



Trabajo Fin de Grado

Programa PIMHAN

Programa de Intervención en Menores Hospitalizadas por Anorexia Nerviosa

Autora

María Menéndez Martín

Director

Víctor Martínez Loredo

Grado en Psicología

Año 2021



Índice

| | |
|---------------------------|----|
| Resumen..... | 3 |
| Introducción | 4 |
| Objetivos | 7 |
| Beneficiarios | 7 |
| Material y Método..... | 7 |
| Participantes | 8 |
| Instrumentos | 8 |
| Procedimiento..... | 9 |
| Sesiones..... | 9 |
| Recursos | 15 |
| Resultados Esperados..... | 15 |
| Conclusiones | 16 |
| Referencias..... | 17 |
| Anexos | 20 |

Resumen

La Anorexia Nerviosa es el trastorno mental con mayor tasa de mortalidad. Solo el 50% de las pacientes logra recuperarse completamente y, aún así, más del 50% sufre una recaída tras el alta hospitalaria. A pesar de la existencia de varios tratamientos, sigue sin contarse con un tratamiento eficaz para reducir las tasas de mortalidad y de recaída. El objetivo del presente programa es conseguir aumentar el peso corporal y mantenerlo a largo plazo, evitando una recaída tras el alta hospitalaria. Las beneficiarias de este programa son las pacientes ingresadas por AN del Hospital Clínico de Zaragoza. El programa consta de 14 sesiones (12 semanales y 2 de seguimiento), donde se trabajará por medio de la Terapia Cognitivo-Conductual junto con un programa de Manejo de Contingencias. En las sesiones se trabajará tanto a nivel psicoeducativo como de cogniciones y conductas relacionadas con la anorexia.

Palabras clave: anorexia nerviosa, factores de protección y riesgo, tratamientos, Terapia Cognitivo Conductual, Manejo de Contingencias, recaída, hospitalización

Abstract

Anorexia Nervosa is the mental disorder with the highest mortality rate. Only 50% of patients recover completely and, even so, more than 50% relapse after hospital discharge. Despite the availability of several treatments, there is not effective treatment to reduce mortality and relapse rates yet. The objective of this program is to increase body weight and maintain it in the long term, avoiding a relapse after hospital discharge. The beneficiaries of this program are the patients admitted by AN at the Hospital Clínico de Zaragoza. The program consists of 14 sessions (12 weekly and 2 follow-up), where work will be done through Cognitive-Behavioral Therapy together with a Contingency Management program. The sessions will work both on a psychoeducational, cognitive and behavioral levels in relation to anorexia.

Keywords: anorexia nervosa, protective and risk factors, treatments, Cognitive-Behavioral Therapy, Contingency Management, relapse, inpatient

Introducción

El DSM-5 define los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos como: “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” (Asociación Americana de Psicología, 2013, p. 329). Los TCA, suponen grandes repercusiones a nivel físico, psicológico, emocional y social (Maganto y Garaigordobil, 2015). Dentro de los TCA, destaca la Anorexia Nerviosa (AN) por tener la tasa de mortalidad más alta dentro de las enfermedades mentales (Galsworthy-Francis y Allan, 2013). Este riesgo aumenta un 5,6% por cada década que el individuo mantiene la sintomatología (Couturier et al., 2012). La AN tiene una prevalencia del 5% entre las mujeres y, dentro de las personas con anorexia, uno de cada 10 son hombres (Hay et al., 2018).

La AN se caracteriza por una bajada de peso premeditada, ocasionada por una restricción de los alimentos y/o la realización de estrategias compensatorias, entre las que se encuentran el ejercicio excesivo, los atracones y las purgas (vómitos y/o laxantes) (Galsworthy-Francis y Allan, 2013). En cuanto a la forma elegida para bajar de peso, puede ser limitando únicamente la ingesta de alimentos (AN tipo restrictiva) o con la presencia recurrente de atracones, los cuales desembocan en una conducta compensatoria (AN tipo compulsiva/purgativa) (Asociación Americana de Psicología, 2013, p. 339). Las personas con AN sufren una distorsión de su imagen corporal y un miedo intenso a ganar peso (Galsworthy-Francis y Allan, 2013). Suele empezar durante la adolescencia, y sigue un curso prolongado, que puede llegar a ser crónico en muchos casos (Khalsa et al., 2017).

Existen una serie de factores de riesgo que pueden predisponer a una persona a desarrollar AN. Estos factores se dividen en biológicos, psicológicos y sociofamiliares. Dentro de los biológicos aparece la genética, existiendo así más probabilidad de sufrir AN entre familiares de primer grado, así como tras los cambios puberales típicos del desarrollo, sobre todo si son muy repentinos (Lozano Oyola y Rodríguez Sacristán, 2000, p. 84). En el caso de los psicológicos, el DSM-5 incluye individuos con Trastorno de Ansiedad o con la presencia de algunos rasgos obsesivos a lo largo de su infancia; al igual que en casos de personas “pseudomaduras”, rítmicas, controladoras y rígidas (Steiner et al., 2003). Todos estos rasgos temperamentales son condiciones necesarias para desarrollar dicho trastorno, pero deben de estar presentes una serie de condiciones ambientales para desembocar finalmente en AN (Steiner et al., 2003). Entre las condiciones ambientales aparece el culto a la delgadez, presente sobre todo en sociedades desarrolladas (Lozano Oyola y Rodríguez Sacristán, 2000, p. 84) o en profesiones y aficiones que fomentan la delgadez (Asociación

Americana de Psicología, 2013). Por último el ámbito sociofamiliar, donde se incluyen familias que están inmersas en dietas y/o que realizan constantemente comentarios sobre la alimentación, el peso o la apariencia (Steiner et al., 2003).

Con respecto el tratamiento para la AN, actualmente los hospitales se rigen por un protocolo de aumento de peso (Suárez-Pinilla et al., 2015). Por ello, la rehabilitación nutricional (RN) es el tratamiento más seguido y eficaz, desde un criterio biomédico (Saldaña García, 2003). Una limitación de este tratamiento es que se centra únicamente en la recuperación del peso corporal, por lo que suele ir seguido de una recaída durante el primer año tras recibir el alta hospitalaria (López Ramírez et al., 2016, p. 100). Por ello, existen una serie de tratamientos psicológicos para tratar la AN, entre los que destacan el Modelo de Maudsley de Tratamiento para la Anorexia Nerviosa (método MANTRA, por sus siglas en inglés), el Manejo Clínico de Apoyo Especializado (SSCCM, por sus siglas en inglés) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

El método MANTRA se basa en un modelo de tratamiento cognitivo-interpersonal, basado en la evidencia (Jansingh et al., 2020). Este tipo de tratamiento combina elementos de la TCC y tareas de escritura (Wittek et al., 2021). Tiene como objetivo aumentar la motivación intrínseca del paciente en el proceso de recuperación y, reducir así, su resistencia al cambio. La principal limitación que presenta esta opción de tratamiento es que no ha sido probado en la población adolescente (Wittek et al., 2021).

El SSCM se diferencia del resto en que no está basado en un modelo etiológico (Hay et al., 2018). Fue desarrollado en un principio como una condición de control en un ensayo, con pacientes de AN, de TCC y Terapia Interpersonal, donde demostró una eficacia equivalente a la de la TCC (Gregertsen et al., 2017). Su objetivo es lograr una relación terapéutica que promueva la adherencia al tratamiento (Hay et al., 2018), así como la comprensión de los mecanismos psicológicos de los síntomas, para abordar así la psicopatología central que está manteniendo la AN. La finalidad de esto es prevenir una recaída a posteriori (Gregertsen et al., 2017). Este tratamiento tiene como limitación que, al ser diseñado como condición de control, no puede establecerse como un tratamiento definitivo para la AN (Jansingh et al., 2020).

Por último, la TCC. Este modelo trabaja tanto la rehabilitación nutricional como los pensamientos disfuncionales y los comportamientos problemáticos que están manteniendo la AN (López Ramírez et al., 2016, p. 100). La TCC ha demostrado producir mejoras, a corto y largo plazo, en la sintomatología propia de los TCA. Por ello, la TCC puede ser una buena elección de tratamiento para la AN (Galsworthy-Fancis y Allan, 2013), ya que ha resultado

ser eficaz como tratamiento post-hospitalario para prevenir las recaídas (Pike et al., 2003), está delimitado en el tiempo y ha sido estructurado previamente (López Ramírez et al., 2016, p. 100). Los objetivos específicos de la TCC en AN son conseguir un aumento del peso, así como de la cantidad y variedad de los alimentos, modificar las percepciones distorsionadas del peso y la forma del cuerpo, reducir el temor a engordar y la importancia otorgada a la delgadez (en comparación con el resto de áreas de su vida), mejorar las relaciones interpersonales, comprender la aparición y mantenimiento de la AN, desarrollar habilidades de resolución de problemas y, por último, prevenir las recaídas (Pike, Carter, y Olmsted, 2010). Por todo lo explicado, ha sido el tratamiento elegido para este programa de intervención.

A pesar de la existencia de tratamientos psicológicos para la AN, solo el 50% de las pacientes logra recuperarse completamente; dentro del otro 50%, el 20-30% mantienen algunos síntomas residuales de la enfermedad, el 10-20% mantiene el trastorno de manera crónica y el 5-10% fallece a causa de esta patología (Galsworthy-Francis y Allan, 2013). Aún cuando el tratamiento tiene éxito, y consiguen recuperar el peso corporal, siguen estando en un riesgo constante de sufrir una recaída, ocurriendo más del 50% durante el primer año tras el alta hospitalaria (Khalsa et al., 2017).

Debido a las tasas tan altas de recaídas, se sigue trabajando para encontrar un tratamiento que consiga mantener sus mejoras en el tiempo. Por ello, se ha investigado la incorporación de programas de manejo de contingencias (MC), basados en incentivos, a tratamientos como la TCC (Ziser et al., 2017). El MC es una terapia conductual, cuyo objetivo es inducir cambios en el comportamiento a través de la entrega de reforzadores positivos tangibles, contingentes a las conductas objetivo (Petry, 2010). Este método se ha investigado más en profundidad para el tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), siendo actualmente uno de los más efectivos para ello (Destoop et al., 2021). Por ello, debido a las evidencias existentes con respecto al TUS, se ha empezado a introducir su uso en los TCA. Dentro de este campo, el MC se ha empleado para intercambiar la conducta destinada a la pérdida de peso por una conducta destinada al aumento de peso que se mantenga en el tiempo (Ziser et al., 2017). Este tratamiento se utiliza en pacientes hospitalizados con AN, pero su finalidad es únicamente motivarles a conseguir el objetivo de peso semanal (Ziser et al., 2017). Por ello, una limitación presente en este tipo de tratamiento es que su uso esté reducido a la consecución de un peso corporal determinado, sin tener en cuenta otros factores que son igual de importantes de trabajar paralelamente (Attia y Walsh, 2009). Por lo que, la terapia conductual es una intervención útil a corto plazo, pero que no

logra mejorar las distorsiones cognitivas sobre el peso. En definitiva, el resultado sigue siendo que casi el 50% de los pacientes con AN tienen una recaída durante el primer año tras el alta hospitalaria (Attia y Walsh, 2009). Por ello, se sigue estudiando sobre la eficacia que tiene a largo plazo la incorporación de este tipo de intervención en el tratamiento de los TCA (Ziser et al., 2017). A pesar de la escasez de estudios existentes sobre el uso del MC para el tratamiento de la AN, se considera que añadir un programa de MC a la TCC, abarcando otras variables a parte del peso corporal, puede mejorar el éxito del tratamiento, al igual que en los TUS.

Por todo lo explicado, resaltando la gravedad asociada a la AN y la urgencia de encontrar tratamientos eficaces, que mejoren la sintomatología propia de la AN y que reduzcan la incidencia de recaídas, a la vez que se consigue un aumento del peso, se cree necesario diseñar un programa de intervención de estas características. Este programa trabaja desde la Terapia Cognitivo Conductual, incorporando un programa de manejo de contingencias que mantenga la motivación en las participantes durante todo el proceso.

Objetivos

El objetivo principal del programa es aumentar el peso corporal de las participantes, gracias a un aumento de la ingesta calórica, y que lo mantengan en el tiempo. Además, se incluyen una serie de objetivos específicos:

- Aprender a manejar las emociones que les provoca la comida
- Eliminar los mitos nutricionales que tienen estas pacientes
- Reducir las comprobaciones corporales y las conductas restrictivas
- Mejorar la percepción de su imagen corporal y reducir el grado de preocupación por el peso y la apariencia

Beneficiarios

El programa de intervención se lleva a cabo en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en la provincia de Zaragoza. Los beneficiarios directos de este programa de intervención son las pacientes ingresadas en la planta de TCA del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Como beneficiarios indirectos se incluyen a su familia y amigos, al estar presentes en el todo el proceso de recuperación de la persona que sufre AN, a otras pacientes a las que otros profesionales puedan aplicarles dicho programa para conseguir recuperarse y, por último, a la sociedad en general, al conseguir la recuperación de más pacientes con AN, con el objetivo de reducir las tasas de recaída y de mortalidad provocadas por esta enfermedad.

Material y Método

Participantes

En este programa participan las pacientes ingresadas por AN en la planta de TCA del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de sexo femenino y con edades de 12 a 18 años, ambas inclusive.

Instrumentos

Para poder valorar objetivamente las mejoras que produce el programa en las participantes, tienen que rellenar, al principio y al final de éste (T1 y T2), una batería de cuestionarios. Las pruebas han sido seleccionadas específicamente para evaluar cada una de las variables que se pretenden mejorar con dicho programa de intervención. Todos los cuestionarios son utilizados comúnmente en la práctica con pacientes de AN y tienen niveles adecuados de fiabilidad y validez. La batería está formada por:

- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR, Rosenberg, 1989), cuya adaptación al español fue realizada por Echeburúa (1995). Se administra para evaluar el sentimiento de satisfacción que presenta la persona sobre sí misma. Es un autoinforme que consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta que van de la A= "Muy de acuerdo" a la D= "Muy en desacuerdo" (Escala Likert). En los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1; y en los ítems 6 al 10 se puntúan de 1 a 4. A menor puntuación obtenida, menor autoestima presenta la persona. La adaptación española presenta una alta consistencia interna (Vázquez Morejón, 2004).
- EDI-3 (Garner, 2004), adaptado al español por Elosua et al. (2010). Es un autoinforme de 91 ítems, organizados en 12 escalas: 3 de riesgo (*Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de la Delgadez*) y 9 de características psicológicas asociadas a los TCA (*Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivo, Desregulación Emocional, Ascetismo, Perfeccionismo y Miedo a Madurar*). Los ítems se responden de 0= "Nunca" a 4= "Siempre". Se utiliza para detectar la presencia de TCA y realizar una exploración de las características psicológicas de las pacientes.
- Test de Siluetas para Adolescentes (TSA, Maganto y Cruz, 2008). Mide el grado de distorsión e insatisfacción con la imagen corporal, teniendo en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC). Este instrumento muestra 8 figuras masculinas y 8 figuras femeninas, que incrementan progresivamente su figura corporal en relación con el aumento de peso. En función de las imágenes, tienen que

responder a: 1) De las figuras masculinas cuáles consideras que son normales, 2) de las figuras femeninas qué figuras consideras que son normales, delgadas y gordas, 3) Qué figura representa tu peso actual, 4) Qué figura te gustaría tener, 5) Qué figura elegirías como pareja, 6) Qué figura elegiría el sexo contrario como pareja, 7) Qué figura le gustaría a tu madre que tú tuvieras y 8) Qué figura le gustaría a tu padre que tú tuvieras.

Se va a funcionar, durante todo el programa, por medio de autorregistros. Se les pedirá a las pacientes que completen diariamente, entre sesión y sesión, unos autorregistros sobre la conducta problema y/o pensamiento irracional, antecedentes (situación y momento del día) y las consecuencias que ha tenido (ver Anexo 1). El peso de las pacientes también será registrado semanalmente, por medio del psicólogo, al final de cada sesión (ver Anexo 2).

Procedimiento

El lugar seleccionado como lugar de intervención es el Hospital Clínico Lozano Blesa, por ser el único Hospital de Salud Pública en Aragón con una planta específica para TCA para pacientes menores de 18 años. A continuación, se informará al director del Hospital para que dé su consentimiento y se procederá a informar al resto de trabajadores de la planta. Por último, se informará a las pacientes ingresadas en dicha planta y se les ofrecerá la opción de poder negarse a participar en el programa. En el caso de no negarse, deben dar su consentimiento informado a participar en el programa.

Sesiones

Son 12 sesiones semanales de entre 1 hora y media y 2 horas cada una. Tras estas 12 sesiones, se llevarán a cabo 2 sesiones de seguimiento. Se realizará una evaluación inicial (antes de la sesión 1) y una final (tras la sesión 12), donde se les administrará la batería de pruebas. Con ello, se valorarán las mejoras que ha producido el programa en las variables propuestas para trabajar. Una vez terminada la evaluación final, se llevarán a cabo las dos sesiones de seguimiento, una a los seis meses y otra al año. De esta forma, se comprobará si las mejoras del programa se mantienen en el tiempo.

En cada sesión participarán máximo 6 pacientes. Si en el programa deciden participar más de 6 personas, se dividirán en los grupos que sea necesario, respetando que no haya más de 6 en cada uno. En este caso, se llevará a cabo cada sesión de manera paralela con cada grupo.

Se pesará a las pacientes al final de cada sesión, evitando que lleven a cabo conductas previas enfocadas a pesar más. El peso lo anotará el psicólogo en un registro específico para

ello (ver Anexo 2). Si el peso inicial de las participantes es excesivamente bajo, se retrasará la intervención hasta que alcancen un IMC mínimo de 17.

Las sesiones giran en torno a un programa de MC. Es decir, desde el inicio del programa hasta el final, se utilizarán reforzadores para incrementar las conductas adaptativas y eliminar las desadaptativas junto con los pensamientos irracionales. En la primera sesión se explicará a las participantes en qué consiste el programa y cómo va a funcionar. El programa se basa en unos puntos, que serán entregados siempre por el psicólogo encargado del programa. Estos puntos podrán ser canjeados por distintos reforzadores. Las conductas que serán reforzadas a través de los puntos tienen que ser conductas objetivas, verificables y observables por todos. Estas conductas serán el aumento de peso (mínimo 100 gramos a la semana), realizar un mínimo de 7 comidas completas, y en el tiempo establecido (45 minutos), a la semana y exponerse a un alimento prohibido para ellas (los que estén incluidos en las comidas que proporciona el hospital) a la semana, sin que ello conlleve una conducta compensatoria posterior. El número de comidas llevadas a cabo y la exposición a los alimentos tendrá que ser corroborada por las personas encargadas de la planta para que sea premiada por un punto. Cada una de estas conductas es 1 punto. Podrán obtener 2 puntos si hacen más del mínimo (en el caso del peso y de las comidas) y 1 punto por cada exposición de alimentos. Al margen de estas conductas, hay otras y/o pensamientos que anotarán en los autorregistros y que no podemos comprobar que hayan ocurrido. En estos casos, el reforzador de estas conductas será a nivel social, a través de elogios por parte del psicólogo y del resto de compañeras. En cuanto a las opciones disponibles de reforzadores, primero se habilitará una sala que esté libre, que será la Sala de los reforzadores, donde habrá distintas opciones de ocio, desde Netflix y ordenadores hasta libros, para que cada una elija lo que más le apetezca de ahí. Los reforzadores de la sala estarán anotados en una lista de reforzadores. En el caso de que elijan la sala, deberán elegir el reforzador de la lista por el que desean canjear sus puntos y su tiempo de uso irá indicado por la cantidad de puntos que tiene (cada punto equivaldrá a 20 minutos con el reforzador elegido). A parte de la sala, tendrán la opción de elegir otro tipo de beneficios a nivel familiar, como una llamada telefónica, una visita y/o salir una tarde con su familia. Cada punto se canjeará por un reforzador diferente, elegido por la paciente, que podrá ser en el mismo día o a lo largo de la semana, en el caso de elegir la visita y/o una salida.

Las sesiones están apoyadas, sobre todo, en dos fuentes de información: el libro de C. Fairburn (2017) y el de T. Farrar (2019). El cronograma que se seguirá queda reflejado en la siguiente tabla (ver Tabla 1).

Sesión 1

Objetivo: presentar el programa y realizar la parte de Psicoeducación sobre los mitos nutricionales.

Descripción: inicialmente, se presentará el programa y se explicarán los autorregistros y las reglas del programa de MC. En la parte de Psicoeducación, se presentarán varios mitos nutricionales con la consiguiente información que los desmonta. Terminarán la sesión escribiendo una lista de 10 alimentos, que consideran prohibidos, ordenados jerárquicamente del menos al más (ver Anexo 3).

Materiales: varias copias del autorregistro del Anexo 1 y del autorregistro del Anexo 4 (si es necesario siempre pueden pedir más a lo largo del programa) para cada una, hojas en blanco, bolígrafo, proyector, pantalla, ordenador, báscula, registro del peso.

Tiempo: 2 horas.

Sesión 2

Objetivo: trabajar las emociones que surgen durante las comidas y que les impiden comer.

Descripción: al inicio de la sesión, se pondrán en común los autorregistros del Anexo 1. Esta información se tendrá en cuenta para orientar el trabajo de la sesión. A continuación, se iniciará la actividad “comer con una venda en los ojos”. Esta actividad se desarrollará a lo largo de la comida del día, la cual deberán de realizar con una venda en los ojos. Con ello, se evitará que se comparen lo que comen con el resto de sus compañeras y/o que no se sientan observadas. Tras la actividad, se hará una puesta en común de cómo se sienten cuando comen, tanto solas como en público, cómo se han sentido durante la actividad, qué sensaciones tienen, qué diferencias encuentran de cuando comen solas a con gente (ver Anexo 5).

Materiales: el comedor, una venda para cada participante, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1h y 45 minutos.

Sesión 3

Objetivo: trabajar los impulsos negativos.

Descripción: en primer lugar, se revisarán los registros llevados a cabo la semana anterior. Así, se observará cómo reaccionan a ellos y se podrá orientar la sesión en torno a ello. A continuación, se realizará la actividad de la caja de las distracciones (ver Anexo 6). En esta actividad, cada participante deberá de realizar una lista de actividades con las que se distrae. Tras ello, se recortará cada actividad por separado y se doblará. Por último, se

meterán todas en una cajita. Ahí será donde deberán acudir cuando tengan un impulso y realizar la actividad que les haya tocado.

Materiales: una caja vacía para cada una, folios en blanco, bolígrafo y rotuladores, autorregistro comprobaciones corporales (ver Anexo 7), báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y media.

Sesión 4

Objetivo: trabajar la distorsión de la imagen y las comprobaciones corporales.

Descripción: en la primera parte, se hará una revisión de los autorregistros llevados a cabo en las dos semanas previas a la sesión. Se tendrán en cuenta los antecedentes y comprobaciones más comunes en ellas para trabajarlos a lo largo de la sesión.

En la segunda parte de la sesión, se realizará la actividad del dibujo de su silueta (ver Anexo 8). Esta actividad consiste en que tendrán que dibujar su silueta en el papel, tal como ellas la perciben. Una vez se hayan dibujado, se apoyarán en el folio y el psicólogo dibujará, en otro color, su silueta real. Con ello, verán que la percepción que tienen de ellas mismas no es la real.

Materiales: un papel en blanco de 1,80 metros de alto para cada participante, un rotulador para cada una y otro de un color diferente para el psicólogo, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y media.

Sesión 5

Objetivo: trabajar los pensamientos irracionales sobre la comida y el aspecto físico.

Descripción: al inicio, se revisarán como en cada sesión los autorregistros llevados a cabo esa semana. A continuación, se iniciará la actividad de traer todo al presente, pero enfocada a los pensamientos que han reflejado las participantes en sus autorregistros (ver Anexo 9). Esta actividad tiene la finalidad de dejar de lado los miedos de estas pacientes relacionados con el pasado y/o con el futuro y, conseguir que se centren en el presente y en lo que les apetece en cada momento.

Materiales: pantalla, proyector, ordenador, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y media.

Sesión 6

Objetivo: trabajar la relación funcional existente entre el alimento prohibido y ciertos pensamientos y emociones.

Descripción: en la primera parte, se revisarán los autorregistros del Anexo 4 rellenos por las pacientes desde el inicio del programa. En la segunda parte de la sesión, se

llevará a cabo una exposición en vivo a uno de sus alimentos prohibidos. Durante la exposición, irán compartiendo con sus compañeras los pensamientos y sentimientos que van experimentando (ver Anexo 10).

Materiales: autorregistro del Anexo 4, el alimento prohibido de cada participante que comunicaron en la sesión 5, mesas, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y 45 minutos.

Sesión 7

Objetivo: trabajar el grado de preocupación con el peso y la apariencia.

Descripción: al inicio, se revisarán los registros que han llevado a cabo esa semana para orientar la sesión de esta semana. A continuación, realizarán una actividad en la que tendrán que realizar un gráfico de porciones donde incluyan todas las cosas que consideran importantes en su vida y el grado de importancia que le otorgan (ver Anexo 11). Con esta actividad quedará reflejado el grado de importancia que le otorgan al peso y la apariencia, en comparación con el resto de los ámbitos de su vida.

Materiales: folios, lápices, rotuladores, pinturas, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y media.

Sesión 8

Objetivo: revisar los efectos del programa hasta ahora y trabajar las recaídas.

Descripción: la primera parte de la sesión se utilizará para hablar de cómo están viviendo el proceso, qué cambiarían, qué dificultades encuentran y qué les está gustando y/o piensan que han mejorado. A continuación, se realizará una parte de Psicoeducación relacionada con las recaídas (ver Anexo 12).

Materiales: proyector, pantalla, ordenador, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y media.

Sesión 9

Objetivo: trabajar el factor de riesgo de la sociedad y la cultura.

Descripción: inicialmente, se revisará la tarea que se les pidió la semana anterior. Tras esto, se iniciará la actividad relacionada con la cultura y la delgadez en la sociedad (ver Anexo 13). Durante esta actividad, se les mostrarán una serie de vídeos de concienciación relacionados con el tema para que vean, entre otras cosas, que muchas veces esa idea que tienen de perfección y/o de delgadez perfecta, no existe y ha sido creada por medio de un ordenador.

Materiales: proyector, pantalla, ordenador, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y media.

Sesión 10

Objetivo: trabajar las emociones que aparecen durante la recuperación.

Descripción: al iniciar la sesión, se trabajará lo que han registrado durante la semana relacionado con cómo se están sintiendo desde el inicio del programa. Con esa información, y la preparada previamente para la sesión, se llevará a cabo la actividad para trabajar las emociones en la recuperación (ver Anexo 14). A lo largo de la actividad se irán diciendo una serie de emociones que pueden aparecer a lo largo del proceso de recuperación, a la vez que se deja claro que no deben vincularse a sus emociones y que tienen que enfrentarse a ellas para conseguir recuperarse.

Materiales: proyector, ordenador, pantalla, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y 45 minutos.

Sesión 11

Objetivo: aumentar la importancia de los otros ámbitos de su vida y reducir la que le otorgan al peso y la apariencia.

Descripción: para empezar, se revisarán las reflexiones sobre el porcentaje que otorgaron en ese momento al peso y la apariencia y, las actualizaciones de esta última semana con respecto a esa reflexión. A continuación, se repetirá la actividad del gráfico pero, en este caso, reforzando cada ámbito que no esté relacionado con el peso ni la apariencia (ver Anexo 15). Tendrán que volver a realizar el gráfico que representaron en la sesión 7 y, a continuación, se les pedirá que vinculen un valor a cada apartado de su gráfico. Por último, deberán establecerse una serie de metas y los pasos a seguir para llegar a ellas.

Material: folios, rotuladores, pinturas, lápices, proyector, pantalla, ordenador, báscula, registro del peso.

Tiempo: 1 hora y 45 minutos.

Sesión 12

Objetivo: realizar un desapego funcional y reforzar el proceso de recuperación de cada una, por medio de elogios. Finalizar el programa de intervención.

Descripción: esta última sesión se iniciará haciendo una revisión general de todos los autorregistros, ordenados desde la primera semana hasta la última, de cada una de ellas. A continuación, se iniciará la actividad de la carta. En esa carta deberán de escribir, como si lo hubieran vivido desde fuera, todo su proceso de recuperación. Cuando terminen dicha actividad, se llevará a cabo el cierre del programa (ver Anexo 16).

Materiales: folios en blanco, bolígrafos, báscula, registro del peso.

Tiempo: 2 horas.

Tras estas 12 sesiones, se realizarán 2 sesiones más de seguimiento: una a los 6 meses y otra al año. En ellas, se registrará el peso de cada participante y se hará una valoración general de todas. Si en alguna de las dos sesiones, se observa un empeoramiento y/o recaída fuerte, se realizará una sesión de recordatorio del programa.

Recursos

Recursos humanos: psicólogo especializado en TCA.

Recursos materiales:

- Instalaciones del hospital colaborador con el programa
- La batería de pruebas necesarias para la evaluación inicial y final
- Recursos tecnológicos: proyector, ordenador, pantalla, impresora/fotocopiadora, báscula de peso
- Folios, rotuladores, pinturas, lápices y bolígrafos
- Los diferentes autorregistros mencionados en las sesiones y el registro del peso para el psicólogo
- Vendas, papeles de 1,80 metros de alto, cajas vacías, mesas, sillas

Resultados Esperados

En la evaluación inicial (T1), se espera que las pacientes puntúen muy bajo en autoestima (EAR), muy alto en las escalas de riesgo y las características psicológicas asociadas a los TCA (EDI-3) y muestren una elevada distorsión e insatisfacción con la imagen corporal (TSA). Al margen de la evaluación, se presupone que las participantes se niegan tanto a comer como a ganar peso y que están constantemente realizando comprobaciones corporales.

Tras el programa se realizará la evaluación final (T2), en donde se confía que los resultados sean diferentes a los obtenidos en la evaluación inicial. Los resultados de la evaluación final deberán mostrar un aumento en la puntuación de autoestima, una reducción en las escalas de riesgo y las características psicológicas asociadas a los TCA, así como en la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal. Por último, se espera que las pacientes estén más receptivas a la hora de comer lo que tienen pautado, e incluso alimentos fuera de los proporcionados por el hospital (alimentos que consideran prohibidos), y que le den menos importancia a la consiguiente ganancia de peso. Hay que añadir que se confía en que las comprobaciones corporales se reduzcan significativamente y que el peso corporal haya aumentado. A pesar de que la subida de peso durante el programa pueda ser más lenta y gradual que con los programas instaurados en los hospitales, se espera que, al estar trabajando paralelamente a nivel de conductas y cogniciones, sea más duradera en el tiempo, evitando

las recaídas que se dan a menudo una vez reciben el alta. Con las sesiones de seguimiento, se espera comprobar que las mejoras del programa, reflejadas en la evaluación final, se están manteniendo en el tiempo; e incluso, que han conseguido mejorar más cada una de las variables.

No se aspira a que estas pacientes muestren unas puntuaciones estándar en la evaluación final y/o que eliminen todas sus conductas problemáticas. Únicamente se busca mejorar todas esas variables que se han trabajado a lo largo de las sesiones, para que a partir de ahí, sigan trabajando en su recuperación tras el alta hospitalaria. Este programa pretende ser el primer paso para que comiencen su recuperación, proporcionándoles las herramientas necesarias para continuar una vez finalice, así como para superar las recaídas que puedan aparecer.

Conclusiones

El incremento anual de casos por AN, y la ausencia de un tratamiento que sea eficaz a largo plazo, hacen necesaria la implementación de programas de intervención como el que se presenta. Actualmente, los hospitales se rigen por un protocolo de aumento de peso, basado únicamente en una rehabilitación nutricional, que ha resultado ser ineficaz a largo plazo. Para poder mantener en el tiempo esa ganancia de peso, y que continúen su recuperación tras el alta, es de vital importancia que exista una reestructuración cognitiva. En este programa, se busca conseguir esa reestructuración por medio de los incentivos que obtienen cada semana, lo que las mantiene activas y motivadas a lo largo de las semanas.

Como posible mejora futura del programa, podría ser útil integrar la Rehabilitación Nutricional al tratamiento psicológico. De esta manera, se podría llegar más rápidamente al peso óptimo y, gracias a la intervención psicológica, mantenerlo en el tiempo. Hay que añadir que una limitación del programa es su implementación durante el ingreso hospitalario, a pesar de tener dos sesiones de seguimiento. Por lo que, podría ser positivo realizar una serie de sesiones una vez reciben el alta hospitalaria.

Para terminar, se confía en que este programa pueda ser el inicio de una nueva forma de intervenir con estas pacientes, consiguiendo reducir las recaídas tras el alta y que se mantengan en el tiempo las mejoras conseguidas durante el programa. Por ello, aún a falta de más documentación, podría ser una nueva línea de investigación positiva en el futuro.

Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2013). *DSM-5*. (5ª ed.) Editorial Médica Panamericana.
- Attia, E. y Walsh, T. (2009). Behavioral Management for Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 360, 500-506.
https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1056%2Fnejmct0805569&token=WzMyNDI1NDMsIjEwLjEwNTYvbmVqbWN0MDgwNTU2OSJd.Bfgj2Zuj6rZ1q5qzKw3qr85i8_A
- Couturier, J., Kimber, M. y Szatmari, P. (2012). Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 1-9. DOI: 10.1002/eat.22042
- Destoop, M., Dock, L., Morrens, M. y Dom, G. (2021). Meta-Analysis on the Effect of Contingency Management for Patients with Both Psychotic Disorders and Substance Use Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 10(616), 1-14.
<https://doi.org/10.3390/jcm10040616>
- Equipo yo elijo cuidarme. (11 de septiembre de 2019). Los 10 mitos sobre nutrición más comunes, ¡no te dejes engañar! [Entrada en un blog].
<https://yoelijocuidarme.es/2019/09/11/mitos-sobre-nutricion/>
- Fairburn, C. (2017). *La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control*. (2ª ed.) Barcelona (España): Planeta.
- Farrar, T. (2019). *¡Rehabilitación, Reprogramación, Recuperación! Cómo Recuperarse de Anorexia para el Adulto Decidido*. Independently Published.
- Galsworthy-Francis, L. y Allan, S. (2013). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54-72.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813001566?via%3Dihub>
- Gregertsen, E. C., Mandy, W. y Serpell, L. (2017). The Egocentric Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02273
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S. y Abd Elbaky, G. (2018). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-98. DOI: 10.1002/14651858.CD003909.pub2.
- Jansingh, A., Danner, U. N., Hoek, H. W. y van Elburg, A. A. (2020). Developments in the psychological treatment of anorexia nervosa and their implications for daily practice. *Current Opinion*, 33(6), 534-541. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000642

- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D. y Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5, 1-12. DOI: 10.1186/s40337-017-0145-3
- López Ramírez, S. M., Cara Navarro, A., Moreno Fernández, L. M. y Lozano Mengíbar, M. C. (2016). Anorexia: el rol de la psicoterapia y la farmacoterapia en adolescentes. En J. J. Gázquez, M. M. Molero, M. C. Pérez-Fuentes, M. M. Simón, A. B. Barragán y A. Martos (Comps.), *Perspectivas y análisis de la salud* (pp. 99-106). ASUNIVEP.
- Lozano Oyola, J. F. y Rodríguez Sacristán, J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia. Bulimia. Pica. Rumiación. En J. Rodríguez Sacristán (Coord.), *Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos* (pp. 81-93). Madrid (España): Pirámide.
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2015). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En R. González Barrón e I. Montoya-Castilla (Coords.), *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 141-175). Madrid (España): Pirámide.
- Petry, N. M. (2010). Contingency management treatments: controversies and challenges. *Addiction*, 105, 1507-1509. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02879.x
- Pike, K. M., Carter, J. C., y Olmsted, M. P. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En C. M. Grilo y J. E. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (pp. 83-107). The Guilford Press.
- Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T. y Bauer, J. (2003). Cognitive Behavior Therapy in the Posthospitalization Treatment of Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049.
<https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1176%2Fappi.ajp.160.11.2046&token=WzMyNDI1NDMsIjEwLjExNzYvYXBwaS5hanAuMTYwLjExLjIwNDYiXQ.o1Vbv0dV7aqhIbIStN3HoQ2VUSc>
- Saldaña García, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 151-168). Pirámide.
- Steiner, H., Kwan, W., Graham Shaffer, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. y Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 38-46. DOI: 10.1007/s00787-003-1106-8
- Suárez-Pinilla, P., Peña-Pérez, C., Arbaizar-Barrenechea, B., Crespo-Facorro, B., Gómez del Barrio, J. A., Treasure, J. y Llorca-Díaz, J. (2015). Inpatient Treatment for Anorexia

- Nervosa: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(1), 49-59. DOI: 10.1097/01.pra.0000460621.95181.e2
- Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Ciencias. Nutrición y Dietética. (2021). Guía de Alimentación y Salud. *Guía de Nutrición*. https://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/guia_nutricion/index.htm
- Vázquez Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1
- Wittek, T., Truttman, S., Zeiler, M., Philipp, J., Auer-Welsbach, E., Koubek, D., Ohmann, S., Werneck-Rohrer, S., Sackl-Pammer, P., Schöfbeck, G., Mairhofer, D., Kahlenberg, L., Schmidt, U., Karwautz, A. F. K. y Wagner, G. (2021). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRa): a study protocol for a multi-center cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00387-8>
- [Dove México]. (19 de abril de 2013). Bocetos Dove de la Belleza Real. [Archivo de vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=q_bW2YesZbw
- [Que Hacen Las Marcas]. (29 de mayo de 2015). Publicidad Coca Cola – Derribemos los Prejuicios – Experimento. [Archivo de vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=LRs-nd_8oA0
- [Vane22april]. (8 de octubre de 2016). Photoshop Extreme Makeover – extreme weight loss transformation: Tess Holliday. [Archivo de vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=4yRTAXFJqgk>

Anexos**Anexo 1**

| Fecha y hora que ocurre | Situación (lugar, compañía, qué hacías, pensabas y sentías antes) | Conducta/Pensamiento problema | Consecuencias (cómo te sentiste después, qué hiciste, qué paso) |
|-------------------------|---|-------------------------------|---|
| | | | |

Anexo 2

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| Semana 1 | | | | | | |
| Semana 2 | | | | | | |
| Semana 3 | | | | | | |
| Semana 4 | | | | | | |
| Semana 5 | | | | | | |
| Semana 6 | | | | | | |
| Semana 7 | | | | | | |
| Semana 8 | | | | | | |
| Semana 9 | | | | | | |
| Semana 10 | | | | | | |
| Semana 11 | | | | | | |
| Semana 12 | | | | | | |
| Semana 13 | | | | | | |
| Semana 14 | | | | | | |

En Px se pondrá el nombre de cada participante.

Anexo 3

Se iniciará la sesión explicando las características del programa (duración total, duración de las sesiones, reglas básicas), así como el funcionamiento de las contingencias que

se entregarán y las conductas que serán reforzadas con dichos reforzadores. Por último, se entregarán los autorregistros y se explicará cómo hay que rellenarlos.

La segunda parte de la sesión irá encaminada a la parte psicoeducativa. En ella, se expondrán, por medio de una pantalla y un proyector, 10 mitos nutricionales, de uno en uno. Tras la exposición de cada mito, se pedirá que digan qué opinan de él, si están de acuerdo con él o no. Después de escuchar la opinión de cada una, se expondrá la respectiva información que desmonta el mito. Los mitos para presentar serán:

- 1) Los carbohidratos (pan, pasta, arroz) engordan y/o los integrales engordan menos.
- 2) Debes evitar todas las grasas para adelgazar.
- 3) Debes renunciar a todos tus alimentos favoritos para adelgazar.
- 4) El plátano engorda.
- 5) Cuanto más se suda más grasa se quema.
- 6) Los alimentos sin gluten engordan menos.
- 7) La dieta vegetariana es mejor para perder peso.
- 8) El café produce celulitis.
- 9) El limón quema grasas.
- 10) Si me provocho el vómito tras una comida copiosa, elimino el 100% de las kcal ingeridas.

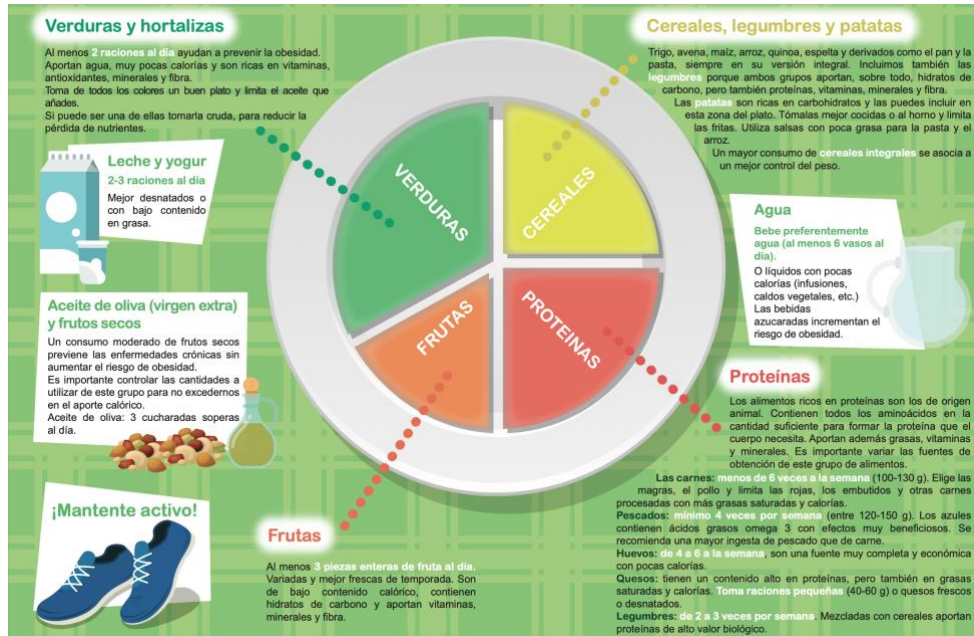
La información que se utilizará para desmontar a cada mito será:

- 1) Los hidratos de carbono en sí no engordan ni son menos saludables que cualquier otro tipo de alimento. De hecho, un gran porcentaje de las kcal necesarias diarias para una persona deben de venir de ahí, ya que nos aportan la energía necesaria para funcionar correctamente. La diferencia con los integrales es que estos llevan el grano entero, por lo que son más saludables y sacian antes.
- 2) Las grasas, al igual que los carbohidratos, son necesarias para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo. Nos aportan nutrientes que son esenciales. Sobre todo en el caso de las mujeres, son indispensables para un buen funcionamiento hormonal. No todas las grasas son iguales y, se recomienda reducir los aceites refinados al mínimo posible. Por lo que, aunque es importante llevar una alimentación flexible y correcta que incluya todo tipo de alimentos, la mayoría deben de provenir de fuentes saludables, como por ejemplo el aceite de oliva virgen extra, el aguacate o los frutos secos.

- 3) No hay que renunciar a ningún alimento. Hay que conseguir una alimentación que sea flexible y, en el cómputo general, saludable. Lo importante no es lo que comas en un día o momento concreto, si no tu alimentación total a lo largo de los días.
- 4) Es cierto que algunas frutas, como el plátano, contienen una mayor cantidad de carbohidratos y fructosa, pero ningún alimento engorda por sí solo y, mucho menos, si no se consume en exceso. La clave, una vez más, es llevar una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable.
- 5) Esto es algo muy típico y totalmente erróneo. Con el sudor únicamente se pierde agua y sales minerales, NUNCA grasas. Las pérdidas de peso que pueden aparecer tras realizar ejercicio físico son provocadas por la deshidratación, no por una pérdida de grasa.
- 6) El gluten no engorda. Lo que hace bajar de peso a las personas celiacas es el eliminar ciertos alimentos de la dieta o que no asimilan los nutrientes adecuadamente. Además, muchas veces estos alimentos sin gluten son todo lo contrario, ya que a veces es necesario agregarles más grasas o azúcares para darles el sabor y textura necesarios.
- 7) Esto no es así ya que lo que engorda es el exceso de calorías, no la forma que elijas de alimentarte. Es más, las dietas vegetarianas se basan, sobre todo, en el consumo de carbohidratos, a parte de grasas y proteínas vegetales. Por ello, muchas veces hay que controlar las cantidades en las que se ingieren estos alimentos.
- 8) Un alimento no puede provocar o eliminar la celulitis. La celulitis es el resultado de genética, una mala alimentación y/o la falta de actividad física. Además, es muy importante normalizar la celulitis y no avergonzarte/culparte de tenerla.
- 9) Ni el limón, ni ningún otro alimento, tienen la capacidad de diluir la grasa almacenada. La única forma de eliminar la grasa es usándola como energía a través de la disminución de la ingesta y aumentando la actividad física. Es decir, creando un déficit calórico.
- 10) Con el vómito solo se elimina, como mucho, la mitad de las calorías consumidas.

La información proporcionada para responder a los mitos está obtenida, en su mayoría, de una Guía de Alimentación y Salud (UNED, 2021). Por otra parte, algunos de los mitos provienen de una entrada de Blog sobre los 10 mitos sobre nutrición más comunes (2019).

Para terminar la parte psicoeducativa, se les pedirá que escriban una lista de sus 10 alimentos prohibidos, ordenados jerárquicamente del menos al más. Además, se les proyectará la siguiente imagen, para que entiendan que en una dieta equilibrada tienen que estar presentes todos los grupos de alimentos.



Por último, se les explicará el trabajo que tendrán que llevar a cabo hasta la próxima sesión. En este caso, se dividirá en dos partes:

- Rellenar en el autorregistro pensamientos negativos que les surjan durante las comidas, con sus respectivos antecedentes (cuándo, dónde, con qué alimento, compañía) y consecuencias (tanto comportamientos compensatorios como mover la pierna, ir al baño, mantenerse activa; como sentirse mal, sentir ansiedad, darle muchas vueltas).
- Anotar, en un autorregistro a parte, si se exponen a alguno de estos alimentos prohibidos de su lista de manera satisfactoria, es decir, sin posteriores conductas compensatorias. Esta parte se mantendrá a lo largo del programa, ya que es una de las conductas a reforzar con puntos. El autorregistro que se utilizará aparece en el ANEXO 4.

Al acabar la sesión, se pesará a cada una de las participantes y este será su peso inicial.

Anexo 4

| Fecha y hora que ocurre | Situación (lugar, compañía, qué | Alimento prohibido consumido | Consecuencias (cómo te sentiste) |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|

| | hacías, pensabas y sentías antes) | | después, qué hiciste, qué paso) |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| | | | |

Anexo 5

La sesión inicia 30 minutos antes de la hora de comer. En ese tiempo, se pondrán en común los autorregistros que han rellenado durante toda la semana y que tenían que ver con lo que se va a trabajar en esta sesión: las emociones y los pensamientos que tienen mientras comen. La información más útil es la que aparecerá en la columna de antecedentes, ya que se observará si esos pensamientos aparecen más cuando están en compañía de gente.

A continuación, se iniciará la actividad en el comedor. Consiste en que tendrán que realizar la comida, tal como la hacen siempre, pero con una venda en los ojos. Los tiempos estipulados para comer serán los mismos para cada plato. Al acabar los 45 minutos que dura la comida, se les quitará la venda y se volverá a la sala para realizar una puesta en común durante media hora. Este momento se aprovechará para lanzarles una serie de preguntas y, la más importante, si han tenido los mismos pensamientos y/o emociones que han anotado en sus autorregistros a lo largo de la semana.

Normalmente, al comer delante de la gente y sentir las miradas del resto sobre ellas (aunque no sea así realmente), hace que no coman con tranquilidad, que se comparen y no quieran comer más que el resto de sus compañeras, porque de esta manera se sienten gordas. El objetivo de la actividad es que, al ponerles una venda, todos estos pensamientos negativos que aparecen durante la comida desaparezcan. Al llevar la venda, ninguna está viendo lo que come la de al lado ni si la están mirando mientras come. Esto hará que, en reglas generales, coman más tranquilas durante la actividad, e incluso, coman más cantidad de la que habrían comido de normal en el tiempo establecido para ello.

Para terminar la sesión, se les pedirá que registren para la próxima sesión cada impulso negativo que tengan, de cualquier tipo. Tienen que registrar, como siempre, el antecedente, qué impulso tienen y la consecuencia.

Al acabar la sesión, se pesará a cada una de las participantes y se hará la entrega de puntos por parte del psicólogo, tanto por el peso como por el número de comidas realizadas y la exposición a alimentos prohibidos.

Anexo 6

Al inicio de la sesión se revisarán los registros de impulsos negativos llevados a cabo durante toda la semana. De esta manera, se observará cómo reaccionan a esos impulsos y si tienen algunos recursos para evitar llevarlos a cabo. Esto es importante conocerlo de antemano porque la sesión va a consistir en ofrecer un recurso para responder de una manera positiva a estos impulsos; y, para ello, es de utilidad conocer cómo se enfrentaban hasta ahora a esos impulsos.

La actividad de la caja de las distracciones se iniciará pidiéndoles que escriban en el folio que se les va a entregar todas las actividades que les gusten hacer y que hacen que se distraigan durante el tiempo que las están llevando a cabo. Tienen que ser actividades que realmente las distraigan. Puede ser, por ejemplo, darse una ducha o escuchar música. Es importante que piensen también actividades que puedan realizar en el hospital, ya que es donde están actualmente. Tras esto, se pondrán en común brevemente. De esta manera, puede ayudar a otras participantes a anotar esa actividad que también le gusta y no se le había ocurrido, por ejemplo.

Una vez tienen todas las actividades escritas, tendrán que recortar cada una de ellas en filas y doblar cada una de las actividades. A continuación, se le entregará a cada participante una caja vacía, la cuál será su caja de las distracciones y podrán decorar cómo ellas quieran. Se les ofrecerá un tiempo para ello. Una vez la tengan decorada, meterán dentro todos los papelitos y se les explicará la utilidad de la caja. El funcionamiento consiste en que cuando tengan un pensamiento recurrente, junto con el impulso de realizar una conducta en contra de su recuperación (por ejemplo, un comportamiento compensatorio tras una comida), tendrán que acudir a la caja, sacar un papelito al azar y realizar la actividad que ponga en el papel sin pensarlo, sí o sí. De esta manera, estarán centradas en esa actividad y dejarán de pensar en lo otro, por lo que las ganas de llevar a cabo ese impulso disminuirán.

El objetivo de la actividad es proporcionarles un recurso para esos momentos en los que no pueden sacarse un pensamiento de la cabeza y/o que sienten la necesidad de llevar a cabo cualquier conducta que va a ir en contra de su recuperación.

Para terminar la sesión, se registrará el peso semanal de cada una y se realizará la entrega de puntos y elección de reforzadores de la semana. Para la próxima sesión, deberán traer rellenado el autorregistro de las comprobaciones corporales (ver Anexo 7). Tendrán que registrar todas las conductas de comprobación que realicen a lo largo de esta semana, así como el lugar y el contexto.

Anexo 7

| Hora | Conducta de comprobación corporal realizada | Lugar | Contexto, pensamientos y sentimientos |
|------|---|-------|---------------------------------------|
| | | | |

Anexo 8

Al inicio de la sesión, se dedicará un tiempo a la revisión de los autorregistros que han llevado a cabo a lo largo de esta semana. Esto proporcionará información útil relacionada con los antecedentes a sus comprobaciones, dónde las realizan y cuáles realizan más a menudo. Así, el trabajo de la sesión siempre irá dedicado a sus necesidades y no a algo general que igual no es lo que necesitan ellas.

A continuación, se dedicará la mayor parte del tiempo a la actividad del dibujo de la silueta. Esta actividad consiste en que habrá, a lo largo de la sala, un papel de 1,80 metros, para cada una, pegado en la pared. En el papel tendrán que representarse a ellas mismas, tal cómo consideran que es la silueta de su cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Una vez terminen, se les pedirá que se coloquen sobre el papel y, el psicólogo encargado, dibujará su silueta real en otro color.

El objetivo de esta actividad es plasmar, de una manera muy visual y sencilla, la distorsión sobre su imagen corporal que presentan. Es un punto muy importante para trabajar, ya que todas, o la mayoría de las comprobaciones corporales que realizan, están determinadas por esta falsa percepción que tienen de ellas mismas.

Tras la actividad, se hará una pequeña puesta en común de qué opinan tras observar la diferencia de cómo se ven ellas a cómo están en realidad.

Para finalizar, se pesará a las participantes y se hará la entrega de puntos de esa semana. A continuación, se les pedirá que para la próxima semana tienen que rellenar en el autorregistro pensamientos irracionales que les surjan relacionados con la comida y/o el aspecto físico, tanto a la hora de comer como a lo largo del día; así como que traigan con ellas la lista de alimentos prohibidos que realizaron en la primera sesión.

Anexo 9

Esta sesión va relacionada a la sesión 2, donde se trabajaron, de una manera superficial, las emociones relacionadas con la comida (sobre todo a la hora de las comidas).

Al inicio de la sesión, se revisarán los autorregistros y se anotará la información relacionada con los antecedentes y pensamientos que más se repiten para trabajarlos durante la actividad.

A continuación, se iniciará la actividad de traer todo al presente. El objetivo es dejar de lado los miedos y preocupaciones que rodean a las pacientes de AN del tipo “y si” y que casi siempre tienen que ver con el pasado o el futuro, nunca con el presente. Hay que detectar cuál es mi realidad en ese preciso momento, y tomar las decisiones en torno a esa pregunta, no a los “y sis”; así como romper con las rutinas que tienen tan marcadas estas pacientes. Por ejemplo, si hoy para desayunar me apetece tomarme unas fresas con nata, en vez de una manzana que es lo que desayuno todas las mañanas, centro toda mi atención en que en este momento me apetece unas fresas con nata y me las tomo. Hay que entender ese cambio como un paso hacia adelante en tu recuperación. Si dejas que tu cabeza le dé demasiadas vueltas con pensamientos como “y si me engorda”, “nunca he tomado fresas con nata a estas horas”, “la manzana hará que no engorde”, etc. Posiblemente termine convenciéndome de tomar esa manzana en vez de las fresas con nata, que es lo que realmente me apetece en este momento.

La segunda parte de la actividad se centrará en la frase “Come y olvida”. Es muy importante remarcar la idea de que hay que vivir el presente mientras comes un alimento y luego lo olvidas. Es decir, que tus siguientes decisiones no dependan de haberte comido ese alimento que te apetece y que no realices conductas compensatorias provocadas por la culpa de comerte ese alimento. Lo que comes se queda en esa comida y no tienes que compensarlo de ninguna manera. Come, olvida y come otra vez.

Para finalizar la sesión, se registrará el peso de las participantes y se hará la entrega de puntos. Por último, se pedirá que comuniquen en ese momento el alimento menos problemático de su jerarquía de alimentos prohibidos (de los que no pueden consumir de normal dentro del hospital) y que, para la próxima semana, traigan el autorregistro de las exposiciones a los alimentos prohibidos (ver Anexo 4). Esta información la anotará el psicólogo encargado, ya que es necesaria para la siguiente sesión.

Anexo 10

Se iniciará la sesión revisando el autorregistro de los alimentos prohibidos (ver Anexo 4). Con esto se observará qué momentos condicionan más esa exposición, si están solas o en compañía y qué consecuencias tiene esa exposición.

Tras esto, se le colocará a cada una en su mesa su alimento prohibido. Con esto, se llevará a cabo una exposición en vivo junto con sus compañeras. Una vez se les coloque el alimento, tendrán que ir verbalizando los pensamientos que se les vienen a la cabeza. Tendrán que verbalizar lo que piensan al ver el alimento, al pensar en consumirlo, mientras lo consumen y tras consumirlo. Con esto, se busca conseguir un reforzamiento social. Es decir, comprobarán que esos pensamientos que se les pasan por la cabeza los tienen también el resto de sus compañeras (los mismos o similares). Además, al estar dentro de la sesión, se asegura que no haya conductas compensatorias posteriores, al menos a corto plazo (vómitos).

El objetivo de la sesión es que vean cómo ese alimento, y el resto de su lista de alimentos prohibidos, se asocian con ciertos pensamientos y emociones. De esta manera, verán que existe una relación funcional entre ambos fenómenos. Además, se expondrán a uno de sus alimentos prohibidos acompañadas, tanto de sus compañeras, que también se están exponiendo, como del psicólogo. Esto es algo positivo para ellas, sobre todo para dar este primer paso y continuar exponiéndose en el futuro a todos los alimentos que aparecen en sus listas. Es importante que entiendan que, conforme se vayan exponiendo por su cuenta, esos pensamientos se irán reduciendo.

Es importante asegurarse de que todas las participantes terminen la sesión relajadas. Es decir, que no se vayan excitadas y/o ansiosas por el consumo de dicho alimento. Al finalizar la sesión, se pesará a cada participante y se hará la entrega de puntos de la semana. Por último, se les pedirá que para la próxima sesión registren cada vez que se preocupen o piensen sobre el peso y la apariencia física, todos los pensamientos que tienen que ver con ello; así como, cuánto rato ha durado ese pensamiento (aproximadamente).

Anexo 11

Al comenzar la sesión, se pondrán en común los registros llevados a cabo esa semana. Con ello, se observará cuáles son los pensamientos más recurrentes, con qué frecuencia aparecen, en qué momentos y cuánto duran cada vez que ocurren. Con toda esa información, se iniciará la actividad de la sesión relacionada con ello. Se irá paso a paso, se les guiará en cada uno de ellos e irán todas a la par.

En primer lugar, deberán enumerar las cosas que consideran importantes en su vida y que tienen que ver con cómo se evalúan o se juzgan. Entre ellas estarían, por ejemplo, la calidad de sus amistades y/o de la relación con su familia, el rendimiento en el instituto/colegio y/o en otros ámbitos vitales importantes para ellas. Esta lista debería incluir el peso y la apariencia, ya que es algo que consideran importante en su día a día. Es muy importante que añadan únicamente lo que consideran que debe estar en la lista.

A continuación, deben ordenar la lista en función de la importancia que tiene para ellas cada apartado. Por ejemplo, pueden detectar la importancia que tiene en función del tiempo y la energía que invierten en esa parte de su vida, así como de qué manera les afecta a su día a día cuando no funciona como querrían que funcionara.

Una vez tienen la lista ordenada, deberán plasmarla en un gráfico circular. En él, cada apartado deberá tener una porción, con un tamaño proporcional a la importancia que le da a esa parte esa persona. Se les recordará que deben de ser honestas con ellas mismas, que no hay un gráfico que sea el correcto y que esto es por y para ellas. El gráfico debe de estar claro y ser muy visual. Se les pedirá que lo guarden a mano.

Cuando todas tengan su gráfico, se hará una pequeña puesta en común del gráfico de cada una. Tras ello, se procederá al pesaje semanal y a la entrega de contingencias. Por último, esta semana se les pedirán que repasen el gráfico varias veces a lo largo de estas dos próximas semanas y piensen qué implica el porcentaje que le han otorgado al peso y la apariencia (es casi seguro que todas lo incluyan y que represente la gran parte del gráfico). Deberán escribir esa reflexión y guardarla.

Anexo 12

Se iniciará la sesión revisando los puntos clave, ya mencionados, del programa. Además, se anotarán las dificultades que están encontrando y/o qué modificarían del programa. Esto servirá para hacer las adaptaciones necesarias en el futuro, teniendo en cuenta para ello la opinión de las participantes.

En la parte de Psicoeducación se trabajará el tema de las recaídas. Se dividirá el tema en tres partes, y se explicará cada parte con ayuda de diapositivas que se proyectarán en la pantalla:

- 1) Expectativas realistas: habrá que recalcar la idea de que es muy importante ponerse objetivos realistas. Los objetivos “nunca más realizaré una conducta compensatoria tras una comida que considero copiosa”, “nunca más me veré mal en el espejo”, “nunca más querré adelgazar” o “nunca más dejaré de comer”, entre muchos otros, no son realistas. Siempre habrá situaciones, sobre todo en los primeros años tras la recuperación, que te harán volver a tener estos pensamientos. Lo que realmente es importante es cómo te enfrentes a ellos. Eso es lo que se quiere conseguir con este programa, proporcionar recursos para que te enfrentes a estos momentos de manera adaptativa.
- 2) Causas de las recaídas: es importante recalcar que una recaída es INEVITABLE, y son muy probables en los primeros meses y años; pero pueden aparecer en

cualquier momento a lo largo de tu vida. Por lo que, hay que estar siempre preparada para manejarlas. Hay una serie de antecedentes que pueden hacer que seas propensa a tener una recaída: acontecimientos adversos/sucesos estresantes, sufrir una depresión, acontecimientos que tengan relación con el peso y la apariencia (por ejemplo, subir de peso) y/o relacionados con la alimentación (iniciar una dieta por ejemplo). Para evitar una recaída provocada, sobre todo por el último factor, es muy importante remarcar que **eviten involucrarse en cualquier tipo de dieta**, sobre todo dietas muy estrictas y restrictivas, ya que es muy probable que acabe en una recaída.

- 3) Afrontar la recaída: esta es la parte más importante, el cómo reaccionas a esa recaída. Es muy importante recordar que, por una recaída, no pierdes todo lo que llevas recorrido. Es algo momentáneo y es importante tener en cuenta tres aspectos:
- Detectar el problema cuanto antes: si consideras que los pensamientos negativos sobre la comida y/o el peso son mas recurrentes o que estás volviendo a tener alguna conducta compensatoria, debes actuar cuanto antes. Es importante asumir el problema y empezar a ponerle remedio.
 - Hacer lo correcto: recuerda todo el camino recorrido, todos los recursos aprendidos y cómo actuaste a lo largo de tu recuperación y vuelve a realizar lo que más te funciona. Esfuérzate en resistir a la tentación de realizar las conductas compensatorias usando una distracción y evita sumergirte en esos pensamientos negativos. Si es necesario, pide ayuda.
 - Identificar y enfrentarse a la causa de la recaída: reflexiona detenidamente sobre cuál consideras que ha sido el antecedente al retorno de estos pensamientos/conductas y hazle frente. Es muy importante identificar el antecedente para evitar en un futuro que termine en otra recaída detectándolo a tiempo.

Con estos conocimientos, con el tiempo y con experiencia aprenderás a conocerte y sabrás a qué situaciones eres más vulnerable y detectarás el antecedente para evitar una recaída. Y en el caso de llegar a sufrir una recaída, sabrás cómo enfrentarte y continuar en el camino de la recuperación.

Para la próxima semana no tendrán que registrar nada nuevo, si no que tendrán que ir registrando todo lo que han tenido que registrar hasta ahora, desde el inicio del programa. Para ello, cogerán los registros de cada semana y, en otro color, registrarán lo que se

corresponde con ese registro pero en esta semana próxima. Con ello, se observará si hay un registro menor, lo que indicará que ha habido mejoras en todas estas conductas y/o pensamientos. Es decir, que se han reducido a lo largo de estas semanas.

Anexo 13

La sesión se iniciará revisando, por orden cronológico del programa, cada uno de los autorregistros. Cada una pondrá en común lo que considere sobre él y sus observaciones. Por ejemplo, si considera que sus pensamientos/conductas relacionadas con ese autorregistro han disminuido con respecto la primera vez que lo rellenó. Con esta revisión, que será más larga que las anteriores, se observará si el programa está funcionando.

Tras la revisión, se introducirá la actividad con la siguiente pregunta: “¿Qué pensáis que la sociedad espera de vosotras?”. A continuación, se les explicará cómo los medios de comunicación y los anuncios muestran una belleza y una delgadez que, en la mayoría de los casos, no es real. Esto hace que las personas se comparen y aspiren a llegar a algo que no existe realmente. Para ello, se utilizará de apoyo el siguiente video:

<https://www.youtube.com/watch?v=4yRTAXFJqgk>

Cuando finalice, se pondrán en común las opiniones con respecto el video. Una vez se comente el video, se proyectará en la pantalla la siguiente frase: “Solo el 4% de las mujeres se considera a sí misma bella”. Se les preguntará qué opinan de la frase, si están de acuerdo o no y, por último, si ellas se consideran bellas. Posiblemente, responderán todas que no; pero esta pregunta puede ser útil para que, el resto de sus compañeras, nieguen esa negativa e ir abriéndoles la mente poco a poco con respecto a ellas mismas. Esta frase irá apoyada con este video: https://www.youtube.com/watch?v=q_bW2YesZbw

Una vez se visualice el vídeo, se comentará en voz alta lo que han sentido al verlo y qué opinan sobre lo que se muestra ahí.

Por último, se les mostrará la siguiente imagen:



Cada una deberá de decir lo que piensa sobre la chica que aparece en la imagen. Probablemente, todo serán prejuicios relacionados con su peso y su composición corporal.

Esto dará paso al siguiente video, relacionado con los prejuicios:

https://www.youtube.com/watch?v=LRs-nd_8oA0

Con la puesta en común de opiniones de este último video, terminará la parte relacionada con los videos y se lanzará la siguiente pregunta: “¿Pensáis que las personas os van a aprobar más por estar más delgadas?”. Cada una la responderá en voz alta y dirá lo que piensa sobre ello.

Para finalizar, se llevará a cabo el pesaje semanal y la entrega de puntos. Para la próxima semana, tendrán que registrar todo lo que están sintiendo a lo largo del programa, cómo se sienten, que emociones están presentando (a la hora de comer más, cuando se restringen, cuando tienen hambre; en cualquier momento, todo tipo de emociones y los antecedentes y consecuencias de ellas), las dificultades que encuentran y en qué aspectos han visto una mejora.

Anexo 14

Se iniciará la sesión revisando los registros de esa semana. Con ello, se observará cómo están llevando el programa, qué emociones sobresalen (para trabajarlas en la sesión) y qué dificultades están encontrando (para poder abordarlas durante la sesión).

A continuación, se comenzará la actividad en la que se van a trabajar las emociones. En primer lugar, se clasificarán las emociones que tienen las pacientes de AN en negativas (desincentivan a comer) y positivas (incentivan a restringir). Se irán presentando de una en una, en primer lugar las negativas y, a continuación, las positivas. Se dejará cada emoción unos segundos para que cada participante reflexione sobre esa emoción. Al final de cada bloque, se preguntará si se han sentido identificadas y si reconocen en qué momentos aparecen esas emociones (en ambos casos, negativas y positivas). Dentro de las emociones negativas, aparecen (se añadirán las emociones negativas que hayan comentado al inicio de la sesión):

- Miedo
- Disgusto
- Vergüenza
- Arrepentimiento
- Ansiedad
- Culpa

Todas estas emociones, tienen una finalidad: “hacerte creer que estas haciendo lo incorrecto”.

Por el contrario, las emociones positivas que pueden presentar cuando, por ejemplo, se restringen de comer un alimento son (se añaden las que hayan dicho al comienzo de la sesión):

- Calma
- Paz
- Bienestar
- Éxito
- Alegría

Todas estas emociones positivas para ellas tienen la finalidad de hacerles creer que están haciendo lo correcto.

El sentirse bien con ellas mismas y pensar que están haciendo lo correcto, es algo reforzante para ellas. Al ser un reforzador, va a hacer que sigan manteniéndose en el camino de la restricción, por no tener que enfrentarse a las emociones negativas. Por ello, lo más importante de esta sesión es que salgan de ella convencidas de enfrentarse a esas emociones negativas, sabiendo que con ello están consiguiendo recuperarse.

La finalidad de esta sesión es que entiendan que, a lo largo de su recuperación, van a tener que enfrentarse a esas emociones negativas; y que, al contrario de lo que ellas piensan, el enfrentarse a esas emociones negativas es estar haciendo lo correcto. Lo importante es que, cuando aparezcan estas emociones negativas, sean capaces de detectarlas, sepan que son positivas para ellas, para su recuperación, respiren y las dejen pasar, impidiendo que les condicionen. Poco a poco, estas emociones negativas irán perdiendo fuerza hasta que, finalmente, se desvanezcan.

Es importante que comprendan que no tienen que vincularse a sus emociones. Es decir, se les enseñará a practicar la separación funcional poniéndoles este ejemplo, para que lo apliquen con el resto de las emociones que sientan en cada momento: “Siento culpa, pero no soy culpable”. De esta manera, aprenderán a reconocer la emoción que están sintiendo y, al mismo tiempo, reconozcan también que esa emoción ni las define ni es verdad.

Una vez estén recuperadas del todo, dejarán de sentir esas emociones negativas por comer. Esto es importante que lo sepan, que esas emociones negativas irán desapareciendo conforme se vayan enfrentando a ellas en el camino de la recuperación.

El objetivo final es que se den cuenta de la distorsión que presentan en este nivel, que lo que sienten como negativo en realidad es positivo para su recuperación y tienen que

enfrentarse a ello; y, por el contrario, lo que viven como positivo y correcto, en realidad las está alejando de su recuperación.

Para terminar, se anotará el peso semanal y se hará la entrega de puntos de esa semana. Es importante que, al margen de los reforzadores materiales/familiares, se realicen los elogios correspondientes a cada conducta pro-recuperación que nos digan que han realizado esa semana, aunque sean conductas únicamente verificables por ellas mismas. Para la próxima semana, tendrán que traer el gráfico que realizaron en la sesión 7 junto con la reflexión que se les pidió. Se les pedirá que revisen esa reflexión y anoten, en otro color y si lo consideran necesario, si hay algún cambio con respecto esa reflexión.

Anexo 15

Se comenzará la sesión poniendo en común cada participante su reflexión tras la sesión 7 y la revisión actual de esa reflexión. Con esto, se observará si el programa está provocando mejoras y avances en las pacientes.

Tras esto, se les pedirá que vuelvan a representar en un gráfico los ámbitos importantes en su vida, con el porcentaje que le aplican actualmente a cada uno de ellos y, si lo consideran necesario, añadiendo nuevos. Para el gráfico, usarán los mismos colores para cada ámbito que usaron en el gráfico anterior. A continuación, se les entregará otro folio en blanco y en él, tendrán que responder a la siguiente pregunta relacionada con cada apartado del gráfico: “¿Cómo te planteas vivir tu vida en el futuro con respecto ese ámbito?”. Cada respuesta irá en el color que está pintado ese ámbito en el gráfico, para facilitar que sea más visual.

Cuando tengan respondida la pregunta, se les proyectará en la pantalla 10 valores diferentes, que serán:

- Respeto
- Amor
- Libertad
- Justicia
- Tolerancia
- Equidad
- Paz
- Honestidad
- Responsabilidad
- Lealtad

Tendrán que elegir un valor para cada apartado de su gráfico, el que consideren que lo representa más. Aunque encajen varios, siempre hay uno que lo define más. Cuando lo elijan, tendrán que escribirlo dentro del gráfico, en su espacio correspondiente, en negro para que resalte con respecto al color en el que tienen pintado ese espacio. Con esto, se consigue que vinculen cada ámbito de su vida a un valor. Cuando todas terminen esta parte, expondrán en común el valor elegido a cada parte de su vida y el por qué.

La última parte de la actividad consistirá en ponerse metas y pensar actividades que les vayan a acercar a ese objetivo en relación con cada porción del gráfico. Todo esto deberán anotarlo también.

El objetivo de esta sesión es aumentar la importancia de todos los contextos de su vida que no tienen que ver con el peso y la apariencia. Cuando esto se consigue, indirectamente se está trabajando en mejorar su autoestima.

Para finalizar, se pesará a las pacientes y se hará la entrega de puntos de la semana. Esta semana la entrega de reforzadores será diferente. Para hacer más eficaz lo trabajado en la sesión, deberán elegir un reforzador relacionado con cada ámbito de su vida plasmado en el gráfico (excepto el de peso y apariencia). Por ejemplo, si hay una porción dedicada a la familia, deberán elegir un reforzador en el que la familia esté incluida. Y así con el resto de las porciones del gráfico.

Para la próxima semana deberán de volver a revisar todos los autorregistros llevados a cabo hasta ese momento y seguir completando cada uno de ellos con esa semana (con un color diferente para que haya un contraste). Es decir, un registro general porque la siguiente sesión es la última. La idea es que los registros de esos pensamientos/conductas problema sean menores porque el programa está funcionando.

Anexo 16

Al principio de esta última sesión, se revisarán todos los autorregistros en orden cronológico. Por medio de los distintos colores, se verá si los registros han disminuido en esta última semana, lo que significará que el programa ha surgido efecto en todas estas variables.

Tras esta revisión, que será más larga que las anteriores, se iniciará la actividad. La primera parte consistirá en que tendrán que escribir en un folio en blanco una carta. Esta carta la escribirán en tercera persona, es decir, desde fuera, y hablarán de todo su proceso de recuperación a lo largo del programa. Tendrán que anotar cómo si lo hubieran visto desde fuera todo lo que han vivido estas semanas, las dificultades, las recaídas, las mejoras, los buenos momentos. Es decir, todo el proceso que han vivido objetivamente, como si estuvieran hablando del proceso de recuperación de su compañera de al lado.

Cuando todas terminen de escribir esta carta, tendrán que leerla en voz alta, una por una. Tras leerla, cada una de sus compañeras deberá de resaltar aspectos positivos que ha visto durante todo el proceso de esa persona.

El objetivo de esta actividad es realizar, en primer lugar, un desapego funcional. Es decir, que vean el propio proceso de recuperación desde fuera, de una manera más objetiva. En segundo lugar, se pretende reforzar ese proceso de recuperación por medio del reforzador social, a través de los elogios de sus compañeras y del psicólogo. Además, con esta última parte, probablemente se conseguirá que la persona sea consciente de más logros a lo largo del programa de los que posiblemente haya anotado en la carta. Esto es algo beneficioso para ellas y hará que terminen el programa con buenas sensaciones, satisfechas y calmadas.

Con todo esto, y un correcto encuadre final, reforzando todas sus mejoras y felicitando el haber llegado al final y estar en ese punto, tan diferente del punto de partida, se da por terminado el programa. Por último, se realizará el último pesaje semanal de las participantes.

Tablas

Tabla 1

| Sesiones | Tema | Contenidos | Semana |
|----------|---|--|--------|
| Sesión 1 | Presentación. Psicoeducación I | Explicación del programa. Psicoeducación sobre los mitos nutricionales. | 1 |
| Sesión 2 | Emociones (I) en las comidas | Ejercicio “comer con una venda en los ojos”. | 2 |
| Sesión 3 | Impulsos negativos | Ejercicio “caja de las distracciones” | 3 |
| Sesión 4 | Distorsión de la imagen y comprobaciones corporales | Actividad “dibujo de su silueta” | 4 |
| Sesión 5 | Pensamientos irracionales | Actividad “traer todo al presente” | 5 |
| Sesión 6 | Pensamientos al exponerse a un alimento prohibido | Exposición en vivo a un alimento prohibido. | 6 |

| Sesiones | Tema | Contenidos | Semana |
|-----------|---|---|--------|
| Sesión 7 | Importancia que otorgan al peso y apariencia I | Gráfico de todo lo que consideran importante en su vida y grado de importancia. | 7 |
| Sesión 8 | Revisión programa. Prevención de recaídas (Psicoeducación II) | Psicoeducación relacionada con las recaídas. | 8 |
| Sesión 9 | Psicoeducación III | Cultura y delgadez en la sociedad. | 9 |
| Sesión 10 | Emociones II | Trabajar las emociones que aparecen durante la recuperación | 10 |
| Sesión 11 | Importancia que otorgan al peso y la apariencia II | Refuerzo de los ámbitos que no tienen que ver con el peso y la apariencia. | 11 |
| Sesión 12 | Final | Desapego funcional y refuerzo del proceso de recuperación. | 12 |
| Sesión 13 | Seguimiento I | 6 meses después | 36 |
| Sesión 14 | Seguimiento II | Al año de la evaluación final | 60 |