



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Propuesta de intervención basada en la terapia forestal aplicada a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Autor: Martín Lear Fernández

Directora: Silvia Collado Salas

Curso Académico 2023/2024

Teruel, 27 de febrero de 2024



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Objetivos e hipótesis.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Hipótesis.....	8
Método.....	9
Participantes.....	9
Procedimiento.....	10
Instrumentos.....	11
Sesiones del programa de intervención.....	12
Recursos.....	21
Humanos.....	21
Materiales.....	21
Económicos.....	22
Análisis de datos.....	22
Resultados esperados.....	22
Discusión.....	23
Referencias.....	25
Anexos.....	31

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suponen un problema de salud debido a que habitualmente se desarrollan en la juventud, resultan muy incapacitantes para las personas que los sufren y tienen una alta tasa de mortalidad. Su tratamiento habitual se basa en la terapia cognitivo-conductual, pero esta resulta insuficiente, pues solamente en torno al 50% de los pacientes muestra una respuesta larga y duradera al tratamiento, lo que incita a buscar terapias complementarias o alternativas. Uno de estos complementos consiste en fomentar el contacto con la naturaleza. Así, se han desarrollado terapias complementarias para tratar TCA con base en la Teoría de Recuperación Psicofisiológica del Estrés y de la Teoría de la Restauración de la Atención, como es la terapia forestal o Shinrin-Yoku. Este tipo de terapia tiene beneficios en la práctica clínica, incluyendo la reducción de la ansiedad y depresión, disminución del cortisol y mejora del sistema inmunitario y de la calidad del sueño. En base a estos efectos positivos, cabe esperar que la terapia forestal también sea efectiva para mejorar la sintomatología de los TCA. Por ello, en este TFM se presenta una Propuesta de Intervención basada en la terapia forestal dirigida a personas diagnosticadas con AN o BN.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, terapia forestal, terapia cognitivo-conductual, exposición a la naturaleza, efectos restauradores.

Abstract

Eating disorders (ED) are a health problem because they usually develop in youth, are very disabling for people who suffer from them, and have a high mortality rate. Its usual treatment is based on cognitive-behavioral therapy but is insufficient, since only around 50% of patients show a long and lasting response to treatment, which encourages to seek for complementary or alternative therapies. One of these alternatives consists of contact with nature. Complementary therapies have been developed from the Psychophysiological Stress Recovery Theory and the Attention Restoration Theory, such as forest therapy or Shinrin-Yoku. Different studies have proven the positive effects that are obtained from the practice of this therapy, such as reduction of anxiety and depression, reduction of cortisol and improvement of the immune system and sleep quality. Based on these positive effects, it is expected that forest therapy will also be effective in improving ED symptomatology. Therefore, in this TFM an Intervention Proposal based on forest therapy is presented, aimed at people diagnosed with AN or BN.

Keywords: Eating disorders, forest therapy, cognitive behavior therapy, exposure to nature, restorative effects.

Introducción

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) consiste en una Propuesta de Intervención basada en la terapia forestal para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se plantea el uso de la terapia forestal como un complemento para la terapia cognitivo-conductual que se usa en el tratamiento habitual de los TCA, y se busca maximizar con ella la efectividad del tratamiento, así como mejorar la adscripción al mismo.

Los TCA se caracterizan, según el DSM-5 (APA, 2013), por ser una alteración persistente de la alimentación o del comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Suponen un grave problema de salud física y mental (Lewinsohn et al., 2000). Su heterogeneidad (Eddy et al., 2008), larga duración (Austin et al., 2021), alta tasa de recaída (Sala et al., 2023), lo pronto que se manifiestan (Klein y Walsh, 2003) y la alta mortalidad de algunos de ellos (van Hoeken y Hoek, 2020) son sin duda alarmantes. Se sabe que en ellos influyen aspectos socioculturales (Treasure et al., 2020), factores genéticos (Kaye, 2008), variables familiares (Strober et al., 2000), factores de riesgo individuales como antecedentes de obesidad (Carretero et al., 2009) o el seguimiento de dietas (Fairburn, 1995), así como rasgos de personalidad como la necesidad de control (Polivy y Herman, 2002).

Los TCA incluyen varios trastornos, los cuales podemos dividir en dos categorías principales (Treasure et al., 2020): por un lado, tenemos el trío de trastornos más conocidos que son la Anorexia nerviosa (AN), la Bulimia nerviosa (BN) y el Trastorno de atracones (TA). Además de estos, forman también parte de los TCA otros trastornos menos comunes como son el Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, el Pica (ingesta de sustancias que no son alimentos) y el Trastorno de rumiación (DSM V, 2014). Dada la alta prevalencia de la AN y BN (AN: 0,1-2%; BN: 0,37-2,98%) (Arija-val et al., 2022) especialmente en mujeres jóvenes, en este TFM nos centramos únicamente en estos dos trastornos.

Ambos trastornos (AN y BN) presentan características comunes: tienen una prevalencia mayor en mujeres, su inicio suele ser en la adolescencia, tienen más probabilidades de presentarse si hay una historia previa de preocupación por la comida,

por el peso o por la imagen corporal, y tienen una gran comorbilidad con otras condiciones tanto psicológicas como médicas (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [ACAB], s.f.). Ambos grupos de pacientes se caracterizan por presentar elevadas tasas de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, perfeccionismo, afecto negativo, neuroticismo, baja cooperatividad y rasgos asociados con el trastorno de personalidad por evitación (Kaye, 2008). Sin embargo, también se encuentran diferencias entre ellos, siendo en los pacientes con AN más típica una alta restricción y persistencia en la conducta, baja búsqueda de novedades, constricción del afecto y de la expresividad emocional, así como anhedonia y ascetismo (Kaye, 2008). Por el contrario, los pacientes con BN suelen presentar una alta impulsividad, una mayor búsqueda de sensaciones y de novedades, rasgos asociados al trastorno límite de personalidad (TLP) y abuso de sustancias (Cassin y von Ranson, 2005).

Para el tratamiento de los TCA, el modelo teórico transdiagnóstico de Fairburn (2003) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) desarrollada a partir de dicho modelo han mostrado los mejores resultados (Agras, 2019). De acuerdo con Fairburn et al. (2003), el núcleo psicopatológico de los TCA es el sistema disfuncional de autoevaluación, donde se da una sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control. En este sentido, las personas con TCA se juzgan a sí mismas principalmente, o incluso de forma exclusiva, en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura y peso corporal, y a su capacidad para controlarlos (Celis y Roca, 2011). A partir de este núcleo se derivan el resto de características clínicas de los trastornos TCA. Estos incluyen la dieta estricta y los comportamientos dirigidos a controlar el peso (p.e. restringir la ingesta, ejercicio excesivo, etc.), la evitación (p.e. evitar mirarse ciertas partes del cuerpo), los rituales de comprobación (p.e. mirarse continuamente al espejo, pesarse frecuentemente), y la preocupación por pensamientos sobre la comida, la figura y el peso (Celis y Roca, 2011). Por ello, el tratamiento de los TCA se centra en el núcleo psicopatológico, así como en los 4 mecanismos adicionales mantenedores de los TCA: perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003).

Como se puede ver, entre los diferentes subtipos de TCA, son mayores las similitudes que las diferencias, siendo este el motivo por el que Fairburn (2008) plantea un tratamiento transdiagnóstico, pues se entiende que la migración de diagnóstico que sucede en los TCA es una muestra de cómo un mismo trastorno de la conducta alimentaria evoluciona. En este sentido, la TCC de Fairburn (2003) se plantea como el

tratamiento de elección para los TCA. No obstante, su eficacia es limitada. Así, solo la mitad de las pacientes tienen una respuesta completa y duradera (Fairburn et al., 2003). Sin duda, una de las mayores dificultades en el tratamiento de los TCA deriva de su alta mortalidad, así como de su evolución. Centrándonos en los dos trastornos a los que va dirigido el programa de este TFM (AN y BN), la mortalidad de la AN es mayor que en cualquier otro trastorno mental. De 1000 pacientes con AN, 5.1 mueren de forma anual y 1.3 de ellos lo hace quitándose la vida (Arcelus et al., 2011). Estos datos ponen de manifiesto que todavía el tratamiento para los TCA es insuficiente, por lo cual la comunidad científica insta a buscar nuevas formas de tratamientos disponibles (Monteleone et al., 2022). Ha sido recientemente cuando la terapia forestal ha sido propuesta como un complemento para tratar diversos trastornos psicológicos (Hansen et al., 2017).

La terapia forestal o “Shinrin-yoku” consiste en la realización de actividades con finalidad terapéutica en un ambiente forestal (Hansen, 2017). Bajo este tipo de terapias, se realizan diversas actividades como son la meditación y/o actividades grupales que promueven el contacto con la naturaleza y entre personas, mientras que simultáneamente se retira a las personas de los entornos urbanos que aumentan el estrés y dificultan la restauración psicológica (Hartig, 2021). La terapia forestal ha mostrado multitud de beneficios en diversas áreas de la salud. Por ejemplo, se ha probado efectiva para reducir los niveles de concentración de cortisol (Jidong et al., 2011) y reducir el estrés (Morita et al., 2007), producir un efecto de relajación física y psicológica en mujeres jóvenes (Song et al., 2019), así como reducir los niveles de depresión en adultos (Lee et al., 2017).

Para explicar los efectos positivos en la salud del contacto con la naturaleza, y por tanto de la terapia forestal, se han utilizado diversas teorías, si bien dos destacan sobre el resto. Por un lado, la teoría de recuperación psicofisiológica del estrés (SRT: Ulrich et al., 1991) sostiene que ciertos entornos naturales ayudan a los individuos a recuperarse de forma más rápida y completa del estrés. Ello se debe a que poseen características que, percibidas de forma automática, provocan rápidamente emociones positivas, captan la atención no vigilante, bloquean los pensamientos negativos y permiten que la activación fisiológica descienda a niveles moderados (Collado et al., 2017). Por otro lado, la teoría de la restauración de la atención (ART; Kaplan, 1995) plantea que, en el día a día, nuestros recursos atencionales e inhibitorios se van agotando debido a las demandas de los estresores diarios que requieren atención directa

(Berman et al., 2008). Sin embargo, el contacto con la naturaleza permite distanciarse de esos estresores, a la vez que estimula los cinco sistemas sensoriales, lo cual aumenta la actividad del sistema nervioso parasimpático y facilita la relajación (Kaplan y Kaplan, 1989). Es por ello que los ambientes naturales resultan restauradores, pues nos permiten recuperar los recursos agotados en los quehaceres diarios.

En el presente TFM, se ha considerado el uso de la terapia forestal en pacientes con AN y BN debido a que ésta se ha demostrado eficaz para la reducción de la sintomatología presente en estos trastornos. Por ejemplo, en el estudio de Song et al. (2018) se encontró que tras andar 15 minutos por un área forestal, disminuyeron los estados de ánimo negativo de “depresión-abatimiento”, “tensión-ansiedad”, “ira-hostilidad”, “fatiga” y “confusión” y, a su vez, mejoró el estado de ánimo positivo de “vigor” de los participantes. En comparación, caminar durante el mismo tiempo por las zonas urbanas no produjo beneficios en el estado de ánimo. Además, se identificó una correlación significativa entre las respuestas psicológicas al caminar por bosques y los niveles de ansiedad rasgo, pues la reducción fue mayor en los participantes con niveles más altos de ansiedad. Resultados similares encontramos en el estudio de Bielinis et al. (2019), donde pacientes con trastornos afectivos y pacientes con trastornos psicóticos también se beneficiaron de la terapia forestal. Así mismo, la revisión sistemática realizada por Siah et al. (2023) muestra beneficios de la terapia forestal sobre la ansiedad, depresión, estado de ánimo y calidad de vida. Por todo ello, parece que la terapia forestal puede ser efectiva para la mejora de la sintomatología de los TCA (Corazon et al., 2018).

Vistos los beneficios demostrados por la terapia forestal en la salud física y psicológica de sus usuarios, en este documento se presenta un programa de intervención para pacientes que cumplan criterios diagnósticos de AN o BN, el cual se basa en el uso de una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual (TCC; Murphy et al., 2010) complementándose con el uso de la terapia forestal. Se trata de un diseño factorial de medidas repetidas, en el cual los participantes serán asignados en 4 grupos: 2 grupos experimentales (GEs) que realizarán TCC complementada con terapia forestal. La diferencia entre estos dos grupos experimentales será que habrá uno formado exclusivamente por pacientes hospitalizadas (GE-H), mientras el otro estará formado por pacientes no hospitalizados (GE-NH). También habrá 2 grupos control que se diferenciarán en el mismo aspecto: hospitalizados (GC-H) y no hospitalizados

(GC-NH). Los grupos control recibirán el tratamiento de TCC, y realizarán las sesiones de grupo en un aula en el entorno hospitalario en lugar de en un entorno forestal.

Objetivos e hipótesis

Objetivo general

El objetivo general de la propuesta de intervención es promover el bienestar de las personas que sufren de Anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa a través de un programa de intervención con TCC complementado con terapia forestal. El programa está constituido por una serie de actividades terapéuticas en espacios naturales diseñadas *ad hoc* para esta población.

Objetivos específicos

En lo que respecta a los objetivos específicos, se pretende:

- Reducir la sintomatología depresiva.
- Reducir la sintomatología ansiosa.
- Aumentar los niveles de bienestar subjetivo.
- Aumentar los niveles de satisfacción corporal.

Hipótesis

Tras la aplicación de la intervención se espera que los cuatro grupos (GEs y GCs) experimenten una reducción de la sintomatología depresiva (Hipótesis 1) y ansiosa (Hipótesis 2).

También se espera en los cuatro grupos un aumento de los niveles de bienestar subjetivo (Hipótesis 3) y satisfacción corporal (Hipótesis 4).

Además, esperamos encontrar un mayor tamaño del efecto en los grupos experimentales respecto a los grupos control en las 4 variables dependientes (Hipótesis 5). A su vez, se espera un mayor tamaño del efecto en el grupo experimental de pacientes hospitalizados versus el grupo experimental de pacientes no hospitalizados (Hipótesis 6).

Método

Participantes

Los participantes serán 40 mujeres de entre 18 y 45 años que cumplan criterios diagnósticos de Anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa. Serán asignadas a una de las condiciones experimentales aleatoriamente, respetando en todo caso su condición (hospitalizada - no hospitalizada). Cada grupo estará formado por 10 personas. Se ha decidido no centrar la intervención en un único subtipo específico de TCA, sino en AN y BN debido a que en gran porcentaje estos trastornos se transforman y evolucionan a diversos subtipos. Los TCA se caracterizan porque, a pesar de existir diversos trastornos con sus respectivas peculiaridades, todos ellos comparten un factor clave: la sobrevaloración del valor del peso y la figura. Es por esto que un gran número de pacientes acaban cumpliendo criterios diagnósticos de un subtipo diferente al que obtenían al comienzo, migrando así su diagnóstico (Eddy et al., 2008). Por ello, basado en el modelo transdiagnóstico de Fairburn (2008), conceptuamos los TCA como un continuo, en el cual la posición exacta del paciente no es tan importante como lo es el hecho de que se encuentre en él. Sin embargo, con el objetivo de operativizar, se ha centrado la intervención en los dos subtipos más frecuentes (i.e., AN y BN), pues creemos que ni el tamaño de la muestra ni el diseño experimental permitiría llegar a resultados de calidad si se incluyeran todos los subtipos de TCA.

Por otra parte, se ha decidido realizar el estudio únicamente con mujeres debido a dos factores principales: a) Los TCA afectan mayoritariamente a mujeres y b) El tamaño de la muestra utilizada va a ser pequeño (40 participantes). Por otro lado, la edad ha sido acotada de los 18 a los 45 años para, por un lado, evitar la problemática relacionada con el trabajo con menores de edad, y por otro, descartar personas mayores de 45 años, pues no resultan representativas del paciente medio que sufre TCA. Además, estos últimos probablemente tengan una larga historia con el trastorno, por lo que su tratamiento probablemente debería ser adaptado a ello.

El único criterio de exclusión es tener dificultades de movilidad que impidan el fluido funcionamiento de las sesiones en la naturaleza.

Respecto a las pacientes hospitalizadas, se añade el criterio de que deben ser pacientes a las que se les permita la salida del centro hospitalario dado su estado físico y mental para la realización de las actividades en entorno forestal.

Procedimiento

La captación de participantes se llevará a cabo desde el 15 de marzo de 2024 al 15 de abril de 2024 mediante panfletos informativos (ver Anexo I) distribuidos en distintos puntos de Zaragoza, como son el hospital universitario Miguel Servet, así como centros cívicos de la ciudad. En ellos se incluirá información acerca de qué son los TCA, sus síntomas y los subtipos, tratamientos disponibles, etc. También se incluirá información específica acerca de la intervención planteada (profesionales a cargo, sesiones, duración, en qué consiste la terapia forestal, criterios de inclusión y exclusión, etc.). A su vez, se compartirá el cartel y el panfleto en redes sociales.

Las participantes seleccionadas deberán realizar una sesión de acogida con un psicólogo, el cual comprobará que la participante cumple criterios diagnósticos para AN o BN (ver Anexo II). Una vez finalizado el proceso de captación, se asignará a las participantes seleccionadas aleatoriamente a uno de los 4 grupos. Posteriormente, serán convocadas a una reunión durante la primera semana del programa en la que se les dará la bienvenida. Además, conocerán a que grupo han sido asignadas, se expondrán los objetivos de la intervención y se les entregará el cronograma de actividades (ver Anexo III), tras explicar brevemente en qué van a consistir cada una de ellas. En las reuniones con los GCs, se les informará de que ellas realizarán actividades similares a los grupos experimentales, pero en una sala de un edificio, y de que su participación resulta de vital importancia para el estudio de la efectividad del tratamiento implementado en esta intervención. En esta reunión, las participantes deberán rellenar los instrumentos seleccionados, de forma que se obtendrá la medida pre-intervención. Para finalizar, todas las participantes deberán firmar el consentimiento informado (ver Anexo IV).

Tras las reuniones iniciales, en la segunda semana, comenzarán las sesiones individuales de terapia cognitivo-conductual en todos los grupos. Durante las semanas dos y tres, las participantes únicamente realizarán sesiones individuales, a razón de una sesión de una hora por semana. Será en la cuarta semana cuando comiencen las sesiones grupales, a razón de una sesión semanal de dos horas de duración. En estas sesiones, el grupo experimental hospitalizado saldrá al entorno forestal para la actividad, mientras que el grupo control las realizará en un aula del hospital. Los grupos asistirán a sesiones individuales de TCC y sesiones grupales hasta la onceava semana incluida. En la onceava semana, las participantes tendrán la última sesión individual, la cual servirá de cierre al proceso terapéutico iniciado al comienzo del programa. En la semana doceava

se realizará la reunión final con cada grupo, la cual servirá para recapitular algunas de las habilidades aprendidas, resolver posibles dudas, e integrar lo aprendido. Además, las participantes rellenarán de nuevo los formularios para medir la efectividad del tratamiento realizado por cada grupo, así como el cuestionario de satisfacción con el programa (ver anexo VII).

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación y medida seleccionados para el proceso de evaluación de la eficacia del programa son los siguientes:

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 1996) en la adaptación española de Jesús Sanz y Carmelo Vázquez (2011)

Este instrumento está destinado a medir la severidad de la depresión en adolescentes y adultos. Se compone de 21 ítems diseñados para evaluar diversos síntomas depresivos, tales como la tristeza, desesperanza, fatiga y pérdida de interés en actividades diarias. Cada ítem presenta una escala Likert de 0 a 3 (salvo los ítems 16 y 18), donde el individuo elige la afirmación que mejor describe su estado durante la última semana. La puntuación oscila entre 0 y 63 puntos. Su coeficiente alfa de Cronbach en estudios previos es de 0,89 (Padros y Pintor Sanchez, 2021).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 2008) en la adaptación española de Buela-Casal et al. (2011)

Este inventario se utiliza para medir la ansiedad tanto en estado como en rasgo. Consta de 40 ítems en escala likert de 0 a 3, los cuales están divididos en dos apartados separados, uno para ansiedad estado y otro para ansiedad rasgo. La ansiedad estado se refiere a un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, susceptible de variar en el tiempo, mientras que la ansiedad rasgo señala una relativa y estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Respecto al alfa de Cronbach, su valor en estudios previos es de 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

Subjective Happiness Scale (SHS; Lyubomirsky & Lepper, 1999), en la adaptación española de Extremera y Fernández-Berrocal (2014)

Mide el bienestar percibido y consta de cuatro ítems en una escala de respuesta Likert de siete puntos. La puntuación total varía entre 4 y 28 puntos, indicando valores más altos una mayor satisfacción. El alfa de Cronbach para la versión española fue de

0,81 (Extremera y Fernández-Berrocal, 2014). Los valores de esta escala sirven como medida del bienestar subjetivo.

Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987) en la adaptación española de Raich et al., (1996)

Este cuestionario se utiliza para medir el nivel de satisfacción con la imagen corporal y el peso. Consta de 34 ítems con escala Likert de frecuencia de 6 valores, que van desde “nunca” hasta “siempre”. El alfa de Cronbach se sitúa alrededor del 0,95 (Cooper et al., 1987).

Sesiones del programa de intervención

La intervención completa constará de: una reunión inicial con cada grupo durante la primera semana en la que se tomarán las medidas pre-intervención, diez sesiones individuales de TCC que comenzarán la segunda semana y se prolongarán hasta la onceava semana, ocho sesiones grupales que comenzarán la cuarta semana y se extenderán hasta la onceava semana, y una reunión final con cada grupo que se realizará en la doceava semana. En esta última reunión se tomará la medida post-test de la intervención, teniendo las participantes que volver a responder los cuestionarios que rellenaron al comienzo de la intervención. A continuación, se describen las sesiones grupales de terapia forestal de los GEs por ser las más relevantes para el presente trabajo. Las sesiones diseñadas para los GCs están descritas en el Anexo V.

Las sesiones de terapia forestal serán llevadas a cabo en distintos emplazamientos naturales de la ciudad de Zaragoza y las conducirá un psicólogo, que será el encargado de realizar todas las sesiones de dicho grupo. Todas las sesiones tienen la misma estructura de base: un primer momento en círculo que sirva como caldeamiento e inicio de las sesiones, ayudando a las participantes a conectar con el momento presente. Seguidamente, se pasará a la actividad propuesta para cada sesión y, al final, habrá un momento de puesta en común y cierre, dónde el psicólogo hará una recomendación grupal para la semana. Todas las sesiones grupales tienen una duración de 2 horas. Los grupos estarán compuestos por diez participantes.

Sesión 1: Rompiendo el hielo, aprendiendo a confiar

Objetivo: Familiarizarse con los entornos naturales y facilitar el sentimiento grupal.

Ubicación: Parque del Agua.

Materiales: 8 pañuelos de tela.

Desarrollo: Comenzamos sentados en círculo, dando la bienvenida al programa y haciendo cada miembro una breve presentación de sí mismo. Se procede a una primera actividad de caldeamiento en la que las personas caminan en círculo en el entorno haciendo contacto visual con los otros. A continuación, se venda los ojos a todos los miembros del grupo excepto a dos, que van a ser los ‘guías’ del grupo. Estas personas serán las encargadas de guiar a todo el grupo por un sendero que transita entre árboles y otros elementos naturales. El grupo entero, haciendo una fila dados de la mano, deberán confiar en el otro y comunicarse muy bien para poder hacer frente a los obstáculos que se presenten a lo largo del sendero y llegar al final del recorrido. Al finalizar, de nuevo se reúne al grupo en círculo y se exponen sensaciones experimentadas durante la actividad. Se hará la analogía del paseo a ciegas con el proceso terapéutico, pues en ocasiones uno no es capaz de ver hacia donde está yendo ni de ver el progreso, pero debe confiar en que esto es parte normal, y que llegará el momento en que sean capaces de ver lo lejos que han llegado.

Sesión 2. Demoliendo mitos

Objetivos: Aclarar y desmentir algunos mitos en torno a los TCA.

Ubicación: Parque del Tío Jorge.

Desarrollo: Reunidos ya en círculo, y tras comentar grupalmente cómo nos encontramos y cómo ha ido la última semana, comienza la sesión. El ejercicio de caldeamiento de esta sesión consiste en varios ejercicios de atención sensorial focalizada. Se indica que deben centrar su atención durante unos pocos minutos en cada sentido, comenzando con la vista, seguido del oído, el tacto y el olfato. Estos ejercicios se realizan en silencio y las participantes pueden moverse libremente por el espacio durante el ejercicio. El objetivo es familiarizarse con la atención focalizada en los sentidos, y se explicará el por qué resulta importante esta habilidad para aprovechar al máximo los beneficios de la exposición a la naturaleza. A continuación, se introducirá la actividad principal de la sesión. En esta actividad se pretende que tomen conciencia sobre algunos de los prejuicios y creencias erróneas que hay en torno a los TCA, así como de la cantidad de mensajes con estos contenidos que escuchamos a diario. El objetivo es facilitar la comprensión sobre los trastornos, así como de las personas que los sufren y desmentir los mitos, pues estos generan gran sufrimiento y, generalmente, están muy arraigados, de manera que afloran inconscientemente. La dinámica consiste en que se irán exponiendo los mitos sobre los TCA uno a uno, y tras nombrarlos, se dará un espacio de

unos minutos para debatirlos. Tras el debate, el psicólogo indicará la respuesta y resolverá las posibles dudas que las participantes puedan tener.

Tabla 1.

Verdades y mitos sobre los TCA.

Verdades y mitos	Respuesta
La anorexia y la bulimia son los únicos TCA	Falso. Además de la anorexia y la bulimia, existen otros TCA como el trastorno por atracón, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), el PICA, el trastorno por rumiación y el trastorno por evitación/restricción de alimentos. Además, cada vez se habla más de nuevos diagnósticos.
La anorexia es el TCA más frecuente	Falso. Aunque el TCA más conocido sea la anorexia, se diagnostican más casos de bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado que de anorexia.
Siempre que alguien sufre un TCA, debe estar muy delgado	Falso. En muchos casos la apariencia física de la persona que sufre un TCA está dentro de unos baremos de peso normal. La persona afectada no necesariamente tiene que estar en un infrapeso por tener un TCA.
Los TCA no se curan del todo	Falso. Alrededor del 50-60% de los casos se recupera totalmente, un 20-30% lo hace parcialmente, y sólo un 10- 20% cronifica la enfermedad. Aunque en ciertos casos, algunas personas señalan la persistencia en el tiempo de determinados síntomas, como la distorsión corporal, alteraciones en la conducta alimentaria o síntomas psiquiátricos, la mayoría de las personas refieren mejoría total sin limitaciones por su forma de comer ni por su cuerpo, siempre que haya un tratamiento médico y psicológico especializado.
Alguien que sufre un TCA lo tiene porque «lo ha buscado»	Falso. Los TCA son trastornos mentales que nadie elige sufrir. Son trastornos que provocan un intenso sufrimiento tanto a

la persona afectada como a su entorno familiar. Siempre tienen un origen multicausal (un factor solo nunca es la causa) en el que intervienen diversos factores de tipo individual, familiar y social, por lo que el resultado final es que hay personas más o menos vulnerables de sufrir un TCA.

Afectan más a mujeres jóvenes

Verdadero. Los TCA son más habituales en mujeres (9 de cada 10 casos son mujeres) y la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para padecer un TCA, aunque cada vez se encuentran más casos de hombres que lo padecen, y también se diagnostican en personas de todas las edades.

Los atracones propios de la bulimia y el trastorno por atracón son un problema de fuerza de voluntad

Falso. Cuando hablamos de bulimia y trastorno por atracón hablamos de trastornos mentales que se caracterizan por la incapacidad de la persona afectada para controlar la ingesta de alimentos. De ninguna manera se trata de falta de voluntad.

Los TCA, aunque los superes, dejan secuelas

Verdadero. Los TCA pueden dejar secuelas de tipo psicológico o de tipo físico, dependiendo de cada persona.

Un buen tratamiento psicológico y médico ayuda a la persona a curarse

Verdadero. El TCA es una enfermedad mental y ha de ser tratada como tal por especialistas en el tema, para que la persona pueda llegar a curarse.

Es importante no juzgar las respuestas y no dar pistas en un principio sobre si una afirmación pueda resultar correcta o incorrecta, ya que la clave de la actividad es que ellas mismas se puedan dar cuenta de lo equivocadas que puedan estar en ciertos aspectos. También es importante preguntarles por qué se han posicionado de una manera o de la otra, para poder conocer el grado de información que tienen sobre esa problemática y como poder desmentirla o afirmarla en función de sus argumentos. Tras exponer todos los mitos y para dar cierre a la sesión, se hará un pequeño resumen de lo visto en la sesión y se recalcará la importancia de contrastar las afirmaciones y no creer todo aquello que escuchamos.

Sesión 3. Preocupaciones y ansiedad

Objetivo: Aprender a identificar pensamientos, imágenes o creencias asociadas a las preocupaciones y el TCA, y entrenar en habilidades de flexibilidad cognitiva.

Ubicación: Parque del Agua.

Desarrollo: Como ejercicio de caldeoamiento, se pedirá a cada participante que busque un elemento del entorno que puedan llevar consigo y no se lo enseñen a nadie. Una vez todas tengan uno elegido, se colocarán por parejas. Un miembro cerrará los ojos y el otro le colocará el elemento en sus manos. Entonces la persona que tiene los ojos cerrados debe empezar a decir propiedades físicas acerca del elemento y, tras esto, decir qué puede ser. La persona que tiene los ojos abiertos le indicará que ha acertado cuando así sea, pero que debe imaginar que otros tres elementos podría ser. Una vez indicados, se realizará la actividad invirtiendo los roles, es decir, ahora el participante que antes cerró los ojos será quién coloque el elemento en las manos del otro miembro de la pareja.

Tras esto, se hablará de la ansiedad y de su relación con los TCA. Se nombrará la relación que tiene en las conductas de evitación, el miedo a engordar, el miedo a comer cuando se está con más gente, así como la preocupación por el peso y la propia figura y otros tantos ejemplos. Se busca que se tome conciencia de cómo el trastorno está relacionado con los sentimientos de ansiedad y la emoción que provoca. Después, se realizará una breve charla psicoeducativa en la que se desmontan mitos acerca de las preocupaciones (algunos ejemplos son: preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer, preocuparse prepara para lo peor y protege de las emociones negativas, preocuparse hace menos probable que las consecuencias temidas ocurran, etc.) y también se les enseñará la técnica de generación de interpretaciones alternativas usando ejemplos que los mismos participantes vayan exponiendo. Tras asegurarse que han entendido bien esta técnica, se les pedirá que, por parejas, busquen un lugar agradable del entorno donde sentarse para realizar la siguiente dinámica: primero un miembro de la pareja expone una situación personal que le preocupa y/o provoque ansiedad y el segundo miembro debe generar interpretaciones alternativas. Y después, el participante que generó las interpretaciones alternativas será quien exponga una situación y el otro quien genere las interpretaciones alternativas. Tras esto se volverán a reunir en círculo y los miembros que quieran compartirán su vivencia. Por último, el psicólogo les propondrá llevar a cabo un diario de resultados de las preocupaciones, dónde se explica para qué sirve y cómo se lleva a cabo, para lo cual hará uso de algunas de las

preocupaciones que se expusieron anteriormente. Se indicará que pueden también apuntar sus preocupaciones relacionadas con la comida y el peso para ayudarles a tomar conciencia de los pensamientos que tienen.

Hoja de registro: pensamiento, emoción, conducta”

Nombre y Apellidos.....

Fecha.....

Día/Hora (escribir tal y como aparece)	Situación (especificar tipo e intensidad)	Pensamiento	Emoción	Conducta

Sesión 4. Técnicas de relajación y meditación

Objetivo: Entrenar a las participantes en técnicas de relajación y meditación.

Ubicación: Parque Bruil.

Desarrollo: Para esta sesión será necesario que cada participante traiga una toalla o manta para poder tenderse en el suelo cómodamente. Ya en el sitio donde se realiza la actividad, se le pedirá al grupo que se coloquen en círculo rápidamente y que, de izquierda a derecha, digan cómo se encuentran cada uno de una manera breve y rápida. El psicólogo aquí usará repetidamente términos que generen sensación de prisa en los participantes (“venga”, “vamos terminando”, “seamos breves”, “rápido que se acaba el tiempo”, etc.). Cuando todas hayan hablado, se pedirá un momento de silencio en el que el psicólogo expondrá que se va a trabajar la relajación, en concreto la relajación progresiva propuesta por Bernstein y Borkovec (1973), y explicará los beneficios de esta en el día a día. Será entonces momento de llevar a cabo la relajación guiada por parte del psicólogo (ver Anexo VI). Una vez finalizado el ejercicio, se le pedirá a cada

una que exprese de manera breve al grupo cómo se encuentra. Será importante aquí que el psicólogo destaque las diferencias individuales con el discurso anterior.

A continuación, se explicará la diferencia entre relajación y meditación y el beneficio de esta última. Seguidamente, se realizará un pequeño ejercicio de meditación centrado en la respiración (10 minutos aproximadamente). Tras esta práctica, se resolverán las dudas o dificultades que hayan surgido durante el ejercicio y, tras ello se le pedirá a cada participante que busque un elemento del entorno dónde realizar este mismo ejercicio de meditación centrado en la respiración mientras mantienen el contacto ocular con él. Para finalizar, cada participante expondrá en grupo cómo se ha encontrado con la sesión y se darán recomendaciones y sugerencias para practicar la relajación y meditación en casa.

Sesión 5. El bosque que formamos

Objetivos: Favorecer el conocimiento propio y de los demás, así como mejorar la confianza y la cohesión grupal. Estimular la acción de autovalorarse en los demás compañeros. Mejorar la confianza y la comunicación del grupo.

Ubicación: Parque Bruil

Materiales: Folios, portapapeles y rotuladores.

Desarrollo: Para aumentar la conexión con el medio natural se pedirá a las participantes que se descalcen para esta actividad, y pongan atención a sensaciones que perciben al andar. Tras una breve interacción con el grupo y preguntar cómo se encuentran, el psicólogo reparte un folio a cada participante e indica que dibujen un árbol, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada una cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos y triunfos que han alcanzado. Ninguna de las cosas que pongan en el árbol debe hacer referencia a el peso o la figura, pero sí puede hacerlo a otras características físicas, por ejemplo: me gusta mi pelo, tengo los ojos bonitos, etc. Una vez terminen, deben escribir su nombre en la parte superior del dibujo.

A continuación, las participantes formarán grupos de 5 personas, y cada una pondrá en el centro del grupo su dibujo, y hablará del árbol en primera persona, como si ella fuese el árbol. Seguidamente, se colocarán el árbol en el pecho, de forma que el resto de sus compañeras puedan verlo, y darán un paseo “por el bosque”, de modo que cada vez que encuentren un árbol lean en voz alta lo que hay escrito en el dibujo, diciendo frases como: “Tú eres...”. Por ejemplo: “María, eres...tienes...”. Tendrán 5 minutos para dar un paseo “por el bosque”. A continuación se hace la puesta en común,

en el transcurso de la cual, cada participante puede añadir “raíces” y “frutos” que las demás le reconocen e indican. El psicólogo puede lanzar las siguientes preguntas para comentar la actividad: ¿Cómo os habéis sentido durante el paseo por el bosque? ¿Cómo habéis reaccionado cuando vuestras compañeras han dicho vuestras cualidades en voz alta? ¿Qué árbol, además del vuestro, os ha gustado? ¿Qué compañera ha dibujado un árbol parecido al vuestro? ¿Cómo os sentís después de esta actividad? Se pretende que descubran sus cualidades positivas y sean capaces de reconocerlas, que sean capaces de compartir sus sentimientos con las demás, así como de recoger los sentimientos de sus compañeras. Explicar cómo los TCA centran toda la atención en los aspectos relacionados con el peso y la comida, e impiden ver otras muchas cosas que sí funcionan y están bien en nosotros mismos y en nuestras vidas.

Sesión 6: Caminando entre los árboles

Objetivo: Poner en valor el momento presente y el medio natural.

Ubicación: Parque de Oriente.

Desarrollo: Comenzamos en círculo, indicando que observen el estado en el que se encuentran, realizando un ejercicio de anclaje en el presente a través de una meditación guiada. Se indica que se focalicen en la respiración y posteriormente en los elementos naturales que se encuentran alrededor. A continuación, el grupo se pone de pie y se sumerge en la vegetación del parque con las directrices de fijarse en el mayor número de detalles posibles de ese entorno y en encontrar las ventajas que éste ofrece con respecto al medio urbano. Se finaliza con la puesta en común de todos los beneficios encontrados y observando el estado en el que se encuentran tras la actividad. También, en este último momento del encuentro, se explica el porqué de poner en valor el momento presente, ya que la ansiedad nos saca de él y resulta necesario practicar el volver al presente. El objetivo nunca es no salirse del presente, sino ser capaz de reconocer cuando te estás yendo mentalmente a otro sitio, y traer de vuelta la conciencia al momento presente.

Sesión 7: Tuve que protegerme

Objetivo: Analizar el TCA como mecanismo de defensa y entender su función.

Ubicación: Parque José Antonio Labordeta.

Desarrollo: Tras un paseo hasta el área donde se desarrollará la actividad y una breve actividad de caldeoamiento, se dan las siguientes instrucciones. Las participantes deben encontrar los elementos que protegen a distintas especies (árboles, plantas, animales...) y apuntar 3 ejemplos en un papel de la siguiente forma: especie, protección/mecanismo

de defensa y cómo funciona (cómo le protege, de qué y qué produce en el otro). Cuando todas las participantes lo hayan completado, se compartirá en círculo y se pondrán varios ejemplos. Se comentará entonces como todos los seres vivos necesitamos sentirnos protegidos, y para ello evitamos mostrarnos vulnerables y nos protegemos. Se explicará entonces como los TCA han podido desarrollarse como una forma de tener control sobre una misma y su cuerpo cuando algo en el ambiente o en una misma se sentía como peligroso o inadecuado. Se trata de ayudar a resignificar el trastorno, entendiendo que pudo ser una forma que tuvo la persona de protegerse en una situación concreta, pero que tiene resultados negativos. Entender que sufrir el trastorno no es culpa suya, sino que es el resultado de no haber dispuesto en un momento concreto de herramientas para gestionar el malestar emocional de una forma más saludable. Para ir cerrando la sesión, el psicólogo hará una breve intervención acerca de la conciencia de enfermedad, el porqué es un aspecto importante, y animará a las participantes a mostrar su punto de vista. Se fomentará el que las participantes muestren su vivencia, para potenciar la empatía y el reflejo entre las participantes y generar un entendimiento común.

Sesión 8. Un final puede ser también un inicio

Objetivo: Reflejar sobre el proceso llevado a cabo durante el programa y compartir la vivencia individual con el grupo.

Ubicación: Parque de Macanaz.

Materiales: Folios, portapapeles, bolígrafos.

Desarrollo: Tras el tradicional paseo breve hasta la zona donde se desarrollará la sesión, las participantes se sentarán en círculo. Entonces, el psicólogo repartirá papel y bolis a las participantes y lanzará las siguientes preguntas para que cada una piense las respuestas:

- ¿Qué me llevo del programa de intervención?
- ¿Qué he aprendido a lo largo de estas semanas?
- ¿En qué aspecto o aspectos debo seguir trabajando?
- ¿Cómo puedo incorporar lo aprendido estas semanas para que su efecto positivo se extienda más allá de la duración del programa?

Tras unos minutos para que las participantes piensen las respuestas, el psicólogo retomará las preguntas una a una e irá pidiendo a las participantes que pongan en común sus respuestas. Se busca que participen y expongan su vivencia personal con el resto de compañeras.

Una vez finalizada esta actividad, el psicólogo dividirá a las participantes en dos grupos de cinco participantes y les explicará que ahora deben hacer un poema en grupo relacionado con la enfermedad y lo que ha sido para ellas el proceso terapéutico y el grupo de apoyo. Se les pedirá que cada una se encargue de hacer una estrofa, de manera que el poema grupal estará compuesto por la aportación de todas las integrantes. Pueden decidir grupalmente de que quieren que trate cada estrofa, el único requisito es que el resultado final tenga una mirada positiva y optimista del proceso terapéutico. Tras unos minutos para que los grupos escriban los poemas, una persona de cada grupo será la encargada de leerlo al resto de compañeras. Una vez leídos, se comentarán los poemas y el psicólogo recopilará la información contenida en ellos, a la vez que se felicitará a las participantes por sus poemas y por todo el trabajo realizado en los últimos meses. Se animará a las participantes a buscar formas para que el trabajo personal no acabe con el final de la intervención, y se incidirá en que el camino no acaba, sino que simplemente evolucionará a otra fase.

Para terminar, el psicólogo dirigirá la atención de las participantes al atardecer, y propondrá utilizar los últimos momentos juntos como grupo para contemplarlo. De nuevo, se animará a que compartan su experiencia personal con el resto de compañeras, y se incidirá también en el poder que tiene la naturaleza para ayudarnos a parar y disfrutar del momento presente.

Recursos

Humanos

Los recursos humanos necesarios para llevar a cabo este proyecto son 2 psicólogos generales sanitarios y/o clínicos que conozcan el tratamiento de TCC en los TCA, así como la terapia forestal y el manejo de grupos terapéuticos. Ambos profesionales se encargarán de llevar a cabo las entrevistas de admisión, las reuniones iniciales, realizar la TCC individual con las pacientes, así como dirigir las sesiones grupales. Deberán encargarse también del proceso de evaluación inicial y final, así como del análisis de datos pertinente para obtener las conclusiones del estudio.

Materiales

Se requerirá de un aula con un mínimo de 12 sillas, 6 mesas y pizarra para las reuniones iniciales, así como para todo el tratamiento grupal con los grupos control.

Serán también necesarios 2 despachos, uno para cada profesional, en los cuales se realizarán las sesiones individuales de TCC. El aula y los despachos serán proporcionados por el Hospital Universitario Miguel Servet. Además, para las sesiones grupales se necesitarán: 8 pañuelos de tela, bolígrafos y ceras de colores, folios y tablas portapapeles con pinza.

Económicos

El salario de los psicólogos será de 20 euros por sesión, tanto para las sesiones individuales (10 sesiones por paciente) como las grupales (8 sesiones). Las reuniones iniciales y finales tienen una remuneración de 25 euros. Para el material de las sesiones, se calcula que se necesitarán unos 50 euros. Teniendo en cuenta lo anterior, se estima un presupuesto total de 8250 euros para la presente propuesta de intervención.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se realizará con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, del inglés: Statistical Package for Social Sciences). Se realizará un ANOVA de medidas repetidas con la variable tiempo (pre y post-intervención) como variable intrasujetos, y las variables grupo (experimental y control) y régimen (hospitalización y no hospitalización) como variables intersujetos. Las variables dependientes son: sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, bienestar subjetivo y satisfacción corporal. Asumiendo una correlación de .50 entre cada media (de T1 a T2), y que esperamos encontrar un efecto grande (η^2 parcial = .14), la muestra de 40 participantes sería suficiente para llevar a cabo los análisis estadísticos.

Resultados esperados

Estudios previos han demostrado la efectividad de la TCC para el tratamiento de los TCA (Fairburn, 2000). Además, la terapia forestal ha demostrado su eficacia en la disminución del estrés (Morita et al., 2007), así como en la mejora sobre los niveles de ansiedad, depresión, estado de ánimo y calidad de vida (Siah et al., 2023). En línea con estos hallazgos, se espera que la intervención propuesta en este TFM resulte en una reducción estadísticamente significativa de los síntomas relacionados con la depresión (Hipótesis 1) y la ansiedad (Hipótesis 2), así como un aumento en los niveles de bienestar subjetivo (Hipótesis 3) y satisfacción corporal (Hipótesis 4) tanto en los GEs

como en los grupos GCs al finalizar la intervención, comparando con los niveles mostrados antes del inicio de esta.

Teniendo en cuenta también los resultados de Rosa et al. (2021), se espera que estos resultados positivos sean significativamente mayores en los grupo que realizan la terapia forestal, en comparación con los GCs (hipótesis 5), y mayores en los grupos de pacientes más vulnerables (i.e., los hospitalizados) respecto a los pacientes no hospitalizados (Hipótesis 6).

Discusión

En este TFM se presenta una propuesta de intervención destinada a personas con AN y BN. Según el modelo transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003), el elemento central que mantiene estos trastornos es un sistema disfuncional de autoevaluación, en el cual las personas con TCA se juzgan a sí mismas principalmente, o incluso de forma exclusiva, en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura y peso corporal, y a su capacidad para controlarlos. Esta sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control es lo que consideran el “núcleo psicopatológico” (Celis y Roca, 2011). Por ello, en este TFM se propone el uso de la TCC creada por Fairburn (2008) específicamente para los TCA complementada con el uso de la terapia forestal, la cual ha demostrado su eficacia para mejorar los niveles de ansiedad, depresión, estado de ánimo y calidad de vida (Siah et al., 2023). Por ello, se espera que los participantes pertenecientes a los grupos experimentales, los cuales recibirán tanto TCC como terapia forestal, experimenten mayores beneficios de la intervención que los participantes de los grupos control, los cuales únicamente recibirán TCC junto a sesiones grupales en un entorno de interior. Estos resultados esperados irían en línea con los resultados obtenidos por Rosa et al. (2021), que concluyen que la exposición a un entorno forestal puede proporcionar beneficios adicionales más allá de las actividades terapéuticas en sí.

Estos mayores beneficios esperados en los grupos experimentales pueden ser explicados con base a dos teorías. Por un lado, la teoría de recuperación psicofisiológica del estrés (Ulrich et al., 1991) sostiene que ciertos entornos naturales ayudan a los individuos a recuperarse de forma más rápida y completa del estrés, ya que poseen características que, percibidas de forma automática, provocan rápidamente emociones positivas, captan la atención no vigilante, bloquean los pensamientos negativos y permiten que la activación fisiológica descienda a niveles moderados (Collado et al.,

2017). Por otro lado, la teoría de la restauración de la atención (Kaplan, 1995) plantea que, en el día a día, nuestros recursos atencionales e inhibitorios se van agotando debido a las demandas de los estresores diarios que requieren atención directa (Berman et al., 2008). Dada la alta comorbilidad que tienen la ansiedad con los TCA (Godard et al., 2000), parece esperable que los ambientes naturales puedan ayudar a mejorar la sintomatología ansiosa, mejorando así la sintomatología propia de los TCA.

Será particularmente interesante observar las diferencias entre ambos grupos hospitalizados. Park y Mattson (2009) encontraron que ver plantas ornamentales durante el período de recuperación tuvo una influencia positiva que se relacionó directamente con los resultados de salud de los pacientes quirúrgicos. Si los resultados encontrados muestran un mayor efecto en los grupos hospitalizados respecto a los no hospitalizados, encontraríamos apoyo para defender la exposición a ambientes naturales y zonas restauradoras en los pacientes con AN y BN. Un ejemplo son los “jardines terapéuticos”. Estos espacios existen ya en múltiples centros sanitarios y hospitales, y brindan la oportunidad tanto a residentes hospitalarios como a visitantes de disfrutar de un espacio en el cual relajarse, reflexionar y disfrutar del medio. Pueden, además, promover la recuperación de la capacidad de atención y el estado de ánimo positivo, mejorando así la concentración de los pacientes y su estado emocional. Así, la renaturalización de centros sanitarios puede suponer un complemento para mejorar el bienestar y la recuperación de los pacientes, y su diseño puede variar para adaptarse a diferentes grupos o características de la población (Collado et al., 2017).

Respecto al programa de intervención presentado, podemos destacar algunas implicaciones prácticas. La primera es que se trata del primer programa de terapia forestal en España enfocado a personas con TCA, lo cual supone un avance tanto para el estudio de la terapia forestal como para el tratamiento de estos trastornos. Aparte, se han elegido parques de la ciudad de Zaragoza, lo cual facilita la viabilidad del programa ya que se encuentran en el propio núcleo urbano, además de poner en valor los entornos naturales de la ciudad.

Respecto a las limitaciones del propio estudio, hay varias que señalar. La primera se trata del bajo número de participantes ($N=40$), las cuales además están divididas en cuatro condiciones experimentales. Este pequeño tamaño de la muestra debe ser tenido en cuenta a la hora de extraer conclusiones y resultados. Por otro lado, la TCC de Fairburn (2008) se plantea como una intervención la cual suele tener como mínimo 20 sesiones de psicoterapia, si bien existen versiones reducidas. En el caso de

este estudio, se han programado 10 sesiones de psicoterapia individual, ya que no se pretende evaluar la utilidad de esta terapia, sino de la terapia forestal. Esto debe ser tenido en cuenta, ya que puede que los resultados encontrados difirieran en caso de aplicar la TCC de Fairburn (2003) en su formato original. De todos modos, la finalidad de esta intervención está más cercana a ser un estudio piloto que evalúe la utilidad de la terapia forestal en AN y BN, más que un estudio exhaustivo de la misma. Otra debilidad sería el hecho de que no sabemos si los resultados pueden ser extrapolados a población masculina, o a otros rangos de edades, ya que han sido excluidos en este estudio.

También debe ser comentado el hecho de que, si bien las sesiones de terapia forestal van a ser realizadas en entornos naturales, puede que estos no sean los más adecuados, ya que no dejan de ser espacios que se encuentran en la propia ciudad de Zaragoza. Sería interesante conocer exactamente las diferencias respecto a la aplicación de este tratamiento en un ambiente más puramente forestal.

Referencias

- Agras W. S. (2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 169–179.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, (s.f.), *Factores de riesgo y síntomas*, <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/factores-de-riesgo-y-sintomas/>
- Austin, A., Flynn, M., Richards, K., Hodsoll, J., Duarte, T. A., Robinson, P., Kelly, J., & Schmidt, U. (2021). Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 29(3), 329–345.
<https://doi.org/10.1002/erv.2745>
- Berman, M. G., Jonides, J., & Kaplan, S. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological science*, 19(12), 1207–1212.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x>

- Bielinis, E., Jaroszewska, A., Łukowski, A., & Takayama, N. (2019). The Effects of a Forest Therapy Programme on Mental Hospital Patients with Affective and Psychotic Disorders. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 118. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010118>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA. Recuperado de <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
- Carretero García, A., Sánchez Planell, L., Rusiñol Estragués, J., Raich Escursell, R. M., & Sánchez Carracedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Celis Ekstrand, A., & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Collado, S., Staats, H., Corraliza, J. A., & Hartig, T. (2017). Restorative Environments and Health. *Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research* (pp. 127-148). https://doi.org/10.1007/978-3-319-31416-7_7
- Corazon, S. S., Sidenius, U., Vammen, K. S., Klinker, S. E., Stigsdotter, U. K., & Poulsen, D. V. (2018). The Tree Is My Anchor: A Pilot Study on the Treatment of BED through Nature-Based Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2486. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112486>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahlilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *The American journal of psychiatry*, 165(2), 245–250. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951>

- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2014). The Subjective Happiness Scale: Translation and Preliminary Psychometric Evaluation of a Spain Version. *Social Indicators Research*, 119(1), 473-481. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0497-2>
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & 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)
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(1), 38–45. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(00\)00212-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(00)00212-1)
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hansen, M., Jones, R., & Tocchini, K. (2017). Shinrin-yoku (forest bathing) and nature therapy: A state-of-the-art review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 851. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080851>
- Hartig, T. (2021). Restoration in nature: Beyond the conventional narrative. In A. R. Schutte, J. C. Torquati, & J. R. Stevens (Eds.), *Nature and psychology: Biological, cognitive, developmental, and social pathways to well-being* (pp. 89–151). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-69020-5_5
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*. Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182. [https://doi.org/10.1016/0272-4944\(95\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2)
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121–135. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037>
- Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2003). Eating disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 15(3), 205–216. <https://doi.org/10.1080/0954026031000136839>

- Lee, I., Choi, H., Bang, K. S., Kim, S., Song, M., & Lee, B. (2017). Effects of Forest Therapy on Depressive Symptoms among Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 321.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00016>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., ... Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Morita, E., Fukuda, S., Nagano, J., Hamajima, N., Yamamoto, H., Iwai, Y., ... Shirakawa, T. (2007). Psychological effects of forest environments on healthy adults: Shinrin-yoku (forest-air bathing, walking) as a possible method of stress reduction. *Public Health*, 121(1), 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.05.024>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Padrós, F., & Pintor Sánchez, B. E. (2021). Estructura interna y confiabilidad del BDI (Beck Depression Inventory) en universitarios de Michoacán (México). *Psicodébate*, 21(1), 7 - 17. <https://doi.org/10.18682/pd.v21i1.2034>
- Park, S. H., & Mattson, R. H. (2009). Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 15(9), 975–980. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0075>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Rosa, C. D., Larson, L. R., Collado, S., Profice, C. C. (2021). Forest therapy can prevent and treat depression: Evidence from meta-analyses. *Urban Forestry & Urban Greening*, 57, 126943. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2020.126943>

- Sala, M., Keshishian, A., Song, S., Moskowitz, R., Bulik, C. M., Roos, C. R., & Levinson, C. A. (2023). Predictors of relapse in eating disorders: A meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 158, 281–299.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.002>
- Siah, C. J. R., Goh, Y. S., Lee, J., Poon, S. N., Ow Yong, J. Q. Y., & Tam, W. W. (2023). The effects of forest bathing on psychological well-being: A systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 32(4), 1038–1054.
<https://doi.org/10.1111/inm.13131>
- Song, C., Ikei, H., Park, B. J., Lee, J., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2018). Psychological Benefits of Walking through Forest Areas. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2804.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15122804>
- Song, C., Ikei, H., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2019). Effects of walking in a forest on young women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 229.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393–401. [PubMed: 10698815]
- Sung, J., Woo, J.-M., Kim, W., Lim, S.-K., & Chung, E.-J. (2012). The Effect of Cognitive Behavior Therapy-Based “Forest Therapy” Program on Blood Pressure, Salivary Cortisol Level, and Quality of Life in Elderly Hypertensive Patients. *Clinical and Experimental Hypertension*, 34(1), 1-7.
<https://doi.org/10.3109/10641963.2011.618195>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230.
[https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)
- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

Yeon, P. S., Jeon, J. Y., Jung, M. S., Min, G. M., Kim, G. Y., Han, K. M., Shin, M. J., Jo, S. H., Kim, J. G., & Shin, W. S. (2021). Effect of Forest Therapy on Depression and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12685.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312685>

Anexos

Anexo I. Panfletos informativos.



TERAPIA FORESTAL

¿QUÉ ES?

La terapia forestal consiste en la realización de actividades terapéuticas en un entorno natural, donde se favorece la disminución del estrés y la ansiedad y el aumento de la atención en el momento presente.

Se ha demostrado eficaz para reducir la depresión y la ansiedad, así como para mejorar el estado de ánimo y favorecer la relajación.

En el programa estudiaremos su eficacia para el tratamiento de los TCA.

EL PROGRAMA

Consiste en 10 sesiones individuales de terapia cognitivo-conductual y 8 sesiones grupales de terapia forestal. Aparte, se realizará una reunión grupal tanto al inicio como al final de la intervención.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Forman un grupo heterogeneo de trastornos, siendo los más comunes la Anorexia nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Todos ellos comparten la sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Ha demostrado su eficacia para el tratamiento de los TCA y se considera el tratamiento más efectivo.

REQUISITOS

Ser mujer de entre 18 y 45 años.
Cumplir criterios diagnóstico de AN o BN
Sin dificultades de movilidad

¿DÓNDE Y CUÁNDO?

El programa se llevará a cabo en la ciudad de Zaragoza entre los meses de Abril y Julio.

¿COMO PARTICIPAR?

Para participar, contáctanos por telefono o WhatsApp y concretaremos una cita.

Anexo II. Criterios diagnóstico para Anorexia nerviosa y Bulimia Nerviosa según DSM-5.

Criterios diagnósticos Anorexia Nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Subtipos

La mayoría de individuos con el tipo de anorexia con atracones/purgas, que se atracan de comida, también se purgan a través del vómito autoprovocado o la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas. Algunas personas con este subtipo de anorexia nerviosa no se atracan de comida, pero se purgan regularmente después de consumir pequeñas cantidades de alimentos. El intercambio entre subtipos durante el curso del trastorno no es infrecuente; de este modo, la descripción del subtipo se debería utilizar para describir los síntomas actuales más que para describir un curso longitudinal.

Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Anexo III. Cronograma.

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
G.E.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.E.N.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.C.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.C.N.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
G.E.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.E.N.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.C.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.C.N.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12
G.E.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.E.N.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.C.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D
G.C.N.H.	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D	L M X J V S D

Reunión grupal	
Terapia cognitivo-conductual	
Sesión grupal	

Anexo IV: Consentimiento informado.*Consentimiento informado de participación en el programa de intervención*

Zaragoza, a 24 de abril de 2024

Yo _____, con documento de identidad _____
certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida respecto al programa de
intervención en el que se me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y
voluntariamente como participante, contribuyendo a este procedimiento de forma
activa. Manifiesto que he sido informado por _____ de la función
de los instrumentos de evaluación a cumplimentar y acepto la recogida de datos que
realizaré rellenando los cuestionarios que me proporcionen. Las personas que realizan el
estudio garantizan que, en todo momento, la información recogida a los participantes
será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima. Después de ser
debidamente informada, me comprometo a colaborar en lo anteriormente expuesto,
pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Firma de la participante

Firma del psicólogo

Anexo V. Sesiones de los grupos control.

Sesión 1: Rompiendo el hielo, aprendiendo a confiar

Objetivo: Familiarizarse con el aula y facilitar el sentimiento grupal.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Desarrollo: Comenzamos sentados en círculo, dando la bienvenida al programa y haciendo cada miembro una breve presentación de sí mismos. Se procede a una primera actividad de caldeamiento en la que las personas caminan en círculo por el aula haciendo contacto visual con los otros. A continuación, se venda los ojos a todos los miembros del grupo excepto a dos, que van a ser los ‘guías’ del grupo. Estas personas serán las encargadas de guiar a todo el grupo por un camino marcado en el suelo y sobre el que se han puesto una serie de obstáculos. El grupo entero, haciendo una fila dados de la mano, deberán confiar en el otro y comunicarse muy bien para poder hacer frente a dichos obstáculos y poder llegar al final del recorrido. Al finalizar, de nuevo se reúne al grupo en círculo y se exponen sensaciones experimentadas durante la actividad. Se hará la analogía del paseo a ciegas con el proceso terapéutico, pues en ocasiones uno no es capaz de ver hacia donde está yendo ni de ver el progreso, pero debe confiar en que esto es normal, y que llegará el momento en que sean capaces de ver lo lejos que han llegado.

Sesión 2. Demoliendo mitos

Objetivos: Aclarar y desmentir algunos mitos en torno a los TCA.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Desarrollo: Reunidos ya en círculo, y tras comentar grupalmente cómo nos encontramos y cómo ha ido la última semana, se hará la introducción de la actividad.

El ejercicio de caldeamiento de esta sesión consiste en varios ejercicios de atención sensorial focalizada. Se indica que deben centrar su atención durante unos pocos minutos en cada sentido, comenzando con la vista, seguido del oído, el tacto y el olfato. Estos ejercicios se realizan en silencio y las participantes pueden moverse libremente por el espacio. El objetivo es familiarizarse con la atención focalizada en los sentidos, y se explicará el por qué resulta importante esta habilidad para mejorar nuestra capacidad de atención y de conciencia plena, que trabajaremos más profundamente en otra sesión del programa. A continuación, comenzará la actividad que da nombre a la sesión. Se explicará que en esta actividad se pretende que tomen conciencia sobre algunos de los

prejuicios y creencias erróneas que hay en torno a los TCA, así como de la cantidad de mensajes con estos contenidos que escuchamos a diario. El objetivo es facilitar la comprensión sobre los trastornos, así como de las personas que los sufren y desmentir los mitos, pues estos generan gran sufrimiento y, generalmente, están muy arraigados, de manera que afloran inconscientemente. La dinámica consiste en que se irán exponiendo los mitos sobre los TCA uno a uno, y tras nombrarlos, se dará un espacio de unos minutos para debatirlos. Tras el debate, el psicólogo indicará la respuesta y resolverá las posibles dudas que las participantes puedan tener.

Tabla 1.

Verdades y mitos sobre los TCA.

Verdades y mitos	Respuesta
La anorexia y la bulimia son los únicos TCA	Falso. Además de la anorexia y la bulimia, existen otros TCA como el trastorno por atracón, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), el PICA, el trastorno por rumiación y el trastorno por evitación/restricción de alimentos. Además, cada vez se habla más de nuevos diagnósticos.
La anorexia es el TCA más frecuente	Falso. Aunque el TCA más conocido sea la anorexia, se diagnostican más casos de bulimia y trastorno de la conducta alimentaria no especificado que de anorexia.
Siempre que alguien sufre un TCA, debe estar muy delgado	Falso. En muchos casos la apariencia física de la persona que sufre un TCA está dentro de unos baremos de peso normal. La persona afectada no necesariamente tiene que estar en un infrapeso por tener un TCA.
Los TCA no se curan del todo	Falso. Alrededor del 50-60% de los casos se recupera totalmente, un 20-30% lo hace parcialmente, y sólo un 10- 20% cronifica la enfermedad. Aunque en ciertos casos, algunas personas señalan la persistencia en el tiempo de determinados síntomas, como la distorsión corporal, alteraciones en la conducta alimentaria o síntomas psiquiátricos, la mayoría de las

personas refieren mejoría total sin limitaciones por su forma de comer ni por su cuerpo, siempre que haya un tratamiento médico y psicológico especializado.

Alguien que sufre un TCA lo tiene porque «lo ha buscado»

Falso. Los TCA son trastornos mentales que nadie elige sufrir. Son trastornos que provocan un intenso sufrimiento tanto a la persona afectada como a su entorno familiar. Siempre tienen un origen multicausal (un factor solo nunca es la causa) en el que intervienen diversos factores de tipo individual, familiar y social, por lo que el resultado final es que hay personas más o menos vulnerables de sufrir un TCA.

Afectan más a mujeres jóvenes

Verdadero. Los TCA son más habituales en mujeres (9 de cada 10 casos son mujeres) y la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para padecer un TCA, aunque cada vez se encuentran más casos de hombres que lo padecen, y también se diagnostican en personas de todas las edades.

Los atracones propios de la bulimia y el trastorno por atracón son un problema de fuerza de voluntad

Falso. Cuando hablamos de bulimia y trastorno por atracón hablamos de trastornos mentales que se caracterizan por la incapacidad de la persona afectada para controlar la ingesta de alimentos. De ninguna manera se trata de falta de voluntad.

Los TCA, aunque los superes, dejan secuelas

Verdadero. Los TCA pueden dejar secuelas de tipo psicológico o de tipo físico, dependiendo de cada persona.

Un buen tratamiento psicológico y médico ayuda a la persona a curarse

Verdadero. El TCA es una enfermedad mental y ha de ser tratada como tal por especialistas en el tema, para que la persona pueda llegar a curarse.

Es importante no juzgar las respuestas y no dar pistas en un principio sobre si una afirmación pueda resultar correcta o incorrecta, ya que la clave de la actividad es que ellas mismas se puedan dar cuenta de lo equivocadas que puedan estar en ciertos aspectos. También es importante preguntarles por qué se han posicionado de una

manera o de la otra, para poder conocer el grado de información que tienen sobre esa problemática y como poder desmentirla o afirmarla en función de sus argumentos. Tras exponer todos los mitos y para dar cierre a la sesión, se hará un pequeño resumen de lo visto en la sesión y se recalcará la importancia de contrastar las afirmaciones y no creer todo aquello que escuchamos.

Sesión 3. Preocupaciones y ansiedad

Objetivo: Aprender a identificar pensamientos, imágenes o creencias asociadas a las preocupaciones y el TCA, y entrenar en habilidades de flexibilidad cognitiva.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Desarrollo: Como ejercicio de caldeoamiento, se pedirá a cada participante que elija 3 objetos personales que lleve consigo (en el bolso, la mochila, los bolsillos) y los coloque en una caja que se situará en medio de la sala. Cuando todas hayan dejado los 3 objetos, se les pedirá que cojan uno de la caja y no se lo enseñen a nadie. Una vez todas tengan uno elegido, se colocarán por parejas. Un miembro cerrará los ojos y el otro le colocará el elemento en sus manos. Entonces la persona que tiene los ojos cerrados debe empezar a decir propiedades físicas acerca del objeto y, tras esto, decir qué puede ser. La persona que tiene los ojos abiertos le indicará que ha acertado cuando así sea, pero que debe imaginar que otros tres elementos podría ser. Una vez indicados, se realizará la actividad invirtiendo los roles, es decir, ahora la participante que antes cerró los ojos será quién coloque el elemento en las manos del otro miembro de la pareja.

Tras esto, se hablará de la ansiedad y de su relación con los TCA. Se nombrará la relación que tiene en las conductas de evitación, el miedo a engordar, el miedo a comer cuando se está con más gente, así como la preocupación por el peso y la propia figura y otros tantos ejemplos. Se busca que se tome conciencia de cómo el trastorno está relacionado con los sentimientos de ansiedad y la emoción que provoca. Después, se realizará una breve charla psicoeducativa en la que se desmontan mitos acerca de las preocupaciones (algunos ejemplos son: preocuparse motiva a llevar a cabo lo que hay que hacer, preocuparse prepara para lo peor y protege de las emociones negativas, preocuparse hace menos probable que las consecuencias temidas ocurran, etc.) y también se les enseñará la técnica de generación de interpretaciones alternativas usando ejemplos que las mismas participantes vayan exponiendo. Tras asegurarse que han entendido bien esta técnica, se les pedirá que, por parejas, se coloquen repartidas por la sala para sentarse y realizar la siguiente dinámica: primero un miembro de la pareja

expone una situación personal que le preocupa y/o provoque ansiedad y el segundo miembro debe generar interpretaciones alternativas. Y después, la participante que generó las interpretaciones alternativas será quien exponga una situación y la otra quien genere las interpretaciones alternativas. Tras esto, se volverán a reunir en círculo y los miembros que quieran compartirán su vivencia. Por último, el psicólogo les propondrá llevar a cabo un diario de resultados de las preocupaciones, dónde se explica para qué sirve y cómo se lleva a cabo para lo cual hará uso de algunas de las preocupaciones que se expusieron anteriormente. Se indicará que pueden también apuntar sus preocupaciones relacionadas con la comida y el peso para ayudarles a tomar conciencia de esos pensamientos que tienen.

Hoja de registro: pensamiento, emoción, conducta”

Nombre y Apellidos.....

Fecha.....

Día/Hora (escribir tal y como aparece)	Situación (especificar tipo e intensidad)	Pensamiento	Emoción	Conducta

Sesión 4. Técnicas de relajación y meditación

Objetivo: Entrenar a las participantes en técnicas de relajación y meditación.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Desarrollo: Para esta sesión será necesario que cada participante traiga una toalla o manta para poder tenderse en el suelo cómodamente. Se le pedirá al grupo que se coloquen en círculo rápidamente y que, de izquierda a derecha, digan cómo se encuentran cada una de una manera breve y rápida. El psicólogo aquí usará

repetidamente términos que generen sensación de prisa en los participantes (“venga”, “vamos terminando”, “seamos breves”, “rápido que se acaba el tiempo”, etc.). Cuando todas hayan hablado, se pedirá un momento de silencio en el que el psicólogo expondrá que se va a trabajar la relación, en concreto la relajación progresiva propuesta por Bernstein y Borkovec (1973), y explicará los beneficios de esta en el día a día. Será entonces momento de llevar a cabo la relajación guiada por parte del psicólogo (ver Anexo VI). Una vez finalizado el ejercicio, se le pedirá a cada una que exprese de manera breve al grupo cómo se encuentran. Y será importante aquí que el psicólogo destaque las diferencias individuales con el discurso anterior.

A continuación, se explicará la diferencia entre relajación y meditación y el beneficio de esta última. Seguidamente, se realizará un pequeño ejercicio de meditación centrado en la respiración (10 minutos aproximadamente). Tras estos minutos, se resolverán las dudas o dificultades que hayan surgido durante el ejercicio y, tras ello se les pedirá hacer otro ejercicio de meditación, en el cual van a escuchar un audio de música zen de meditación y en el que tendrán que centrarse de nuevo en su respiración mientras atienden a la música. Para finalizar, cada participante expondrá en grupo cómo se ha encontrado con la sesión y se darán recomendaciones y sugerencias para practicar la relajación y meditación en casa.

Sesión 5. El bosque que formamos

Objetivos: Favorecer el conocimiento propio y de los demás, así como mejorar la confianza y la cohesión grupal. Estimular la acción de autovalorarse en los demás compañeros. Mejorar la confianza y la comunicación del grupo.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Materiales: Folios, portapapeles y rotuladores.

Desarrollo: Tras una breve interacción con el grupo y preguntar cómo se encuentran, el psicólogo reparte un folio a cada participante e indica que dibujen un árbol, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos y triunfos que han alcanzado. Ninguna de las cosas que pongan en el árbol debe hacer referencia a el peso o la figura, pero sí puede hacerlo a otras características físicas, por ejemplo: me gusta mi pelo, tengo los ojos bonitos, etc. Una vez terminen, deben escribir su nombre en la parte superior del dibujo.

A continuación, las participantes formarán grupos de 5 personas, y cada una pondrá en el centro del grupo su dibujo, y hablará del árbol en primera persona, como si ella fuese el árbol. Seguidamente, se colocarán el árbol en el pecho, de forma que el resto de sus compañeras puedan verlo, y darán un paseo “por el bosque”, de modo que cada vez que encuentren un árbol lean en voz alta lo que hay escrito en el dibujo, diciendo “Tú eres...”. Por ejemplo: “María, eres...tienes...”. Tendrán 5 minutos para dar un paseo “por el bosque”. A continuación se hace la puesta en común, en el transcurso de la cual, cada participante puede añadir “raíces” y “frutos” que los demás le reconocen e indican. El psicólogo puede lanzar las siguientes preguntas para comentar la actividad: ¿Cómo os habéis sentido durante el paseo por el bosque? ¿Cómo habéis reaccionado cuando vuestras compañeras han dicho vuestras cualidades en voz alta? ¿Qué árbol, además del vuestro, os ha gustado? ¿Qué compañero ha dibujado un árbol parecido al vuestro? ¿Cómo os sentís después de esta actividad? Se pretende que descubran sus cualidades positivas y sean capaces de reconocerlas, que sean capaces de compartir sus sentimientos con los demás, así como de recoger los sentimientos de sus compañeras. Explicar cómo los TCA centran toda la atención en los aspectos relacionados con el peso y la comida, e impiden ver otras muchas cosas que sí funcionan y están bien en nosotros mismos y en nuestras vidas.

Sesión 6: Caminando entre paredes

Objetivo: Poner en valor el momento presente y focalizarse en el medio.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Desarrollo: Comenzamos en círculo, indicando que observen el estado en el que se encuentran, realizando un ejercicio de anclaje en el presente a través de una pequeña meditación guiada. Se indica que se focalicen en la respiración y posteriormente en los elementos que encuentran alrededor (paredes, suelo, lámpara, sillas, etc.). A continuación, el grupo se pone de pie y se pasea por los distintos espacios del edificio con la directriz de ser muy conscientes de los elementos que les rodean, fijándose en el mayor número de detalles. Se finaliza con la puesta en común de todos los beneficios encontrados y observando el estado en el que se encuentran tras la actividad. También, en este último momento del encuentro, se explica el porqué de poner en valor el momento presente, especialmente ya que la ansiedad nos saca de él y resulta necesario practicar el volver al presente. El objetivo nunca es no salir del presente, sino ser capaz

de reconocer cuando te estás yendo mentalmente a otro sitio, y traer de vuelta la conciencia al momento presente.

Sesión 7: Tuve que protegerme

Objetivo: Analizar el TCA como mecanismo de defensa y entender su función.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Desarrollo: Tras una breve actividad de caldeoamiento, se dan las siguientes instrucciones. Las participantes deben pensar en distintos animales y plantas y en los elementos que protegen a dichas especies (espinas, caparazón, corteza, etc.), y apuntar tres ejemplos en un papel de la siguiente forma: especie, protección/mecanismo de defensa y cómo funciona (cómo le protege, de qué y qué produce en el otro). Cuando todas las participantes lo hayan completado, se compartirá en círculo y se pondrán varios ejemplos. Se comentará entonces como todos los seres vivos necesitamos sentirnos protegidos, y para ello evitamos mostrarnos vulnerables y nos protegemos. Se explicará entonces como los TCA han podido desarrollarse como una forma de tener control sobre una misma y su cuerpo cuando algo en el ambiente o en una misma se sentía como peligroso o inadecuado. Ayudar a resignificar el trastorno, entendiendo que pudo ser una forma que tuvo la persona de protegerse en una situación concreta, pero que tiene resultados negativos. Entender que sufrir el trastorno no es culpa suya, sino que es el resultado de no haber dispuesto en un momento concreto de herramientas para gestionar el malestar emocional de una forma más saludable. Para ir cerrando la sesión, el psicólogo hará una breve intervención acerca de la conciencia de enfermedad, el porqué es un aspecto importante, y animará a las participantes a mostrar su punto de vista. Se fomentará el que las participantes muestren su vivencia, para potenciar la empatía y el reflejo entre las participantes y generar un entendimiento común.

Sesión 8. Un final puede ser también un inicio

Objetivo: Reflejar sobre el proceso llevado a cabo durante el programa y compartir la vivencia individual con el grupo.

Ubicación: Aula cedida por el Hospital Universitario Miguel Servet.

Materiales: Folios, portapapeles, bolígrafos.

Desarrollo: Tras una actividad de caldeoamiento, las participantes se sentarán en círculo. Entonces, el psicólogo repartirá papel y bolis a las participantes y lanzará las siguientes preguntas para que cada una piense las respuestas:

- ¿Qué me llevo del programa de intervención?
- ¿Qué he aprendido a lo largo de estas semanas?
- ¿En qué aspecto o aspectos debo seguir trabajando?
- ¿Cómo puedo incorporar lo aprendido estas semanas para que su efecto positivo se extienda más allá de la duración del programa?

Tras unos minutos para que las participantes piensen las respuestas, el psicólogo retomará las preguntas una a una e irá pidiendo a las participantes que pongan en común sus respuestas. Se busca que participen y expongan su vivencia personal con el resto de compañeros.

Una vez finalizada esta actividad, el psicólogo dividirá a las participantes en dos grupos de cinco participantes y les explicará que ahora deben hacer un poema en grupo relacionado con la enfermedad y lo que ha sido para ellas el proceso terapéutico y el grupo de apoyo. Se les pedirá que cada una se encargue de hacer una estrofa, de manera que el poema grupal estará compuesto por la aportación de todas las integrantes. Pueden decidir grupalmente de que quieren que trate cada estrofa, el único requisito es que el resultado final tenga una mirada positiva y optimista del proceso terapéutico. Tras unos minutos para que los grupos escriban los poemas, una persona de cada grupo será la encargada de leerlo al resto de compañeras. Una vez leídos, se comentarán los poemas y el psicólogo recopilará la información contenida en ellos, a la vez que se felicitará a las participantes por sus poemas y por todo el trabajo realizado en los últimos meses. Se animará a las participantes a buscar formas para que el trabajo personal no acabe con el final de la intervención, y se incidirá en que el camino no acaba, sino que simplemente evolucionará a otra fase.

Anexo VI. Relajación progresiva de Bernstein y Borkovec.

La relajación progresiva propuesta por estos autores implica a 16 grupos musculares y tiene una duración aproximada de unos 30-40 minutos. Los grupos musculares que encontramos son: mano y antebrazo dominante; bíceps dominante; mano y antebrazo no dominante; bíceps no dominante; frente; parte superior de las mejillas y mandíbulas; parte inferior de las mejillas y mandíbulas; cuello y garganta; pecho, hombros y parte superior de la espalda; región abdominal; muslo dominante; pantorrilla dominante; pie dominante; muslo no dominante; pantorrilla no dominante; pie no dominante. El objetivo principal de esta técnica es reducir los niveles de arousal a través de la distensión muscular, por tanto, se centra en la tensión y relajación de los grupos musculares indicados, prestando atención en todo momento de las sensaciones corporales que se producen.

Algunas de las indicaciones a tener en cuenta para llevar a cabo esta técnica son las siguientes:

- Tratar de seguir la secuencia ordenada de los 16 grupos, procurando que sea la misma en todas las ocasiones.
- Si se olvida algún grupo, se continúa con el siguiente, no obstante, para evitar olvidos conviene hacer una secuencia mental de todo el listado de grupos antes de empezar.
- El tiempo de tensión es de 4 segundos y el tiempo de distensión de 15 segundos.
- Lo que se pretende es la distensión general, por lo que no se deben tensar demasiado los músculos.
- La tensión se realizará más o menos despacio, pero la distensión se realizará lo más rápido posible, evitando el control excesivo sobre los antagonistas.
- Es útil imaginar en cada momento los músculos, su movimiento, en especial en la distensión.
- Es aconsejable centrarse en la agradable sensación al relajar el músculo.
- Una vez relajados todos los músculos, es aconsejable realizar un repaso mental, pero, esta vez sin realizar la tensión.

Ejemplos:

“Empezaremos entrenando la mano y el antebrazo. Le pediré que tense los músculos de la mano y antebrazo derechos apretando el puño. Ahora debe ser capaz de sentir la tensión en su mano, en los nudillos, en el antebrazo. ¿Puede sentir esa tensión? De acuerdo, bien. Después de que hemos relajado ese grupo de músculos iremos al del bíceps derecho y le pediré que lo tense empujando el codo contra el brazo del sillón.

Debe ser capaz de obtener una sensación de tensión en el bíceps sin incluir los músculos del antebrazo y la mano. ¿Puede sentir la tensión ahí, ahora? Después que hemos completado la relajación de la mano, del antebrazo y del bíceps derecho, nos trasladaremos a los músculos de la mano y antebrazo izquierdos, tensándolos y relajándolos de la misma manera que en el brazo derecho. También, tensaremos y relajaremos los músculos de bíceps izquierdo igual que hicimos con el derecho”

“Después que hemos relajado los brazos y las manos, relajaremos los músculos de la cara y, con fines conceptuales, vamos a dividirlos en tres grupos, primero, los músculos del área de la frente (parte superior de la cara), luego los de la parte central (parte superior de las mejillas y la nariz), y finalmente la parte inferior (mandíbulas y parte inferior de las mejillas)". Empezaremos con los músculos de la parte superior y le pediré que los tense levantando las cejas tan alto como pueda, generando tensión en la frente y hacia arriba, en la región del cuero cabelludo. ¿Puede sentir esa tensión ahora?”

“Muy bien. Ahora bajaremos a los músculos de la parte central de la cara. Para tensar estos músculos le pediré que bizquee y que a la vez arrugue la nariz, obteniendo tensión en la parte central de la cara. ¿Puede sentir la tensión aquí, ahora? Vale muy bien. Seguidamente le tensaremos los músculos de la parte inferior y para hacer esto le pediré que apriete los dientes y que lleve las comisuras de la boca hacia atrás. Debe sentir tensión en la parte inferior de la cara y las mandíbulas. ¿Siente la tensión en esta área de cara, ahora? Bien. Después que hemos completado los músculos faciales iremos a relajar los del cuello y, para lograr esto, voy a pedirle que empuje la barbilla hacia abajo, contra el pecho, y a la vez intente realmente evitar que toque el pecho. Es decir, quiero que contraponga los músculos de la parte frontal del cuello con los de la parte posterior. Debe sentir un poco de temblor o sacudida en estos músculos cuando los tensa. ¿Puede sentir eso, ahora?”

“De acuerdo, bien. Pasaremos a los músculos del pecho, los hombros y la espalda. Vamos a combinar aquí unos cuantos músculos y le pediré que los tense haciendo una respiración profunda, manteniéndola y al mismo tiempo colocando los omoplatos de los hombros juntos, es decir, lleve los hombros hacia atrás e intente que los omoplatos se toquen. Debe sentir tensión significativa en el pecho, los hombros y la parte superior de la espalda. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? De acuerdo, bien".

"Nos trasladaremos a los músculos del abdomen y para tensarlos le voy a pedir que ponga su estómago duro, póngalo tenso como si pensara que le van a golpear en él.

Debe sentir una gran tensión y tirantez en el área del estómago. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? Muy bien".

"Después de relajar los músculos del estómago, pasaremos a los de las piernas y pies y comenzaremos con la parte superior de la pierna y muslo derechos. Le voy a pedir que ponga en tensión la parte superior de la pierna derecha contraponiendo el músculo largo encima de la pierna con los más pequeños de la parte de atrás. Debe sentir que el gran músculo de la parte superior está duro. ¿Lo puede sentir, ahora? Muy bien".

"Ahora vamos a pasar a los músculos de la pantorrilla derecha, la parte inferior de la pierna y le pediré que tense aquí los músculos tirando de los dedos hacia arriba, en dirección a la cabeza. Tiene que sentir la tensión a través de toda el área de la pantorrilla. ¿Puede sentir esa tensión, ahora? Vale, muy bien. Ahora, va a poner en tensión los músculos del pie derecho y para hacer esto tiene que estirar la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando, al mismo tiempo, los dedos. No tense los músculos demasiado, sólo lo suficiente para sentir la tirante debajo del arco y en el empeine del pie. ¿Siente la tensión, ahora? Muy bien".

"Vamos a dirigirnos a los músculos de la parte superior de la pierna izquierda tensándolos y relajándolos tal y como lo hicimos en el lado derecho. Luego seguiremos con los músculos de la parte inferior utilizando igualmente los mismos procedimientos que empleamos en el lado derecho y finalmente el pie izquierdo, tensándolo y relajándolo del mismo modo".

"Otro punto importante a recordar es que espero que elimine inmediatamente la tensión que acumula en esos grupos de músculos cuando se lo indique. Por favor, no deje que la tensión se disipe gradualmente. Por ejemplo, cuando ha estado tensando los músculos de la mano y del antebrazo derechos, le pediré que se relaje, y cuando lo pida me gustaría que usted completa o inmediatamente, descargue toda la tensión que tiene en estos músculos. No abra gradualmente la mano, deje que toda la tensión se vaya al mismo tiempo".

"Una vez que hemos relajado un grupo de músculos es mejor que estos no se muevan. No tema moverse, pero no haga movimientos innecesarios durante la sesión. También le voy a pedir que no hable durante la sesión, se comunicará conmigo por medio de señales con la mano".

Anexo VII. Cuestionario de satisfacción final del programa.

A través del siguiente cuestionario se pretende valorar, desde la perspectiva de la participante, el grado de conocimiento adquirido durante el programa de intervención en TCA, así como su nivel de satisfacción. Se trata de un cuestionario totalmente confidencial. Por favor, responda de forma totalmente honesta a las preguntas.

1. ¿Qué has aprendido durante el desarrollo del programa? Enumera al menos cuatro cosas.

2. En una escala de 1 a 10, ¿cuál es tu nivel de satisfacción con respecto al programa?
¿Qué es lo que más te ha gustado?

3. ¿Qué aspectos mejorarías del programa?

4. ¿Te han servido las actividades y técnicas que has realizado en el programa?
¿Destacarías alguna en especial? Si tu respuesta es sí, ¿cuál?

5. Observaciones. Añade cualquier cosa que te gustaría comentar.