personas con AN (Gandarillas et al., 2003).

La *Escala Multidimensional de Perfeccionismo* (EMP; Hewitt et al., 1991). Este autoinforme mide el nivel de perfeccionismo y está compuesto por 45 ítems agrupados en tres subescalas: perfeccionismo autoorientado, perfeccionismo socialmente prescrito y perfeccionismo orientado a los demás. Los ítems deben responderse siguiendo un formato tipo Likert con siete opciones de respuesta que fluctúan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). La versión española ha mostrado un alfa de Cronbach de 0,86 (Rodríguez-Campayo et al., 2009).

La *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965). Este cuestionario evalúa el nivel de autoestima mediante 10 ítems que deben puntuarse en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo). La escala ha mostrado una consistencia interna de 0,87 en población clínica española (Vázquez-Morejón et al., 2004).

La *Escala de Dificultad para la Regulación Emocional* (EDRE; Gratz y Roemer, 2004) en su versión adaptada española (Hervás y Jodar, 2008). Este cuestionario en su adaptación en español mide la dificultad de regulación emocional por medio de 28 ítems agrupados en 5 subescalas: descontrol emocional, rechazo emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional y confusión emocional. Tiene una estructura de respuestas de tipo Likert con cinco opciones de respuesta que oscila entre 1 (casi nunca) y 5 (casi siempre). La adaptación española ha mostrado una consistencia interna de 0,93.

La *Escala de Habilidades Sociales de Gismo* (EHS; Gismo, 2000). Este cuestionario evalúa las habilidades sociales y comunicativas en situaciones concretas. Está compuesto por 33 ítems divididos en 6 subescalas: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir "no" y cortar interacciones, hacer peticiones, e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Presenta una estructura de respuesta tipo Likert que fluctúa entre 1 (no me identifico en absoluto) a 4 (muy de acuerdo). En cuanto a la fiabilidad, posee su alfa de Cronbach de 0,88.

Entrevista Semiestructurada. Creada ad hoc expresamente para el caso en cuestión.
Se divide en 2 partes: una con el/la paciente y otra con la familia (si convivieran juntos).



Descripción de las sesiones

SESIÓN 1

Objetivo específico:

- Detectar y modificar pensamientos irracionales sobre la apariencia física, alimentación y ejercicio físico.

Objetivos subespecíficos:

- Presentar el tratamiento.
- Cumplimentar los instrumentos de evaluación.
- Crear un ambiente de confianza y comprensión que ayude a la adhesión terapéutica.
- Reflexionar sobre los ideales estéticos en diferentes culturas y países, y cómo han cambiado con el paso del tiempo.
- Promover un juicio crítico del modelo occidental de belleza.

Materiales:

- Proyector.
- Bol y papeles con afirmaciones.
- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).

Desarrollo:

Inicialmente, se realizará una breve presentación del/la terapeuta encargado/a del programa y se les pedirá que rellenen las escalas de evaluación (45 minutos). Después, se le pedirá a los/las participantes que continúen diciendo su nombre, edad, aficiones y cualquier otro dato de interés que consideren. También se les recordará que deberán tener en cuenta que la información que se diga en sesión por parte de otro/a participante no se podrá difundir, ya que es confidencial. Con esto se busca crear un ambiente afable y de confianza (5 minutos).

Se proseguirá con un escueto resumen del plan de intervención, exponiendo el número de sesiones y su duración. Además, se enumerará de manera concisa los objetivos de cada sesión y el tipo de actividades que se realizarán (5 minutos).

A continuación, se continuará con una exposición sobre los cánones de belleza en el mundo y una línea temporal sobre su evolución (Anexo C). Se realizará una evaluación tipo test con la herramienta Kahoot! para comprobar el aprendizaje (Anexo D) (15 minutos).

Tras esto, se realizará una actividad nombrada “la caja de las afirmaciones” (Anexo E) para fomentar un espíritu crítico. Durante la actividad deberán escribir las frases en una hoja (15 minutos). Por último, se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (5 minutos).

Tarea para casa:

- Transformar las afirmaciones de la actividad en enunciados más adaptativos y menos generalistas. Para ello, se utilizará la hoja con las frases ya escritas por los/as propios/as pacientes. En la parte de atrás del folio podrán redactar las afirmaciones adaptadas.



SESIÓN 2

Objetivo específico:

- Disminuir la intolerancia emocional del/de la paciente.

Objetivos subespecíficos:

- Comprobar las tareas para casa y resolver dudas.
- Reconocer las propias emociones y la de los demás.
- Disminuir la ansiedad mediante el entrenamiento en relajación.

Materiales:

- Bolas huecas con papeles con situaciones escritas, pizarras pequeñas y rotuladores.
- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).

Desarrollo:

Primero, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas. Si alguno/a no ha realizado las tareas, se harán en el mismo momento con la ayuda de los/las compañeros/as (hecho que se repetirá en cada sesión) (20 minutos).

Seguidamente, se expondrán los conceptos de: emociones, inteligencia y percepción emocional. Se subrayará la importancia del reconocimiento de emociones a la hora de interactuar con otros y al gestionar las propias. También se explicará la relación entre los pensamientos, emociones y el estado fisiológico, haciendo una actividad llamada “pensando y sintiendo” (Anexo F). La intención de esto es que conecten posibles episodios de ansiedad con cogniciones y estados emocionales. Se realizará una prueba Kahoot! para comprobar el aprendizaje (Anexo G) (20 minutos).

Por último, se enseñará la relajación progresiva de Jacobson (Anexo H) y una actividad llamada “las bolas de las emociones” (Anexo I) (40 minutos). Por último, se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (10 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Diario de las emociones percibidas (Anexo J).

SESIÓN 3

Objetivo específico:

- Aumentar la autoestima del/de la paciente.

Objetivos subespecíficos:

- Comprobar las tareas para casa y resolver dudas.
- Mejorar el autoconcepto.
- Percatarse de las cualidades positivas que poseen (ser inteligente, amable...).

Materiales:

- Papeles y bolígrafos/lápices.
- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).

Desarrollo:

En primer lugar, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

Se proseguirá con una exposición de los términos autoconcepto y autoestima. Se pondrán ejemplos prácticos de autoestima baja y alta (Anexo K), y se les preguntará cómo creen que podrían sentirse esas personas (trabajando así también la percepción de emociones). Se realizará una prueba Kahoot! para comprobar el aprendizaje (Anexo L) (25 minutos).

Se seguirá con las actividades llamadas “describirse frente a un espejo” (Anexo M) y “cómo me ven los demás” (Anexo N) (25 minutos). Finalmente, se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (10 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Diario de las emociones percibidas.

- Lista de tres acciones positivas. Deberán escribir en un papel al menos tres cosas que hagan bien en un día. Pueden ser cosas sencillas, como llegar puntual al instituto, universidad o puesto de trabajo, o algo más complicado como haber finalizado un proyecto o aprobar un examen.



SESIÓN 4

Objetivo específico:

- Disminuir las dificultades interpersonales del/de la paciente.

Objetivos subespecíficos:

- Comprobar las tareas para casa y resolver dudas.
- Mejorar la comunicación asertiva y habilidades sociales.

Materiales:

- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).

Desarrollo:

En primer lugar, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

Se continuará presentando el significado de lenguaje verbal, no verbal y paraverbal, y comunicación asertiva. Tras esto, se les propondrá la actividad de role playing que se llamará “practicar las técnicas asertivas” (Anexo O) (45 minutos). Finalmente, se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (10 minutos). Se realizará una prueba Kahoot! para comprobar el aprendizaje (Anexo P) (15 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Lista de tres acciones positivas.
- Ficha de cambio de respuesta (Anexo Q).

SESIÓN 5

Objetivo específico:

- Disminuir las dificultades interpersonales del/de la paciente.

Objetivos subespecíficos:

- Entrenar las habilidades de resolución de problemas.

Materiales:

- Papeles y bolígrafos/lápices.

Desarrollo:

En primer lugar, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

A continuación, se llevará a cabo una breve explicación de que consiste la resolución de un problema según el modelo de D´Zurrilla y Goldfried, y se realizarán ejemplos prácticos que darán los/las propios/as participantes durante y después de la explicación (Anexo R). Se deberá ser muy cuidadoso con el proceso de aprendizaje, y si se percibe que no han comprendido correctamente alguna de las partes de la actividad, se deberá volver atrás y explicarlo nuevamente (60 minutos).

Finalmente, se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (10 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Lista de tres acciones positivas.
- Poner en práctica la alternativa escogida en la actividad de resolución de problemas. Se deberá observar y valorar su eficacia.

SESIÓN 6

Objetivo específico:

- Disminuir el perfeccionismo clínico del/de la paciente.

Objetivos subespecíficos:

- Comprobar las tareas para casa y resolver dudas.
- Aumentar la organización.

Materiales:

- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).
- Una docena de huevos.
- Uno o dos calentadores de agua eléctricos.
- Una mesa grande y enchufes para los calentadores.
- Cronómetro.

Desarrollo:

En primer lugar, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

Tras esto, se pasará a introducir el término “perfeccionismo” (Anexo S). Seguidamente, se realizará una prueba Kahoot! para comprobar el aprendizaje (Anexo T) (20 minutos).

Finalmente, se pasará a ejecutar la actividad “en la búsqueda de la imperfección idónea” (Anexo U) y “el huevo cocido” (Anexo V) (40 minutos). Tras ello se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (10 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Lista de tres acciones positivas.
- Horario organizado. Se les pide que diseñen una tabla semanal con las horas, donde organicen de cuánto tiempo dispondrán para hacer cada actividad, a qué horas las harán, dónde y con qué asiduidad. Se busca que comiencen a organizar sus horarios.

SESIÓN 7

Objetivo específico:

- Detectar y modificar pensamientos irracionales sobre la apariencia física, alimentación y ejercicio físico.

Objetivos subespecíficos:

- Comprobar las tareas para casa y resolver dudas.
- Proporcionar información sobre hábitos saludables alimenticios y deportivos.

Materiales:

- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).
- 2 pulsadores, 2 frisbys, 2 lonas de plástico con agujeros que harán la función de diana, 2 bandas elásticas, 2 hula hoop, y 20-30 pelotas blandas.
- Un campo de fútbol o de baloncesto, o un parque o jardín con esas dimensiones.

Desarrollo:

Esta sesión será efectuada conjuntamente con un/a profesional de la actividad física y un/a nutricionista. Primero, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

Después entrarán los/las profesionales invitados/as, que se presentarán e introducirán la sesión, que se dividirá en: presentación relacionada con el ejercicio y deporte, presentación relacionada con la nutrición y hábitos de alimentación saludables, y un juego grupal (5 minutos).

A continuación, el/la profesional de la actividad deportiva enseñará los conceptos teóricos conexos a cómo mantenerse saludable, el número de horas recomendado de ejercicio según la persona, y los diversas actividades que se pueden hacer en consideración de los gustos y afinidades de cada uno/a. Además, se les pedirá que comenten su experiencia con el deporte, y qué actividades les gusta realizar. Al final, se realizará una prueba Kahoot! para poder resolver cualquier posible duda y comprobar que se ha entendido (las preguntas las realizará el/la profesional invitado/a) (20 minutos).

Seguidamente, se dará paso a la exposición de nociones teóricas por parte de el/la nutricionista. Se les pedirá que hagan un menú para un día, y tras esto se les expondrá la importancia de una buena alimentación y cómo realizar platos saludables teniendo en cuenta las cantidades de cada alimento y grupo nutricional (proteínas, grasas, hidratos de carbono...). Al acabar esta explicación, el/la nutricionista corregirá los menús, para que así se puedan dar cuenta de las creencias erróneas que han utilizado para elaborarlos. Al igual que en la parte anterior, se propondrá la cumplimentación de una prueba Kahoot! (las preguntas las realizará el/la profesional invitado/a) (35 minutos). Antes de realizar la actividad final, se explicarán las tareas para casa, donde se comentará la actividad de “aplicarse lociones y masajear” (Anexo X) que tiene la finalidad que los/as pacientes pongan en práctica habilidades de autocuidado y aceptación corporal (10 minutos).

Finalmente, se llevará a cabo el juego vinculado con lo mencionado en la sesión (Anexo W) (30 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Lista de tres acciones positivas.
- Horario organizado, añadiendo un menú para una semana (con el número de comidas que se consideren) describiendo las cantidades y el tipo de alimentos. Incluir en el menú una actividad física que se pueda realizar (contando a qué hora del día se haría y cuánto duraría).
- Aplicarse lociones y masajear sus cuerpos.

SESIÓN 8

Objetivos específicos:

- Disminuir el perfeccionismo clínico del/de la paciente.
- Disminuir la intolerancia emocional del/de la paciente.

Objetivos subespecíficos:

- Eliminar pensamiento extremos de culpabilidad o frustración.
- Entrenar las habilidades de resolución de problemas.
- Enseñar el concepto de estrés y una técnica de relajación.

Materiales:

- Papeles y bolígrafos/lápices.
- Calculadora.

Desarrollo:

En primer lugar, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

A continuación, se preguntará cómo fue la experiencia del masaje, reforzando las sensaciones placenteras con sus propios cuerpos, y la solución escogida a uno de sus problemas en la sesión anterior (15 minutos). Se proseguirá preguntando en profundidad sobre la realización y el cumplimiento del horario que se había planteado en sesiones anteriores (Anexo Y). Se utilizará la reestructuración cognitiva para cambiar pensamientos extremos (20 minutos).

Después, se hará una presentación sobre las diferencias entre el estrés positivo (eustrés) y el estrés negativo (distrés), recalcando su función adaptativa en el caso del eustrés. Se pondrán varios ejemplos (Anexo Z). Se realizará una prueba Kahoot! para comprobar el aprendizaje (Anexo AA), y se les pedirá que den varios ejemplos personales en los que sintieron sensaciones estresantes y que los categoricen como estrés positivo o negativo (15 minutos). Asimismo, se les enseñará la técnica de la “respiración diafragmática o abdominal”, y se les comentará que pueden utilizarla cuando lo consideren necesario u oportuno (Anexo BB) (10 minutos).

Finalmente, se explicarán las tareas para casa y se concluirá la sesión (10 minutos).

Tareas para casa:

- Relajación progresiva de Jacobson. Al menos una vez al día.
- Lista de tres acciones positivas.
- Aplicarse lociones y masajear sus cuerpos.
- Seguir cumpliendo el horario organizado.



SESIÓN 9

Objetivo específico:

- Reforzar lo aprendido durante el tratamiento.

Objetivos subespecíficos:

- Comprobar las tareas para casa y resolver dudas.
- Concluir el tratamiento.
- Prevenir recaídas.

Materiales:

- Dispositivos electrónicos (ordenador, móvil, tablet...).

Desarrollo:

Primero, se comprobarán las tareas para casa y se resolverán dudas (20 minutos).

Asimismo, se las volverá a evaluar nuevamente con los instrumentos de evaluación utilizados en la entrevista inicial. Esta evaluación posttest permitirá examinar la mejoría de los/as participantes tras la intervención, comparando los resultados pre y post tratamiento (45 minutos).

Se proseguirá haciendo un breve resumen de todo lo aprendido durante el tratamiento, desde la primera sesión a la última, y se les dará una hoja con varias técnicas y conceptos que podrán consultar en el futuro si así necesitaran, titulada “recuerda” (Anexo CC), para evitar así posibles recaídas. Además, se repartirán los premios de los Kahoot! (10 minutos).

Por último, se concluirá el tratamiento, dando la oportunidad a los/las pacientes para que puedan dar su opinión y que reflexionen sobre su evolución. Se les recordará que habrá varias sesiones de control a los 3, 6 y 12 meses, y se les comentará que existe la posibilidad de que creen o se unan a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) (Anexo DD) (15 minutos).

Discusión y Conclusiones

No cabe duda de que los TCA son una problemática vigente en las sociedades occidentales modernas, siendo los trastornos más comunes en su grupo la AN, la BN y el TA. La población más afectada es la femenina, especialmente en la franja de edad que abarca la adolescencia y juventud. La explicación más plausible a esto es la situación de estrés e insatisfacción que las exigencias continuadas de la sociedad provocan en las adolescentes y jóvenes, con relación a la forma corporal y peso. Otros factores asociados son: los síntomas depresivos y conductas alimentarias de riesgo en personas insatisfechas con su forma física, y el comportamiento repetitivo de ponerse a dieta en personas satisfechas con su cuerpo (Berengüí et al., 2016; García-Palacios, 2014; Gómez-Candela et al., 2018; Nagl et al., 2016; Olesti-Baiges, et al., 2008; Rojo et al., 2015; Stice et al., 2011).

Por su parte, el enfoque transdiagnóstico tiene la finalidad de mitigar los mecanismos mantenedores de los TCA. Estos son la intolerancia emocional, la baja autoestima (asociados directamente), el perfeccionismo (asociado indirectamente) y las dificultades interpersonales (que presenta resultados contradictorios con relación a su asociación). Asimismo, la TCC-M con enfoque transdiagnóstico ha presentado una eficacia comprobada para el tratamiento de los TCA (Fairburn et al., 2003; Jones et al., 2020).

El objetivo principal de la intervención propuesta es disminuir la sintomatología relacionada con los TCA en adolescentes y jóvenes. Con este tratamiento, basado en un enfoque transdiagnóstico que integra los TCA con otros posibles trastornos comórbidos, se pretende trabajar con ellos de una manera conjunta. Por eso mismo, como objetivos específicos se encuentran: reducir la intolerancia emocional, las dificultades interpersonales y el perfeccionismo, y aumentar la autoestima (Fairburn et al., 2003). La intervención en estos componentes o factores de riesgo subyacentes a diversas problemáticas es de gran relevancia para la disminución de la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología comórbida. Por tanto, mediante la focalización en estos componentes en el programa diseñado, se pretende obtener una reducción de la sintomatología de los/as participantes, y la remisión de su diagnóstico del TCA.

Este programa de intervención sería de gran utilidad debido a su enfoque transdiagnóstico, que podría mejorar los síntomas de posibles trastornos comórbidos, y a su reducido número de sesiones y formato grupal, más rentable e igualmente efectivo (González-Pando et al., 2018; Gutner et al., 2016; Harvey et al., 2011). Además, este formato del programa fomenta la prevención de recaídas, una mayor adhesión al tratamiento y la mejora de las habilidades sociales de las personas involucradas (González-Pando, et al., 2018; Tchanturia y Sparrow, 2015).

En comparación con otros tratamientos, como el TBF y el TCC-M, este programa presenta las siguientes ventajas. En primer lugar, se proporciona a los/las pacientes una mayor percepción de control sobre los sucesos que les rodean, sin menospreciar el ámbito familiar y su influencia (se usa la entrevista inicial con los progenitores con este fin). Además, este tratamiento tiene como finalidad cambiar los mecanismos que provocan y mantienen el trastorno, centrándose en los pensamientos, conductas y emociones de los/las participantes. Al mismo tiempo, tiene una línea de trabajo multidisciplinar, gracias a la participación de otros/as expertos/as de varios ámbitos en la sesión 6, y al hecho de tener en cuenta la información aportada por los/as profesionales de la salud durante todo el proceso. Esto proporciona una visión mucho más integral de la problemática. Como último punto a favor, es importante comentar que se podría utilizar con adolescentes y jóvenes con cualquier TCA, lo cual lo hace una intervención más integradora sin distinción por edades o diagnóstico (Dalle-Grave et al., 2019).

Asimismo, la intervención propuesta presenta características definitorias en comparación con los tratamientos con enfoques transdiagnósticos tradicionales. Su formato grupal permite una interacción adecuada entre los/as pacientes y el/la terapeuta, generando un espacio de confianza, respeto y entendimiento, previniendo además posibles recaídas, y reduciendo costes (González-Pando et al., 2018; Tchanturia y Sparrow, 2015). Además, la presencia de psicoeducación deportiva y un enfoque multidisciplinar ha demostrado una gran eficacia, por lo que se espera que su contribución en este programa de intervención sea positiva (Cook et al., 2016). Por último, se informa a los padres sobre la evolución del tratamiento, lo que permite que se involucren a la hora de generar un cambio en el círculo familiar del/la paciente, lo que acerca un aspecto positivo de la TBF al enfoque transdiagnóstico (Dalle-Grave et al., 2019).

La aplicación correcta del programa requiere la adaptación a las características de la población a la que se dirige, manteniendo los mismos componentes y metodología, para aumentar la adhesión terapéutica e incrementar el aprendizaje desde las experiencias personales de los/as participantes. De este modo, los conocimientos y habilidades adquiridas se mantendrían a largo plazo.

No obstante, también se presentan algunas limitaciones. Primero, al ser un programa novedoso que aún no se ha implementado, su eficacia no ha podido ser comprobada. Segundo, es necesaria la implicación de diversas personas en todo el proceso (profesionales y familiares), que implicaría mayores recursos, y no siempre sería posible. Tercero, la implementación del programa en formato grupal puede dar lugar a posibles conflictos entre los/as participantes, por lo que sería necesario que el/la implementador/a tuviera experiencia

en gestión de grupos. Finalmente, la posible ausencia de algún/a paciente en las sesiones posteriores al inicio de la intervención por abandono podría provocar un cambio en la estructura grupal ya creada, y por lo tanto reducir la adhesión al tratamiento.

En conclusión, el tratamiento de los TCA en la etapa de la adolescencia y juventud es de gran relevancia en nuestro contexto sociocultural. Por esta razón, en este trabajo se ha diseñado una propuesta de intervención dirigida al tratamiento transdiagnóstico de los TCA, que puede ser de gran utilidad para los profesionales en el ámbito de la salud mental. A su vez, este protocolo tiene relevancia a nivel científico, ya que su validación aportaría mayor evidencia sobre la eficacia del abordaje transdiagnóstico en el tratamiento de los TCA. Por tanto, tras su puesta en marcha, es preciso contemplar su eficacia y compararla con otros tratamientos que ya han mostrado evidencia empírica.



Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Berengüí, R., Castejón, M. Á. y Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Cook, B., Wonderlich, S. A., Mitchell, J., Thompson, R., Sherman, R. y McCallum, K. (2016). Exercise in eating disorders treatment: systematic review and proposal of guidelines. *Medicine and science in sports and exercise*, 48(7), 1408-1414. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000912>
- Dalle-Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S. y Le Grange, D. (2019). A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>
- Dalle-Grave, R., Sartirana, M., Sermattei, S. y Calugi, S. (2021). Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 70-84. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda-García, A. R. y Muñoz-Rodríguez, P. E. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, 85. Extraído de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_e_n_mujeres_adolescentes.pdf
- García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70-74. Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803021.pdf>

- 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(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Gismero, E. (2000). EHS Escala de habilidades sociales. *TEA Publicaciones de Psicología Aplicada*, 2000, 14.
- Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., Campos-del-Portillo, R., Virgili-Casas, M. N., Martínez-Olmos, M. Á., Mories-Álvarez, M. T., Castro-Alija, M. J. y Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
- González-Pando, D., Cernuda-Martínez, J. A., Alonso-Pérez, F., Beltrán-García, P. y Aparicio-Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- 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(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Extraído de: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
- Gutner, C. A., Galovski, T., Bovin, M. J. y Schnurr, P. P. (2016). Emergence of transdiagnostic treatments for PTSD and posttraumatic distress. *Current Psychiatry Reports*, 18(10), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0734-x>

- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A. y Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review*, 31(2), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156. Extraído de: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a01.pdf>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W. y Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464–468. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.464>
- Jones, E. J., Egan, S. J., Howell, J. A., Hoiles, K. J. y Mazzucchelli, T. G. (2020). An examination of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders in adolescents. *Eating Behaviors*, 39, 101445. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101445>
- Lock, J. y Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- Lorenzo-Pérez, T. (2018). Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del trastorno [Trabajo Fin de Máster, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio Institucional UIB. <http://hdl.handle.net/11201/146363>
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903–918. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>
- Olesti-Baiges, M., Piñol-Moreso, J., Martín-Vergara, N., de-la-Fuente-García, M., Riera-Solé, A., Bofarull-Bosch, J. y Ricomá-de-Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23. <https://doi.org/10.1157/13114466>
- Rodríguez-Campayo, M. A., Rojo-Moreno, L., Ortega-Toro, E. y Sepúlveda-García, A. R. (2009). Adaptación de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo a estudiantes

universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*, 15(1). Extraído de:
https://www.researchgate.net/publication/265384243_ADAPTACION_DE_LA_ESCALA_MULTIDIMENSIONAL_DE_PERFECCIONISMO_A_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS_ESPANOLES

- Rojo, S. F., Linares, T. G., Arguis, C. B. y Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5144-5152. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M. y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197-215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Stice, E., Marti, C. N. y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 622-627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Tchanturia, K. y Sparrow, K. (2015). An introduction to brief group psychotherapy in intensive care programmes for eating disorders: gathering research evidence. *Brief Group Psychotherapy for Eating Disorders: Inpatient Protocols*, 1-23.
- Vázquez-Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez Morejón, R., (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. Extraído de:
https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1

Anexos

Anexo A

Entrevista Semi-Estructurada Individual.

I. Datos sociodemográficos

- Edad:
- Nivel de estudios:
- Profesión o estudios que se esté cursando:
- Nivel socioeconómico personal o familiar:

II. Recorrido del trastorno. Algunas de las preguntas se deberán adaptar o eliminar según el diagnóstico del/la paciente.

- ¿A qué edad surgieron los síntomas? (dejar de comer, vómitos, atracones...)
- ¿Ha habido algún momento en el que los síntomas remitieran? Si la respuesta es afirmativa: ¿cuándo y por qué crees que paso?
- ¿Cómo era tu situación personal en la época en la que comenzaron los síntomas?
- Normalmente, antes de vomitar o tener un atracón, ¿Qué piensas? ¿Cómo te sientes? ¿Qué estás haciendo? ¿A qué hora del día y dónde sucede? ¿Estás acompañado/a?
- Durante el ayuno, vómitos, atracones, ejercicio excesivo... ¿Qué piensas? ¿Cómo te sientes? ¿Cómo, cuándo y cómo lo haces?
- Después de vomitar, hacer demasiado ejercicio... ¿Qué piensas? ¿Cómo te sientes? ¿Qué haces?
- ¿Cuál es el máximo tiempo que has estado sin comer?
- ¿Cuántos atracones puedes tener a la semana de media?
- ¿Cuántas veces vomitas a la semana de media?
- ¿Cuántas horas de ejercicio haces al día?
- ¿Cómo describirías tu alimentación?
- ¿Te consideras una persona perfeccionista? ¿Por qué?
- ¿Cómo sueles gestionar las situaciones estresantes?
- ¿Cómo es la relación con tu familia, amigos y/o pareja (si procede)?
- ¿Cómo consideras el apoyo recibido por parte de tu familia y amigos?

III. Historial sanitario.

- ¿Alguna vez has recibido tratamiento médico y/o te han ingresado por alguna razón relacionada con los síntomas? Si la respuesta es afirmativa: ¿en qué consistía y qué sucedió?
- ¿Te ayudó? ¿Por qué?
- ¿En alguna ocasión has recibido tratamiento psicológico? Si la respuesta es afirmativa: ¿en qué consistía y qué sucedió?
- ¿Te ayudó? ¿Por qué?
- ¿Estás intentando cambiar la situación? Si la respuesta es afirmativa: ¿Cómo?
- ¿Estás utilizando alguna estrategia, pauta o técnica para gestionar la problemática?

Entrevista Semi-Estructurada con los Padres. Esta parte se llevaría a cabo si el/la paciente conviviera con sus progenitores.

I. Datos sociodemográficos

- Edad:
- Nivel de estudios:
- Profesión:
- Nivel socioeconómico personal o familiar:

II. Relación paternofilial

- ¿Cómo y cuándo comenzó la sintomatología de su hijo/a?
- ¿Qué relación tenían con él/ella en ese entonces? ¿Y ahora?
- Cuando se enteraron de lo que estaba sucediendo, ¿Qué pensaron? ¿Cómo se sintieron? ¿Cómo actuaron?
- Ahora mismo, ¿Cómo reaccionan si se enteran de que su hijo/a ha vomitado, ha tenido un atracón, no come...?
- ¿Cómo describirías su alimentación antes y ahora?
- ¿Consideran que es una persona perfeccionista? ¿Por qué?
- ¿Son ustedes exigentes con su hijo/a? ¿Cómo creen que es su estilo de crianza?
- ¿Cómo suele gestionar las situaciones estresantes?
- ¿Cómo consideran que ha sido el apoyo que han ofrecido a su hijo/a?

III. Historial sanitario.

- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento médico y/o te han ingresado por alguna razón relacionada con los síntomas? Si la respuesta es afirmativa: ¿en qué consistía y qué sucedió?
- ¿Cree que le ayudó? ¿Por qué?
- ¿En alguna ocasión ha recibido tratamiento psicológico? Si la respuesta es afirmativa: ¿en qué consistía y qué sucedió?
- ¿Le ayudó? ¿Por qué?
- ¿Creen que está intentando cambiar la situación? Si la respuesta es afirmativa: ¿Cómo?
- ¿Saben si está utilizando alguna estrategia, pauta o técnica para gestionar la problemática?



Anexo B

Contrato Terapéutico y Consentimiento Informado

Por la presente, con DNI manifiesta que los datos personales aportados son correctos y la información recibida acerca del tratamiento que realizará es adecuada, prestando así un consentimiento voluntario, conforme a las condiciones que se presentan a continuación:

1. El tratamiento psicológico a realizar se orientará a la resolución de los problemas expuestos en un inicio.
2. El/la paciente se comprometerá a poner en práctica los conocimientos que adquiera sobre alimentación y ejercicio físico, habilidades sociales, organización, y gestión emocional.
3. El/la paciente constata que ha sido informado/a de las características del tratamiento y le ha sido posible formular todas las dudas que se le han presentado.
4. El/la paciente se compromete a responder a escalas de evaluación al inicio y final del proceso terapéutico, pudiendo medir así su eficacia.
5. Se garantizará la confidencialidad de la información recibida por parte del paciente.
6. Asimismo, el/la paciente se compromete a mantener la información que sea expuesta por otras personas en las sesiones, y no divulgarlas con familiares, amigos o demás personas ajenas al proceso. Solo se revelará información a las autoridades competentes, si el Código Deontológico así lo expresara.
7. El tratamiento se llevará a cabo con una periodicidad semanal de una sesión. La duración de las sesiones será de 90 minutos o 120 minutos.
8. La duración de la intervención será de aproximadamente 9 semanas.
9. La ausencia a dos sesiones seguidas sin una razón justificada por parte del/la paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento.

A ... de de, en

N.º de Colegiado:

Firma del profesional:

Firma del/la paciente:

Anexo C

Exposición sobre los Cánones de Belleza en el Mundo y Línea Temporal.

Se expondrá oralmente las diferencias entre ciertos países y culturas en relación con los cánones de belleza que presenten (se puede realizar con ayuda de diapositivas diseñadas por el/la profesional si así lo considera). También se buscará enseñar mediante una línea temporal, cómo han cambiado las culturas respecto al cuerpo ideal, mostrando como hace unos años se intentaba tener un cuerpo voluminoso y ahora se desea tener un cuerpo más delgado.

DIFERENCIAS CULTURALES

- África: El ideal de belleza suele ser de mujeres más anchas, en algunos lugares incluso presentando obesidad. Por ejemplo, en Mauritania es una práctica muy extendida obligar a las mujeres a comer grandes cantidades de comida para que así engorden. Por otra parte, en Etiopía la deformación labial es un ritual que se realiza habitualmente, comenzando a partir de los 15 años, coincidiendo con el paso de la infancia a la madurez. Estas deformaciones suelen ser la colocación de discos de madera o cerámica en el labio inferior. En cuanto a hombres, se tiene el ideal de un hombre fuerte y robusto.
- Europa: El ideal es de mujeres delgadas y altas, con mucho pecho, piel bronceada, labios voluminosos y nariz fina. No obstante, se han visto varios cambios bastante rápidos según iban pasando las décadas. En cuanto a los hombres, se busca un cuerpo tonificado y deportivo, piel bronceada, labios voluminosos y piel fina. Sin embargo, se intenta no dar la impresión de que prestan tanta atención a su cuerpo como supuestamente hacen las mujeres.
- América: El ideal en los pueblos indígenas es el de una mujer fuerte, capaz de cuidar a sus hijos y soportar un número muy elevado de horas de trabajo. Sin embargo, en zonas más occidentalizadas se tiene un canon de belleza más cercano al europeo. En cuanto a los hombres, se busca un hombre musculado y atlético, aunque en Estados Unidos el ideal es de alguien más masculino, mientras que en Brasil es de un chico con cara aniñada.
- Asia: El ideal varía según regiones y culturas dentro del mismo continente. En países del sur como Birmania, se busca un cuello fino y alargado, por eso en ciertos pueblos las mujeres se colocan anillas de metálicas que desplazan los hombros hacia abajo. Asimismo, el estereotipo estético que se busca en China es de una mujer con cejas estrechas y finas, ojos grandes y boca pequeña. En otras áreas desarrolladas del continente se busca tener una piel blanca y pálida, sin ninguna imperfección, provocando que la gente lleve sombreros y grandes sombrillas para evitar la radiación solar. En cuanto

a los hombres, se empieza a ver la influencia de la cultura occidental en ciertos países, haciendo que busquen cuerpos musculosos y depilados. En Corea del Sur, el maquillaje en hombres se empieza a normalizar, y cada vez es más habitual.

- Oceanía: El ideal de belleza en los países occidentalizados se parece al europeo, mientras que en las zonas donde viven tribus indígenas se buscan cuerpos más fornidos y musculados, parecidos a las tribus americanas. El estereotipo de belleza para los hombres es de un hombre fuerte y grande. En Nueva Zelanda, los descendientes de los maoríes presentan tatuajes en gran parte del cuerpo, llegando incluso a tatuarse la cara.

DIFERENCIAS TEMPORALES OCCIDENTALES

- Prehistoria-1900. Se tenía el ideal de belleza de una mujer robusta con cuerpos con forma de pera. Esto se puede comprobar gracias los cuadros del renacimiento y las figuras prehistóricas encontradas. Según iban pasando los siglos, las curvas se iban considerando más atractivas.
- 1920-1950. En los años 20 comenzó el boom de los vestidos que marcaban una figura recta y delgada, lo que transmite la idea de que se buscan cuerpo delgados y sin curvas. Sin embargo, según fueron pasando los años se volvió a un ideal de cuerpo más curvilíneo, como se puede ver en personajes del momento como Marilyn Monroe.
- 1960-1970. En esta época se mantuvo la corriente de perseguir un cuerpo delgado, aunque se pasó de usar prendas que ocultaban o marcaban ciertas partes de la figura a las dietas y ejercicio físico. Se busca un cuerpo tonificado y atlético.
- 1980-1990. En esta época comenzó el cambio otra vez a cuerpos más delgados. Sin embargo, coincidió con el aumento de casos de obesidad en la población general. Se podía ver fácilmente la diferencia entre los estándares de belleza (cuerpos delgados, en algunos casos llegando a presentar un peso menor al mínimo recomendado) y los cuerpos de la población (cada vez más personas con sobrepeso).
- 2000. En estos años, se pudo ver como esta corriente de buscar la delgadez afectaba cada vez más a la población menor. Cada vez más (especialmente) niñas buscaban tener una figura corporal más delgada que la que tenían.
- 2010. Fueron momentos de dualidad. Por una parte, se presentaron modelos de cuerpos diferentes que intentaban romper el molde de un cuerpo único "ideal", mientras que por la otra, las redes sociales provocaban (y siguen provocando) que las personas se preocupen más por cómo salen en las fotos y que se vean perfectas en ellas.

Anexo D

Kahoot! Sesión 1.

Consistirá en 5 preguntas con 3 alternativas de respuesta (se podrán añadir y/o eliminar preguntas según el criterio del/la terapeuta). Para reforzar la realización de la actividades se utilizará un programa de economía de fichas. Cada pregunta acertada conllevará la asignación de un punto. Además, la persona que quede en primer puesto en la clasificación de cada Kahoot! recibirá un punto extra. Los premios que se podrán canjear en la última sesión son:

- Una suscripción mensual a Amazon Prime (6 puntos)
- Una entrada de cine (8 puntos).
- Una suscripción mensual a Spotify (15 puntos).
- Una suscripción mensual a Netflix (10 puntos).
- Una suscripción mensual a HBO (12 puntos).
- Una suscripción mensual a Disney+ (12 puntos).
- Una suscripción anual a Amazon Prime (40 puntos).

Se explicará todo antes de realizarlo, y se seguirá este mismo mecanismo en los sucesivos Kahoot! que se lleven a cabo.

PREGUNTAS (la X indica la respuesta correcta)

1. El ideal de belleza para las mujeres en algunos lugares de África es de cuerpos...
 - a. Delgados.
 - b. Gruesos. X
 - c. Altos.
2. En algunos países de Asia se busca una piel...
 - a. Bronceada.
 - b. Con manchas.
 - c. Pálida. X
3. En Brasil, el ideal de belleza para los hombres es...
 - a. Con caras aniñadas. X
 - b. Con barba.
 - c. Con muchos tatuajes por todo el cuerpo.

4. Marilyn Monroe fue un personaje icónico y representativo de los años 50 que tenía un cuerpo...
 - a. Delgado y recto.
 - b. Curvilíneo. X
 - c. Musculado.
5. En la actualidad se intentan presentar la idea de que...
 - a. No existe un cuerpo ideal para todas las personas. X
 - b. El ideal de belleza es tener sobrepeso.
 - c. El ideal de belleza es estar delgado/a.



Anexo E

La Caja de las Afirmaciones.

Con esta actividad se busca fomentar la reflexión sobre la percepción de “cuerpo ideal”, y su conexión con la idea de bienestar que tienen los/las participantes. Para ello, se utilizará la reestructuración cognitiva.

Instrucciones:

- Se pondrán en un bol unos cuantos papeles con diferentes afirmaciones en relación con el ideal de belleza y el bienestar.
- Ejemplos: “Todas las personas delgadas me parecen exitosas y guapas”, “Si no se es delgado/a, nunca se podrá ser feliz”, “Toda la gente con sobrepeso es infeliz”, “No comer es sano”, “Si engordo, no valdré nada”, “Si estoy gordo/a, nadie me querrá”, “Para triunfar en la vida, tienes que ser una persona atractiva”, “Si engordo, toda la gente me verá feo/a”, “Comer mucho un día, es un error imperdonable” y “Adelgazar es siempre algo positivo”. Estos son los ejemplos principales, pero si se considera necesario, se podría añadir y/o eliminar alguno.
- Cada una de las pacientes tendrá que ir agarrando uno de los papeles por turnos, que tendrán que leer en voz alta.
- Tras leer el papel, tendrán que dar su opinión sobre la frase que han leído, y se dará una réplica por parte del/la terapeuta y de sus compañeros/as.
- La actividad acabará cuando no queden más papeles.

Anexo F

Pensando y Sintiendo.

Con esta actividad se busca que los/as pacientes relacionen sus pensamientos con sus emociones y estados fisiológicos.

Instrucciones:

- Se les pedirá que cierren los ojos y piensen en uno de los mejores momentos de su vida. Tendrán que visualizarlo atentamente, casi como si estuvieran ahí.
- Después de un minuto, se les pedirá que abran los ojos y expliquen cómo se siente física y emocionalmente.
- Tras esto, se les pedirá que cierren nuevamente los ojos y piensen en uno de los peores momentos de su vida. Tendrán que visualizarlo atentamente, casi como si estuvieran ahí.
- Después de un minuto, se les pedirá que abran los ojos y expliquen cómo se siente física y emocionalmente.
- Si se observa que alguno/a de los/as pacientes empieza a activarse demasiado, se deberá pedirle que pare la actividad en ese mismo momento.
- Por último, se recalcará la idea de la conexión entre pensamientos, emociones y estado fisiológico.

Anexo G

Kahoot! Sesión 2.

PREGUNTAS (la X indica la respuesta correcta)

1. ¿Qué NO es la inteligencia emocional?
 - a. La capacidad de los individuos para reconocer sus propias emociones y las de los demás.
 - b. La capacidad para sentirse feliz, enfadado, triste, sorprendido, temeroso o asqueado cuando uno quiera. X
 - c. La capacidad de discriminar entre diferentes sentimientos y etiquetarlos apropiadamente.
2. ¿Por qué es importante reconocer nuestras emociones?
 - a. Porque así se puede gestionar la emoción y no sentirse sobrepasado por la situación en la que nos encontremos. X
 - b. Para poder cambiarla según nos convenga, ya que la situación exterior influye muy poco.
 - c. Para poder esconderlas y que los demás no sepan que está sucediendo en nuestro interior.
3. ¿Se puede tener más de una emoción y sentirla de manera diferente a otra persona?
 - a. Sí. X
 - b. No, se puede tener más de una emoción pero todas las emociones son iguales para todo el mundo.
 - c. No, se puede sentir la misma emoción de manera diferente a otra persona pero no se puede tener más de una.
4. ¿Cómo es más probable que se sienta una persona que ha discutido con un familiar querido y está llorando?
 - a. Con miedo.
 - b. Triste. X
 - c. Asqueado.
5. ¿Cómo es más probable que se sienta una persona que está enfada?
 - a. Con el cuerpo relajado.
 - b. Con el cuerpo tenso. X
 - c. Con la respiración tranquila.

Anexo H

Relajación Progresiva de Jacobson.

Esta variedad de relajación está basada en la inducción de tensión, y su posterior relajación, en diferentes grupos musculares. Esto irá acompañado de una respiración lenta y profunda, que aliviará la tensión y ansiedad que el individuo pueda tener.

Instrucciones:

- Primero, se les volverá a pedir que vuelvan a pensar en la misma mala situación que pensaron en la actividad “pensando y sintiendo” durante uno o dos minutos de manera detallada (se espera conseguir tensión corporal).
- Después, se sentarán con la espalda recta en una silla y pondrán las manos sobre las piernas en una posición relajada. Los pies estarán apoyados en el suelo.
- Inhalarán profundamente llevando el aire al abdomen. Al exhalar, su cuerpo empezará a relajarse.
- Cerrarán los puños. Después apretarán los antebrazos, los bíceps y los pectorales, y mantendrán esa tensión durante 7 segundos, y aflojarán. Se espera que noten cómo los brazos y el pecho se relajan.
- Pondrán presión en la frente durante 7 segundos. A la vez, rotarán la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Después aflojarán y sentirán la relajación.
- Fruncirán el entrecejo, los ojos, los labios y las mejillas, apretarán la mandíbula y encorvarán los hombros. Aguantarán esta postura durante 7 segundos y la relajarán, centrándose en las sensaciones que se producen.
- Inspirarán profundamente, a la vez que doblan la espalda suavemente. La postura se mantendrá por 7 segundos y se relajará.
- Inhalarán profundamente y sacarán el abdomen, dejando así que se hinche de aire todo lo posible durante 7 segundos. Después soltarán el aire y se relajarán, y se tendrán que fijar en las sensaciones en el abdomen y la espalda.
- Flexionarán los pies y los dedos de los pies, tensando los muslos, pantorrillas y glúteos. Se mantendrá la tensión otros 7 segundos y se relajará la postura.
- Para acabar, se estirarán los pies hacia delante, tensando otra vez los muslos, glúteos y pantorrillas. Tras 7 segundos se relajará, fijándose en las sensaciones de nuevo.
- Se espera conseguir que se relajen y liberen la tensión que tenían al principio de la actividad.

Anexo I

Las Bolas de las Emociones.

La actividad pretende que los/las pacientes puedan poner en práctica el reconocimiento de emociones propias y ajenas. Seguirá un formato de role playing.

Instrucciones:

- Habrá una caja con varias bolas. En el interior de las esferas habrá varios papeles con diferentes situaciones que se tendrán que representar.
- Ejemplos (si se considera necesario, se podría añadir y/o eliminar alguno):
 - Una discusión entre un/a padre/madre y su hijo/a. Estarán discutiendo porque el/la hijo/a no habrá hecho los deberes.
 - Una conversación entre amigos/as. Uno/a de ellos/as estará comentando que ha empezado una nueva relación hace poco con una persona que le trata muy bien.
 - El/la jefe/a de una tienda está diciéndole a un/a empleado/a que no ha hecho bien su trabajo. La próxima vez que pase será despido/a.
 - Dos hermanos/as en el funeral de un familiar. Hablan de lo bien que estaban con él y lo bien que les cuidaba.
 - Dos personas en un restaurante comiendo una comida que no les gusta nada. Tienen la impresión de que está caducada.
 - Dos amigos/as que hablan sobre un correo que le acaba de llegar a uno/a de ellos/as diciendo que ha conseguido un premio en un sorteo que pensaba que no iba a conseguir ganar.
 - Dos personas hablando sobre un viaje que hicieron a un país exótico (República Dominicana, Brasil, Japón...). Están nombrando todas las cosas divertidas que hicieron.
 - Dos compañeros/as de trabajo que hablan sobre un proyecto que no se pudo hacer. Habían trabajado muchas horas para conseguir que saliera adelante.
 - Dos compañeros/as de clase que hablan sobre el examen que tendrán mañana. Otros alumnos les han dicho que es una prueba muy difícil y que la mayoría de gente suspende. Ellos/as quieren aprobar este examen.
 - Dos amigos/as que andan por la calle, y entonces uno/a de ellos/as pisa un excremento de perro. A la otra persona le hace mucha gracia.
 - Dos compañeros/as de clase que discuten entre ellos/as por un trabajo en grupo. Uno/a no ha hecho su parte, por lo que el otro/a ha tenido que dedicarle muchas más horas.

- Dos hermanos/as que buscan en una caja antigua, y de repente encuentran un billete de 50 euros.
 - Un/a padre/madre jugando con su hijo/a a un juego de cartas que les gusta mucho a ambos/as.
 - Dos personas que hablan sobre un accidente muy grave que pasó hace un par de días en el lugar donde viven.
 - Dos trabajadores/as que hablan sobre unos rumores que dicen que van a despedir a mucha gente dentro de poco.
 - Dos amigos/as que entran a un bar que huele muy mal.
 - Una discusión entre hermanos/as, porque uno/a ha roto la camiseta favorita de la otra que pidió prestada por accidente.
 - Dos amigos que hablan sobre el reciente fallecimiento de una vecina del barrio debido a un atropello. Se acaban de enterar.
- Cada participante representará al menos dos situaciones (si son impares, dos participantes representarán tres situaciones).
 - En parejas, tendrán que coger una de las bolas y representar la situación (dispondrán de unos segundos para poder planificar cómo lo harán).
 - Tras esto, todos/as los/las participantes tendrán que escribir en una pizarra que emoción o emociones (alegría, tristeza, miedo, asco, ira y/o sorpresa) podrían sentir las personas en esa situación.
 - Los/las pacientes que hayan hecho el role playing tendrán que desarrollar un poco más sus respuestas (“pienso que esta persona podría sentirse... porque...”).

Anexo J

Diario de las Emociones Percibidas.

En un papel o cuaderno, deberás describir al menos una situación propia y otra ajena donde hayas podido reconocer una de las emociones trabajadas en la actividad. Esto se deberá hacer una vez al día.

SITUACIÓN PROPIA

- ¿Cuándo fue?

- ¿Dónde estabas?

- ¿Estabas con alguien?

- ¿Qué sucedió?

- ¿Qué pensaste?

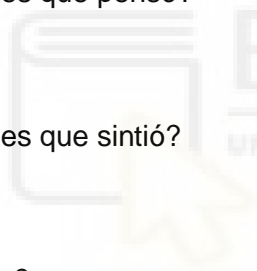
- ¿Qué sentiste?

- ¿Qué hiciste?



SITUACIÓN AJENA

- ¿A quién le pasó?
- ¿Cuándo fue?
- ¿Dónde estaba?
- ¿Estaba con alguien?
- ¿Qué sucedió?
- ¿Qué crees que pensó?
- ¿Qué crees que sintió?
- ¿Qué hizo?



Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

Anexo K

Ejemplos de Autoestima Alta y Baja

Autoestima alta:

- Una persona a la que le proponen un trabajo de gran dificultad y al que tendrá que dedicarle mucho esfuerzo, pero lo acepta.
- Una persona que discute con su pareja, ya que la ha insultado repetidas veces. Esta persona decide dejar la relación porque cree que no se merece ser tratada así.
- Una persona que da su opinión ante los demás de una manera respetuosa y firme, mostrando un lenguaje no verbal seguro y claro.
- Una persona que dirige a su equipo con liderazgo, firmeza y seguridad.
- Una persona que tras un tiempo practicando un idioma reconoce que ha mejorado, aunque aún le quede camino por recorrer.

Autoestima baja:

- Una persona que se cree capaz de expresar su opinión, pero no lo hace por vergüenza y temor.
- Una persona que no habla con los demás porque teme hacer el ridículo y que piensen mal de ella.
- Una persona que tiene claras sus metas y sueños, pero no se atreve a realizarlos.
- Una persona que cree que su amigo es mejor en todo y que nunca podrá igualarlo en nada.
- Una persona que presenta un lenguaje no verbal pobre, que da la impresión de ser tímida o incapaz.

Anexo L

Kahoot! Sesión 3.

PREGUNTAS (la X indica la respuesta correcta)

1. ¿Qué es el autoconcepto?
 - a. La imagen que hemos creado sobre nosotros mismos de manera integral.
X
 - b. La imagen que hemos creado sobre nosotros mismos físicamente.
 - c. La imagen que han creado los demás sobre nosotros.
2. El autoconcepto...
 - a. Suele cambiar en poco tiempo.
 - b. Es estático toda la vida.
 - c. Es diferente a la autoestima. X
3. ¿Qué es la autoestima?
 - a. El resultado emocional que surge de cómo valoramos nuestro autoconcepto. X
 - b. El resultado de cómo nos ve la gente de nuestro alrededor.
 - c. El resultado totalmente objetivo de cómo somos.
4. Si el autoconcepto no cambia, la autoestima...
 - a. Tampoco cambia.
 - b. Puede cambiar. X
 - c. Cada vez será más baja.
5. Tener una autoestima alta puede provocar que...
 - a. Durmamos mejor. X
 - b. Discutamos más.
 - c. Cambiemos nuestra forma de ser completamente.

Anexo M

Describirse Frente a un Espejo

Se les pedirá que se pongan delante de un espejo de uno/a en uno/a y se describan. Tras esto, el/la profesional intentará hacer una descripción lo más respetuosa posible intentando enfatizar los puntos positivos, no meramente físicos, sino también de su personalidad. El objetivo es identificar las distorsiones cognitivas que se presentan y cambiarlas por pensamientos más realistas.

Anexo N

Cómo Nos Ven los Demás.

Esta actividad tiene como objetivo que los pacientes se den cuenta de sus buenas cualidades, y que así puedan mejorar su autoconcepto y autoestima.

Instrucciones:

- Los/las pacientes y el/la terapeuta se pondrán en círculo.
- El terapeuta dirá un nombre y lo escribirá en una hoja con una cualidad positiva de la persona que ha dicho. Después se lo pasará al resto (excepto el que ha sido nombrado) para que escriban cada uno otra cualidad más, que se intentará que no se repita con una ya redactada en el folio.
- La persona a la que han escrito buenas cualidades las tendrá que leer en alto y dar su opinión, diciendo si está de acuerdo o en desacuerdo.
- El/la terapeuta comenzará diciendo su propio nombre y será la primera persona en poner las cualidades de cada uno/a. Con esto se pretende que ejerza de modelo y explique correctamente cómo se debe hacer el ejercicio.

Anexo O

Practicar las Técnicas Asertivas.

Los métodos presentados en la lista siguiente han demostrado ser ampliamente útiles para propiciar una comunicación asertiva, y por lo tanto, más eficaces. Se espera que practiquen estas técnicas en situaciones que tendrán que representar delante del grupo, que ellos/as mismos/as deberán inventar.

- Técnica del Disco Roto. Se repite el punto de vista que se ha adoptado con serenidad, sin desviarse del tema por características de la conversación irrelevantes (te entiendo, pero...; sí, aunque...; estoy de acuerdo, pero...).
- Técnica de la Pregunta Asertiva. Se pregunta algo que haya podido molestar o desagradar a la otra persona (entiendo tu opinión, ¿qué es lo que más te ha molestado?; ¿qué podría hacer para cambiar lo que no te gusta de mi forma de actuar?).
- Técnica del Banco de Niebla. Se aparenta compartir el punto de vista de la otra persona, pero sin realmente cambiar de postura (podrías tener razón, pero...; es posible que estés en lo cierto, aunque...).
- Técnica del Sándwich. Consiste en envolver un comentario negativo o una negativa a una propuesta entre elogios o palabras positivas (me encanta pasar tiempo contigo, aunque mañana tengo que trabajar y no voy a poder quedarme, pero muchas gracias por proponérmelo).
- Técnica del Aplazamiento Asertivo. Se aplaza la respuesta a lo dicho por la otra persona. Se busca con ello esperar a estar más tranquilo y poder contestar de manera idónea (preferiría no hablar de esto ahora; optaré por no contestar a eso en este momento).

Tras la presentación, se les pedirá que realicen los role playing. Se formarán grupos de 2 o 3 personas, y se les dará entre 5 y 10 minutos para que preparen 2 escenas diferentes utilizando una de las técnicas nombradas anteriormente. La duración de cada representación será de alrededor de 3 minutos, tras esto habrá un breve coloquio sobre cada una de ellas. Se le asignarán las 2 técnicas a cada grupo, para que todas puedan ser interpretadas y comentadas.

Anexo P

Kahoot! Sesión 4.

PREGUNTAS (la X indica la respuesta correcta)

1. ¿Qué elementos componen el lenguaje no verbal?
 - a. La postura y la velocidad a la que hablas.
 - b. Las expresiones faciales y la proxémica (si estás cerca o lejos de la persona con la que estás hablando). X
 - c. Las expresiones faciales y los silencios que usas mientras hablas.
2. ¿Qué es la comunicación asertiva?
 - a. Un estilo de comunicación en el que expresas tus ideas, sentimientos y necesidades de forma directa, segura, tranquila y honesta, al mismo tiempo que eres empático y respetuoso con las otras personas. X
 - b. Un estilo de comunicación en el que expresas tus ideas sentimientos y necesidades de forma directa y segura, sin tener en cuenta lo que piensen los demás o cómo se sentirán.
 - c. Un estilo de comunicación en el que se intenta no molestar, incordiar o enfadar a otras personas.
3. ¿Cuál es una respuesta asertiva?
 - a. Vale, haré lo que dices aunque creo que no es lo correcto.
 - b. No tienes ni la más mínima idea de que estamos haciendo aquí.
 - c. Comprendo tu punto de vista, sin embargo no estoy de acuerdo. X
4. ¿En qué respuesta se está utilizando la técnica del aplazamiento asertivo?
 - a. Ahora mismo prefiero no contestar. X
 - b. No me hables más, porque no tienes razón.
 - c. Mañana seguro que me dirás que estaba en lo cierto.
5. Envolver un comentario negativo o una negativa a una propuesta entre elogios o palabras positivas...
 - a. Es molesto para la persona con la que estás hablando.
 - b. Es una respuesta que puede ayudar a que la otra persona se tome mejor tu comentario. X
 - c. Es algo bastante inútil.

Anexo Q

Ficha de Cambio de Respuestas.

Piensa en una situación en la que crees que no fuiste asertivo/a y hubo un desenlace indeseado. Contempla nuevamente el momento, pero en esta ocasión imagínate siendo asertivo/a y utilizando una de las técnicas practicadas en sesión. Deberás escribir esta nueva situación en papel para poder explicarla el próximo día.

- ¿Cuándo fue?

- ¿Dónde estabas?

- ¿Estabas con alguien?

- ¿Qué sucedió?

- ¿Qué pensaste?

- ¿Qué sentiste?

- ¿Cómo lo harías ahora con las habilidades aprendidas?

- ¿Cómo crees te sentirías después?

- ¿Qué pensarías después?



Anexo R

Resolución de Problemas

Para D´Zurrilla y Goldfried, la solución de problemas se define como un proceso conductual que provoca que haya disponibilidad de una variedad de alternativas de respuesta, y que por lo tanto, el individuo pueda elegir la respuesta más eficaz. El problema no sería el problema, sino la falta de soluciones eficaces.

Este proceso se divide en 3 fases:

1. Fase psicoeducativa. Se les explicará en qué consiste las técnicas a utilizar y los objetivos a alcanzar.
2. Fase de entrenamiento. Se divide a su vez en otras 5 fases con objetivos diferentes:

- 1) Orientar y central el problema. El objetivo es desarrollar una actitud que ayude a reconocer y enfrentarse a los problemas. La actitud a la hora de percibir el problema influye en la forma de afrontarlo. Es crucial mantener una actitud positiva, pero realista. También es importante aceptar que los problemas son parte del proceso vital y que pueden ser afrontados, sin tener en cuenta la culpabilidad y el miedo. Asimismo, el hecho de reconocer la situación supone inhibir la tendencia negarla, a no responder o hacerlo impulsivamente.
- 2) Delimitación y formulación. Se deberá definir el problema. El ejemplo que se dará será “discutir con tu pareja”. Los pasos a seguir son:

- a. Identificar las situaciones donde se produce. (Cuando estamos hablando de algún tema y me distraigo un momento, cuando alguno de los dos llega tarde al lugar donde habíamos quedado y cuando alguno no hace las tareas de casa.).
- b. Describir la respuesta habitual. (Intento explicar la situación o decir que me ha parecido mal, pero acabo gritando porque siento que no me está entendiendo.).
- c. Identificar las variables relevantes y buscar nueva información si así fuera necesario. (Si es tarde o un día entre semana, discutimos más fuerte, pero menos tiempo. Normalmente estos días acabamos enfadados y sin hablarnos. El día y la hora es una variable relevante.).

Después de esto, se deben formular los objetivos realistas (me gustaría pasar el tiempo junto a mi pareja disfrutando y no siempre discutiendo). Esta tarea será más sencilla tras haber aclarado las preguntas de “quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué” relativas a la problemática. Además, se reclasificará

el problema, intentando pensar de manera distinta. El problema real no es por qué estamos discutiendo, es cómo y por qué me siento y respondo así (el problema real es que cuando estamos cansados es más probable que discutamos y no dediquemos el tiempo suficiente a hablar lo que ha pasado).

- 3) Generación de alternativas. Sería realizar una lluvia de ideas. Se deben seguir varias reglas: no juzgar ni valorar las ideas; intentar que sean lo más variadas posibles; pensar la cantidad más elevada posible; y tras haberlas redactado todas las ideas, combinar varias, ya que al juntar dos ideas puede surgir la solución.

(Alternativas:

- Pasar más tiempo juntos.
- No alzar la voz.
- Hacer planes para el fin de semana.
- Compartir planes y sensaciones individuales.
- ...)

- 4) Toma de decisiones. El objetivo es elegir la o las alternativas más adecuadas. Se debe: valorar las posibles consecuencias, tanto negativas como positivas; evaluar el grado de probabilidad de ocurrencia de las consecuencias; cotejar los resultados esperados en cada alternativa, teniendo en cuenta los objetivos propuestos; y diseñar un plan de actuación (pasar más tiempos juntos los fines de semana planificándolo con antelación).

- 5) Aplicación y verificación de los resultados. Tiene cuatro pasos básicos:

- a. Ejecución.
- b. Autoobservación.
- c. Autovaloración.
- d. Autorrefuerzo.

Si no se ha alcanzado el objetivo propuesto, se volverá a considerar la lista de alternativas o incluso a volver a realizar revisando el proceso.

3. Fase de tareas para casa. Tras observar que los/as pacientes dominan la técnica, se pasará a mandar las tareas para casa. Esto se explicará en la sesión, y consistirá en que aplique en el contexto natural las habilidades aprendidas.

A continuación, se les pedirá que cada uno/a intente hacer este proceso con un problema cotidiano personal. Se le pedirá que lo escriban y definan en un papel, y que después hagan una lluvia de ideas, eligiendo una o varias alternativas. Para finalizar, tendrán que leer lo que han redactado, pudiendo el resto de compañeros/as dar su opinión al respecto. Aquí se podrá comprobar si se ha entendido adecuadamente todo el proceso en su totalidad.

Anexo S

Explicación de Perfeccionismo

Se les explicará que tener un cierto grado de perfeccionismo no tiene por qué ser algo negativo, puesto que en momentos concretos un esfuerzo adicional puede llegar a ser beneficioso si va unido a una buena organización. No obstante, también se comentará que la perfección es algo imposible de alcanzar, y la búsqueda de la misma no suele ser adaptativa, ya que es muy probable que se consiga que los niveles de frustración, ansiedad, culpabilidad, pesimismo y rigidez aumenten, y que haya una pérdida de autoestima y autoconcepto.

Además, con la reestructuración cognitiva, se pretende que contrasten ciertas afirmaciones que pueden considerar como ciertas, pero en realidad no lo son. Se hará un breve debate donde cada una dirá su opinión de una de las siguientes frases:

- Si no lo hago perfecto, no servirá para nada.
- La gente que triunfa es porque lo hacen todo bien.
- La perfección es siempre posible.
- La perfección es siempre necesaria.
- Todos la gente que no ha triunfado es porque no se han esforzado en hacer las cosas a la perfección.
- Si algo no es perfecto, no es bonito.
- Algo que no es perfecto no puede estar bien hecho.
- Tener un cuerpo perfecto es posible.
- Comer siempre las cantidades y los alimentos saludables es posible.
- Si no hago todos los días el ejercicio que me toca, no habrá servido para nada.
- La gente guapa siempre es feliz.
- La gente gorda no es feliz.
- La delgadez es perfección.

Se podrán añadir y/o eliminar afirmaciones si el/la profesional lo ve necesario.

Anexo T

Kahoot! Sesión 6.

PREGUNTAS (la X indica la respuesta correcta)

1. ¿Cuál es una característica clave para evitar la frustración?
 - a. Hacerlo todo bien.
 - b. Pedir ayuda a los demás.
 - c. Ponerse metas alcanzables. X
2. Considerar la imperfección como algo bueno es...
 - a. Adaptativo. X
 - b. Signo de debilidad.
 - c. Algo que la gente exitosa no piensa.
3. La tolerancia a la frustración consiste en...
 - a. Que cuando haces algo mal, no te sientes ni triste ni enfadado.
 - b. Hallar satisfacción y reconocimiento en logros que no son perfectos, pero que han supuesto un esfuerzo y avances en la dirección correcta. X
 - c. Que cuando te equivocas en algo, piensas que no ha sido por culpa tuya e intentas convencerte de que ha sido causado por alguna razón exterior.
4. Ser perfeccionista hace que...
 - a. Trabajes más y mejor.
 - b. Consigas más metas.
 - c. Te sientas peor. X
5. Cuanto más perfeccionista eres...
 - a. Suelas tener una autoestima y un autoconcepto más altos.
 - b. Suelas tener una autoestima y un autoconcepto más bajos. X
 - c. No suele haber relación entre esto y la autoestima y el autoconcepto.

Anexo U

En la Búsqueda de la Imperfección Idónea.

Se busca con esta actividad que los/las pacientes sepan diferenciar situaciones donde un cierto nivel de perfección es adecuado, y cuándo no lo es.

Instrucciones:

- Se les presentarán tres circunstancias idénticas, que se diferencian en cómo la persona en cuestión se comporta. Habrá una situación con un perfeccionismo exacerbado, otra donde la persona en cuestión se organiza correctamente, y otra donde no se organiza correctamente. Por ejemplo: estudiar para un examen:
 1. La persona estudia de una manera superficial, debido a que no se ha organizado, y aprueba con un 5. No siente ansiedad ni agobio. No le da importancia al hecho de aprobar o suspender. (No organización).
 2. La persona se organiza y consigue estudiar correctamente. Aprueba con buena nota y no se estresa. Piensa que aprobar con buena nota es algo positivo. (Organización)
 3. La persona no se organiza, y estudia demasiadas horas. Saca buena nota, pero al día siguiente no hace los deberes porque se queda dormida por el agotamiento. Piensa que si no saca un 10 será un/a fracasado/a y un/a inútil. (Perfeccionismo exacerbado).
- Se les pide que escojan la que creen que es más adaptativa (en el ejemplo es la segunda opción), y que discutan las razones detrás de su elección.
- Tras esto, se les pide que den al menos un ejemplo cada uno/a de una situación donde se requería esfuerzo y organización. Se les pide también que den 3 alternativas donde se presentan características diversas: perfeccionismo exacerbado, organización y no organización.
- Se les vuelve a pedir que elijan la alternativa adaptativa y la discutan.

Anexo V

El Huevo Cocido.

El objetivo de esta actividad es que los/as pacientes se den cuenta de que buscar la perfección al 100% no siempre tiene sentido.

Instrucciones:

- Se les explicará que el punto de cocción perfecto para un huevo son 8 minutos.
- Se le dará uno o dos calentadores de agua eléctricos que compartirán y se les pedirá que intenten cocinar un huevo duro en esos 8 minutos dentro del calentador, pero sin tener ningún reloj o cronómetro que les sirva de guía.
- Cada vez que alguno/a deje de cocer el huevo sacándolo del calentador, el/la terapeuta anotará cuanto tiempo lo han tenido, con un cronómetro que únicamente tendrá él/ella. Se espera que lo hagan en tiempos diferentes.
- Cuando todos tengan los huevos cocinados, se les pedirá que los abran y los comparen entre ellos. En ese momento, se darán cuenta que no hay grandes diferencias entre ellos.
- Al final, se les dirá cuanto tiempo se ha estado cociendo su huevo y verán que son tiempos diferentes a los 8 minutos, pero que las diferencias no son destacables.
- Se les comentará que si tienen un huevo 2 minutos no llega a cocerse, y si lo tienen 15 minutos estará demasiado cocido. Algo parecido pasa con las personas, si trabajas muy poco no llegas a lo que quieres conseguir, y si es demasiado, la persona acaba agotada y frustrada.
- También se les dirá que todos/as los que hayan cocinado el huevo dentro del margen de tiempo de 6 y 10 minutos lo tendrán bien cocido, aunque con puntos de cocción algo diferentes. Por lo tanto, no les habrá hecho falta cocerlo en los 8 minutos exactos.

Anexo W

Se dividirá al grupo en 2 equipos diferentes. El juego consistirá en una gymkana, donde los equipos tendrán que ir superando cada prueba en el menor tiempo posible. Hay 4 pruebas diferentes, que deberán realizarse en orden. Habrá actividades de resolución de cuestiones (con el objetivo de comprobar que ha sido todo comprendido) y otras de entretenimiento (con la finalidad de que realicen actividades dinámicas que les ayuden a relajarse y desconectar, y que puedan darse cuenta de que pueden hacer ejercicio de manera saludable y divertirse al mismo tiempo). Se busca que sea una actividad divertida que pueda integrar lo aprendido y lo ponga en práctica. El primer equipo que haga todas, gana.

Preguntas sobre Ejercicio Físico (el/la profesional encargado/a elaborará las preguntas en función del contenido trabajado).

- Se les preguntará diferentes ideas relacionadas con la actividad física.
- Cada equipo tendrá un pulsador.
- El primero que lo pulse, podrá responder. Si aciertan, ganarán un punto, y si se equivocan, lo perderán.
- Hay rebote, por lo que si un equipo falla, se pasará al siguiente.
- El primero en conseguir 5 puntos, podrá seguir con las pruebas.
- Cuando haya un único equipo, se seguirá respondiendo preguntas hasta conseguir los 5 puntos.

Lanzamiento de Frisby.

- Se pondrá en una caja dos frisbys, y a unos cuantos metros de distancia se pondrán dos dianas con una línea que marcará desde donde se puede lanzar.
- Cada miembro del equipo tiene que ir hasta la caja por turnos, coger un frisby, ir hasta donde está la línea, y lanzar a su diana.
- Después de lanzar, tendrá que recoger el frisby, y volver a dejarlo en la caja (donde estará esperando su compañero/a a recibir el frisby y poder continuar el juego).
- Habrá agujeros con diferentes puntuaciones (5, 10, 15, 20, 50...) que irán acorde con la dificultad de conseguir acertar.
- Cuando consigan 100 puntos, podrán seguir con la siguiente prueba.

Preguntas sobre Alimentación (el/la profesional encargado/a elaborará las preguntas en función del contenido trabajado).

- Tendrá la misma dinámica que la prueba de Preguntas sobre Ejercicio Físico, pero esta vez las preguntas serán sobre la alimentación saludable.

Pasar por el Aro.

- Se les dará varias pelotas blandas, una banda elástica y un hula hoop a cada equipo.
- Uno de los integrante se tendrá que colocar a varios metros de distancia con el hula hoop, mientras que su equipo tendrá las pelotas blandas y la banda elástica que utilizarán como tirachinas.
- El equipo tendrá que lanzar una de las pelotas con el tirachinas, y la persona con hula hoop tendrá que intentar que la pelota pase por el aro.
- Cada participante tendrá que pasar al menos una vez por la posición con el hula hoop, y para que sigan sus compañeros, la pelota que se lanza tendrá que pasar por el aro dos veces.
- Acabará el equipo que consiga que todos sus miembros hayan conseguido que la pelota pase por el aro dos veces en sus turnos.
- Si los equipos son impares, en el equipo que haya un jugador menos, uno de ellos tendrá que ponerse dos veces con el hula hoop.

Anexo X

Aplicarse Lociones y Masajear

Esta tarea tiene como objetivo que los/as pacientes pongan en práctica habilidades de autocuidado y aceptación corporal. Se usará una crema hidratante o alguna loción que provoque una sensación placentera en el/la paciente.

Instrucciones:

- Empezar masajeando los pies con la crema.
- Seguir por las piernas y entepierna.
- Seguir por la cintura y glúteos.
- Seguir por la espalda (hasta donde se alcance).
- Seguir por el abdomen, y después el pecho.
- Seguir por los hombros y cuello.
- Seguir por las manos y brazos.
- Acabar masajeando la cara y orejas suavemente.
- Por último, tendrán que pensar cómo se han sentido con el desarrollo de esta actividad por uno o dos minutos.



Anexo Y

Revisión del Horario

Se les pedirá que saquen la hoja con su horario organizado en horas. Se les empezará preguntando individualmente si creen que han cumplido el horario de manera realista. Después se les dirá que cuenten el número de tareas u obligaciones que han cumplido durante la anterior semana, y que saquen el porcentaje en relación con el total con una calculadora. Tras esto, se les volverá a preguntar. Con esto se busca que los posibles pensamientos extremos que presenten se transformen en pensamientos adaptativos y realistas. El objetivo es que tenga un pensamiento realista, aunque crítico. Es casi imposible cumplir al 100% el horario, pero se comentará que se puede intentar mejorar ciertos aspectos evitando la culpabilidad.

Si el/la paciente no ha cumplido al menos un 70% de las tareas que se ha propuesto (es un porcentaje orientativo, si el/la profesional considera que para una persona esa cifra debe ser diferente, se podría cambiar), se pasaría a buscar la razón utilizando la técnica de resolución de problemas explicada en la sesión anterior.

A continuación, 2 ejemplos de situaciones diferentes:

- Paciente con un 70% de cumplimiento. Al principio dice “no he conseguido hacer lo que me he propuesto”. Tras calcular el porcentaje, se le dirá que ha cumplido con más de la mitad de tareas que se había propuesto, por lo que ha hecho la gran mayoría. Con esto se busca confrontar su pensamiento, evitando sentimiento de culpa y/o frustración. Se reforzará positivamente diciendo que hizo un gran esfuerzo para cumplir y realizar el horario. Se le recordará que si hay algún punto que desee cambiar del horario, puede hacerlo para que sea más fácil de seguir, o utilizar la herramienta de resolución de problemas.
- Paciente con un 40 % de cumplimiento. Al tener un porcentaje tan reducido, se le intentará reforzar las tareas que ha realizado de manera individual, pero también se indagaría para averiguar por qué no se han cumplido el resto mediante las técnicas de resolución de problemas. Se limitaría cada tarea problemática de manera aislada y se describiría, se buscarían posibles razones, se haría una lluvia de ideas, y se escogería la/s alternativa/s más idónea/s.

Anexo Z

Ejemplos de Situaciones Estresantes

ESTRÉS POSITIVO:

- Recibir un ascenso que requiera más obligaciones.
- Casarse.
- Comenzar una carrera universitaria o un trabajo.
- Comprar una casa.
- Tener un hijo/a.
- Estar de vacaciones en un lugar de aventuras.
- Aprender un nuevo hobby.

ESTRÉS NEGATIVO:

- Trabajar o estudiar todos los días 12 horas.
- Recibir una carta de despido.
- La muerte de un ser querido.
- Suspender un examen.
- Presenciar un accidente sin poder hacer nada.
- Perder un avión.
- No encontrar la cartera.

Anexo AA

Kahoot! Sesión 8.

PREGUNTAS (la X indica la respuesta correcta).

1. ¿Tener estrés es malo?
 - a. Siempre.
 - b. A veces. X
 - c. Nunca.
2. ¿En qué situación NO se da estrés positivo o eustrés?
 - a. Tener el tiempo justo para acabar un trabajo para el día siguiente.
 - b. Tener que andar más rápido porque llegas tarde a un sitio.
 - c. Tener que trabajar cada día 10 horas de manera normal. X
3. ¿Cuál de los siguientes beneficios pertenece al hecho de tener estrés positivo o eustrés?
 - a. Estimular la creatividad. X
 - b. Dormir mejor.
 - c. Comer mejor.
4. ¿Cuál es una manera de gestionar el estrés negativo o distrés?
 - a. No pensando en él.
 - b. Haciendo ejercicio físico. X
 - c. Comiendo comida basura.
5. ¿Es normal no estar estresado?
 - a. Sí, si estar siempre estresado te hace ser más productivo.
 - b. No, se debe buscar un estado de tranquilidad de manera continua.
 - c. Es normal estar estresado en momentos puntuales, pero el estar siempre estresado puede generar diversos problemas de salud física y mental. X

Anexo BB

Respiración Diafragmática o Abdominal.

La técnica de la respiración diafragmática o abdominal tiene como objetivo alcanzar una respiración lenta y regular. Puede ser usada para afrontar la ansiedad y para reducir la activación fisiológica.

Instrucciones:

- Se tumbarán en el suelo boca arriba sobre una colchoneta o se sentarán cómodamente (mejor con la cabeza y los brazos apoyados), teniendo en cuenta que no se presente ningún elemento distractor, como una llamada o un ruido.
- Cerrarán los ojos y colocarán la mano dominante sobre el abdomen (con el dedo meñique encima del ombligo). La otra mano estará sobre el pecho.
- Inspirarán por la nariz, lentamente y de manera rítmica, haciéndolo llegar hasta el abdomen (notarán como la mano dominante se mueve). El tórax se moverá muy ligeramente. Al soltar el aire, el abdomen volverá a su posición original y la mano se volverá a mover.
- Se busca que desconecten, centrándose solamente en la respiración. Se les pedirá que presten atención a su cuerpo, buscando signos de tensión, y que se concentren en el aire que entra y sale en cada inspiración y espiración.
- Inspirarán por la nariz durante 3 o 4 segundos utilizando el diafragma, y espirarán por la nariz igualmente durante otros 3 o 4 segundos. Harán una pausa antes de seguir inspirando.
- Las inspiraciones no deben ser demasiado profundas, puesto que podría producirse hiperventilación. No obstante, la respiración tampoco debe ser demasiado superficial, ya que los/las pacientes podrían sentir sensaciones incómodas.
- Pueden utilizarse palabras como "tranquilo/a", "calma" o "paz" cada vez que se espira.

Anexo CC

Recuerda.

Se le entregará también una hoja con las instrucciones de los dos tipos diferentes de relajación (Anexo H y Anexo BB), y la explicación de las diferentes técnicas de comunicación asertiva (Anexo O) y la resolución de problemas (Anexo R) que incluye la lluvia de ideas.

- Los ideales de belleza son algo subjetivo y cambiante según la sociedad y el momento histórico.
- Ante momentos de alta ansiedad, prueba a relajarte mediante la relajación progresiva de Jacobson o la relajación diafragmática.
- Piensa en 3 cosas que hiciste bien ayer.
- La perfección no existe.
- Si notas que te falta tiempo, prueba a organizar tus días en un horario.
- Si no sabes como solucionar un problema, prueba a poner en práctica la herramienta de resolución de problemas.
- Sigue dándote masajes de manera habitual.
- El estrés puede ser bueno si no es muy duradero y/o se sabe gestionar.
- La comunicación asertiva funciona muy bien a la hora de enfrentarte a discusiones o problemas con otras personas. Las técnicas que puedes utilizar son: técnica del disco roto, técnica de la pregunta asertiva, técnica del banco de niebla, técnica del sándwich y técnica del aplazamiento asertivo.
- Si consideras que has podido recaer, contacta con un/a terapeuta (nombre del/la psicólogo/a que haya realizado el programa u otro/a profesional diferente) o con tus médicos/as habituales.

Anexo DD

Grupo de Ayuda Mutua (GAM)

Es un grupo donde podrán compartir experiencias y poder seguir en contacto. Este proyecto sería autogestionado por ellos/ellas mismas, y podría ser una herramienta muy útil para prevenir posibles recaídas. Se les dirá que los/as que deseen incorporarse deberán ponerse en contacto con el/la terapeuta, que organizará la primera sesión en algún lugar que pueda ser usado o les informará sobre algún GAM ya formado.

Los GAM se diferencian de los grupos de apoyo en que:

- Son grupos autónomos al margen de profesionales.
- No están limitados en el tiempo (no tiene una fecha de finalización prevista).

Es decir, es un grupo de personas que se juntan voluntariamente, motivados para ayudarse mutuamente y lograr un propósito. Todo sea dicho, debe saberse que no a todos los individuos les será de ayuda, ya que puede ser que no concuerden con el resto de participantes.

Las funciones que presenta son:

- Promover sentimientos de integración.
- Promover el afrontamiento.
- Facilitar modelos de conducta, ya que conocerán a otras personas que llevan diferentes cantidades de tiempo con algún TCA.
- Proporcionar apoyo emocional por parte de personas en situaciones similares.
- Facilitar e intercambiar información.