



TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Psicología

Curso académico: 2016/2017

Convocatoria septiembre de 2017

Modalidad: Programa de intervención

Título: *Programa de intervención Psicoeducativo para Familiares de pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria*

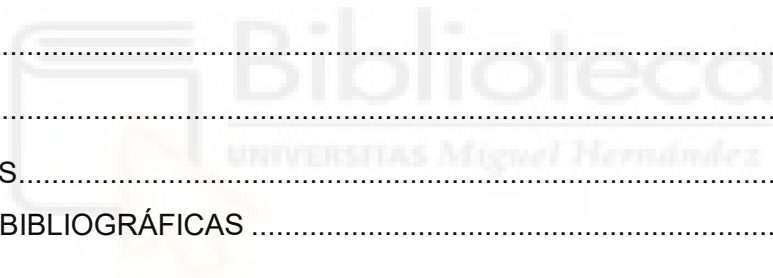
Autor/a: María Sala Reyes

Tutor/a: Yolanda Quiles Marcos

Elche a 4 de septiembre de 2017

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODO	6
Participantes:.....	6
Evaluación:.....	7
Procedimiento.....	9
RESULTADOS.....	9
Sesión 1:.....	9
Sesión 2.....	11
Sesión 3.....	11
Sesión 4.....	12
Sesión 5.....	14
Sesión 6.....	15
Sesión 7.....	16
Sesión 8.....	17
CONCLUSIONES.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXOS	22



RESUMEN

Estudios recientes en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), muestran la eficacia de trabajar con la familia de forma complementaria, considerándoles como agentes activos de cambio y no como mantenedores del síntoma. Las familias de las personas diagnosticadas con TCA, presentan elevados niveles de ansiedad y depresión, además de una excesiva carga asociada al cuidado, y en la mayoría de veces deriva en sentimientos de culpabilidad respecto a la enfermedad. Por ello, el objetivo de este trabajo fue desarrollar un programa psicoeducativo para familiares de pacientes con un TCA, con la finalidad de proporcionar a los familiares el conocimiento, las habilidades y estrategias necesarias para gestionar las emociones, resolver conflictos y mejorar la comunicación entre sus miembros. Además de, disminuir los efectos negativos que supone el cuidado y acompañamiento de los pacientes durante el período de enfermedad. El programa consta de 8 sesiones, y está dirigido a familiares de pacientes adolescente entre 16-21 años con este problema de salud. Para comprobar la eficacia de este programa se utilizarán diferentes instrumentos de evaluación como son: IPQ-Brief, FQ, EDSIS, STAI, BDI-II y finalmente se empleará una escala para evaluar la satisfacción con el programa. Estos se aplicarán antes y después de la intervención. Durante el programa se facilita a los familiares toda la información acerca de la enfermedad y sus cuidados, adquisición y manejo de habilidades sociales y de comunicación, realización de actividades placenteras en familia, gestión emocional asociada al TCA y puesta en práctica de técnicas de resolución de conflictos.

Palabras clave: Anorexia, Bulimia, Programa psicoeducativo, Familia, Trastornos de la conducta alimentaria, cuidadores de un TCA.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha observado un crecimiento emergente de los trastornos de alimentación en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, lo que supone un gran impacto para la sociedad dada su gravedad, complejidad y dificultad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). En la población general la prevalencia de estos trastornos oscila entre 4,1% al 6,41% (Arrufat, 2006; Guerrero y Barjau, 2003).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son trastornos mentales caracterizados por presentar problemas relacionados con la ingesta de comida y el control del peso corporal con consecuencias perjudiciales para la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Desde el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) los trastornos de alimentación se clasifican en: Trastorno de Rumiación, Trastorno Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos, Trastorno por Atracón, Trastornos alimentarios o de la ingesta de alimentos específicos o no, Pica, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Este programa centra la atención en los dos últimos trastornos mencionados (anorexia y bulimia nerviosa), ya que, son los dos trastornos de la conducta alimentaria con más incidencia en la población. El 0,3% al 2,2% de las mujeres adolescentes de la población española, están diagnosticadas de anorexia nerviosa, y el 0,1% al 2,0% lo están de bulimia nerviosa. La incidencia de ambos trastornos es mayor en mujeres adolescentes que en hombres adolescentes, siendo la estadística para anorexia de 15:01 y para bulimia de 10:01 (Portela, da Costa, Mora y Raich, 2012).

La anorexia es un trastorno alimentario caracterizado por el deseo inmerso de la persona que lo padece de perder peso de forma excesiva, acompañado de intenso temor a engordar. Estas personas mantienen una imagen corporal errónea, distorsionada de la realidad y por lo general ellas mismas no son conscientes de su enfermedad. A causa de esa imagen distorsionada suelen emplear dietas restrictivas para controlar la ingesta de comida, la cual, cada vez es menor. Además, llevan a cabo actividad física desmesurada y conductas compensatorias para contrarrestar la ingesta (ejercicio físico, conductas purgativas, etc). La edad de inicio de la enfermedad se encuentra a partir de los 7 años, entre los 9 y los 15 existe un incremento de los casos, siendo inusual presentarse a partir de la adultez tardía (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Sánchez, 2010; Guerrero y Barjau, 2003).

La bulimia es un trastorno alimentario, por el cual, una persona muestra una preocupación excesiva hacia el peso y la figura. Se caracteriza por la presencia de atracones, éstos consisten en ingerir grandes cantidades de comida en un espacio de tiempo corto y de manera compulsiva. Seguidamente intentan compensar esos atracones con ejercicio físico y conductas purgativas como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y diuréticos, etc. Estas personas no se caracterizan por tener de forma esencial problemas con el peso como en el caso de la anorexia, sino que mantienen un peso bajo, normal o en ocasiones con sobrepeso. Continuamente tienen sentimientos de culpa y vergüenza por no poder controlar su comportamiento. Por lo que, la mayoría de personas con este trastorno pasan desapercibidas y mantienen el trastorno oculto. Este tipo de trastorno suele aparecer en edades más tardías en comparación con la anorexia. La edad de inicio se sitúa a los 14 años con mayor incidencia entre los 18 y 21 (Sánchez, 2010; Guerrero y Barjau, 2003).

Estos trastornos tienen serias consecuencias tanto en la salud física, psicológica y social de la persona que lo padece. A nivel físico mantienen un cuadro de desnutrición y

deshidratación, que causan diferentes problemas metabólicos y endocrinos. Por otro lado, a nivel psicológico, presentan alteraciones del pensamiento, una imagen corporal distorsionada, y se encuentran inmersas en estado depresivo y ansioso con múltiples rumiaciones y rituales de carácter obsesivo, además se trata de trastornos con una alta comorbilidad psicopatológica. Por último, repercute en su vida social, ya que, sufren una gran pérdida de contacto con su entorno más próximo y aumentan los conflictos familiares. No obstante, ellas mismas no suelen ser conscientes de la enfermedad o se encuentran en la fase de negación y no tienen en cuenta las posibles consecuencias que conllevan las conductas que realizan (Amaro, 2008; Muñoz, 2011; Behar, 2010).

Actualmente, los TCA se abordan desde una perspectiva biopsicosocial donde se considera que intervienen diferentes factores biológicos, psicológicas, familiares y socioculturales. Por lo que, se requiere de intervenciones multidisciplinares que puedan integrar diferentes enfoques combinados entre sí, y de esta manera obtener mejores resultados. Se pretende con este enfoque llegar a conseguir cambios a nivel de salud física y psicológica del paciente, y mejorar su entorno más próximo. Cada enfoque tiene sus propios objetivos establecidos. En el caso de la intervención médica el objetivo principal es restablecer el peso saludable además de tratar las complicaciones físicas asociadas al trastorno y promover hábitos de alimentación saludables. Durante la intervención psicológica se espera que el paciente modifique sus conductas y sus pensamientos, adquiera estrategias y habilidades de afrontamiento, pueda prevenir posibles recaídas y por último adquiera conocimientos acerca de todos los aspectos relacionados con el trastorno y una vida saludable. Además, en este último enfoque debemos fomentar y modificar las relaciones con la familia y el entorno social (Troncoso, 2009; Fernández y Solé, 2003).

Las consecuencias de estos trastornos pueden resultar trágicas cuando las personas presentan una situación de salud muy severa llegando incluso a la muerte. Diferentes investigaciones recogen evidencias donde demuestran la importancia de utilizar estrategias de prevención y continuar investigando la eficacia de los tratamientos, ya que, tan solo el 50% de personas diagnosticadas de anorexia consiguen una recuperación total después del tratamiento; un 20-30% no consiguen una recuperación total, dado que, siguen manteniendo síntomas residuales; un 10-20% continúan con la enfermedad y un 5-10% no consiguen superar la enfermedad. En relación a la bulimia entre 16-21% de la población diagnosticada presenta una alta tasa de intentos de suicidio (Galsworthy-Francis y Allan, 2016).

Estos problemas de salud no sólo afectan a la persona enferma, también se ve afectado su entorno más próximo, como es el caso de la familia. La enfermedad se suele desarrollar en el contexto familiar, ya que, en la mayoría de los casos, la enfermedad, suele

iniciarse en la adolescencia, con lo cual, todavía conviven con la familia. En la mayoría de los casos, la familia, tiene un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del problema, dado el tipo de estructura familiar, las actitudes y creencias de los padres hacia el peso, las conductas saludables y la alimentación, influenciado de esta forma desde edades tempranas en sus hijos e hijas (Sepúlveda et.al., 2012; Mateos-Agunt et.al., 2014; Dúo, Sepúlveda, León, Pastor y López, 2015).

Según Treasure y Palazzo (2016), las manifestaciones clínicas de los familiares, ansiedad y depresión están asociadas con una elevada percepción de carga y, una baja eficacia del cuidado. En este caso, los padres asumen el rol de cuidador y tienden a sobreproteger a sus hijos o por el contrario a distanciarse creando un clima tenso, entrando en una lucha continua. Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena (2010), y Lozano (2012) diferencian entre el funcionamiento familiar de la anorexia y la bulimia. Las familias con anorexia tienden a sobreproteger a sus hijos y en cambio las familias con bulimia tienden a crear un clima de hostilidad. Ambas formas resultan disfuncionales respecto al cuidado de la persona con TCA (Treasure, Smith y Crane, 2007).

El propio trastorno sumado al funcionamiento deficiente de la familia al cuidado hace que los familiares se enfrenten a una situación extremadamente estresante, ya que, la presencia de la enfermedad altera el clima y la rutina familiar afectando al bienestar y a la estabilidad de todos los miembros de la unidad familiar. El impacto de la enfermedad conlleva consecuencias negativas a nivel de salud física y mental. Los miembros de la familia se ven inmersos en un estado de ansiedad, angustia, sobrecarga emocional, con múltiples sentimientos de culpa, rabia y frustración como consecuencia del desarrollo de la enfermedad, de las necesidades de cuidado requeridas y de los falsos mitos a los que se ven expuestos. Además, Treasure, Smith y Crane (2007) añade que los familiares expuestos a estos niveles clínicos de ansiedad y depresión suelen aislarse socialmente, adquirir enfermedades físicas e incluso se puede ver afectada su continuidad laboral (Jáuregui, 2005; Sepúlveda et.al., 2012; Pla, Moreno, Fuentes-Durá y Dací, 2013; Dúo et.al., 2015; Treasure, Smith y Crane, 2007).

Tras exponer los efectos más relevantes sobre la familia, se hace imprescindible la necesidad de intervención. Múltiples autores han descrito diferentes tipos de intervenciones familiares combinadas con diferentes enfoques, resultan más eficaces. Según Treasure y Palazzo (2016), el enfoque basado en el modelo de cuidado colaborativo Maudsley es uno de ellos. Fue diseñado para ayudar a las familias de pacientes con enfermedades prolongadas, con la finalidad de inculcar diferentes habilidades respecto al cuidado de la enfermedad (comunicación positiva, manejo de situaciones difíciles, etc). Otro tipo de intervención es el

tratamiento basado en la familia (FBT), trata de empoderar a los padres para que sirvan de soporte nutricional y consigan recuperar el peso saludable, además, las nuevas adaptaciones se centran en aumentar las habilidades del cuidador, permitiéndole hacer frente a los comportamientos más difíciles de cambiar. Otras intervenciones integran técnicas de diferentes terapias como es el caso de la Terapia de aceptación y compromiso integrada con FBT y la Terapia de remediación cognitiva también integrada con FBT. Treasure y Palazzo (2016) en su trabajo de revisión de los programas de intervención realizados con familiares también destacan la eficacia de los programas psicoeducativos.

Las intervenciones psicoeducativas favorecen la adhesión al tratamiento de los hijos e hijas, mejora el ambiente familiar y las relaciones entre sus miembros y han mostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, la sobrecarga y la emoción expresada de la familia. La intervención suele ser grupal y se establece de forma paralela al tratamiento del paciente. Desde estos programas se dota a la familia de información y educación acerca de la patología que padecen sus hijos, se aportan las habilidades necesarias para apoyarles y reducir el estrés asociado al cuidado, además se les facilitan técnicas de solución de problemas (Gutiérrez, Sepúlveda, Anastasiadou y Medina-Pradas, 2014; Treasure y Palazzo, 2016; Del Pozo, 2015).

Dada la importancia de incluir la intervención familiar y su eficacia en el abordaje de los TCA, el objetivo de este trabajo fue desarrollar un programa psicoeducativo para familiares de pacientes con un TCA. Con la finalidad de proporcionar a los familiares el conocimiento, las habilidades y estrategias necesarias para gestionar las emociones, resolver conflictos y mejorar la comunicación. Además de disminuir los efectos negativos que supone el cuidado y acompañamiento de los pacientes durante el período de enfermedad.

MÉTODO

Participantes:

Este programa está destinado a padres, madres y hermanos de adolescentes de entre 16 a 21 años con un trastorno de la conducta alimentaria, concretamente pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. Los familiares se reclutarán de la Unidad de Hospitalización de TCA del Hospital Universitario de San Joan d'Alacant, donde se encuentran en tratamiento los pacientes. Durante el programa, participarán un total de 30 familiares, en cada sesión participarán un máximo de 15. La participación será voluntaria y todos aquellos familiares que accedan a participar tendrán que firmar el consentimiento informado.

Durante todo el proceso de intervención los familiares serán acompañados por un equipo de profesionales de la salud, a los que se pueden dirigir para resolver cualquier duda acerca de la intervención.

Evaluación:

Se utilizarán pruebas psicométricas para evaluar la efectividad del programa. Éstas se administrarán a cada participante, antes de empezar el programa, y una vez finalizado, con el objetivo de observar la evolución de las familias durante la intervención y comprobar la efectividad del programa. A continuación, se detallan estas pruebas.

Entrevista inicial: Se trata de una entrevista semiestructurada donde se recogerán datos sociodemográficos de todos los miembros de la familia incluida la paciente. Además, se profundizará en la en la relación entre ellos y el clima familiar (Anexo 1).

IPQ-Brief: Cuestionario de percepción de la enfermedad breve (Brief Illness Perception Questionnaire) de Broadbent, Petrie, Maini y Weinman (2006). Este cuestionario evalúa las percepciones familiares respecto a los TCA. Se trata de la versión corta de 8 ítems (consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, comprensión y respuesta emocional), evaluadas mediante escalas de respuestas graduadas entre 0 y 10, y un ítem de carácter abierto. El rango de puntuaciones oscila entre 0-80, una puntuación cercana a 80, la visión de la enfermedad resulta más amenazante para el familiar. Se utilizará la versión española de Pacheco-Huerto et.al (2010).

FQ: Cuestionario Familiar (Family Questionnaire) de Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg (2002). Se trata de un tipo de autoinforme que evalúa la emoción expresada (EE) de los familiares hacia el paciente, además identifica componentes como los comentarios críticos y la sobreimplicación emocional. Está formado por 20 ítems distribuidos de forma igualitaria en dos subescalas: "Comentarios críticos" y "Sobreimplicación emocional". El formato de respuestas se realiza mediante una escala de respuesta tipo Likert con un rango de respuesta del 1 al 4, donde 1 es raramente y 4 frecuentemente. Por tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 10 y 40, cuanto mayor sean las puntuaciones obtenidas mayor será el indicador de emoción expresada de la familia hacia el paciente. Recientemente en 2014, Sepúlveda, et al., han realizado la validación española, obteniendo los datos psicométricos que avalan de forma satisfactoria la utilización de este instrumento. La consistencia interna para cada escala fue, Comentarios Críticos 0.82 y sobreimplicación emocional 0,81 (Anexo 3).

EDSIS: Evaluación del impacto del TCA (Eating Disorders Symptom Impact Scale, Sepúlveda et.al, 2008). Este instrumento ha sido diseñado con el objetivo de evaluar el impacto de la sintomatología de los TCA sobre los cuidadores de las personas que padecen TCA y de forma específica evalúa la carga y el impacto psicológico de la anorexia y bulimia nerviosa. Consta de 24 ítems agrupados en 4 factores (Impacto nutricional, comportamientos de disregulación, escala de culpabilidad y escala de aislamiento social). La consistencia interna de este instrumento se sitúa en un 0,90, por tanto, se considera uno de los instrumentos más eficaces. La versión española ha sido publicada por Carral-Fernández et.al. (2013).

STAI: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Se trata de un cuestionario que mide la ansiedad estado referente al momento de la evaluación y ansiedad rasgo referente a la predisposición de la persona al estrés. Está formado por dos escalas una de rasgo con 10 ítems y otra de estado con otros 10 ítems. La puntuación total oscila entre 0-30 en cada escala, las puntuaciones más altas indican mayor grado de ansiedad. La escala de rasgo tiene una consistencia interna de 0,84-0,87 y la de estado 0,90-0,93. Se basa en la versión establecida por TEA y validado en población española por Guillén (2014).

BDI-II: Escala de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-Second Edition de Beck, Robert, Steer y Brown,1996). Se trata de un cuestionario de 21 ítems sobre sintomatología depresiva donde tienen 4 opciones de respuesta tipo Likert por cada uno de los ítems de 0 a 3. Cuando las puntuaciones totales oscilan entre 0-13 se indica mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Actualmente se ha revisado y adaptado a población española por Sanz y Vázquez (2011) (Anexo 4).

Escala de Satisfacción con el programa. Para evaluar la satisfacción con el programa se ha realizado un pequeño cuestionario *ad hoc*, donde se evalúan cada una de las sesiones. Consta de 8 ítems, los cuales se valoran mediante una escala graduada de 0 a 10. Además, se incluirá un apartado de sugerencias o comentarios acerca del programa en general. Una vez cumplimentado por las familias se procederá a su corrección. La satisfacción global del programa vendrá dada por la media de las puntuaciones obtenidas (Anexo 5).

Adhesión al programa: Por otro lado, se hará un registro de la asistencia a cada una de las sesiones para evaluar la adherencia al programa. Al principio de cada sesión una de las psicólogas anotará en el registro las familias que han asistido.

Procedimiento

El programa consta de 8 sesiones impartidas de forma quincenal con una duración aproximada de hora y media por sesión. Las sesiones serán impartidas por dos psicólogas colegiadas y especializadas en los trastornos de la conducta alimentaria.

Una vez realizados los grupos se concretará una cita con cada familia y el paciente, para informarles sobre el programa y realizar la primera entrevista. En ésta, además de informar sobre el programa también se recogerán los datos sociodemográficos y se administrarán las pruebas psicométricas: STAI y BDI previas a la intervención. El resto de pruebas (IPQ-Brief, FQ y EDSIS) se aplicarán en la primera sesión. Por último, se les presentará el consentimiento informado, donde aparezca detallado todo el programa, las normas del grupo y la confidencialidad de los temas a tratar.

Las sesiones se estructuran de la siguiente forma, siempre se hace una rueda de entrada, se comentan las tareas para casa de la sesión anterior y se procede a la explicación del contenido de la sesión con el correspondiente material. Los contenidos que se tratados son los siguientes: psicoeducación acerca del trastorno (características, causas y consecuencias); adquisición y manejo de habilidades sociales y de comunicación para mejorar la calidad de las relaciones entre los familiares; adquisición de habilidades en resolución de conflictos, gestión emocional asociada a los TCA y adquisición de estrategias para mejorar la calidad de vida de los familiares y los pacientes.

Finalmente, para comprobar la eficacia del programa en cuanto a los cambios a nivel familiar se les administrará las pruebas psicométricas descritas anteriormente. Se administrarán al principio de la intervención (T0) y al finalizar (T1). Para comprobar que los cambios perduran en el tiempo es conveniente realizar un seguimiento a los 3 meses tras haber finalizado el programa. Además de la eficacia del programa y los cambios positivos adquiridos por la familia, se evalúa la satisfacción de las familias con el programa.

RESULTADOS

Sesión 1:

Título: Presentación de las familias y aplicación de pruebas psicométricas.

Objetivo:

- Romper el hielo y establecer un clima de confianza.
- Conocer el contenido y funcionamiento del programa.

- Adquirir el compromiso participativo.
- Administrar pruebas psicométricas.

Contenido:

En la primera sesión se realiza una la explicación exhaustiva y detenida del programa, apoyada por el material audiovisual en el cual aparece el contenido detallado de cada una de las sesiones que se llevarán a cabo, seguidamente se expone la importancia de trabajar con la familia y se finaliza con objetivo del programa. Se aportará información acerca del funcionamiento y estructura de las sesiones (tareas para casa, técnicas, etc), con la finalidad de clarificar cualquier duda respecto al programa y su funcionamiento. Se pedirá a cada miembro de la familia que rellene las pruebas psicométricas: IPQ-Brief, FQ y EDSIS. Para ello se dispondrá del material necesario para cada persona, se realizarán de forma individual. Una vez finalizadas estas pruebas, se realizará una dinámica grupal con el fin de romper el hielo y conocerse más entre ellos. Esta dinámica recibe el nombre del “*Sentido contrario*” y consiste en hacer dos grupos de igual tamaño, las personas de cada grupo deberán formar un círculo y situarse uno dentro del otro. Una vez esté colocado un círculo dentro del otro, uno de ellos se dará la vuelta. Una vez estén frente a frente con la persona del círculo contrario, empezará la dinámica. En primer lugar, deben saludarse de la forma más cómoda para ambas personas y, a continuación, deben decir su nombre y dos aficiones o actividades que les gusta practicar, tendrán para ello entre 5 - 8 minutos. A continuación, uno por uno irá presentando al compañero que le haya tocado. De esta forma se consigue romper el hielo entre ellos y conocerse. Una vez finalizada la dinámica se les pide que comenten en voz alta que les ha parecido la dinámica y cuál es el motivo por el que han decidido participar en el programa y que esperan conseguir con el mismo.

Posteriormente, las psicólogas recordarán el enfoque de este programa, el cual, defiende que el trastorno como enfermedad es algo externo y desde el programa se enfatiza en mejorar la calidad de las relaciones familiares, evitando así los reproches y sentimientos de culpa. Introduciendo un breve debate acerca del concepto de TCA y síntomas más comunes, para enlazar con la actividad para casa. Antes de finalizar la sesión se les pide que para la próxima sesión busquen información sobre los TCA, anoten lo que crean importante y las características de los TCA desde su experiencia. Por otro lado, se recordarán las normas del grupo y se pedirá el consentimiento informado a los familiares, además se registrará la asistencia de cada familia.

Duración: 1h 30min

Material: Se utilizará el registro de asistencia, la presentación en power point con toda la información, bolígrafos, mesas y sillas individuales para el pase del cuestionario y por el consentimiento informado, que deberán entregar firmado.

Sesión 2

Título: Conocemos los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo:

- Clarificar conceptos que dan pie a confusión sobre los TCA.
- Conocer las características, causas y consecuencias de los TCA.

Contenido:

La sesión empezará con una rueda de entrada donde cada familiar dirá su nombre y expresará con adjetivos su estado anímico en ese momento, no se admiten; bien, muy bien o mal. Aprovechando la presentación, la psicóloga irá tomando nota de la asistencia. A continuación, se les pide que hagan grupos de 4 personas aproximadamente, y que comenten y debatan sobre la información que han buscado en casa como tarea. Una vez hayan comentado toda esa información, cada uno de los grupos elegirá un portavoz que se encargue de exponer las conclusiones en cada grupo, éstas serán escritas en la pizarra por las psicólogas. Más tarde las psicólogas ayudadas con una presentación de powerpoint y apoyadas en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) y el DSM-R V (2013), explicarán las características, las causas, las consecuencias a todos los niveles, la etiología, comorbilidad, prevalencia, curso, pronóstico y factores de mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, en especial de la anorexia y bulimia nerviosa. Una vez finalizada la presentación se debatirán y se clarificarán las conclusiones que habían extraído previamente. De esta forma consiguen romper con las posibles creencias erróneas y mitos acerca de trastorno. Una vez finalizada la clarificación se les dará un listado sobre afirmaciones del trastorno en las que deberán anotar si son ciertas o se trataba de un mito, deberán realizarlo en casa.

Duración: 1h 30min

Material: Presentación de powerpoint, pizarra, borrador, rotulado o tiza, listado de asistencia y listado de mitos vs realidades.

Sesión 3

Título: Relación familiar positiva

Objetivo:

- Explicar los tipos de estilos educativos en la familia.
- Identificar el tipo de estilo que tienen actualmente.
- Fomentar una red de apoyo familiar sana y positiva.

Contenido:

Esta sesión empieza resolviendo la tarea que tenían para casa. Se irán resolviendo en la pizarra con la participación de todos, cada uno dirá su respuesta y la justificará con la información sobre la enfermedad de la sesión anterior. Una vez corregido el listado de mitos vs realidades se da comienzo al contenido de la tercera sesión. Las psicólogas procederán a explicar los tipos de estilos educativos según Baumrind (1977) presentes en el artículo de Torío, Peña y Rodríguez (2008). Los estilos presentados son: el estilo democrático (utiliza estrategias adaptativas para resolver de forma adecuada las situaciones conflictivas, tomando un papel activo en la resolución de conflictos), autoritario (establece normas rígidas y minuciosas, resuelve los conflictos de forma desadaptativa; recurre a múltiples castigos), permisivo-liberal (no son capaces de establecer normas y límites claros; muestran un papel pasivo en la resolución de conflictos) y negligente-ausente (este tipo no desempeña el rol que le corresponde y delega responsabilidades en otras personas), también se expondrán las consecuencias de cada uno de los estilos, con el fin de mejorar el estilo educativo que están teniendo con sus hijos/as. Una vez acabada la exposición del contenido teórico se dividirán en grupos de 4 y se les entregará la Fábula del Aguilucho (Anexo 6), con ésta se pretende que pongan en práctica los contenidos impartidos y sean capaces de identificarse con uno de los estilos. Tendrán que leerla por grupos y contestar a las preguntas, una vez realizado se pondrá en común. Como tarea para casa se le repartirá a cada persona una serie de preguntas para reflexionar sobre el estilo educativo que ha tenido él o ella durante su vida y el estilo educativo que creen que están haciendo como padres, los aspectos positivos y lo que les gustaría cambiar respecto al TCA. (Anexo 7).

Duración: 1h 30min

Material: Registro de asistencia, pizarra, borrador, tiza o rotulador, presentación powerpoint, Fábula del Aguilucho y Tarea para casas sobre estilo educativo.

Sesión 4

Título: Gestión y autorregulación emocional

Objetivo:

- Conocer e identificar las emociones básicas.
- Gestionar las emociones.

- Expresar sentimientos positivos.

Contenido:

Como cada inicio se hace un breve resumen de la sesión anterior y se debaten las tareas para casa. En este caso, la persona que desee compartir con el grupo su estilo educativo lo hará y dirá cuál es su objetivo, y que aspectos de su estilo cree que debería modificar y cómo lo va a hacer. En esta situación estarán las psicólogas atentas a cada respuesta para orientar, reconducir e intervenir siempre que lo crean oportuno como profesionales. Una de las psicólogas les pedirá que cojan un papel y piensen una situación reciente que hayan vivido con su hijo/a, y la escriban en el papel, seguidamente visualicen la situación y escriban los sentimientos y emociones que le despierta esa situación. Una vez hayan realizado la actividad, la otra psicóloga empezará a explicar con ayuda de la presentación powerpoint, cuáles son las emociones básicas, cuál es su valor adaptativo y la diferencia entre emoción y sentimiento, también la importancia que tiene para la salud psíquica el manejo de éstas. Una vez finalizada la explicación se dividirán en grupos de 4 personas aproximadamente y explicarán la situación que previamente habían escrito, entre todos ayudarán a la persona a manejar la emoción en ese momento concreto. Una vez se haya hecho en pequeños grupos, se comentará de forma global uno de los casos por grupo, creando debate entre todos los miembros del grupo. Las psicólogas intervendrán con el objetivo de reconducir y clarificar los conceptos expuestos. Al finalizar el debate se pondrán en un círculo, las psicólogas repartirán unas cartulinas de diferentes colores y elegirán una de ellas al azar, le darán la vuelta y observarán la emoción que les ha tocado. En ese momento deben recordar una situación vivida con su hijo/a donde esa emoción haya sido la protagonista. De forma voluntaria irán saliendo al centro del círculo y tendrán que responder a una serie de preguntas. En principio debe contar la situación, después qué es lo que pensó en ese momento, qué sintió y, por último, qué estrategia utilizó para gestionar esa emoción. Finalmente, entre todos, cuestionarán y debatirán sobre las estrategias de manejo de emociones y cómo podrían resolverlo a partir de ese momento. Se presentan las tareas para casa, primero se les dará un autorregistro donde aparecen una serie de anotaciones que deben cumplimentar acerca de la actividad (Anexo 8). La actividad consiste en reforzar las conductas saludables que realizan sus hijos/as con verbalizaciones de cómo se ha sentido ejerciendo como padre y qué sentimientos o emociones le generan esas situaciones, siempre que estas emociones sean positivas y beneficien en el proceso a su hijo/a. Por otro lado, deberán escribir una carta a sus hijos donde plasmen como ha sido la situación en casa desde que está presente la enfermedad, los pensamientos y sentimientos que le provocan esta situación. Si la psicóloga considera que la carta puede ser terapéutica, ya que, resalta los aspectos positivos y refleja el sentimiento de fortaleza y ánimo, el familiar podrá leer la carta

a su hija/o, si por el contrario la psicóloga cree que puede resultar contraproducente no será pertinente leerla. Todos los pasos que seguir se explican con detenimiento antes de finalizar la sesión.

Duración: 1h 30min

Material: Bolígrafo, papel, presentación powerpoint, autorregistro, lista de asistencia, cartulinas.

Sesión 5

Título: Habilidades sociales y de comunicación

Objetivo:

- Conocer e identificar los estilos de comunicación.
- Adquirir estrategias sociales y comunicativas.

Contenido:

Comenzamos la sesión repasando los contenidos anteriores y comentando cómo han ido las tareas para casa, se recogen los autorregistros. A continuación, se presenta la información seleccionada acerca de las habilidades sociales y de comunicación en formato powerpoint. Se explican qué son las habilidades sociales, para que sirven y se exponen estrategias que se pueden emplear para manejar críticas (como son las técnicas del disco rayado, el banco de niebla, el “no” asertivo, etc) con el objetivo de mejorar la comunicación y conocer las estrategias en el manejo de solución de problemas. Después se presentará qué es la comunicación, cuáles son sus elementos, la diferencia entre la comunicación verbal y no verbal y por último los diferentes estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo). Durante la explicación se pondrán diferentes ejemplos para conseguir una mayor clarificación de los conceptos. Para explicar la comunicación no verbal se requerirá de un voluntario, las psicólogas le dirán que intente no comunicar nada. Entonces el familiar se pone delante de los otros familiares y lo intenta, y aquí es cuando la psicóloga pregunta a los familiares ¿qué está intentando decirnos esta persona? Entonces explicará que es imposible no comunicar y que no es necesario expresar con palabras o de forma escrita lo que pensamos o sentimos porque, el cuerpo también comunica aun intentando no comunicar nada. Para poner en práctica los estilos de comunicación que suelen emplear y que los identifiquen, se hace un Rol-Playing (Anexo 9), en éste aparecen una serie de situaciones que se representarán en círculo, se identificará el estilo de comunicación y cuál sería el más adecuado en el caso que no lo fuera. Las tareas para casa consistirán en reflexionar por escrito sobre el estilo de

comunicación que más utilizan con sus hijos/as y de qué manera pueden mejorarlo si no es el más adaptativo.

Duración: 1h 30min

Material: Listado de asistencia, presentación powerpoint y hoja de situaciones, bolígrafos, papel, pizarra y tiza o rotulador.

Sesión 6

Título: Resolución de conflictos

Objetivo:

- Aprender la técnica de resolución de conflictos
- Aplicar estrategias de resolución de conflictos a sus situaciones particulares

Contenido:

Al inicio de esta sesión se registra la asistencia y de forma voluntaria un familiar contará las conclusiones de la reflexión acerca de los estilos de comunicación empleados con su familia. Se introduce la palabra "conflicto", los familiares harán un brainstorming y la psicóloga apuntará en la pizarra la lluvia de ideas acerca de esa palabra. A continuación, se presentará la información acerca de la definición de conflicto, los tipos de conflictos y sus componentes. Por otra parte, se explicará en que consiste el método de resolución de conflictos (negociación, conciliación y mediación) y las estrategias para su resolución. Seguidamente, se dividirán en subgrupos de 4 personas, entre ellos deberán realizar un cuento con final feliz. Éste debe incluir un planteamiento donde se presente la situación y los personajes que intervienen, un nudo donde se desarrolle el conflicto, este (debe incluir, pensamientos, emociones, sentimientos, etc) y un desenlace donde se busca la mejor solución posible para resolver el conflicto, poniendo en práctica los métodos expuestos. El cuento se deberá realizar de forma individual y en finalizar se pondrá en común con el resto del grupo. El conflicto deberá estar basado en un conflicto real. Como tarea para casa deberá anotar en un papel una situación conflictiva que se haya dado en el contexto familiar, que ha sentido, que ha pensado y cómo lo ha solucionado. Además, deberán preguntar a su hijo que actividades en familia le gustaría o le gustaba hacer (mínimo traer 2).

Duración: 1h 30min

Material: Registro de asistencia, presentación powerpoint, lápiz o bolígrafo, papel, pizarra, borrador, tiza o rotulador.

Sesión 7

Título: Actividades placenteras

Objetivo:

- Aumentar la autoestima del familiar.
- Fomentar el apoyo familiar.
- Mejorar la relación con la paciente.
- Reforzar las sensaciones placenteras

Contenido:

En esta sesión se comentan las situaciones conflictivas que han surgido en casa y cómo las han manejado. A continuación, se les pide que saquen la lista donde aparecen las actividades placenteras que les han comentado sus hijos. La psicóloga utilizará la presentación para hablar sobre la importancia de la mantener una buena calidad de vida que favorezca a la salud física y mental de la familia al completo. Se les proporcionará información acerca del concepto de calidad de vida y se le pedirá a cada miembro que exponga su opinión acerca de este concepto. Seguidamente se explicarán las demandas que requieren los TCA, ya que, la mayoría de los miembros ejercen el papel de cuidador del paciente con el trastorno y se sienten sobrepasados. A continuación, se relacionarán los dos conceptos planteados (calidad de vida y demandas), con la finalidad de abordar ambos conceptos desde una perspectiva integradora, donde se pueda mantener una calidad de vida a pesar de las demandas como cuidador. Al finalizar la explicación se hará un brainstorming de ideas acerca de los factores que impiden o favorecen a mantener una buena calidad de vida, siempre relacionadas con el trastorno (pedir ayuda a otro miembro de la familia, actividades sociales, calidad de las relaciones, conflictos). Se debatirán las ideas y se plantearán soluciones o estrategias para mejorar la calidad de vida y la calidad de los cuidados demandados.

A continuación, se presentan diferentes dinámicas para aumentar la autoestima y el bienestar mediante el compromiso de las familias a realizar actividades placenteras. En primer lugar, se les pide que rellenen y firmen unas cartulinas donde debe aparecer el nombre de la persona, a qué actividad se compromete y cuando la va a realizar. Las actividades serán elegidas de las tareas para casa, ya que, son actividades que la familia ya ha vivido y recuerda como placenteras o que les gustaría realizar. A continuación, se comentarán las actividades en grupo y se les entregará una ficha con preguntas globales para que reflexionen y valoren los aspectos positivos y negativos de la actividad llevada a cabo, como tarea para casa. También se les plantea la organización de otra actividad para la sesión exponerla en la siguiente sesión.

Duración: 1h 30min

Material: Registro de asistencia, presentación powerpoint, lápiz/ bolígrafo, papel, pizarra, borrador, tiza o rotulador, cartulinas y ficha de conclusiones.

Sesión 8

Título: Despedida

- *Objetivo:* Evaluar la satisfacción del programa.
- Reforzar el progreso seguido hasta ese momento.
- Evaluar la eficacia del programa.

Contenido:

Se empezará registrando la asistencia, a continuación, cada familiar comentará las conclusiones que ha plasmado en la ficha que tenían para casa. Comentarán como fue la experiencia (que sintieron, como fue la reacción de su hija/o, etc.), si la repetirían y cuáles son las actividades próximas que se comprometen a realizar. Una vez finalizada la exposición de cada miembro se procederá al cierre del programa y se abrirá un debate acerca de los beneficios que les ha aportado la intervención, los aspectos que se podrían mejorar, experiencias y evolución de las familias, también los conocimientos puestos en práctica en la relación paterno-filial y sus beneficios. El debate concluirá con la entrega de las pruebas psicométricas de IPQ- Brief, FQ, EDSIS, STAI y BDI con el objetivo de comprobar si la intervención ha producido cambios significativos en el estado psicológico previo de las familias. También se aprovechará para entregar la encuesta de satisfacción.

Duración: 1h 30min

Material: Registro de asistencia, lápiz/ bolígrafo, papel y las pruebas psicométricas: cuestionario de satisfacción, STAI, BDI, FQ y IPQ-Brief, y mesas y sillas individuales.

CONCLUSIONES

Este programa se ha diseñado con el fin de facilitar información y el conocimiento necesario acerca del trastorno, proporcionar las habilidades y estrategias de afrontamiento necesarias para gestionar las emociones, resolver conflictos y mejorar la comunicación entre los miembros de la familia. Además de disminuir los efectos negativos que supone el cuidado y acompañamiento de los pacientes durante el período de enfermedad.

Tal y como señala la literatura (Treasure y Palazzo, 2016), se ha de considerar a la familia como parte activa en el tratamiento de la enfermedad, es decir, como solución y no, como desencadenantes del desarrollo de la misma. Por tanto, se considera de gran

importancia adoptar enfoques que no se centren exclusivamente en la enfermedad y en la familia como causa o agente mantenedor del síntoma, sino como agentes activos del cambio a los que dotar de las habilidades, conocimiento y estrategias de afrontamiento necesarias sobre los TCA.

Tras este programa se espera que los familiares adquieran las estrategias y habilidades necesarias para acompañar al paciente con TCA durante su proceso de enfermedad, mejoren las relaciones interpersonales y el bienestar psicológico. Dado que los padres se sienten parte del tratamiento de su hijo/a y se ven motivados a adquirir un papel activo en la implicación del cuidado, acompañamiento de la persona que padece el trastorno y mejora de las relaciones interpersonales gracias a los contenidos impartidos y puestos en práctica durante la intervención.

Para comprobar la eficacia del programa se compararán las puntuaciones de los cuestionarios administrados inicialmente (previos a la intervención) con los resultados obtenidos en las mismas una vez finalizado el programa. Los resultados idóneos para garantizar la eficacia del programa deberían ser los siguientes: se observaría una reducción en los síntomas depresivos, una disminución en las escalas de ansiedad, mejora en el clima familiar y en las relaciones familiares, un mejor manejo de situaciones conflictivas, y una mejora en la comunicación. Para confirmar si los cambios efectuados se mantienen en el tiempo, este programa plantea realizar una evaluación de seguimiento a los 3 y otra a los 6 meses, aplicando los mismos instrumentos empleados durante el programa, con el objetivo de comprobar la evolución de las familias.

Para finalizar, en programas posteriores sería interesante contar con la participación de los pacientes en alguna de las sesiones. Con el fin de resolver y poner en práctica bajo supervisión psicológica la resolución de conflictos, manejo de habilidades sociales y de comunicación, etc. Además de esta forma también cabría la posibilidad de evaluar el progreso y el efecto del programa en los pacientes con esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaro, F. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, United States: American Pschiatric Publishing.
- Arrufat, F.J. (2006). *Estudio de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente de la comarca de Osona*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Carral-Fernández, L., Sepúlveda, A., Gómez, A., Graell, M., y Treasure, J. (2013). The Spanish validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) among caregivers. *Psychiatry research*, 209(3), 626-631.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (2), 90-101
- Broadbenta, E., Petriea, J. P., Maina, J. y Weinman, J. (2006). Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-Brief. *Journal of Psychosomatic Research*. 60, 631 – 637
- Del Pozo, P. (2015). *Psicoeducación a familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria* (Trabajo Fin de Grado). Recuperado de: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001091.pdf
- Fernández, M. L. y Solé, J. (2003). Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 67-78.

Galsworthy-Francis, L. y Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *Revista de Toxicomanías*, 76, 25-39.

Guerrero, D. y Barjau, J.M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla A, (Ed.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (pp 15-19). Barcelona: Masson.

Guillén, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas* (Tesis Doctoral). Recuperado de <file:///C:/Users/asus/Downloads/23578828.pdf>

Gutiérrez, E., Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D. y Medina-Pradas, C. (2014). Programa de psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22 (1), 133-149.

Jáuregui, I. (2005). Autoayuda y Participación de la Familia en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 158-198.

Lozano, Z. M. (2012). La Familia y las Redes Sociales en los Trastornos Alimenticios en Adolescentes de la época Contemporánea. *In Crescendo*, 3, 299-311.

Mateos-Agut, M., García-Alonso, I., De la Gándara-Martín, J.J., Vegas-Miguel, M.I., Sebastián-Vega, C., Sanz-Cid, B., Martínez-Villares, A. y Martín-Martínez, E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 267-80.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona, España:

- Muñoz, M. T. (2011). Trastornos del comportamiento alimentario. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos. *Pediatría*, 1, 255-267.
- Pla, V., Moreno, E., Fuentes-Durá, I. y Dasí, C. (2013). Evaluación de un Programa psicoterapéutico para cuidadores de pacientes con TCA: Estudio piloto. *Informació Psicològica*, 106, 28-40.
- Portela, M. L., da Costa, H., Mora, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión: Revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
- Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J.M., López, X., Álvarez, G., y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica* 9, 447-455.
- Sánchez, M. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un complejo Fenómeno Biopsicosocial. En Universidad Nacional Autónoma de México. *III Jornadas Sociojurídicas Trastornos de la conducta alimentaria "Comer o no comer"* (pp. 23-38). Coyocán, México: Cuadernos de Trabajo.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sepúlveda, A.R., Whitney, J., Hankins, M. y Treasure J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health Qualitive Life Outcomes*, 6, 28
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F. y Graell, G. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26 (3), 321-327

Spielberger C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Torío, S., Peña, J. V. y Rodríguez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación*, 20, 151-178.

Treasure, J., Smith, G., y Crane, A. (2007). *Los trastornos de la alimentación: Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.

Treasure, J., y Palazzo, B. (2016). Interventions for the carers of patients with eating disorders. *Current psychiatry reports*, 18(2), 1-7.

Troncoso, C. (2009). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes. Importancia del Tratamiento Nutricional. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 9, 946-955

Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 65-279

ANEXOS

Anexo 1

Datos sociodemográficos

Información de la familia:

Sexo: M H

Edad: _____

Estado civil: _____

Ciudad: _____

Provincia: _____

Estudios (Señala con una cruz)

Primaria Secundaria Bachillerato Formación Profesional Carrera

Profesión actual: _____

Si no está trabajando actualmente:

¿Cuál es la razón? _____

¿Dejaste de trabajar a raíz de la enfermedad de su familiar? _____

¿Actualmente tienes algún problema de salud o psicológica? Si es así, ¿ésta le impide ayudar de forma completa a tu familiar?

¿Cómo definirías tu estado de salud? Explica porqué.

¿Recibes ayuda de alguien con respecto al cuidado de tu familiar? Si es así especifica de quién se trata y de qué forma te ayuda.

¿Cómo es el clima familiar en estos momentos?

Información sobre el paciente:

Enfermedad diagnosticada del paciente:

Edad: _____

Sexo: M F

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolutamente nada										ayuda muchísimo

¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolutamente ningún síntoma										muchos síntomas graves

¿En qué medida está Ud. preocupado por su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolutamente nada de preocupado										extremadamente preocupado

¿En qué medida siente Ud. que entiende su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no la entiendo nada										la entiendo muy claramente

¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿Lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nada										Extremadamente
afectado emocionalmente										afectado emocionalmente

Por favor, haga una lista con los tres factores más importantes que Ud. cree que causaron su enfermedad, enumérelos en orden de importancia. Las tres causas que yo considero más importantes son:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo 3

FQ: Cuestionario Familiar

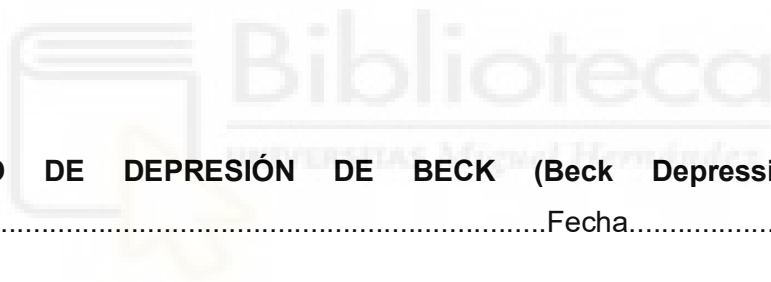
Este cuestionario muestra diferentes formas en que las familias intentan hacer frente cada día a los problemas. Por favor, indique para cada pregunta, con qué frecuencia actualmente ha reaccionado ante su hijo/a enfermo/a de esta manera. Por favor, conteste a las preguntas siguientes con mayor sinceridad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

	Nunca/ Muy raramente	Raramente	A menudo	Frecuentemente
Tiendo a descuidarme a mí mismo/a por él/ella				
Tengo que pedir continuamente que haga las cosas				
Pienso continuamente qué va a ser de él/ella				
Él/ella me molesta				
Sigo pensando en las razones por las que enfermó				
Tengo que intentar no criticarle/la				

No puedo dormir a causa de él/ella				
Es difícil para nosotros estar en esta situación				
Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo/a				
No aprecia lo que hago por él/ella				
Percibo mis propias necesidades como menos importantes				
En ocasiones él/ella me pone nervioso/a				
Estoy muy preocupado por él/ella				
Él/ella hace algunas cosas con rencor				
Pensé que yo podría llegar a enfermar				
Cuando él/ella quiere constantemente algo de mí, me molesta				
Es una persona				

importante en mi vida				
Tengo que insistir que él/ella se comporte de forma diferente				
He renunciado a cosas importante con la finalidad de poder ayudarle/la				
Estoy a menudo enfadado con él/ella				

Anexo 4



CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.

- a. No me siento triste.
- b. Me siento triste.
- c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
- d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2.

- a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
- b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c. Siento que no tengo nada que esperar.
- d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

- a. No creo que sea un fracaso.
- b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.

- a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
- b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
- c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
- d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- a. No me siento especialmente culpable.
- b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
- c. Me siento culpable casi siempre.
- d. Me siento culpable siempre.

6.

- a. No creo que esté siendo castigado.
- b. Creo que puedo ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Creo que estoy siendo castigado.

7.

- a. No me siento decepcionado de mi mismo.
- b. Me he decepcionado a mi mismo.
- c. Estoy disgustado conmigo mismo.
- d. Me odio.

8.

- a. No creo ser peor que los demás.
- b. Me critico por mis debilidades o errores.
- c. Me culpo siempre por mis errores.
- d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

- a. No pienso en matarme.
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
- c. Me gustaría matarme.
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

- a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
- c. Ahora lloro todo el tiempo.
- d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.

11.

- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre
- c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

- a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
- d. He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

- a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d. Creo que me veo feo.

15.

- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d. No puedo trabajar en absoluto.

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.

d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

a. No me canso más que de costumbre.

b. Me canso más fácilmente que de costumbre.

c. Me canso sin hacer nada.

d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

a. Mi apetito no es peor que de costumbre.

b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.

c. Mi apetito está mucho peor ahora.

d. Ya no tengo apetito.

19.

a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.

b. He rebajado más de dos kilos y medio.

c. He rebajado más de cinco kilos.

d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.

b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

c. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.

d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.

b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.

c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias, por su colaboración.

Anexo 5

Cuestionario de satisfacción

Completa el siguiente cuestionario contestando de 0 al 10 el grado de acuerdo que muestres hacia la afirmación planteada. Muchas gracias.

1. Considero que he aprendido las características de los TAC.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Siento que los ejercicios de estilo educativo me han servido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Considero que se expresa, identificar y autorregular las emociones.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Soy capaz de hacer críticas utilizando las técnicas asertivas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Me siento capaz de resolver un conflicto empleando las estrategias adquiridas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. He sido capaz de realizar actividades placenteras para mí.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. En general cómo de satisfecho me siento con el programa.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Cuánto crees que te ha servido el programa para mejorar tu relación familiar.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Sugerencias de mejora:

Anexo 6

Fábula del Aguilucho

Érase una vez un granjero que, mientras caminaba por el bosque, encontró un aguilucho malherido. Se lo llevó a su casa, lo curó y lo puso en su corral, donde pronto aprendió a comer la misma comida que los pollos y a comportarse como estos. Un día, un naturalista que pasaba

por allí le preguntó al granjero: ¿Por qué este águila, el rey de todas las aves y pájaros, permanece encerrado en el corral con los pollos?

-Me lo encontré malherido en el bosque, y, como le he dado la misma comida que a los pollos y le he enseñado a ser como un pollo, no ha aprendido a volar. Se comporta como los pollos y, por tanto, ya no es un águila –contestó el granjero–.

-El tuyo -dijo el naturalista me parece un bello gesto, haberle recogido, curado y cuidado. Además, le has dado la oportunidad de sobrevivir y le has proporcionado la compañía y el calor de los pollos de tu corral. Sin embargo, tiene corazón de águila y, con seguridad, se le puede enseñar a volar. ¿Qué te parece si le ponemos en situación de hacerlo?

-No entiendo lo que me dices. Si hubiera querido volar, lo hubiese hecho. Yo no se lo he impedido. -Es verdad, tú no se lo has impedido –replicó el amante de la naturaleza

– y, como bien decías antes, le enseñaste a comportarse como los pollos, por eso no vuela. ¿Y si le enseñáramos a volar como las águilas?

- ¿Por qué insistes tanto? Mira, –cuestionó el hombre de la granja– se comporta como los pollos y ya no es un águila, qué le vamos a hacer. Hay cosas que no se pueden cambiar.

-Es verdad que en estos últimos meses se está comportando como los pollos. Pero tengo la impresión de que te fijas demasiado en sus dificultades para volar. ¿Qué te parece si nos fijamos ahora en su corazón de águila y en sus posibilidades de volar?

-Tengo mis dudas –contestó el granjero pensativo

– porque ¿qué es lo que cambia si en lugar de pensar en las dificultades piensas en las posibilidades?

-Es una buena pregunta –reflexionó el naturalista–. Si pensamos en las dificultades, es más probable que nos conformemos con su comportamiento actual. Pero ¿no crees que, si pensamos en las posibilidades de volar, esto nos invita a darle oportunidades y a probar si esas posibilidades se hacen realidad?

-Es posible –admitió el granjero.

- ¿Qué te parece si probamos?

-Probemos.

Preguntas (contestar por detrás):

1. ¿Qué estilos educativos os parecen que ponen en marcha el granjero y el naturalista?
2. ¿Qué actitudes, habilidades y comportamientos creéis que configuran el estilo educativo del granjero y del naturalista?
3. ¿Qué estilo creéis que es más adecuado? Justificarlo.
4. ¿Qué conclusiones sacáis respecto al texto?

Anexo 7

Preguntas para casa: Estilos educativos

Nombre del paciente: _____

A continuación, se presenta una serie de preguntas que debes contestar y entregar en la próxima sesión. El tema principal de las preguntas está relacionado con el contenido impartido en la sesión. Recuerda contestar a todas las preguntas y no te preocupes ya que no hay respuestas buenas ni malas.

1. Recuerda cómo te educaron tus padres, ¿con qué estilo educativo crees que lo hicieron?
2. ¿Qué aspectos positivos y negativos recuerdas sobre ese estilo?

3. ¿Cómo padre/madre/tutor que estilo empleas con tu/s hijos/as? ¿Cree que es el adecuado (nombra aspectos positivos y negativos)?

4. ¿Qué cosas te gustaría cambiar? ¿Cómo lo vas a hacer?

Anexo 8

Autorregistro

Día y Hora	Situación	¿Qué has sentido?	¿Qué has pensado?	¿Qué le has dicho?

Anexo 9

Escenas de estilos comunicativos para Representar: Rolle-Playing

Escena 1

A: ¿Es eso que veo otra abolladura en el coche?

B: ¡Mira, acabo de llegar a casa, he tenido un día horrible y no quiero volver a hablar más del asunto por hoy!

A: ¡A mí me importa hablar de ello y vamos a hacerlo ahora mismo!

B: ¡Ten un poco de consideración!

A: ¡Vamos a decidir ahora quién va a pagar los gastos del arreglo, cuándo y dónde!

B: ¡Ya me encargaré yo, pero ahora déjame solo, por amor del cielo! La conducta de

La conducta A es: _____

Escena 2

A: Dejaste que me las arreglara solo en la fiesta... Me sentí completamente abandonado.

B: Fuiste el último mono de la fiesta.

A: No conocía a nadie; lo menos que podrías haber hecho es presentarme a tus amigos.

B: Oye, eres mayorcito y puedes cuidarte solo. Estoy cansado de que siempre tengan que cuidar de ti.

A: Y yo estoy cansado de tu falta de consideración.

B: Está bien, la próxima vez me pegaré a ti como si fuera cola.

La conducta A es: _____

Escena 3

A: ¿Podrías ayudarme con este fichero?

B: Estoy muy ocupado con este informe. Dímelo más tarde.

A: Bueno, realmente siento molestarte pero es importante.

B: Mira, tengo que acabarlo para las cuatro en punto.

C: Ya. Entiendo; ya sé que molesta mucho que te interrumpan.

La conducta A es: _____

Escena 4

A: Esta mañana he recibido una carta de mamá. Quiere venir a pasar dos semanas con nosotros. Realmente me gustaría verla.

B: ¡Oh, no, tu madre no! Y justo pisándole los talones a tu hermana. ¿Cuándo vamos a tener un poco de tiempo para nosotros?

A: Bueno, yo quiero que venga pero entiendo que ya tengas ganas de estar sin familia política bajo tus faldas. A mí me gustaría tenerla un mes conmigo en lugar de dos semanas, pero creo que invitarla a que pase una semana será suficiente. ¿Qué dices a eso?

B: Que me das un gran alivio.

La conducta A es: _____

Escena 5

A: ¡Vaya, hoy tienes un aspecto formidable!

B: ¿De quién te estás burlando? Tengo el pelo horrible y el vestido parece que me lo hayan dado.

A: Tómalo como quieras.

B: Y me siento tan horrible como lo es mi aspecto.

A: Bien, ya tengo que marcharme

La conducta A es: _____

Escena 6 (En el transcurso de una fiesta, A está contando a sus amigos lo mucho que disfruta de que su novio la lleve a buenos restaurantes y al teatro. Sus amigos la critican de estar poco liberada.)

A: No es así. Yo no gano tanto en mi puesto de secretaria como él de abogado. Yo no podría hacer que asistiéramos a los lugares tan bonitos a los que vamos, ni siquiera pagar mi parte en todos. Dada la realidad económica, algunas tradiciones realmente tienen razón de ser.

La conducta A es: _____