



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención en mujeres adolescentes  
con anorexia nerviosa

*Intervention program in adolescent women with  
anorexia nervosa*

Autor/es

Arianna Marques Monroy

Director/es

Ana Hernando Mazón

Grado en Psicología

Año 2024-2025



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

## Índice

1. Resumen .....	3
2. Palabras clave .....	3
3. Introducción .....	4
4. Objetivos .....	9
4.1 Objetivos generales .....	9
4.2 Objetivos específicos .....	9
5. Beneficiarios .....	9
6. Material y métodos .....	9
6.1 Participantes .....	9
6.2 Procedimiento .....	10
6.3 Instrumentos .....	10
6.4 Sesiones .....	12
6.5 Recursos .....	17
6.5.1 Recursos humanos .....	17
6.5.2 Recursos materiales .....	17
7. Resultados esperados .....	17
8. Conclusiones .....	18
9. Bibliografía .....	19
10. Anexos .....	25

## Resumen

Este proyecto propone un programa de intervención para mujeres adolescentes de 12 a 18 años que sufren de anorexia nerviosa, un trastorno alimentario que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Es caracterizado por un miedo intenso al aumento de peso y una imagen corporal distorsionada, lo que da lugar a restricciones alimentarias y comportamientos purgativos. El objetivo principal de este programa de investigación se dirige a aumentar la satisfacción con la imagen corporal, aumentar la autoestima, dar pautas de hábitos saludables y detectar creencias disfuncionales.

Para ello, se utilizará como base la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E), empleando las técnicas de exposición gradual, de solución de problemas y de reestructuración cognitiva; y, se complementará con el uso de técnicas de mindfulness y psicoeducación. El programa incluye nueve sesiones semanales con una duración aproximada de dos horas cada una. La muestra está compuesta por 10 mujeres adolescentes de habla española diagnosticadas con anorexia nerviosa. Se utilizarán tres cuestionarios para evaluar la efectividad del programa: el Body Attitude Test, el Eating Attitude Test y el Revised Restraint Scale. Se espera que, al finalizar el programa, las participantes presenten un aumento significativo de la autoestima y la satisfacción con su imagen corporal. Los resultados esperados incluyen una mejora en la calidad de vida de las participantes, mayor conocimiento sobre los trastornos alimentarios y estrategias para prevenir recaídas. Este programa es crucial debido a la alta prevalencia y las graves consecuencias de la anorexia nerviosa.

**Palabras clave:** anorexia nerviosa, mujeres, satisfacción con la imagen corporal, autoestima, adolescentes.

## Abstract

This project proposes an intervention program for adolescent girls aged 12 to 18 who suffer from anorexia nervosa, an eating disorder that primarily affects young women. It is characterized by an intense fear of gaining weight and a distorted body image, leading to food restrictions and purging behaviors. The main objective of this research program is to increase body image satisfaction, boost self-esteem, provide guidelines for healthy habits, and identify dysfunctional beliefs.

To achieve this, the program will be based on Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy (CBT-E), employing techniques such as gradual exposure, problem-solving, and cognitive restructuring. It will be complemented using mindfulness techniques and psychoeducation. The program includes nine weekly sessions, each lasting approximately two hours. The sample consists of 10 Spanish-speaking adolescent girls diagnosed with anorexia nervosa. Three questionnaires will be used to evaluate the program's effectiveness: the Body Attitude Test, the Eating Attitude Test and the Revised Restraint Scale.

It is expected that, by the end of the program, participants will show a significant increase in self-esteem and satisfaction with their body image. Expected outcomes include improved quality of life for participants, greater knowledge about eating disorders, and strategies to prevent relapse. This program is crucial due to the high prevalence and severe consequences of anorexia nervosa.

**Keywords:** anorexia nervosa, women, satisfaction with body image, self-esteem, teenagers.

## **Introducción**

El presente estudio trata sobre un programa de intervención en mujeres adolescentes, de entre 12 y 18 años que sufren un trastorno de conducta alimentaria (TCA), concretamente anorexia nerviosa (AN).

La AN es un trastorno alimentario que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Esta enfermedad hace que quienes la padecen teman ganar demasiado peso y tener un cuerpo que no encaja dentro de los cánones de belleza actuales (Castrillo et al., 2022). Este miedo intenso a ganar peso no se suele aliviar con la pérdida del mismo, sino que la ansiedad por ganar peso puede incrementar incluso cuando este se pierde, lo que puede provocar malestar emocional (APA, 2014). Los pacientes con AN suelen comenzar restringiendo su ingesta de alimentos, especialmente aquellos ricos en calorías, y muchos terminan con dietas muy restrictivas con muy pocos alimentos (Bravo et al., 2000).

Hay dos tipos de AN: anorexia restrictiva y anorexia por atracones/purgas. La anorexia de tipo restrictiva se caracteriza por una pérdida de peso, la cual se consigue con ejercicio físico intenso sin recurrir a atracones; en cambio, la anorexia de tipo purgativa o por atracones, se caracteriza por ingerir cantidades de comida en exceso o incluso cantidades pequeñas, con la consiguiente purga mediante métodos como laxantes, vómitos u otros (Vázquez et al., 2015).

La AN suele comenzar en la adolescencia o la juventud, no obstante, existen casos de inicio después de los 40 años o incluso en la infancia (Gaete et al., 2012). Los trastornos de conducta alimentaria son, entre los adolescentes, la tercera enfermedad crónica más común (Velasco, 2021).

La prevalencia de la AN durante 12 meses en mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%. (APA, 2014). Los trastornos alimentarios afectan hasta al 13% de las mujeres, y para los hombres no hay datos claros sobre su impacto, pero cada día se diagnostican más casos, y esto puede hacer que no exista diferencia entre sexos (Bravo et al., 2000). En Europa, la prevalencia de mujeres con AN es de 1-4% (Arija-Val et al., 2022), mientras que en España afecta actualmente a 1 de cada 100 adolescentes,

siendo más común en las mujeres (Velasco, 2021). El 11% de los adolescentes tienen conductas de riesgo que pueden conducir a un diagnóstico de trastorno alimentario, observándose incrementos del 15% en niños menores de 12 años en los últimos 4 años (Solmi et al., 2022).

La AN, como todos los TCA, se asocia con comorbilidad psiquiátrica en más del 70% de las personas (Van den Berg et al., 2024). Aunque se trata de un trastorno mental, aproximadamente la mitad de las muertes se deben a complicaciones físicas relacionadas con la falta de alimentos (Velasco, 2021). Existe una fuerte relación entre la AN y el suicidio, con 1 de cada 5 muertes (Velasco, 2021). Se asocia particularmente con la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos relacionados con traumas, ansiedad, factores de estrés y el deterioro social (Van den Berg et al., 2024).

Un problema importante en la AN es la alta tasa de recaídas después de completar el tratamiento (Wonderlich et al., 2020). En una revisión sistemática sobre recaídas realizada por Khalsa et al. (2017), los autores sugirieron una definición de recaída como  $IMC \leq 18,5$  o  $\leq 85\%$  del peso corporal ideal, con miedo significativo a ganar peso o alteración de la imagen corporal, combinada con conductas restrictivas de atracones o de purga durante un mes; si los síntomas persisten durante 3 meses, esto constituiría una recaída completa. Un estudio prospectivo describió el tiempo hasta la recaída después de la normalización del peso como 17 meses en promedio (Carter et al., 2004); mientras que otro estudio prospectivo encontró que era de 4 a 9 meses (Carter et al., 2012).

La AN tiene un gran impacto tanto en la salud física como mental del individuo. En adolescentes, puede llegar a detener el crecimiento, además de que los ideales de belleza, los altos niveles de perfeccionismo y la baja autoestima, causan alteraciones en la imagen corporal y distorsiones en el pensamiento (Ibarzábal-Ávila et al., 2015).

Diferentes estudios como el de Bravo et al. (2000) han demostrado que las personas con TCA suelen presentar distorsiones cognitivas, es decir, creencias disfuncionales/pensamientos erróneos acerca de la comida, la percepción del peso y la forma corporal. Se sienten obesas a pesar de estar delgadas y les preocupa que algunas partes de su cuerpo parezcan demasiado gruesas; lo que quiere decir que hay una alteración de la imagen corporal, es decir, presentan percepciones erróneas de su propio cuerpo; y por lo tanto, una insatisfacción con la imagen corporal (Bravo et al., 2000).

El Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE), en Reino Unido, ha recomendado recientemente la terapia cognitivo-conductual (TCC) para los trastornos alimentarios en niños y jóvenes (National Guideline Alliance, 2017). Esta recomendación fue apoyada por los prometedores resultados demostrados por la versión mejorada de la TCC (TCC-E), adaptada para adolescentes con trastornos alimentarios en estudios de cohorte de pacientes de 11 a 19 años (Dalle, 2019).

En el programa se aplicarán la técnica de exposición gradual, de solución de problemas y de reestructuración cognitiva. Por un lado, se ha demostrado que con la técnica de exposición gradual a los llamados “alimentos prohibidos” se consigue una evolución favorable de los resultados. Es decir, los patrones de ingesta se normalizan, disminuyen los niveles de ansiedad, las conductas de seguridad, el miedo a la comida, la sintomatología de TCA, las conductas de evitación de la comida y aumenta el IMC (Vilalta et al., 2015). Por otro lado, según Delannays (2011), la técnica de solución de problemas es una herramienta que tiene la capacidad de aliviar los síntomas relacionados con las emociones, facilitando el manejo de situaciones que generan ansiedad (Malma, 2022). Esto permite aprender a adoptar una forma de pensar más adaptable y abierta (Malma, 2022), lo que hace que sea ideal aplicarlo en un plan de prevención de recaídas. Finalmente, la reestructuración cognitiva es una técnica eficaz a

la hora de identificar y modificar las características cognitivas, emocionales y conductuales del TCA (Malma, 2022).

Se aplicará también el mindfulness, con el fin de reducir los niveles de ansiedad y conseguir un mayor estado de relajación (Álvarez, 2020). Además, estas técnicas trabajan en la conexión con el cuerpo y las sensaciones corporales (Álvarez, 2020). También se ha demostrado que es una terapia efectiva para los TCA, dado que ayuda a tener una buena relación con la comida aportando una alimentación más sana (Álvarez, 2020). Por otro lado, ha demostrado disminuir los atracones, la alimentación emocional externa y aumentar la satisfacción corporal. (Sala et al., 2020). Por tanto, aplicar técnicas de mindfulness en la psicoterapia de la AN puede contribuir con la efectividad de la misma (Sala et al., 2020).

La intervención que se va a realizar se llevará a cabo en mujeres adolescentes diagnosticadas de AN (ya que son de mayor prevalencia), debido al importante problema de salud que este trastorno supone actualmente en la sociedad. El objetivo se centra en aumentar la satisfacción con la imagen corporal, aumentar la autoestima, dar pautas de hábitos alimentarios y detectar creencias disfuncionales. Para ello, se aplicará la TCC-E, ya que en estudios como el realizado más recientemente por Dalle et al. (2019), más del 95% de los pacientes aceptaron el tratamiento y el 71,4% lo completaron, mostrando un gran aumento de peso, una marcada disminución en las puntuaciones de trastorno alimentario y psicopatología general, y deterioro clínico. Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento de seis meses, lo que sugiere que la TCC-E es un tratamiento prometedor para adolescentes con AN. Se espera que, tras la intervención, las participantes puedan tener mayor información sobre el TCA, los riesgos y consecuencias que conlleva y tengan las estrategias suficientes para actuar ante una posible recaída.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Aumentar la satisfacción con la imagen corporal, aumentar la autoestima, dar pautas de hábitos saludables y detectar creencias disfuncionales.

### **Objetivos Específicos**

- Ofrecer psicoeducación sobre nutrición, alimentación saludable e imagen corporal.
- Utilizar la técnica de reestructuración cognitiva basada en TCC-E para detectar creencias disfuncionales y promover un cambio de pensamientos.
- Utilizar técnicas de mindfulness basada en TCC-E para reducir los niveles de ansiedad.
- Diseñar un plan de prevención de recaídas.

### **Beneficiarios**

Este programa va dirigido a mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años que sufren de anorexia nerviosa. Además, los padres o tutores legales de las participantes también se verán beneficiados al ser partícipes de la sesión final.

### **Material y método**

#### **Participantes**

En este programa de intervención participarán 10 mujeres de entre 12 y 18 años de habla española que presentan TCA, concretamente diagnosticadas de AN.

La psicóloga, en colaboración con la federación FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosa), difunden el proyecto en Barcelona y ofrecen la participación a las usuarias de esta red. Las participantes se ponen en contacto con la federación y los psicólogos seleccionan a aquellas que cumplan con los criterios de inclusión, es

decir, sexo femenino, edad entre 12 y 18 años, estar diagnosticadas de AN, independientemente de la fase de la enfermedad en la que se encuentren, con participación voluntaria y que acepten firmar el consentimiento informado.

### **Procedimiento**

Una vez seleccionadas las participantes se decide formar un grupo de 10 personas para comenzar con el programa. Todas las participantes fueron informadas del proyecto y firmaron un consentimiento informado autorizado por su tutor legal.

Previo al inicio del plan de intervención, se le realizará a cada participante una entrevista, recogiendo información sobre el área personal y referente a enfermedades previas que hayan podido sufrir, para así tenerlo en cuenta a la hora de aplicar el programa de intervención y ver si hay limitaciones.

### **Instrumentos**

Se utilizarán tres tipos de cuestionarios con los que se evaluará a todas las participantes incluidas en el programa de intervención. La evaluación se realizará al inicio de la intervención y al finalizar la misma, comparando los resultados y estableciendo si la intervención diseñada tiene algún efecto en los parámetros medidos por cada uno de los cuestionarios.

#### **1. *Body Attitude Test (BAT)***

Este cuestionario fue desarrollado por Probst et al. (1995) y adaptado a la versión española por Gila et al. (1999). Su objetivo es evaluar la percepción de la imagen corporal y las actitudes hacia el propio cuerpo que presentan las mujeres adolescentes, lo que puede ser fundamental para comprender la relación entre la imagen corporal y el bienestar psicológico (Meza et al., 2020).

Consiste en un cuestionario auto informado, que consta de 20 ítems con respuesta de tipo Likert con cinco opciones de respuesta: “Totalmente en desacuerdo”,

“En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”.

A mayor puntuación, mayor insatisfacción con la imagen corporal (Meza et al., 2020). Presenta una consistencia interna de 0.91, por lo que tiene una alta fiabilidad (Meza et al., 2020).

## **2. *Eating Attitude Test (EAT-12)***

Este cuestionario fue desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) y se realizó una versión reducida por Valdiney et al. (2010). Se utilizó la versión adaptada en población española (Castro et al., 1991). Su objetivo es evaluar las actitudes y comportamientos anómalos hacia la comida (Anahui, 2023).

Es un cuestionario de consta de 12 ítems con respuesta de tipo Likert agrupado en tres subescalas (de cuatro ítems cada una): “Restricción alimentaria”, “Preocupación por la comida y el peso” y “Miedo a ganar peso”. Presenta seis opciones de respuesta: “Nunca” (se puntúa con un 1), “Raramente” (se puntúa con un 2), “Alguna vez” (se puntúa con un 3), “A menudo” (se puntúa con un 4), “Muy a menudo” (se puntúa con un 5) y “Siempre” (se puntúa con un 6) (Anahui, 2023).

Las puntuaciones superior a 21 indican mayor probabilidad de desorden alimenticio (Anahui, 2023). Presenta un alfa de Cronbach de 0.86, por lo que tiene una buena consistencia interna de fiabilidad (Anahui, 2023).

## **3. *Revised Restraint Scale (RRS)***

Esta escala fue desarrollada por Herman y Polivy (2008) y adaptada a la versión española por Silva y Urzúa (2010). Esta escala fue diseñada para evaluar la tendencia a restringir de manera consciente la ingesta de alimentos para así controlar el peso (Silva, 2010).

Consta de 10 ítems con respuesta de tipo Likert agrupados en dos subescalas: “Preocupación por la dieta” y “Fluctuaciones de peso”. Presenta entre cuatro y cinco opciones de respuesta.

A mayor puntuación, mayor restricción alimentaria (Silva, 2010). La subescala de “Preocupación por la dieta” presenta un alfa de Cronbach de 0.78, mientras que la subescala de “Fluctuaciones de peso” presenta un alfa de Cronbach de 0.70. Por lo que, esta escala tiene una alta consistencia interna, es decir, valores adecuados en los coeficientes de fiabilidad (Silva, 2010).

### **Sesiones**

El programa de intervención consta de 9 sesiones, una por semana. Cada sesión tiene una duración aproximada de 2 horas.

<b>SESIONES</b>	<b>OBJETIVOS</b>
Bloque 1	Sesión 1
Bloque 2	Sesiones 2, 3 y 4
Bloque 3	Sesiones 5, 6 y 7
Bloque 4	Sesiones 8 y 9

### **BLOQUE 1. Construcción de confianza con la terapeuta.**

#### ***Sesión 1. Relación terapeuta-paciente.***

El objetivo es formar una relación de confianza entre la terapeuta y las participantes y explicar en qué consiste el programa que se va a llevar a cabo.

Se inicia con la presentación de la terapeuta y las participantes (15 minutos). A continuación, se les explica en qué consiste el programa (30 minutos), para seguidamente aplicarles los test correspondientes (30 minutos).

Finalmente, cada una de ellas explica qué esperan conseguir con el programa y cuáles son sus expectativas (30 minutos).

## **BLOQUE 2. Cambio de patrones alimenticios.**

### ***Sesión 2. Psicoeducación sobre alimentación.***

El objetivo es ofrecer psicoeducación sobre diferentes conceptos alimenticios con un enfoque cognitivo.

Se inicia con un resumen de la sesión anterior (15 minutos). Después, se les explica los conceptos de dieta saludable, dietas milagro, los llamados alimentos prohibidos, la restricción alimentaria y la necesidad de consumir cantidades adecuadas de todos los grupos alimenticios, incluidos los alimentos prohibidos. Con esto, se pretende entender sobre creencias disfuncionales acerca de los diferentes alimentos. Es decir, gracias a aprender estos conceptos pueden reconsiderar ideas como pensar que ciertos alimentos son perjudiciales, entendiendo que su consumo moderado forma parte de una alimentación equilibrada (1:30 horas).

### ***Sesión 3. Detección de alimentos prohibidos y exposición gradual.***

El objetivo es añadir progresivamente a la dieta todo tipo de alimentos.

En primer lugar, se inicia con un resumen de la sesión anterior (15 minutos). A continuación, de la mano de una nutricionista se planifica una ingesta semanal en la que se incluye un alimento prohibido (1 hora). Después, se le reparte a cada una un autorregistro semanal (Anexo 1) en el que, durante la semana, deberán explicar las diferentes emociones, sensaciones y pensamientos que han surgido a la hora de exponerse a ese alimento prohibido. Es decir, cómo han gestionado el incluir ese alimento, qué sensaciones físicas y emocionales han experimentado, si han realizado alguna conducta de compensación, etc. (15 minutos).

Finalmente, el hecho de exponerse a alimentos prohibidos puede generar ansiedad en las participantes, por lo que se termina la sesión con una clase de mindfulness, para así reducir la ansiedad que les haya podido generar el tema y poder conseguir un mayor estado de relajación (30 minutos).

#### ***Sesión 4. Reestructuración cognitiva sobre alimentación.***

El objetivo es cambiar los pensamientos disfuncionales acerca de la comida.

Se inicia con un resumen de la sesión anterior (15 minutos). Seguidamente, la terapeuta y las participantes comentan el autorregistro semanal de la ingesta, emociones, sensaciones y pensamientos que han experimentado (30 minutos). A continuación, la terapeuta enuncia una serie de creencias acerca de la comida, para así detectar creencias disfuncionales (Anexo 2). Con esta dinámica, se pretende aplicar la reestructuración cognitiva, es decir, que intenten identificar y cuestionar los pensamientos negativos asociados a esos enunciados para transformarlos en interpretaciones más realistas y funcionales, además de verbalizarlo en voz alta para así darle más credibilidad (45 minutos).

Finalmente, se acaba la sesión con un ejercicio de mindfulness para reducir la ansiedad que haya podido generar y conseguir un mayor estado de relajación (30 minutos).

### **BLOQUE 3. Percepciones sobre la imagen corporal.**

#### ***Sesión 5. Psicoeducación sobre corporalidad.***

El objetivo es aprender sobre salud corporal y comprender que existen diferentes tipos de cuerpo, igualmente saludables y válidos.

Se inicia con un resumen de la sesión anterior y se añade otro alimento prohibido a la ingesta semanal (15 minutos).

A continuación, se les presenta un vídeo (25 minutos; Anexo 3) para después responder preguntas que les haga la terapeuta, explicar sensaciones, emociones y pensamientos que les genera y si se identifican en algún punto del vídeo y por qué (30 minutos). Luego, la terapeuta deberá enseñarles unas imágenes sobre diferentes cuerpos (se utilizarán las imágenes obtenidas del trabajo de Nevado-Álamo et al., 2014) para tratar el concepto de que todos los cuerpos son válidos y que estar delgada no necesariamente implica tener salud (30 minutos).

Para finalizar, se realiza un ejercicio de mindfulness para así reducir los niveles de ansiedad y aumentar los niveles de relajación (20 minutos).

### ***Sesión 6. Reestructuración cognitiva sobre imagen corporal.***

El objetivo es modificar los pensamientos disfuncionales sobre imagen corporal.

Se inicia con un resumen de la sesión anterior (15 minutos). A continuación, la terapeuta y las participantes comentan el autorregistro semanal (30 minutos).

Seguidamente, la terapeuta explica creencias disfuncionales alrededor del cuerpo, qué es un cuerpo sano independientemente de la apariencia física, o incluso qué es lo que la sociedad considera como cánones de belleza (30 minutos). A continuación, se les pide a las participantes que describan qué sensaciones, emociones y pensamientos les surge sobre su cuerpo y sobre sí mismas cuando se miran al espejo, para después cambiar esos pensamientos negativos por otros más positivos que deberán verbalizar en voz alta, para así darle más credibilidad (30 minutos; Anexo 4).

Se finaliza la sesión con una pequeña clase de mindfulness para reducir la ansiedad y conseguir un mayor estado de relajación (15 minutos).

### ***Sesión 7. Conexión mente-cuerpo.***

El objetivo es dedicar la sesión entera al mindfulness para conectar con el cuerpo y las sensaciones corporales.

Se inicia con un resumen de la sesión anterior y se añade un último alimento prohibido a la ingesta semanal (15 minutos).

En primer lugar, las participantes deben comentar cómo se sienten en ese instante tanto física como mentalmente (si les gusta o no su cuerpo, qué sensaciones físicas sienten, qué emociones o pensamientos les surge a partir de esas sensaciones, si les produce desagrado o malestar, o incluso si evitan conectar con su cuerpo en todo momento). A continuación, se empieza con la clase de mindfulness (Anexo 5) en la que deben conectar con el cuerpo (1:30 horas).

Por último, al finalizar el ejercicio de mindfulness deben volver a comentar cómo se sienten esta vez con su cuerpo (15 minutos).

#### **BLOQUE 4. Plan de prevención de recaídas e información de la evolución.**

##### ***Sesión 8. Explicación de la técnica de solución de problemas.***

El objetivo es explicar la técnica de solución de problemas para poder ponerla en práctica en el día a día como método de prevención de recaídas.

Se inicia con un resumen de la sesión anterior (15 minutos). Luego, la terapeuta y las participantes comentan el autorregistro semanal (30 minutos). A continuación, la terapeuta explica en qué consiste la técnica de solución de problemas para que puedan llevarla a cabo en su vida diaria cuando sea necesario (15 minutos). Después, la terapeuta le reparte a cada una de ellas una lista con diferentes situaciones (Anexo 6) en las que deben implementar estas técnicas para así generar soluciones razonadas, y ellas deben decir si consideran que son capaces de lograrlo (45 minutos).

Finalmente, se les aplica los mismos test que se utilizaron en la primera sesión (30 minutos).

##### ***Sesión 9. Comunicación de evolución y resultados.***

El objetivo es informar a las participantes y sus familias de la evolución de las participantes y los resultados finales, además de proporcionarles información necesaria para poder ayudar a sus hijas.

En primer lugar, se les entrega a las participantes los test pre y post intervención.

A continuación, la terapeuta se reúne con los padres/tutores legales de las adolescentes y con las participantes (por familias) para comentarles cuál ha sido la evolución que han tenido a lo largo del programa y los resultados de los últimos test en comparación con los primeros. Además, se les dará resumidamente los contenidos tratados en las sesiones para que puedan tener la información necesaria a la hora de poder ayudar a sus hijas en el proceso una vez finalizado el programa (2 horas).

Por último, para cerrar la sesión, se propone un seguimiento seis meses después de finalizar el programa, para así ver cómo han ido evolucionando a lo largo de los meses y si ha habido alguna recaída.

## **Recursos**

### ***Recursos humanos***

Psicóloga y Nutricionista.

### ***Recursos materiales***

PowerPoint con el que explicará el programa, instalaciones, cuestionarios, papel y bolígrafos, vídeo e imágenes, aula y esterillas/colchones.

## **Resultados esperados**

Tras la implementación del programa se espera lograr los objetivos planteados, es decir, conseguir aumentar la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, medidos pre y post intervención usando los test descritos para tal fin. Se espera conseguir una mejoría en los resultados con una reducción en las puntuaciones del test BAT, lo que reflejaría un aumento en los niveles de satisfacción con la imagen corporal.

Una disminución en las puntuaciones del test EAT-12, lo que indicaría una reducción del desorden alimenticio y una menor presencia de actitudes y comportamientos disfuncionales hacia la comida. Y también una bajada en las puntuaciones del test RRS, es decir, una menor tendencia a la conducta de restricción alimentaria. Una mejoría en estos parámetros se traduce en un incremento de la calidad de vida de las participantes, ya que se disminuyen los síntomas de la AN, modificando las conductas desadaptativas relacionadas con el desarrollo de la enfermedad.

El diseño de un plan de prevención de recaídas permite que las participantes sean capaces de reconocer la recaída antes de que se complique, y que puedan afrontar los factores estresantes con mayor facilidad y eficacia. El seguimiento y prevención de recaídas es fundamental en el tratamiento de la AN. Por eso, se plantea realizar un seguimiento a largo plazo cada seis meses, con el objetivo de evaluar el estado físico, psicológico y social de las participantes. Además de garantizar que los patrones alimentarios saludables se mantengan y que cualquier signo de recaída sea detectado a tiempo.

Por último, se espera una participación activa en las sesiones por parte de las integrantes del grupo y una actitud positiva de cambio. Así, se espera observar un mayor conocimiento acerca de la enfermedad, por lo que tendrán una mayor consciencia de la importancia de los buenos hábitos alimentarios en la prevención y sanación de los TCA.

### **Conclusiones**

Actualmente, la importancia en la sociedad de la AN, su prevalencia, las consecuencias que acarrea y la desinformación que hay sobre los hábitos alimentarios y los TCA, hace que sea necesaria la implementación de un programa de intervención; como el aquí presentado, dirigido a mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años

diagnosticadas de anorexia nerviosa. Su objetivo principal es conseguir una mayor autoestima y satisfacción corporal, además de una buena relación con la comida y unos hábitos saludables.

La literatura científica indica que la AN es la tercera enfermedad crónica más común (Velasco, 2021) teniendo una edad de inicio cada vez más temprana (Arija y Canals, 2022). Existe una mayor prevalencia en mujeres, aunque también aumentan los casos en hombres (Bravo et al., 2000). Por lo tanto, sería conveniente informar a los jóvenes en los colegios e institutos acerca de los trastornos de conducta alimentaria y de los buenos hábitos alimentarios, así como las consecuencias que esta enfermedad acarrea (Arija y Canals, 2022). Además, también sería recomendable implementar un programa de intervención en hombres (Arija y Canals, 2022).

Finalmente, hay que destacar la importancia de comunicar con el entorno lo que una persona siente y piensa acerca de su cuerpo y de la comida, para así intervenir ante una posible situación de riesgo de TCA. Además, también resulta útil informar a la familia de señales que puedan suponer un indicio del desarrollo de esta enfermedad, así como estrategias para ayudar a la persona a llevar la situación.

### **Bibliografía**

Álvarez Barreto, N. (2020). *Mindfulness, una alternativa terapéutica para la anorexia nerviosa* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª., DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana, pp 334-345.

Anahui Huertas, J.E y Masias Goñi, Y.N. (2023). *Evidencias psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-12) en adolescentes de Lima Metropolitana, 2022*.

[Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.

Arija-Val, V. y Canals, J. (2022). Prevención de los trastornos alimentarios en educación primaria. *Nutrición hospitalaria*, 39(2), 81-85. DOI: 10.20960/nh.04182

Arija-Val, V., Santi-Cano, M.J., Novalbos-Ruiz, J.P., Canals, J. & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición hospitalaria*, 39(2), 8-15. DOI: 10.20960/nh.04173

Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A. y Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana de pediatría*, 72(4), 300–305.

Carter, J.C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. & Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological medicine*, 34(4), 671–679. DOI: 10.1017/S0033291703001168

Carter, J.C., Mercer-Lynn, K.B., Norwood, S.J., Bewell-Weiss, C.V., Crosby, R.D., Woodside, D.B. & Olmsted, M.P. (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. *Psychiatry research*, 200(2-3), 518–523. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.04.037

Castrillo Cutando, M., García Castro, M.E., Estopañan Rodrigo, C., Fernández Miralbes, J., del Portillo Val, R. y Castilla Martín, A. (2022). Trastorno de la conducta alimentaria, la anorexia síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(8).

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.

- Dalle Grave, R. (2019). Cognitive-behavioral therapy in eating disorders in adolescents. En J. Hebebrand & B. Herpertz-Dahlmann (Eds.), *Eating Disorders and Obesity in Children and Adolescents* (pp. 111–116). Philadelphia: Elsevier.
- Dalle, G., Sartirana, M. & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive-behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1042-1046. DOI: 10.1002/eat.23122
- Gaete, M.V, López, C. y Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 3(5), 566-578. DOI: 10.1016/S0716-8640(12)70351-6
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279. DOI: 10.1017/s0033291700030762
- Gila, A., Castro, J., Gómez, J.M., Toro, J. & Salamero, M. (1999). The Body Attitude Test: Validation of the Spanish version. *Eating and weight disorders*, (4)4, 175–178. DOI: 10.1007/BF03339733
- Herman, C.P. & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. *Psychology & behaviour*, 94(5), 722-728. DOI: 10.1016/j.physbeh.2008.04.014
- Ibarzábal-Ávila, M. E., Hernández-Martínez, J. A., Luna-Domínguez, D., Vélez-Escalante, J. E., Delgado-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinoza, E., González-Macías, L., Ortiz-Fernández, A. G., Moguel-Gloria, A., Córdova-

- Esquivel, A. L. y Ramos-Ostos, M. H. (30 de junio de 2015). Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. Artículo de revisión. *Fundación Clínica Médica Sur*.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivir plenamente la catástrofe: usar la sabiduría de tu cuerpo y mente para enfrentar el estrés, el dolor y la enfermedad* (15ª ed). Delacorte Press.
- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 5, (20). DOI: 10.1186/s40337-017-0145-3
- Malma Medina, M.R. (2022). *Terapia cognitivo conductual en un caso de anorexia nerviosa*. [Trabajo académico para la segunda especialidad profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Meza Peña, C., Pompa Guajardo, E.G., Gutiérrez Muñoz, M.L., García Cadena, C.H. y González, L.D. (2020). Contraste del Modelo Tetrafactorial Jerárquico para el Test de Actitud Corporal en Mujeres Mexicanas. *Revista de Investigación Psicológica*, 10 (2), 91-103. DOI: 10.22201/fpsi.20074719e.2020.2.349
- National Guideline Alliance (2017). *Trastornos alimentarios: reconocimiento y tratamiento* (guía NICE n.º 69). Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención <https://www.adolescenciasema.org/national-guideline-alliance-eating-disorders-recognition-and-treatment-london-uk-national-institute-for-health-and-care-excellence-nice-2017-may-23-41-p-nice-guideline-no-69/>

- Nevado-Álamo, A.M., del Río-Diéguez, M. & Vallès-Villanueva, J. (2014). Images of anorexia: a reflexion from Art Education. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26(3), 367-385. DOI: 10.5209/rev\_ARIS.2014.v26.n3.42391
- Probst M., Pieters, G., & Vanderlinden, J. (2008). Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 657-665 DOI: 10.1002/eat.20531
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I.A. & Levinson, C.A (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 53(6), 834-851. DOI: 10.1002/eat.23247
- Silva, C. & Jaime, R. (2010). Internal consistency and factorial validity of a spanish version of the revised restraint scale. *Revista chilena de nutrición*, 37(1), 41-49. DOI: 10.4067/S0717-75182010000100004
- Silva, J.R. y Urzúa-Morales, A. (2010). Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria en una muestra de adolescentes. *Universitas Psychologica*, 9(2), 521-530.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J.B., Jones, P., Kim, J.H., Kim, Y., Carvalho, A.F., Seeman, M.V., Correll, C.U. & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7

- Valdiney, V.G., Lucena Pronk, S., Santos, W.S, Rildésia, S., Gouveia, S.V. y Cavalcanti, P.N. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Revista Interamericana de psicología*, 44(1), 28-36.
- Van den Berg, E., Pellemans, K., Planting, C., Daansen, P., Van Beers, E., De Jonge, M., Christ., C. & Dekker, J. (2024). Treatment of patients with anorexia and comorbid post-traumatic stress disorder; where do we stand? A systematic scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1365715. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1365715
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M.T. & Mancilla-Díaz, J.M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120. DOI: 10.1016/j.rmta.2015.10.003
- Velasco Cabrero, V. (2021). *Programa de educación para la salud: terapia cognitivo conductual para mujeres adolescentes con anorexia nerviosa*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional de la Universidad de Valladolid.
- Vilalta Abella, F., Pla Sanjuanelo, J., Ferrer García, M. & Gutiérrez Maldonado, J. (2015). Exposure therapy using virtual reality in eating disorders: present and future. *Revista Tesis Psicológica*, 10(2), 12-37.
- Wonderlich, S.A., Bulik, C.M., Schmidt, U., Steiger, H. & Hoek, H.W. (2020). Severe and persistent anorexia nervosa: update and observations on current clinical reality. *The International journal of eating disorders*, 53(8), 1303–1312. DOI: 10.1002/eat.23283

## Anexos

### **Anexo 1. Ejemplo de planilla de autorregistro de la sesión 3.**

En primer lugar, se debe completar la tabla con los alimentos que habéis ingerido durante la semana, en el que se debe añadir un alimento prohibido durante la comida (todos los días el mismo alimento a la misma hora).

Finalmente debéis registrar cuáles han sido vuestras emociones, sensaciones y pensamientos a la hora de ingerir ese alimento prohibido, además de si habeis sido capaces de ingerirlo o no.

<b>REGISTRO</b>	DESAYUNO	AMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					

EMOCIONES/SENSACIONES:

PENSAMIENTOS:

### **Anexo 2. Frases a ser juzgadas en la sesión 4.**

A continuación, enunciaré una serie de creencias sobre la comida y vosotras tendréis que decir en voz alta qué pensamientos negativos os generan esas frases e intentar cambiarlos por otros más realistas y funcionales, además de registrarlos en la tabla y decir si estas creencias son realistas o no, es decir, si hay evidencia que apoye esas creencias.

CREENCIAS	PENSAMIENTOS	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EVIDENCIA
1. El pan engorda.			
2. No se debe tomar agua durante las comidas.			
3. Las grasas vegetales son mejores que las animales.			
4. Los productos sin azúcar son buenos para adelgazar.			
5. Tomar zumo de limón en ayunas disminuye la grasa corporal.			
6. Las dietas mágicas son efectivas para			

mantener un peso saludable.			
7. Comer sano implica consumir una dieta 100% saludable.			
8. Para adelgazar debo comer poco o pasar hambre.			
9. No se deben consumir carbohidratos en la noche.			
10. Los productos light son más saludables.			

### **Anexo 3. Vídeo de la sesión 5.**

Después de visualizar el vídeo, tendréis que responder a diferentes preguntas que os haré, explicar con qué os identificáis y qué pensamientos, emociones y sensaciones os genera ver este vídeo.

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

Preguntas:

- ¿Qué situaciones o experiencias desencadenaron el TCA en cada caso?
- ¿Cómo afectó el trastorno a su autoestima, relaciones personales y vida cotidiana?
- ¿Qué estrategias o terapias les resultaron más útiles durante su proceso?
- ¿Has sentido alguna vez emociones o pensamientos similares a los que se mencionan en el vídeo?
- ¿Qué sensaciones físicas o emocionales te generó ver las experiencias de las afectadas por este trastorno?

#### **Anexo 4. Pensamientos a trabajar en la sesión 6.**

A continuación, haréis un ejercicio parecido al de la sesión 4. Debéis rellenar en la tabla los pensamientos reales que tenéis sobre vuestro cuerpo y sobre vosotras mismas cuando os miráis al espejo, para después generar una alternativa más positiva. Tenéis que rellenar al menos 5.

PENSAMIENTOS REALES	PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS

#### **Anexo 5. Práctica de Mindfulness de la sesión 7.**

Ahora vamos a realizar una técnica de mindfulness diseñada para ayudarnos a conectar con el momento presente. Primero, quiero explicaros brevemente el objetivo:

la intención de esta práctica es observar nuestras emociones, pensamientos y sensaciones corporales sin juzgarlos, permitiéndonos aceptarlos tal y como son.

Para ello, vamos a crear un ambiente cómodo y relajado. Podéis utilizar esterillas, colchones o cualquier material que os permita estar más a gusto. Reduciremos al máximo la luz y el ruido del entorno para fomentar una mayor concentración y relajación (Kabat-Zinn, 1990).

Vamos a empezar con unas respiraciones profundas. Debéis sentaros o tumbaros en una postura cómoda y, cuando estéis listas, cerrad suavemente los ojos. A continuación, vais a llevar la atención a vuestras emociones actuales, sin juzgarlas ni intentar cambiarlas. Simplemente observando lo que sentís: "Observad qué emociones están presentes en este momento. No tratéis de cambiar nada, simplemente notad cómo os sentís" (Kabat-Zinn, 1990).

Después de las emociones, vamos a observar nuestros pensamientos. De nuevo, no intentéis aferraros a ellos ni rechazarlos. Imaginad que son como nubes que pasan por el cielo: "Notad qué pensamientos pasan por vuestra mente. No os apeguéis a ellos, solo observadlos como si estuvierais viendo nubes pasar" (Kabat-Zinn, 1990).

Si en algún momento notáis que vuestra mente se ha desviado, simplemente volved a llevar la atención a vuestra respiración (Kabat-Zinn, 1990).

A continuación, realizaremos un escaneo corporal. Vamos a recorrer mentalmente diferentes partes de nuestro cuerpo, comenzando por los pies y subiendo hasta la cabeza. Notad las diferentes sensaciones (tensión, relajación, etc.) pero sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990).

Para finalizar, vamos a llevar nuestra atención de vuelta al entorno. Abrid lentamente los ojos cuando estéis listas, notando cómo os sentís ahora, y regresando al momento presente con calma (Kabat-Zinn, 1990).

Espero que esta práctica os haya ayudado a sentir os más conectadas con vosotras mismas y con el aquí y ahora.

### **Anexo 6. Situaciones a ser afrontadas en la sesión 8.**

A continuación, vamos a ver una serie de situaciones que yo voy a leer, en las que tendréis que aplicar la técnica de solución de problemas en vuestra vida diaria (como evaluar pros y contras de cada situación para así desarrollar una forma de pensar más flexible y abierta) y vosotras tendréis que decir si creéis que vais a ser capaces de lograrlo. Además, también debéis comentar las dificultades que creéis que podéis encontrar, qué os puede generar miedo, qué emociones pueden aparecer, e incluso qué recursos podéis emplear para solventar los diferentes problemas.

1. Una salida con amigos para ir al cine y comer pizza.
2. La cena familiar de noche buena.
3. Voy con mi mejor amiga al centro comercial y ella me dice “vamos a por un helado”.
4. Tu madre pone para la cena pollo con verduras y patatas.
5. Mi hermano y yo merendamos una ensalada de frutas.
6. En medio de una situación estresante me gustaría comer helado.