



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**APLICACIÓN MÓVIL FC-RED
PROPUESTA DIGITAL PARA CUIDADORES
DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE
ALIMENTACIÓN**

Presentado por: D^a MÓNICA GÓMEZ-LECHÓN VERDIA

Tutor/a: D^a MARIA DEL CARMEN MORET TATAY

Valencia, a 22 de Mayo de 2020

A mis padres y hermana que han estado apoyándome en cada etapa de mi vida con mucha
paciencia y amor.

A mi amiga, mi confidente, quien con su ayuda ha sido posible la creación de la App.

A la Universidad Católica de Valencia por ofrecerme la mejor formación.

A mi tutora Carmen Moret, por su dedicación y esfuerzo.

ÍNDICE

1. Marco teórico	7
1.1 Introducción	7
1.2 ¿Somos lo que comemos?	7
1.3 Diagnóstico, etiología y comorbilidad	8
1.4 Historia	10
1.5 Cuidadores	10
1.5.1 Influencia de los cuidadores	11
1.5.1.1 Modelos de padres y Apego	11
1.5.1.2 Comunicación y conflictos parentales	11
1.5.1.3 Inclusión de cuidadores en los tratamientos	12
1.5.2 Vida del cuidador	14
1.5.2.1 Fases de adaptación del cuidador	14
1.5.2.2 Malestar del cuidador	14
1.5.2.3 Calidad de vida del cuidador	14
1.5.2.4 Importancia de compartir experiencias con otros cuidadores	16
1.6 Justificación: Visión de futuro	16
2. Descripción del Programa	17
2.1 Ámbito de aplicación	17
2.2 Objetivos del programa	18
2.3 Principales usuarios	19
2.4 Fases en la elaboración del programa/Proyecto	20
2.5 Descripción del programa	25
2.5.1 Apartado 1: psicoeducación	25

2.5.2 Apartado 2: estrategias prácticas	27
2.5.3 Apartado 3: comunidad	29
2.6 Calendario de actividades	30
2.7 Delimitación de recursos	30
2.8 Análisis de viabilidad	31
2.9 Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final	36
3. Conclusión	39
4. Bibliografía	42
5. Anexos	52
5.A Estructura App.....	52
5.B Aplicación	53
5.C Cuestionarios empleados en el Chatbot	61

Resumen

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) nace de la necesidad de empoderar a los cuidadores de pacientes diagnosticados de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) con herramientas que faciliten el proceso de recuperación y protección de los pacientes.

Para lograr este objetivo, se pretende aprovechar las ventajas del medio digital. Tras un estudio de mercado de las soluciones existentes, se concluyó la existencia un hueco de oportunidad para una aplicación móvil (APP). Con el fin de validar la necesidad y la utilidad de la solución, se ha procedido al desarrollo de un prototipo funcional. La herramienta se ha organizado en tres módulos en función del contenido: psicoeducación, estrategias prácticas y grupo de autoayuda.

Se presenta un proyecto con el que se pretende abordar el malestar psicológico y emocional que puede desencadenar esta situación para dichos cuidadores por medio de la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad y ciertas habilidades para afrontar distintos ámbitos del procedimiento. Asimismo, recibirán apoyo psicológico de profesionales y sesiones de motivación con la participación de otros cuidadores.

La meta final consiste en incrementar la calidad de vida de los cuidadores y, por consiguiente, de los pacientes, para así favorecer su tratamiento. Se pretende, de esta manera, reducir los tiempos de recuperación y aumentar efectividad del tratamiento del TCA.

Palabras clave:

Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA), cuidadores, aplicación móvil, necesidades, estrategias prácticas.

Abstract

The current Final Degree Project (FDP) arises from the need to empower caregivers of patients diagnosed with an Eating Disorder (ED) with certain tools facilitating the treatment process and the protection of these patients.

To achieve this goal, we expect to leverage the advantages of digital environments. Having assessed the market for existing and competing solutions, we concluded the existence of a market gap, translating into an opportunity for a mobile application (or APP). With the goal of validating the need and the proposed solution, a functional prototype has been developed. The tool has been organized around three modules based on the content: psychoeducation, practical strategies and self-help groups.

This project aims to tackle the psychological and emotional discomfort that can be caused by the situation these caregivers face. In this way, this is carried out by compiling information about the disease, as well as showing the required skills to cope with certain scopes of the procedures regarding the treatment of the disease. Likewise, caregivers will receive psychological support coming from professionals and motivation through profession colleagues' real-life experiences.

The ultimate goal to be achieved by this project is to improve the caregivers' life quality and, therefore, to transfer the same impact onto that of their patients. This would ultimately reduce the disorder's recovery time and increase the effectiveness of the TCA treatment.

Keywords:

Eating disorders (ED), caregivers, mobile app, needs, practical strategies.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han supuesto un fuerte impacto en nuestra sociedad. Las ramas sanitarias como la psicología o la psiquiatría continúan creciendo y aportando conocimientos sobre esta área. Sin embargo, siguen presentes las malas praxis que limitan e incapacitan el tratamiento (Cipriano et al., 2010). Estas patologías requieren de un tratamiento multidisciplinar debido a su complejidad. Una de las herramientas más efectivas para abordar los TCA es la educación (Nicholls y Yi, 2012).

La sintomatología puede afectar a la dinámica familiar y así los pacientes con un TCA requerir el apoyo emocional de sus familiares (Sariñana et al., 2015), convirtiendo a la unidad familiar en un pilar para el mantenimiento de del TCA (Treasure et al., 2008). Por esto, aumentar el conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad a través del desarrollo de programas dirigidos a estos, resulta ventajoso para los propios pacientes (Gutiérrez et al., 2014). La revisión de estudios sobre la terapia familiar ha demostrado la importancia de la creación de estos programas informales con el objetivo de disminuir la percepción del estrés de los cuidadores e incidir en la mejora del paciente (Sepúlveda et al., 2010).

1.2 ¿Somos lo que comemos?

La alimentación es el proceso voluntario por el que se obtiene energía a través de la ingesta de una serie de sustancias químicas llamadas nutrientes, siendo esta una necesidad fundamental para mantener la vida. Este proceso está condicionado por los factores socioeconómicos, psicológicos y geográficos de cada individuo. (Cervera, Clapés y Rigolfas, 2001). Según Matveikova (2011), la ciencia médica describiría dos cerebros en los seres humanos: el primero es conocido como el Sistema Nervioso Central (SNC) y el segundo como el Sistema Nervioso Entérico (SNE). Teniendo en cuenta esta hipótesis, el autor no sólo describió que el porcentaje de la serotonina se almacena en el intestino, sino que, además, en nuestras tripas existen multitud de neurotransmisores. En este sentido, debemos de considerar un proceso de comunicación entre el cerebro superior y el inferior.

Desde una perspectiva psicológica, las conductas mal empleadas en la alimentación dan origen a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). (Cejas Sosa, 2019). Debemos

darle la importancia necesaria a lo que comemos y a las conductas de alimentación (Matveikova, 2011).

1.3 Diagnóstico, etiología y comorbilidad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA) incluye en uno de sus capítulos el apartado de *Los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos* (APA, 2014). La organización Mundial de la Salud (OMS) ha posicionado a los TCA entre las enfermedades de prioridad o de riesgo para la salud mental y física (Treasure y López, 2011). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10- MC), incluye en la Anorexia Nerviosa (AN) y en la Bulimia Nerviosa (BN) las patologías atípicas de cada uno de estos trastornos. Por otro lado, se especifica la remisión parcial y remisión total de los mismos, así como la gravedad actual (si es leve, moderada, grave o extrema) en función del Índice de Masa Corporal (IMC) (World Health Organization., 2000).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por la existencia de creencias, pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales en relación a la alimentación y al peso (Marcos y Cantero, 2010). Son patologías que inhabilitan física y psicológicamente a los individuos que las padecen (Fairburn y Harrison, 2003; Striegel-Moore y Bulik, 2007).

La teoría transdiagnóstica hace referencia a la similitud que tienen los Trastornos Alimentarios entre sí y a la facilidad con la que pueden derivarse a otro Trastorno Alimentario. Según Perpiñá (2015), la mitad de pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) desarrolla Bulimia Nerviosa (BN), un tercio de pacientes con BN proviene de AN y un tercio de pacientes con BN ha tenido obesidad o sobrepeso con anterioridad.

En lo que concierne a la etiología, los TCA son patologías complejas debido a: la prevalencia, la tendencia a la cronificación, el peligro de la salud y el tratamiento interdisciplinario (Muñoz, 2011). Son una fuente relevante de morbilidad psicosocial y física en adolescentes y mujeres jóvenes (Fairburn y Harrison, 2003). Esta enfermedad representa la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes (Treasure y López, 2011).

Según Portela de Santana (2012), la etiología de los TCA es multifactorial. En estas patologías encontramos causas genéticas, familiares, psicológicas y socioculturales. Según

Fairburn y Harrison (2003) son trastornos que tienen muchas causas y factores ambientales de riesgo. Las exigencias socioculturales junto con las relaciones familiares provocan una lucha constante por el control de la comida y el peso (Palazzoli, 1985).

En los últimos años, la alarma que resuena con fuerza en nuestra sociedad se centra en el incremento de la incidencia y prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en edades más tempranas (Sariñana et al., 2015). Desde los años noventa se ha registrado un incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Las prevalencias estudiadas por numerosos autores han determinado que entre el 1-4% de adolescentes mujeres sufren estos TCA, correspondiendo entre un 0,5-1% a la Anorexia Nerviosa (AN) y un 1-3% a la Bulimia Nerviosa (BN). Además, se ha demostrado empíricamente un importante crecimiento de las formas atípicas de los TCA, un incremento de las formas purgativas de AN y BN y un crecimiento de la prevalencia de TCA en varones. (Canalda, Villanueva y Rodríguez, 2003).

Como se ha comprobado en el punto anterior, los TCA afectan en una mayor medida a la sociedad adolescente. La adolescencia es el periodo que resulta de la transición entre la infancia y la edad adulta. (Coleman y Hendry, 2003). Se caracteriza por procesos como la diferenciación familiar, la exploración de las propias capacidades, la pertenencia a un grupo y la búsqueda del sentido de la vida. (Krauskopf, 2003). El periodo que comprende la adolescencia se encuentra entre los 12 y 18 años. Esta etapa brinda la oportunidad de participar activamente en la comunidad, sociedad, familia y escuela donde las opiniones sean reconocidas (Krauskopf, 2003). Los cambios sociales y políticos han afectado a las dimensiones del crecimiento (Coleman y Hendry, 2003), por lo cual, educar a estos en que sean conscientes de sus derechos es una tarea fundamental, ya que adquirirán autonomía y responsabilidad de sus actos.

En la adolescencia, padecer un TCA se ve influido muchas veces por la presión social, la autoimagen y los valores culturales (Ramos, de Eulate, Liberal y Latorre, 2003). Frecuentemente, la edad de inicio en la Anorexia Nerviosa (AN) se da entre los 13 y los 18 años de vida. La Bulimia Nerviosa (BN) suele comenzar en la adolescencia, la edad de inicio suele ser a los 18 años de vida. En cambio, la edad de inicio del Trastorno de Atracón (TA) se suele dar a los 30 años de vida (Perpiñá, 2015).

Finalmente, en relación a la comorbilidad, las investigaciones muestran la relación entre el comportamiento de la alimentación y los rasgos psicopatológicos (Steiger et al., 1996). Los TCA se encuentran estrechamente relacionados con Trastornos como el Obsesivo

Compulsivo (TOC) y/o el Trastorno de Ansiedad (TA) (APA, 2014). En la Anorexia se pueden encontrar rasgos de la personalidad tipo C como son el obsesivo, evitador y dependiente. Mientras que en la Bulimia es posible encontrar rasgos impulsivos y límite (Echeburúa, 2001).

1.4 Historia

Toro (1996), plantea que a lo largo de la historia son muchos los profesionales han resaltado la importancia de la inclusión de la familia en los tratamientos para la eliminación del TCA:

- Richard Morton (S.XVIII) curó a una de sus pacientes obligándola a viajar por un tiempo lejos de su familia.
- Por otro lado, Ernest Charles Lasegue (S.XIX) fue el primer médico en defender que el rechazo hacia los alimentos era producto de los conflictos que podían existir en la dinámica familiar. En 1873 realiza un artículo titulado “La anorexia histérica”.
- Charcot fue el introductor de la parentectomía, la cual se entiende como el aislamiento de la paciente con respecto a la familia.
- Lasegue y Gull sugerían en la intervención familiar el distanciamiento del paciente respecto a la familia.

1.5 Usuarios: Cuidadores

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), *cuidador/a* es aquella persona que cuida a otra, es servicial y cuidadosa. Dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de la persona que lo necesita. Así pues, es la persona que complementa a la que lo necesita por falta de autonomía, dependencia, malestar psicológico, entre otros (Ríos y Galán, 2012).

La dinámica familiar es el agente que más se ha estudiado (Ruíz et al., 2013). En ocasiones, la mala praxis de la alimentación familiar puede dar pie al desarrollo de un TCA. El tratamiento, que incluye a la familia, debe contar con la modificación de patrones conductuales y cognitivos. (Mejía et al., 2003). La terapia familiar es una de las herramientas más considerables para la recuperación de un TCA (Yager et al., 2014).

1.5.1 Influencia de los cuidadores

1.5.1.1 Modelos de padres y Apego

Una de las teorías más influyentes en la psicología es la teoría de John Bowlby (Garrido-Rojas, 2006). Bowlby (1986) señala que el apego es el comportamiento afectivo que desarrollan los humanos con otros para establecer vínculos, especialmente con sus cuidadores. Las personas con un Trastorno de la Conducta Alimentaria suelen tener problemas de apego desde la infancia. Los problemas interpersonales que presentan se puede deber al apego inseguro y ansioso (Yager et al., 2014).

Recientes investigaciones muestran relaciones disruptivas entre las madres e hijas con un TCA (García y De Simone, 2003). Se evaluó el apego inseguro que existía en 20 pacientes con Anorexia Nerviosa con sus madres y se encontró la transmisión de inseguridades hacia las normas de la sociedad provenientes de la madre hacia la hija (Ward et al., 2001). Así como otra investigación concluyó que pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) mostraban un apego menos seguro, más ansioso y evitativo con sus cuidadores que los grupos controles. También se detalló que las familias de los pacientes con un TCA eran menos expresivas y tenían una menor cohesión familiar (Latzer et al., 2002). A pesar de esto, también existen familias que tienden a ajustarse a los síntomas del TCA, aceptando algunos de ellos (Treasure y Todd, 2016).

Además, los TCA pueden desarrollarse por comportamientos regidos por la intensa actividad familiar, la sobreprotección, la evitación del conflicto y la rigidez (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Palazzoli, 1985). Las emociones expresadas en forma de sobreprotección, hostilidad y críticas resultan negativas e incitan al desarrollo de la enfermedad (Treasure y Todd, 2016).

Por todo lo anterior, se ve la importancia del apego en la infancia y los modelos de comportamiento familiar. Así pues, el apego seguro desarrolla un correcto funcionamiento de la psique y los apegos inseguros, caracterizados por la falta de afecto, pueden asentar las bases para el desarrollo de un posible trastorno psicológico (Bowlby, 1986).

1.5.1.2 Comunicación y conflictos parentales

Según Ringer y Crittenden (2007), las personas que atraviesan un TCA suelen caracterizarse por poseer baja autonomía y resolución de conflictos, tener problemas

familiares ocultos y, es posible que hayan experimentado una separación entre sus cuidadores/padres. La evitación de los conflictos es una de las causas que mantienen la somatización (González et al., 2002). Se ha visto que la insatisfacción corporal posee relación con la comunicación con el padre o madre. La implicación del adolescente en los problemas parentales por medio de lo que se conoce como triangulación es un posible factor para padecer un TCA (Cruzat et al., 2008).

En un estudio formado por 4 pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) y sus familias, se halló que todas guardaban similitudes como la falta de comunicación, expresión de emociones, seguridad y afecto. Aquellos pacientes describieron las relaciones con sus cuidadores como conflictivas (Dallos y Denford, 2008). Rhodes, Brown y Madden (2009) llevaron a cabo una investigación comparando dos tratamientos. Para ello, se eligieron 20 cuidadores aleatoriamente, 10 de los cuales recibieron el tratamiento convencional y 10 un tratamiento basado en la comunicación entre padres. Concluyó que el segundo tratamiento fue más eficaz debido a que estos cuidadores recibieron mayor apoyo y a causa de esto tuvieron una percepción de menor soledad.

1.5.1 3 Inclusión de cuidadores en los tratamientos

- Terapia Cognitivo-Conductual

Tras revisiones exhaustivas de la literatura se llega a la conclusión de que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se considera la intervención más eficaz para Anorexia como para Bulimia Nerviosa (BN) (Yager et al., 2014). Los primeros tratamientos TCC para los TCA concluían ser eficientes para la BN. Se concluyó que la BN está determinada por la percepción distorsionada del peso y la figura y el exceso de control (Garner et al., 1987). Schmidt et al. (2007) también apoya la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como tratamiento de elección para la Bulimia nerviosa (BN). Además, pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) han obtenido ventajas tras la administración de este tratamiento. Los resultados que se obtuvieron apuntaron a una mejora en las relaciones familiares y en la autoestima tras el entrenamiento en la expresión de las emociones (Torneró y Bustamante, 2014).

- Terapia interpersonal

Según Fernández y Solé Puig (2003), la terapia interpersonal va dirigida a los familiares para mejorar la relación parento-filial con la esperanza de reducir el TCA en el adolescente. Además, las principales fuentes de investigación familiar se dedican a las relaciones parento-filiales y señalan la importancia de enfocar los tratamientos al afrontamiento del estrés y la alimentación familiar (Ruiz et al., 2013).

- Inclusión familiar

Los tratamientos para los Trastornos de Alimentación que incluyen a los miembros de la familia resultan beneficiosos, así lo muestran numerosos estudios (Steiger et al., 1996). A pesar de que en la actualidad la Anorexia y la Bulimia siguen siendo desafíos clínicos, recientes investigaciones han desarrollado conocimientos que han favorecido la creación de tratamientos más eficaces. (Strober y Johnson, 2012). El tratamiento familiar es una de las terapias con mayor valor para los pacientes con Bulimia Nerviosa (BN). Schmidt et al. (2007) obtuvo resultados favorecedores donde se registró una disminución del Trastorno de Atracción (TA) y los talleres de psicoeducación con dos familias han resultado igual de eficaces que las intervenciones familiares en formato individual (Whitney et al., 2012)

El enfoque de Maudsley ha contribuido a la eliminación de los TCA a través de la inclusión de los familiares como miembros activos del procedimiento. Este se basa en el entrenamiento a cuidadores para la adquisición de estrategias comunicativas a través del apoyo psicológico y motivacional en las comidas (Treasure et al., 2008). Asimismo, Daniel Le Grange y James Lock (2013) han utilizado dicho enfoque para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa (AN), consiguiendo como resultado un aumento de peso de las dos terceras partes de los usuarios al concluir el tratamiento. Se modula el comportamiento de los familiares ayudándoles a comprender la enfermedad (Gutiérrez et al., 2014). Por tanto, queda demostrado que la prevención y psicoeducación obtienen grandes ventajas (Guillermina Sainos-López et al., 2015): los cuidadores adquieren los conocimientos necesarios sobre el TCA, la relación entre paciente-cuidador mejora y se aporta el derecho de la autonomía desde el ambiente familiar al adolescente, eliminando de una forma más favorable el Trastorno.

1.5.2 Vida del cuidador

1.5.2.1 Fases de adaptación del cuidador

Según Ferré i Grau et al. (2011), los cuidadores de una persona con un TCA pasan por diferentes etapas de adaptación: La primera se conoce como “*Negación o falta de conciencia*”. Esta se caracteriza por la negación de la enfermedad como forma de protegerse ante el malestar que ocasiona.

La segunda hace referencia a “*La búsqueda de información y surgimiento de sentimientos negativos*”, en esta los cuidadores comienzan a aceptar la realidad y, como consecuencia, les surgen sentimientos de tristeza, frustración, culpa, enfado o rabia.

Con la tercera fase surge la llamada “*reorganización*”. Se caracteriza por la aceptación del nuevo papel del cuidador, ya que sentirá más control sobre la situación.

Por último, se llega a la “*resolución*”. En esta fase, los cuidadores habrán aceptado la situación e intentarán adaptarse a ella de la mejor forma posible ya que estarán más tranquilos y podrán hacer frente a las demandas de la situación.

1.5.2.2 Malestar del cuidador

Zabala et al. (2009) señala en sus investigaciones cómo los miembros familiares cercanos a una persona con TCA pueden mostrar carga y angustia psicológica, así como ansiedad y estrés. Las relaciones familiares tienen una gran relevancia en el mantenimiento de los TCA (Treasure et al., 2008). El cuidador encargado de un familiar con un TCA puede experimentar un empeoramiento en su calidad de vida (Sariñana et al., 2015). Por esta razón, abordar las necesidades de los cuidadores y favorecer que expresen sus emociones dará percepción de una menor carga emocional para ellos (Coomber y King, 2013).

1.5.2.3 Calidad de vida del cuidador

Según Haigh y Treasure (2003) el desarrollo de programas que evalúen las necesidades de los cuidadores puede facilitar la reducción del mantenimiento del TCA y la prevención de las recaídas. El abordaje familiar en la prevención o tratamiento puede facilitar la recuperación de la persona con la enfermedad (Sainos-López y Guillermina, 2015).

Es muy importante que los cuidadores mantengan una buena calidad de vida (Ferré i Grau et al, 2011). Una de las necesidades que el cuidador debe cubrir es la búsqueda de información sobre la enfermedad (Astudillo et al., 2008). Siguiendo este mismo propósito, la realización de actividades también puede contribuir a su autocuidado (Ferré i Grau et al., 2011). Haciendo uso de los conocimientos de Astudillo y Mendinueta (2008) se ha elaborado la figura 1 que recoge algunas de las necesidades y derechos que tienen los cuidadores.

Necesidades
- Tiempo para su autocuidado
- Conocimiento sobre cómo cuidarse a sí mismo
- Información sobre la enfermedad, proceso y tratamientos
- Saber cómo pedir ayuda
- Recibir apoyo y acompañamiento psicoemocional
- Aprender a organizar su tiempo y delegar en otros
- Prepararse para el futuro
Derechos
- Derecho al autocuidado
- Derecho a seguir con su vida
- Derecho a dedicarse tiempo y actividades con ausencia de sentimientos de culpa
- Derecho a experimentar sentimientos negativos por la situación de ver enfermo a un ser querido
- Derecho a delegar tareas
- Derecho a preguntar aquello que no se sepa
- Derecho a buscar soluciones que se adapten a ellos y al joven enfermo
- Derecho a ser respetados
- Derecho a cometer errores y a ser disculpados
- Derecho a ser reconocidos y valorados por el resto de la familia
- Derecho a no exigirse de más y aceptar que son humanos y tienen limitaciones
- Derecho a expresar emociones positivas y negativas
- Derecho a decir que no

Figura 1.

Descripción de las Necesidades y Derechos según Astudillo y Mendinuet (2008) Elaboración propia.

1.5.2.4 Importancia de compartir experiencias con otros cuidadores

Es común que los cuidadores se sientan solos, ansiosos y deprimidos (Treasure y Todd, 2016). Por ello, compartir experiencias con otros cuidadores “ofrece la oportunidad de comunicarse y con ello reducir esos sentimientos y adquirir más conocimiento sobre la enfermedad” (Jauregui, 2005)

Algunas investigaciones concluyen que compartir experiencias con otros cuidadores resulta beneficioso, pues se sienten más apoyados, puede aumentar la capacidad de conocimiento y de sanar la culpa que les tiene atrapados. (Minuchin, Rosman y Baker, 1978).

1.6 Justificación: visión de futuro

Actualmente existe una gran incidencia de los TCA en los adolescentes. Numerosos estudios avalan la importancia de un tratamiento temprano para una mayor recuperación. En relación a la familia, se ha visto relevante su inclusión en estas intervenciones, siendo uno de los pilares fundamentales.

Tras el análisis de los artículos e investigaciones científicas podemos concluir que:

- Un apego seguro entre cuidador-adolescente favorece el bienestar psicológico del paciente y actúa como factor de protección frente a numerosas patologías.
- La evitación de conflictos es una de las causas que desarrolla y mantiene el TCA.
- Existe una alta recuperación en pacientes que reciben tratamientos en los que se incluye a la familia.
- Los programas de prevención y psicoeducación dirigidos a los cuidadores y a la inclusión familiar obtienen resultados favorecedores.
- Es necesario mirar por el cuidador y rebajar su malestar debido a la carga emocional.
- La expresión de emociones de los cuidadores y pacientes reduce el malestar psicológico.
- Atender las necesidades de los cuidadores facilita la reducción del mantenimiento del TCA.
- Respetar los derechos de los cuidadores favorece la buena dinámica familiar y la mejora de su calidad de vida.

Por ello, dada la repercusión que puede suponer la inclusión familiar sobre la calidad de vida del paciente y teniendo en cuenta el papel potencial que desempeñan los cuidadores sobre esta enfermedad, el siguiente proyecto pretende exponer un material de psicoeducación e intervención para estos. El avance de las tecnologías ha supuesto un cambio en nuestra forma de vivir. Aquellas tecnologías especializadas en la salud reciben el nombre de “*eHealth*” (*Electronic Health*). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son tecnologías de comunicación y formación para la salud con el fin del progreso en las comunidades (Santamaría-Puerto et al., 2015). Ya que las aplicaciones móviles ocupan un lugar preferencial en el ámbito laboral y educativo (Enríquez y Casas, 2014), habiéndose desarrollado facilitando el trabajo de la educación (Filippi, Lafuente y Bertone, 2016), se ha visto relevante su utilización para desarrollar este proyecto.

Tras la revisión y estudio de aquellos artículos científicos vinculados al tema de interés, se apuesta por un proyecto digital que cubra las necesidades de los cuidadores para poder incidir directamente en el bienestar psicológico del paciente. Por todo esto, el objetivo del presente trabajo es diseñar una aplicación móvil que recoja un programa de intervención digital a modo de guía práctica para los adultos custodios del joven con la esperanza de frenar el mantenimiento del TCA.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

2.1 Ámbito de aplicación

Se plantea crear una aplicación de psicoeducación, de estrategias prácticas y de interacción entre los cuidadores

¿Por qué una aplicación?

El ambiente escogido es consecuencia de intentar dar la oportunidad a todos los cuidadores de aprender y cuidar correctamente. Intentamos aprovechar la etapa actual (Era Digital) y utilizarla en beneficio de todos ofreciéndoles una herramienta asequible. Las técnicas empleadas han sido la psicoeducación, retroalimentación, feedback, motivación y apoyo.

El nombre de la aplicación **FC-RED** (*Family Care and Reduction of Eating Disorders*) hace mención a una red. Una red es una estructura formada por la unión de varios

hilos. Pensemos de forma individual, un hilo por si solo tiene funciones limitadas, pero en unión con otros, y si se hace correctamente, se puede convertir en algo tan importante como una herramienta para conseguir alimento. De esta forma, esta aplicación crea una unión entre los cuidadores, quienes por sí solos pueden encontrarse perdidos e inútiles, pero en unión con un conocimiento, unas estrategias correctas y el apoyo necesario, se pueden convertir en herramientas útiles e indispensables para la seguridad del paciente y para conseguir una unidad familiar sana. De esta idea nace esta aplicación, la creación de una red que consigue crear una unión familiar fuerte en torno a la existencia de un TCA, garantizando una calidad de vida mejorada para los cuidadores y los adolescentes.

El diseño de la aplicación se ha realizado con la herramienta PowerPoint para presentar un prototipo. Para un desarrollo futuro se ha considerado la utilización del programa Adobe XD. Este programa permite el desarrollo y diseño de los prototipos de sitios web y aplicaciones móviles. (Adobe, 2018).

La aplicación contará con un formato esquemático y con la presencia de muchas imágenes para que sea atractiva visualmente, así como con tonalidades que denotan calma, seguridad y alegría. El lenguaje que se utilizara será claro y conciso para que sea comprensible, ya que va dirigido a una población general.

2.2 Objetivos del programa

Tras la revisión de artículos científicos concluimos que las familias tienen un peso muy importante en el mantenimiento y desarrollo de un TCA. Independientemente de si los custodios han formado parte de la aparición o el mantenimiento de la enfermedad, son personas significativas para la recuperación del TCA. Por esto, la finalidad del proyecto va encaminada a ofrecer a los adultos custodios encargados del apoyo del menor con un TCA una herramienta que les ofrezca las mejores prácticas clínicas en cuanto al ámbito familiar.

Una de las líneas que se pretende seguir es hacer frente a las preocupaciones parentales. La vergüenza, el miedo, la desesperanza o la ira aparecen cuanto menos información tenemos sobre algo que nos preocupa, como una enfermedad. El diseño de la aplicación pretende cubrir unos objetivos específicos: contextualizar el problema a través de la detección de señales de alarma y mediante la prevención; ofrecer estrategias a los cuidadores, convirtiéndoles en un factor de protección para el paciente; y, por último, reducir

la angustia trabajando en la reducción del estrés parental y ofreciendo apoyo psicológico y motivación para hacer más llevadero el transcurso de la enfermedad.

2.3 Principales usuarios

Esta guía práctica va dirigida a los cuidadores³ que tienen un contacto directo con el paciente con un TCA. Esta guía les provee de información y les orienta para que tomen las mejores decisiones dentro de la posibilidad y disponibilidad determinada de cada familia.

¿Por qué los cuidadores?

Todas las aplicaciones dirigen su punto de atención hacia los pacientes con un TCA, lo cual es lógico puesto quienes son los que sufren esta enfermedad. Sin embargo, es importante no olvidarse del papel de los cuidadores, ya que este es fundamental para la recuperación de la propia enfermedad, siendo un facilitador para la persona diagnosticada y no un incapacitante, es decir, actuar como un factor de protección en vez de uno de riesgo.

Las familias están recibiendo un bajo apoyo social y esta situación puede agravar la patología. Una forma de incluir a las familias es a través de programas de prevención, los cuales están aumentando su nivel de credibilidad. (Nicholls y Yi, 2012). Tras el estudio del tratamiento familiar de Maudsley se reveló que prestar atención al empoderamiento de los cuidadores podía contribuir a una mejor relación con el paciente (Le Grange y Lock, 2013). El tratamiento tiene el punto de partida en que los adultos custodios se encuentren en una buena posición para poder ayudar y manejar el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Se basa en la adquisición de conocimiento y comprensión por parte de los cuidadores.

Tras el análisis de la literatura se encontraron programas de crianza en la que algunas líneas a destacar eran el reconocimiento de los sentimientos y creencias de los cuidadores. También se le dio importancia a compartir ocio y tiempo de calidad, y prestar atención a la experiencia emocional que vivían los adultos custodios en las primeras etapas de la

³ El término cuidador que empleamos hace alusión a toda aquella persona que tenga responsabilidad legal y emocional sobre la persona diagnosticada con un Trastorno de alimentación. En otras palabras, que sea un adulto significativo, preferiblemente custodio. Frecuentemente, los cuidadores son los padres. No obstante, se encuentran casos de hermanos, tíos, abuelos, entre otros. Estos casos, serían por tanto admitidos en el programa.

enfermedad. Por estas razones, se decidió poner el foco de atención en las familias, ofreciéndoles prevención y estrategias prácticas.

2.4 Fases en la elaboración del programa/proyecto

El carácter innovador de este proyecto viene por su índole integrador en relación a la literatura científica, desarrollo de producto en empresa y propuesta de un modelo de negocio sostenible. Por ello, se proponen diferentes fases, en la elaboración de este proyecto. En primer lugar, un benchmarking de las soluciones alternativas. Y finalmente, el desarrollo de una propuesta de valor alineada con un modelo de negocio sostenible.

Para una primera orientación se establecieron los factores de inclusión y exclusión relevantes para el proyecto. Estos han sufrido de modificaciones al mismo tiempo que avanzaba la investigación de la literatura. Los criterios de inclusión que se han establecido para el desarrollo del proyecto son los siguientes:

- Los usuarios serán adultos custodios de adolescentes diagnosticados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). En este sentido, se requerirá tanto la autorización y consentimiento del adulto custodio. En el caso que, los adolescentes deseen participar en alguna de las tareas propuestas dentro del programa, se solicitará su asentimiento, y, en cualquier caso, se garantizará la protección de los datos de ambos agentes, de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos, Personales y garantía de los derechos digitales.
- La edad de los pacientes será entre 12 y 18 años e irá dirigido tanto a hombres como a mujeres.
- La información de la aplicación va dirigida sobre todo al cuidado de las personas con trastornos de anorexia restrictiva, nerviosa y bulimia nerviosa. Teniendo en cuenta la teoría transdiagnóstica se han seleccionado estas patologías, además de su alta prevalencia. No se le da tanto peso al trastorno de atracón ya que la prevalencia de inicio suele ser entre los 30 y los 50 años (Perpiñá, 2015).

Una vez se marcaron los criterios de selección nos encaminamos a la realización de una revisión sistémica de la literatura. La búsqueda de la literatura ha hecho posible el desarrollo de un marco teórico sólido y fundamentado en la evidencia científica.

Las cláusulas que se utilizaron para la selección de la literatura son las siguientes:

- En primer lugar, las palabras clave que se utilizaron fueron: “Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)”, “*cuidadores*”, “*familia*”, “*cuidado*”, “*app*”, “*intervención*”, “*prevención*”.
- Se ha realizado una búsqueda booleana con los siguientes descriptores AND y OR
- La búsqueda se realizó en inglés para evitar sesgos del idioma.
- El rango temporal se estableció todos los años para no perder ningún estudio de relevancia.
- Las bases de datos científicas que se utilizaron para las búsquedas de la literatura fueron: “Web Of Science”, “Dialnet”, “SciELO”, “Google Académico” y “EBSCO”.

Por otro lado, se utilizó la herramienta PICO. Esta se ha utilizado para la adquisición de literatura científica todavía más específica. Según Santos, Pimenta, Nobre (2007) el PICO es una herramienta cuyo objetivo es la elección de la más óptima evidencia científica para tomar la correcta decisión clínica. En la actualidad, contamos con numerosas fuentes de información lo que puede ser una ventaja para el amplio abanico de conocimientos o una desventaja por la información prescindible. Para evitar la información superflua una buena opción es el PICO con el objetivo de ser más preciso a la hora de seleccionar entre la gran cantidad de información existente.

Los requisitos que se utilizaron para la elección del material para el desarrollo del PICO son los siguientes:

- La sintaxis fue: TITTLE: (eating disorders); AND TITLE: (parents); AND TITLE: (Intervention)
- La búsqueda se realizó en inglés para evitar sesgos del idioma.
- El rango temporal se estableció todos los años para no perder ningún estudio de relevancia.
- Las bases de datos científicas que se utilizaron para la búsqueda de la literatura fueron: WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO.

La siguiente gráfica, diagrama del flujo PRISMA, muestra el proceso de búsqueda y selección de los estudios científicos de interés para el desarrollo del programa propuesto:



PRISMA 2009 Flow Diagram

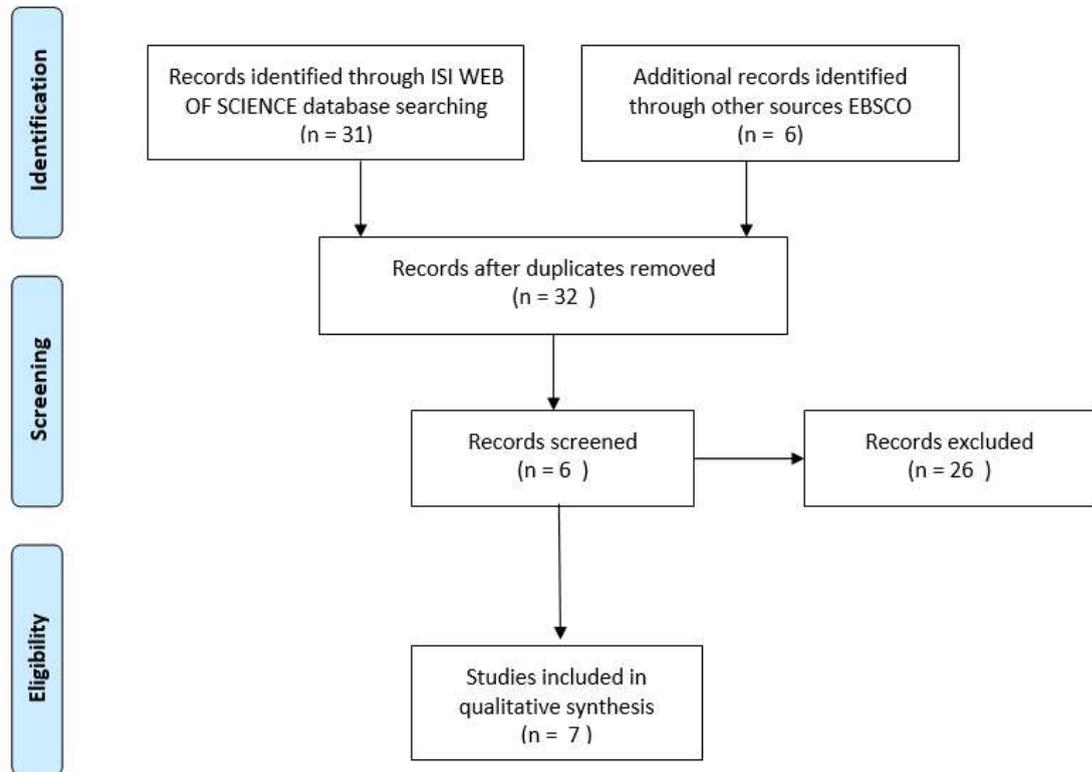


Figura 2. Descripción del diagrama de flujo de Prisma. Elaboración propia.

A continuación, se resumen las características y principales resultados de las investigaciones seleccionadas, tal y como se describe en la tabla 1.

Tabla 1.

Diseminación de los resultados de la revisión sistemática.

Autores	Participantes	Intervención	Resultados
Mansson et al. (2016).	47 adolescentes con AN y BN, y sus familias.	4 intervenciones: escuela, hacer comidas juntos, prevención deporte y vómitos.	Terapias apoyadas por las familias resultados más óptimos.
Lafrance Robinson et al. (2016)	24 madres y 9 padres con hijos con un TCA.	Curso psicoeducación. Modelo Maudsley con metáforas de animales.	Mejor autoeficacia de los padres.
Harvey (2017)	36 padres y cuidadores de una persona con TCA	Preventiva y de actuación mediante un curso presencial.	Intervención factible. Deseo de padres de compartir experiencias
Hart et al. (2015)	Padres y adolescentes con TCA.	Prevención a través de un programa de psicoeducación.	Mejora de insatisfacción corporal.
Spettigue et al. (2015).	51 padres/cuidadores de 36 adolescentes con TCA.	Prevención e intervención a través de sesiones de psicoeducación y apoyo telefónico.	Sentimientos de autoeficacia más altos y más conocimiento sobre TCA.
Nicholls y Yi, (2012).	Padres de hijos con TCA.	Temprana de 6 semanas. Preventiva a través de programa de psicoeducación.	Adquirieron conocimientos y habilidades.

Elaboración propia.

Revisión de los productos en el mercado

Con la finalidad de determinar la viabilidad del proyecto se emplearon el análisis DAFO y el BUSINESS MODEL CANVAS. Con el DAFO, se pretende evaluar la oportunidad existente. Así, se procedió a la detección de soluciones potencialmente competidoras en el segmento de “Cuidadores de pacientes con TCA”. Posteriormente, se analizaron las debilidades y fortalezas de **FC-RED** frente a las soluciones alternativas. Finalmente, se revisaron las oportunidades y amenazas del entorno, con el fin de diseñar un prototipo funcional y una estrategia de lanzamiento “go-to-market” atendiendo a las circunstancias actuales de pacientes, cuidadores y otros “stakeholders” relacionados con el segmento.

Además, la evaluación general del programa a través del DAFO ayudó al desarrollo del CANVAS con el fin de adaptar **FC-RED** a las demandas del mercado. El CANVAS facilitó la traducción de las necesidades de pacientes y cuidadores en una propuesta de valor específica alineada con los “partners”, recursos y canales fundamentales. A su vez, el CANVAS permitió articular la propuesta de valor en una estructura de ingresos y costes sostenibles. De esta manera, se configuraron los elementos del modelo de negocio de **FC-RED** de manera integrada y alineada con el propósito del programa.

Las actividades propuestas en los apartados de la App se desarrollaron con el apoyo de manuales y estudios científicos relacionados con el tema de interés. Primero, la aplicación se dividió en 3 bloques: Apartado 1: *Psicoeducación*; Apartado 2: *Estrategias prácticas*; y Apartado 3: *community*. Cada bloque está orientado hacia una finalidad diferente. Para el tercer bloque se descargó la aplicación Telegram, se realizó un grupo y se compartió el enlace para la App.

La evaluación de la App se llevó a cabo a través de tres cuestionarios:

- Se utilizó la herramienta Panas. Se desconocía el contenido de esta por lo que se buscó información y se estudió para poder implantarlo.
- Se creó un cuestionario que midiera el grado de satisfacción que producía la App a través de Google cuestionarios.
- Se creó un cuestionario de valoración final con el fin de conocer la opinión de los usuarios activos de la App a través de Google cuestionarios.

Finalmente, se desarrolló el diseño de la App con el apoyo de la herramienta PowerPoint en la que se utilizaron ideas extraídas de Pinterest y mediante la revisión de otras aplicaciones a través de Google Play. Nos aseguramos de que las imágenes utilizadas no tuvieran derechos de autor. Además, el contenido de la información se extrajo de los manuales y artículos científicos relacionados con el tema de interés.

2.5 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Es importante destacar la individualidad y diversidad que existe entre los cuidadores y las familias. Cada cuidador lleva la situación de la mejor forma posible, protegiendo al adolescente como puede y sabe. Es importante que la aplicación no cuente con juicios. El principio general del proyecto es ayudarles a comprender para ayudar y rebajar el estrés que pueden sentir los agentes custodios. Véase Anexo A, para una descripción visual de los próximos puntos:

Apartado 1: psicoeducación

El primer apartado se centrará en administrar a los adultos custodios la información necesaria para que puedan entender mejor los aspectos relacionados con los Trastornos de Alimentación. En este bloque se incluyen 4 subapartados en los que se explicarán qué causas y consecuencias tienen los TCA, qué cuidadores son, cuáles son las señales de alarma y cuáles son los mitos y creencias sobre estas patologías.

-Causas y consecuencias

El siguiente apartado especifica cuáles son las causas precipitantes y las consecuencias derivadas de un TCA en diferentes ambientes de los adolescentes, quienes padecen esta patología (Treasure y López, 2011). El objetivo de este primer nivel es que los cuidadores adquieran los conocimientos necesarios para aumentar su comprensión y entendimiento y así poder adquirir otras estrategias que se detallarán más adelante y, por consiguiente, ofrecer ayuda gracias a la comprensión de la enfermedad, reduciendo el mantenimiento del TCA.

En referencia a las consecuencias, se intenta que se aborden los ambientes principales del paciente. Para ello se han escogido los aspectos emocionales, sociales,

familiares y académicos. La finalidad de este apartado es que los cuidadores comprendan el desarrollo de estos trastornos y así, poder rebajar la angustia y posible culpa que tengan. No se ha visto relevante incluir apartados de consecuencias físicas o causas culturales porque pueden retroalimentar la culpa y la visión negativa que tengan del trastorno.

- ¿Qué cuidador soy?

El siguiente subapartado cuenta con el apoyo empírico de Treasure (2011) para describir de la forma más apropiada los diferentes modelos de cuidadores. Este subnivel tiene el objetivo de hacer conocer a los cuidadores los diferentes patrones de cuidador que hay y hacerles reflexionar sobre cuál creen que corresponde con ellos y, finalmente, cuál querrían ser. También tiene la finalidad de que sean conscientes de la importancia de sus conductas en el desarrollo y mantenimiento de un TCA o de su eliminación. De esta forma, conseguiremos que los cuidadores trabajen junto a los jóvenes y no contra ellos.

En la aplicación se detallarán las imágenes de los animales que representan los modelos y en el pie de las imágenes una explicación clara sobre los diferentes comportamientos de cada prototipo. Por lo que, tendrían que identificarse por cómo reaccionan según sus conductas entre: el *Canguro*, el cual se caracteriza por su estilo protector; el *Rinoceronte*, estilo agresivo y autoritario; y, el *Delfín* por su actitud de seguridad. También, deberán reconocerse por cómo reaccionan a través de sus emociones: la *Avestruz*, estilo sumiso; la *Medusa*, estilo victimista y con exceso de culpabilidad; y el *San Bernardo* por su actitud serena y motivadora (Treasure, 2011).

-Señales de alarma

En este subnivel se ha querido ofrecer un listado de señales de alarma para que tengan los conocimientos y así poder detectar un TCA (Adelantado, 2001). Las personas encargadas del cuidado de los adolescentes obtendrán con este apartado la conciencia de los síntomas que pueden desarrollar los adolescentes y, en consecuencia, tomar las medidas prácticas para detener el mantenimiento y desarrollo de la enfermedad (Treasure, 2011, citado en Jorquera, 2015, pp 369)

Es una buena noticia que las señales sean visibles ya que supone una ayuda para los cuidadores porque les sirve para identificar cuando los usuarios con TCA necesitan ayuda o requieren de su atención.

-Mitos y creencias

En la actualidad, muchos son los mitos en relación a la aparición, desarrollo y progresión de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Es conveniente destacarlos para evitar turbaciones. En la aplicación se contará con una recopilación fundamentada en las investigaciones de Perpiñá (2000) y Thompson (2002) por (Madrid et al., 2005) y de Mercedes Jorquera en su revisión de Treasure et al. (2011)

No obstante, además de revelar los mitos más comunes, se contará también con las realidades para abatir cada mito y creencia falsa.

Apartado 2: estrategias prácticas

Este apartado va a contar con diferentes estrategias. Todas ellas han sido revisadas y analizadas a través de diferentes libros, en concreto *“Todo sobre los Trastornos de la conducta alimentaria, una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica”*. Se van a tratar aspectos como la *comunicación, que se puede hacer ante situaciones concretas, que no debería hacerse* y una actividad llamada *caminar juntos*. Esta última es una propuesta de actuación ideada por la autora de este TFG.

Es importante destacar la importancia de llevar estas estrategias en un ambiente seguro y tranquilo. El ambiente no puede contar con juicios por parte de los adultos custodios hacia los adolescentes y se debe intentar intervenir con un lenguaje claro y asertivo. Además, hay que evitar la hipocresía, es importante ser modelos de lo que vamos a enseñar.

-Comunicación

La finalidad de este subapartado es ofrecer la oportunidad de conocer habilidades comunicativas con el objetivo de cambiar la dinámica familiar. Las habilidades propuestas se caracterizan por la asertividad, resolución de conflictos y comprensión. Iglesias (2015) nos ofrece una visión sobre cómo preparar una conversación con el joven adolescente, que momento elegir y cómo reducir la tensión. También nos da pautas sobre qué momentos no son los idóneos para conversar. Este subapartado se ha basado en la guía que realiza, aportando la mayor evidencia científica posible.

- ¿Qué se puede hacer ante...?

Por otro lado, es importante atender las necesidades de los jóvenes adolescentes con estas patologías abordando los rasgos que los limitan en este duro proceso de la enfermedad. Iglesias (2015) nos guía con orientaciones como: qué se podría hacer ante la insatisfacción corporal, ante el perfeccionismo; baja autoestima; que se puede hacer ante la impulsividad; que podrían hacer los cuidadores ante la intolerancia de los adolescentes a la frustración; que se puede hacer ante la idea de fracaso que pueden tener; y, por último, ante la necesidad de control. En la aplicación este subapartado contará con la información en formato esquema para que se visualice de forma clara y concisa. La información se dividirá en función de que se puede hacer ante diferentes situaciones y en cada situación se detallarán diversas pautas para solventar la situación problemática.

-Lo que no debería hacerse

Se han detallado las pautas sobre lo que no deberían hacer los cuidadores para evitar el mantenimiento del TCA y así, ayudar a la reducción de esta patología. En la aplicación se visualizará este apartado por guiones de forma esquemática y con un lenguaje claro para una mayor comprensión.

- “Caminar juntos”

El camino de la enfermedad puede ser largo y complejo. Por ello, se ha considerado que el ocio puede ser un gran aliado para mejorar la relación y comunicación parento-filial. Uno de los requisitos de este apartado es la realización de una actividad una vez por semana. La finalidad es aumentar la comunicación, experiencias y ocio. Esto puede ayudar a adquirir la percepción de unión, apoyo y afecto caracterizado por la experimentación de sensaciones agradables. la finalidad más importante es aumentar el tiempo de calidad entre cuidador y adolescente.

El subapartado propondrá actividades y sus correspondientes ventajas. Se expondrán imágenes de las diferentes actividades y en los pies de la imagen los beneficios que pueden suponer, tiene una finalidad motivadora. Quedan excluidas aquellas actividades en las que el ambiente no puede controlarse, agraven el malestar del adolescente o se hagan una mala praxis de las actividades.

Apartado 3: “community”

Según Jáuregui (2005); Iglesias (2015); Minuchin, Rosman y Baker (1978) contar con el apoyo de otros cuidadores que atraviesan por una situación similar ayuda a reducir los sentimientos de vergüenza y culpa. También, ayuda a la expresión de sus experiencias y emociones. Esto tiene beneficios tanto para los cuidadores que se expresan como los que hacen de oyentes. Los que expresan se desahogan y los que escuchan obtienen más conocimientos sobre la enfermedad, reduciendo en ambos el peso emocional.

Según Iglesias (2015) los cuidadores que acuden a estos grupos son personas que desean sentirse acompañadas. En general, poder dar y recibir apoyo y afecto. Los cuidadores necesitan tener esperanza para poder vencer junto con los adolescentes a la enfermedad. Esta esperanza se puede ver reflejada en encontrar el consuelo en otros cuando hay un retroceso en la enfermedad; o encontrar la alegría cuando hay señales de recuperación.

Por todo esto, se ha llegado a la conclusión de que sería una herramienta efectiva, accesible y complementaria en nuestro proyecto. Los cuidadores podrán acceder al enlace del grupo e interactuar a través del teléfono móvil. El grupo se ha hecho posible con Telegram. Se ha elegido esta plataforma porque se ha encontrado compatible con nuestra App y de fácil acceso.

Telegram es una plataforma de mensajería y VOIP que se llevó a cabo por los hermanos Nikolai y Pavel Durov. La finalidad que tiene esta plataforma es la mensajería instantánea que mantiene el anonimato y permite crear canales de comunicaciones entre un grupo de dos o más personas (Martín-Mor, 2016). El grupo estará dirigido por un moderador con los siguientes objetivos: evitar las “fake news” que se pueden filtrar, mantener el guión de la conversación, evitar o frenar el contagio de las malas prácticas o pensamientos que puedan agravar el malestar del adolescente e informar de actividades de ocio o charlas relacionadas. Además, para una dinámica interactiva, el moderador ofrecerá publicaciones, videos y artículos que considere de utilidad para los cuidadores. También recurrirá a realizar preguntas sobre las experiencias de cada adulto custodio para iniciar o mantener la conversación y dar pie a la expresión. Por consiguiente, los demás cuidadores pueden leer y recapacitar sobre la experiencia del cuidador que esté hablando en ese momento.

2.6 Calendario de actividades

Véase en Anexos la Figura A que recoge de forma esquematizada la estructura y los apartados con los que contaría la App.

Se ha considerado que deben de seguir un orden estos apartados. La cronología se fundamenta en la “idea” de que es esencial tener primero los conocimientos e información para entender la enfermedad y la situación que puede estar cursando en ese momento. Una vez cumplido este objetivo, se invita a que se puedan aprender y entrenar las habilidades propuestas con la finalidad de paliar la situación. Por consiguiente, convertirse en cuidadores que fomenten ser un factor de protección. De todas formas, cada apartado está abierto para que pueda ser consultado cuando sea necesario.

Cada adulto custodio se encuentra en una situación totalmente diferente y los recursos que necesita son diferentes también. Por tanto, la ventaja que ofrece la aplicación es la inmediatez y el acceso flexible a cada apartado según se necesite en cada momento.

Al tratarse de una aplicación móvil, el tiempo de cada apartado o sesión es relativo pues se fundamenta en el tiempo que necesite el cuidador. Incluso, una vez revisados cada uno de los apartados, siempre pueden volver a consultarse ya que son apartados aislados y diferenciados. De esta manera, no se necesita complementar los anteriores para ir al apartado que se requiera en ese momento.

A pesar de ello, se ofrece la recomendación para aquellos cuidadores nuevos en la aplicación que sigan el orden propuesto de las actividades ya que se considera la adquisición de un mayor aprendizaje con este.

2.7 Delimitación de recursos

Los recursos que nos permitirán llevar a cabo nuestro programa digital son humanos y materiales.

Recursos Materiales

La herramienta considerada imprescindible para la marcha correcta del programa es un teléfono móvil con acceso a internet. El teléfono tendría que contar con Google Play para

la descarga de la aplicación. Además, se requiere de espacio de almacenamiento para que pueda ser descargado sin ningún problema. También es relevante la descarga de Telegram ya que el tercer Apartado, *comunidad* lo precisa.

En el Apartado de *Estrategias Prácticas* hay una actividad que ofrece ideas sobre la realización de diversas actividades. Cada actividad requiere de unos materiales como pueden ser utensilios de cocina, de papelería, etc. Sin embargo, estos materiales no los ofrecerá nuestro programa ya que son responsabilidad de cada usuario.

Recursos Humanos

Los recursos humanos de los que se dispone para la puesta en práctica del programa son:

- La autora del TFG dirigirá el grupo de *comunidad*. También estará disponible para cualquier urgencia que se presente.
- Se ha consultado a un agente externo con formación y experiencia en el mercado y ámbito empresarial.
- Se ha consultado a un agente externo con experiencia en diseño para la App.
- Como propuesta futura, es interesante contar con un informático que haga posible la aplicación para un mayor rendimiento de esta.

2.8 Análisis de viabilidad

En primer lugar, se ha identificado un nicho de mercado con potencial para la viabilidad y la escalabilidad del proyecto. Para el análisis de la viabilidad de la aplicación, se han utilizado esencialmente dos métodos: el DAFO y el BUSINESS MODEL CANVAS. Posteriormente, se han empleado estas herramientas para articular una propuesta de valor adaptada a las necesidades y “pain-points” y correspondientes “stakeholders”

El análisis **DAFO** (o FODA) es un instrumento de gestión que da acceso a la elaboración de un plan estratégico ofreciendo los conocimientos para instaurar las medidas correctivas y la mejora de los proyectos. El nombre DAFO hace referencia a cuatro componentes que son evaluados en el estudio: las debilidades, las amenazas, fortalezas y las oportunidades (Olivera y Hernández, 2011). Con el DAFO se persigue el objetivo de encontrar un nicho de mercado y establecer en él nuestro proyecto.

El *CANVAS* fue desarrollado por Alexander Osterwalder e Yves Pigneur. Es una herramienta que se usa para crear modelos de negocios innovadores que resume y especifica las 4 grandes áreas a las que va destinado: clientes, oferta, infraestructura y viabilidad. Tiene como objetivo adaptar la propuesta del programa a las demandas del ambiente y responder a las oportunidades y necesidades de este. Tras el análisis exhaustivo de la información correspondiente a la idea, se pretende elaborar un programa dinámico y simple (Ferreira-Herrera, 2016). Las ventajas que proporciona es que es organizado, visual, simple y adaptativo.

Tras analizar detalladamente los artículos relacionados, se llega a la conclusión de la importancia que tienen las familias para los pacientes. Por eso mismo, se propone este proyecto con el objetivo de atender al cuidado familiar.

Se ha realizado una revisión exhaustiva de las aplicaciones dirigidas a los cuidadores. En general, las aplicaciones destinadas a este trastorno van dirigidas a la prevención, psicoeducación, tratamiento online, motivación y orientación para los pacientes con el trastorno. La debilidad común de las Apps revisadas fue la escasa o nula atención que se da a los familiares de los usuarios con esta patología. Esta debilidad supone una solución para nosotros. Por esto, parte de la innovación del proyecto consiste en enfocar la solución en un segmento de usuarios diferente: los cuidadores.

Además, se pretende desarrollar una experiencia de usuario innovadora, intuitiva y sencilla con el fin de desarrollar una ventaja competitiva y facilitar el aprendizaje de los usuarios que se traduzca en impacto real sobre el tratamiento.

1. Análisis

Se han revisado las siguientes aplicaciones para una mayor orientación y especialización en el mercado.

Tabla 2.

Análisis de las diferentes aplicaciones en el campo objeto de estudio.

Nombre App	Objeto	Dirigido a	Sistema operativo	Contenidos	Debilidades
Rise Up: Eating Disorder Help	Psicoeducación TCA	Personas con TCA	Android	Psicoeducación sobre síntomas. Interacción con un psicólogo online	No incluye a la familia
Anorexia and Bulimia therapy-Eating Disorders Help	Psicoeducación y chat online	Personas con TCA	Android	Apoyo de profesionales y chat 24 horas. Ayuda de expertos en línea	No hay interacción con el usuario. No incluye a la familia
Bulimia recovery	Psicoeducación Bulimia	Personas con TCA	Android	Información sobre síntomas, causas y tratamientos de la Bulimia	Solo es informativo No da el respaldo de poder contar con un profesional No hace mención al ámbito social y familiar

Elaboración propia

En el apartado de debilidades hemos encontrado nuestra oportunidad para el desarrollo del proyecto.

Análisis DAFO de **FC-RED**:

Tabla 3. Análisis DAFO.

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p>debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -equipo técnico externalizado, y por tanto difícil implantación y mejora continua -proceso de creación de contenido manual -equipo fundador sin formación de administración/negocio o informática -por idioma, enfoque en el mercado español y latinoamericano. despreciando un gran segmento de oportunidad en otros mercados - posible dificultad de financiación, ya que los fondos de venture capital no han mostrado particular interés en tecnología aplicada a la psicología 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creación de un proyecto tecnológico/ startup en un escenario post-Covid 19, y la consiguiente incertidumbre y potencial dificultad en la monetización -Potencial aparición de soluciones competidoras y/o alternativas -Potencial dificultad en el establecimiento de credibilidad de la solución y confianza por parte del usuario -Incremento continuado de los costes de adquisición de clientes digitales, impactando directamente en la viabilidad
<p>fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> -primera aplicación destinada a cuidadores, a diferencia de todas las soluciones competidoras - programa innovador -experiencia de usuario intuitiva - foco exclusivo en el segmento de clientes, facilitando una experiencia de usuario adaptada - destinado a la prevención proactiva y no en un tratamiento reactivo -conexión en directo con profesionales y amplitud de contenido específico, sintetizado y accionable - herramienta móvil, y por tanto accesible en cualquier lugar y momento 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> El número de casos de TCA entre adolescentes se ha multiplicado por 10 en los últimos 15 años (Lambruschini y Leis, s.f) -Posible “partnership” con gabinetes especializados para promover la solución -Posibilidad de aprovechar la inteligencia artificial y el procesamiento natural del lenguaje para impactar en la efectividad de la solución -Posibilidad de aprovechar la tecnología Chatbot para desarrollar una experiencia de usuario innovadora y optimizada para el aprendizaje -Las Apps revisadas no incluyen a las familias ni a los cuidadores

Se empleó el BUSINESS MODEL CANVAS para diseñar la propuesta de valor y el modelo de negocio adyacente a esta:

Aliados Clave	Actividades Clave	Propuesta de Valor	Relación con el Cliente	Segmentos de Clientes
<p>Universidades</p> <p>Psicólogos clínicos y otras organizaciones de TCA que trabajen con las familias</p> <p>Colegios, para la identificación de los pacientes</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Enseñar estrategias prácticas</p> <p>Seguimiento de apoyo psicoemocional y motivación</p>	<p>Educación en conocimientos y habilidades centrado en cuidadores a través de una aplicación móvil y, por tanto, Inmediatez</p> <p>Selección de habilidades a la carta</p> <p>Apoyo de comunidades (por ejemplo, canal de Telegram donde se protegen los datos personales).</p>	<p>Orientación y asistencia de conocimientos y habilidades</p>	<p>Cuidadores de jóvenes (12-18 años) con un Trastorno de la Conducta Alimentaria</p>
	<p>Recursos Clave</p> <p>Contenido</p> <p>Ecosistema de colaboradores voluntarios y de pago</p>		<p>Canales</p> <p>Aplicación de teléfono móvil</p> <p>Comunidad Telegram</p>	
<p>Estructura de Costes</p> <p>Personal de desarrollo tecnológico</p> <p>Desarrollo de contenido</p> <p>Diseño de App</p> <p>Cuota de la APP en los diferentes soportes (IOS y Android).</p> <p>Costes de adquisición de usuarios y publicidad</p>		<p>Estructura de Ingresos</p> <p>A falta de validación mediante experimentación ágil, se barajan tres posibles fuentes de ingresos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pago de suscripción, a modo SaaS. Pequeñas cuotas mensuales que se cargan al cliente final 2. Recargo a los gabinetes psicológicos, que posteriormente pueden repercutir en el cliente final o no 3. Donación de los usuarios 4. Modelo Freemium, acceso a ciertos contenidos de manera gratuita y pago por acceso a contenidos más avanzados 5. Publicidad <p>Programas de afiliados de productos relacionados como libros de autoayuda y/o gabinetes psicológicos</p>		

Figura 3. Modelo CANVAS

En conclusión, la principal ventaja competitiva del proyecto radica en un enfoque distinto al problema, centrándose en los cuidadores y no directamente en los pacientes. Además, la disposición de contenido nicho y la aplicación móvil son elementos que favorecen la construcción de una propuesta de valor atractiva y de una solución conveniente y efectiva.

2.9 Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final

Durante el inicio, desarrollo y final de la aplicación se proporcionará a los cuidadores tres cuestionarios para evaluar el grado de satisfacción, valoración y el afecto positivo y negativo que están experimentado. Estos cuestionarios se realizarán a través de un Chatbot.

Inicio y desarrollo

- **PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*)**. Se trata de una escala que evalúa el afecto positivo y negativo. Es uno de los instrumentos más recomendados a la hora de evaluar las emociones (López-Gómez, s. f.). Consta de 20 elementos, 10 adjetivos que evalúan el afecto positivo y 10 que evalúan el afecto negativo (Sandín, 2003). Los ítems aparecen en formato Likert, estos varían de 1 que se refiere a muy ligeramente o nada en absoluto, y a 5 que sería extremadamente.

Desarrollo

- **Preguntas de satisfacción**. Se trata de un cuestionario creado con 10 ítems sobre la satisfacción acerca de los contenidos desarrollados en los dos primeros apartados (“*Psicoeducación*” y “*Estrategias prácticas*”). Tras la realización del *Apartado de Psicoeducación* le aparecerá una ventana con tres ítems de los 10 del cuestionario formulados en el Chatbot. Tras la realización del *Apartado de Estrategias Prácticas* le aparecerá una ventana con los 7 restantes. Los ítems aparecen en formato Likert, estos varían de 1 que se refiere a muy ligeramente o nada en absoluto, y a 5 que sería extremadamente.

Final

- **Cuestionario valoración final**. Se ha creado un cuestionario con el objetivo de que los cuidadores puedan valorar la aplicación. Esto nos va a resultar provechoso para la mejora de

la App. Contiene 9 ítems y aparecen en formato Likert, estos varían de 1 que se refiere a muy ligeramente o nada en absoluto, y a 5 que sería extremadamente.

Termómetro emocional: Chatbot.

Según Rodríguez, Merlino y Fernández (2014), los Chatbots son programas, software, los cuales usan un sistema de lenguaje natural en un contexto de preguntas y respuestas. El objetivo que tienen estos programas es crear una conversación inteligente entre los algoritmos y la persona que esté detrás de la pantalla.

Feedback

Una ventaja de utilizar un Chatbot es la posibilidad de aportar feedback positivo. Se ha considerado imprescindible por diferentes razones. La primera es ofrecer motivación a los adultos custodios, recordando la importancia de su trabajo como cuidadores, así como darles la enhorabuena. La segunda es ofrecerles apoyo y consuelo por si se da la situación en la que se encuentren desganados. Otra razón, es ofrecerles explicaciones al comienzo, durante y al final de cada sesión para que se adquiriera la comprensión de los objetivos de los mismos apartados. Además, se les invita a reflexionar a través de la formulación de preguntas con el objetivo de asegurarnos que los cuidadores saquen una conclusión de cada apartado. Y, por último, también se utiliza para recordar conductas buenas que se pueden llevar a cabo o conductas que han de prescindir.

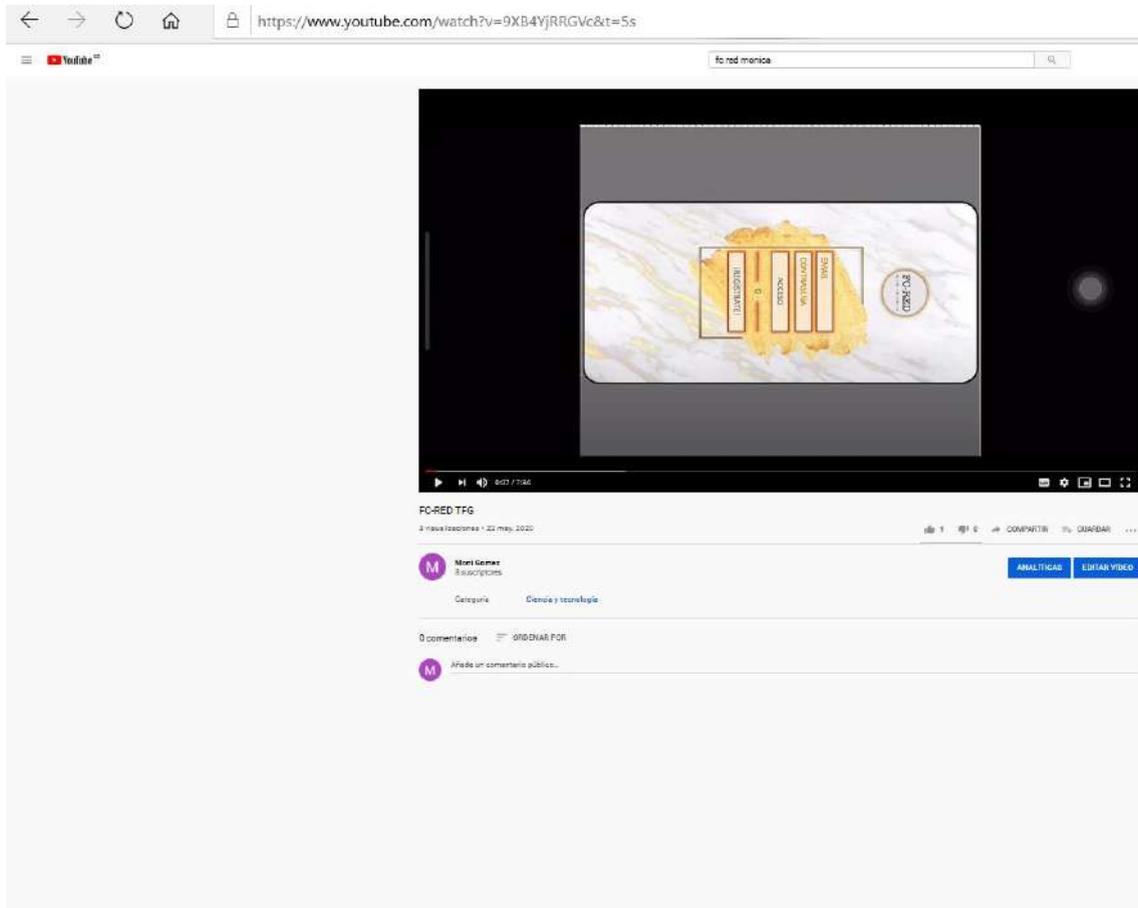
Usos

Usos	Contenidos
Termómetro emocional	Ofrecer retroalimentación y apoyo. Evaluar sentimientos y emociones a través del PANAS Reducir estrés y culpa parental Evitar que la evaluación se haga pesada
Puerta de acceso	Facilitar el acceso a otros apartados a través de niveles
Feedback	Interacción Aportar apoyo

Figura 4. Descripción de los usos de Chatbot. Elaboración Propia

Finalmente, se pretende conseguir el desarrollo de una aplicación dinámica e interactiva. Esto se alcanzará gracias a la recogida de información de los padres para la evaluación del cambio de actitudes y habilidades.

Se ha considerado oportuno la realización del diseño de la Aplicación y grabarlo para su visualización. El video se encuentra publicado en YouTube y se puede acceder a él a través del siguiente enlace (Véase en Anexos **B.1**):



<https://www.youtube.com/watch?v=9XB4YjRRGVc&t=5s>

3. CONCLUSIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria están cobrando muchas vidas adolescentes como muestran los resultados. Muchas investigaciones muestran la cronicidad de estas patologías si no se hace una intervención temprana eficaz en los diversos ambientes de vida de los pacientes.

El proyecto presentado tiene como finalidad guiar a los cuidadores dando respuestas y ayudas, así como aportando las estrategias necesarias para paliar el malestar emocional que puede causar un TCA en la vida del adolescente y del cuidador. La Era Digital nos ha aportado múltiples privilegios como son las aplicaciones: plataformas digitales asequibles que disponen de un acceso inmediato a la información deseada. Sacando provecho de esta tecnología, una aplicación concedería la oportunidad de otorgar a los cuidadores el acceso a los conocimientos y habilidades para abordar directamente cuestiones relevantes en cuanto al TCA del adolescente que se encontrará a su cargo.

Es por ello que podríamos dar por hecho la existencia de múltiples Apps funcionales y completas destinadas a nuestro tema de interés. Pero, tras el análisis de estas, se puede corroborar la falta de ayudas dirigidas a los cuidadores en cuanto a la prevención, intervención y rehabilitación de los TCA que padecen estos adolescentes.

Por otro lado, podemos observar el hecho de que en la actualidad encontramos una sociedad caracterizada por la impaciencia; los medios y soluciones se exigen con celeridad y deben darse de inmediato. Todo lo anterior dio lugar a la inclinación hacia el diseño de una aplicación móvil, dándonos la posibilidad de acceder a las herramientas que nos permitan lidiar con ciertas demandas que nos exige el medio y con ello aportar soluciones eficaces. Esta debía contar con los conocimientos suficientes para hacer frente a la situación, con las estrategias prácticas para aumentar la valía del cuidador y con el apoyo emocional y motivacional necesario para aliviar estados de desagrado como la culpa y así seguir luchando de forma unida junto al/la adolescente con el TCA.

El hecho de tratarse de una aplicación innovadora, en la que no se han encontrado diseños orientados a una guía práctica para cuidadores, dejó un margen amplio para las posibles y diferentes finalidades de la aplicación:

Primeramente, es importante señalar que, al ser una aplicación dirigida por psicólogos, ofrece la oportunidad de poder contar con apoyo y la ayuda de profesionales ajenos a sus familias para todo aquel cuidador que lo requiera.

Por una parte, habrá cuidadores que se encuentren en una situación en la que precisen centrarse en la prevención de un TCA o en los conocimientos necesarios para conseguir entender la enfermedad. La incertidumbre lleva a muchas personas a un malestar emocional, es por ello que esta aplicación les invita a conocer cuáles son las causas y consecuencias del TCA, cual es el papel del cuidador en este camino de recuperación, qué señales de alarma deben alertarnos y qué mitos y creencias existen en la sociedad vigente.

Desde otro ángulo, podemos encontrar a cuidadores que se encuentren en una situación de desesperanza en la que necesiten ayuda práctica inmediata. Para ello, se creó un apartado que contiene estrategias prácticas útiles para el día a día basándose en diferentes situaciones.

Por último, nuestra app cuenta con un apartado de ayuda emocional y apoyo en el que el intercambio de experiencias y la interacción con otros cuidadores puede aliviar la culpa, la vergüenza y el miedo. Se ha demostrado que el intercambio de experiencias puede ser útil para rebajar la culpa y aumentar la motivación para continuar con el recorrido de la recuperación de la enfermedad del TCA (Rhodes, Brown, y Madden, 2009).

Sin embargo, existen limitaciones en este proyecto que se pretenden abordar en un futuro próximo. En este sentido, se trata de una aplicación que va dirigida a los cuidadores principales de usuarios diagnosticados con TCA. Por lo tanto, se olvida de aquellas personas relevantes para la vida del paciente que no son considerados adultos custodios como a lo mejor puede ser una pareja o un amigo cercano. En futuros programas tendría mucha utilidad ampliar la App y que se les incluyera, ya que estos podrían contar también con las habilidades y los conocimientos para abordar el máximo de ambientes posibles de la vida del paciente.

El programa intenta diferenciar por apartados las necesidades que pueden requerir globalmente los cuidadores en cada momento. Sin embargo, al ser una aplicación que recoge a todos los cuidadores, es más complicado diferenciar las etapas en las que se puede encontrar cada uno individualmente. Lo idóneo sería conseguir una aplicación más personalizada para cada cuidador en futuros proyectos. Además, una idea futura de investigación sería especificar como criterio de exclusión la retirada de aquellos pacientes que se encuentren en riesgo vital o requieran de tratamientos hospitalarios, ya que estos necesitan de un tratamiento especializado.

En definitiva, este proyecto ha dado lugar al nacimiento de una propuesta innovadora y esperanzada: una aplicación basada en la inclusión de los cuidadores en el proceso de superación de un TCA de una forma más beneficiosa y activa; uniendo diferentes

perspectivas en torno a las diferentes necesidades de ayuda que crean estas enfermedades, como son la prevención, el tratamiento y el apoyo emocional; orientando a los cuidadores para que puedan manejar la situación de la forma más llevadera posible y todas ellas siguiendo la misma línea encaminadas a la reducción y eliminación del TCA de los adolescentes y a la reducción del malestar de los cuidadores.

Por todo ello, nos gustaría finalizar con la propuesta del presente proyecto con la siguiente cita:

‘El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden alterar sus vidas al alterar sus actitudes mentales’ -William James.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Adelantado, G. (2001). *Guia per a educadors i educadores de la prevenció dels trastorns del comportament alimentari: anorèxia i bulímia*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- Adobe. (2018). *Recurso de plataforma digital*. Recuperado EL 28 de marzo de 2020, de: <https://www.adobe.com/la/products/xd.html>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 edición. Arlington: APA.
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Psicooncología*, 5(2/3), 359-381.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Calvo, R (2002) *Anorexia y bulimia guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona. Planeta prácticos.
- Canalda, M. G., Villanueva, J. C., y Rodríguez, M. C. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). *Atención primaria*, 31(3), 178-180. Recuperado 22 Marzo 2020, de: <https://core.ac.uk/download/pdf/82316192.pdf>
- Cejas Sosa, M. D. (2019). Campaña TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado el 22 de Marzo 2020, de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/17109/Campana%20TCA%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf?sequence=1>
- Cervera, P., Clapés, J., y Rigolfas, R. (2001). Introducción. *Alimentación*. (pp. 22-23) McGraw-Hill. Madrid: Interamericana
- Cipriano, D. D., y Touriño, D. A. G. Educar y crecer en salud. (2010). *Educar para crecer en salud*. El papel de los padres y educadores en la prevención de los trastornos alimentarios. Recuperado el día 23 Marzo de 2020, de: http://www.institutotomas Pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_Educar_y_Crecer.pdf

- Coleman, J. C., y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Según la normativa legal la adolescencia comienza con edad de 12 años (Krauskopf, D. (2003). Madrid: Ediciones Morata.
- Coomber, K., y King, R. M. (2013). A longitudinal examination of burden and psychological distress in carers of people with an eating disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 163-171. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0524-7>
- Cruzat, C., Ramirez, P., Melipillán, R., y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche (Santiago)*, 17, 81-90.
- Dallos, R., y Denford, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322. <https://doi.org/10.1177/1359104507088349>
- Díaz P., Matamoros, B. (2011). El análisis DAFO y los objetivos estratégicos. *Contribuciones a la economía*. Recuperado el 23 Marzo 2020, de: <http://www.eumed.net/ce/2011a/>
- Echeburúa, E. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 14.
- Enríquez, J. G., y Casas, S. I. (2014). Usabilidad en aplicaciones móviles. *Informes Científicos Técnicos - UNPA*, 5(2), 25-47. <https://doi.org/10.22305/ict-unpa.v5i2.71>
- Fairburn, C.G., y Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet* 361, 9355, 407-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1).
- Falloon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(1), 20-28.
- Fernández, L., y Solé Puig, 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). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3943>

- Ferré i Grau, C., Rodero Sánchez, V., Cid Buera, D., Vives Relats, C., y Aparicio Casals, M. R. (2011). *Guía de cuidados de enfermería cuidar al cuidador en atención primaria*. Recuperado el 28 de Marzo de 2020, de:
<http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>
- Ferreira-Herrera, D. C. (2016). El modelo CANVAS en la formulación de proyectos. *Cooperativismo & Desarrollo*, 23(107). <https://doi.org/10.16925/co.v23i107.1252>
- Filippi, J. L., Lafuente, G., y Bertone, R. (2016). Aplicación móvil como instrumento de difusión. *Multiciencias*, 16(3), 336-344.
- Fortier, M., y Harvey, J. (2017). Intervention psychoéducative de groupe pour les parents d'adolescents avec un trouble des conduites alimentaires: Faisabilité et satisfaction. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 219-228. <https://doi.org/10.7202/1041924ar>
- Garner, D. M., Fairburn, C. G., y Davis, R. (1987). Cognitive-Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa: A Critical Appraisal. *Behavior Modification*, 11(4), 398-431. <https://doi.org/10.1177/01454455870114002>
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
- Gómez, M. T., Bustamante, R., & Jódar, R. D. A. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 7-16.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., y Venegas, M. (2002). Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Revista de Psicología*, 11(1). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2002.17211>
- Guillermina Sainos-López, D., Sánchez-Morales, M., Vázquez-Cruz, E., y Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54-57. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30049-9](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30049-9)

- Gutierrez, E., Sepulveda, A., Anastasiadou, D., y Medina-Pradas, C. (2014). Programa de Psicoeducación Familiar para Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22.
- Haigh, R., y Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CANAM). *European Eating Disorders Review*, 11, 125-141. <https://doi.org/10.1002/erv.487>
- Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S. R., y Paxton, S. J. (2015). Parents and prevention: A systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 157-169. <https://doi.org/10.1002/eat.22284>
- Iglesias, R. (2015) Escuela de padres y Trastornos de la conducta alimentaria. *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica* (pp. 389-412). Tarragona: Publicaciones ALTARIA, S.L.
- 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.
- Jorquera, M (2015) Intervención en familiares de pacientes con trastornos alimentarios. *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica* (pp. 369). Tarragona: Publicaciones ALTARIA, S.L.
- Krauskopf, D. (2003). Los derechos y las características de la preadolescencia y adolescencia. *Costa Rica: UNFPA*
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., y Mayman, S. (2016). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23. <https://doi.org/10.1002/cpp.1933>
- Lambruschini, N., Leis, R. (2020) 8-TCA-manual. Recuperado el 23 de Marzo de 2020, en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-cesar-vallejo/psicologia-educativa/otros/8-tca-manual/7859129/view>

- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., y Canetti, L. (2002). Attachment Style and Family Functioning as Discriminating Factors in Eating Disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599. <https://doi.org/10.1023/A:1021273129664>
- Le GRANGE, D., CROSBY, R. D., y LOCK, J. (2008). Predictors and Moderators of Outcome in Family-Based Treatment for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 464-470. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181640816>
- Le Grange, D., y Lock, J. (2013) Un tratamiento de la anorexia nerviosa adolescente basado en la familia: La aproximación Maudsley. *Salud mental*. Recuperado el 22 Marzo de 2020, de: http://maudsleyparents.org/images/le_Grange_Espanol.pdf
- López-Gómez, I. (s. f.). (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 23. 529-548.
- Madrid, J. M. L., López, J. M., Sallés, N., y Tenas, N. S. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia: Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Nau Llibres (Edicions Culturals Valencianes, S.A.). <https://books.google.es/books?id=DLTFehdZviQC>
- Mansson, J., Parling, T., y Swenne, I. (2016). Favorable effects of clearly defined interventions by parents at the start of treatment of adolescents with restrictive eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 92-97. <https://doi.org/10.1002/eat.22379>
- Marcos, Y. Q., y Cantero, M. C. T. (2010). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/rlp*, 40(2), 259-280.
- Martínez Martín, M.^a. (2015) *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica*. Tarragona: Publicaciones ALTARIA, S.L.
- Martín-Mor, A. (2016). La localització de l'apli de missatgeria Telegram al sard: L'experiència de Sardware i una aplicació docent. *Tradumàtica: tecnologies de la traducció*, 14, 112. <https://doi.org/10.5565/rev/tradumatica.176>

- Matveikova, I. (2011). *Inteligencia digestiva: una visión holística de tu segundo cerebro*. España: La Esfera de los Libros.
- Mejía, H. D. C., Díaz, A. D., Sierra, C. M., y Monsalve, J. G. M. (2003). Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo. *Estudiantes universitarias de primer y segundo año*. 13.
- Ministerio de sanidad y Consumo (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Gobierno de España.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L., y Minuchin, S. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Muñoz, M. (2011). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*, 1, 255-267.
- Navarro, L. L., y Jiménez, M. N. G. (2005). *Aproximación cognitivo-conductual*. 13.
- Nicholls, D. E., y Yi, I. (2012). Early intervention in eating disorders: A parent group approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 357-367.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00373.x>
- Palazzoli, M. S. (1985). Anorexia Nervosa: A Syndrome of the Affluent Society. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 4, 3, 12-16.
<https://doi.org/10.1521/jsst.1985.4.3.12>
- Perpiñá Tordera, C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Madrid: síntesis.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M.^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Ramos, P., de Eulate, L. P., Liberal, S., y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, (15-16), 65-73.
- Rhodes, P., Brown J., y Madden, S. (2009). The Maudsley Model of Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Evaluation of Parent-to-Parent

- Consultation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 2, 181-92.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00115.x>.
- Ringer, F., y Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 15, 119-30. <https://doi.org/10.1002/erv.761>.
- Ríos, A. E. R., y Galán, M. G. N. (2012). Cuidadores: Responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurología*, 11(3), 7.
- Rodriguez, JM., Merlino, H., Fernández, E. (2014), Comportamiento adaptable de Chatbots. *Revista Latinoamericana de ingeniería de Software Dependiente del Contexto*, 2, 2. <https://doi.org/10.18294/relais.2014.115-136>
- Ruíz Martínez, Ana Olivia, Vázquez Arévalo, Rosalía, Mancilla Díaz, Juan Manuel, Viladrich i Segués, Carme, y Halley Castillo, María Elizabeth. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57. Recuperado en 30 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es&tlng=es.
- Ruiz-Martínez, Ana Olivia, Vázquez-Arévalo, Rosalía, Mancilla-Díaz, Juan Manuel, López-Aguilar, Xochitl, Álvarez-Rayón, Georgina L., y Tena-Suck, Antonio. (2009). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. Recuperado em 31 de maro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200012&lng=pt&tlng=es
- Sainos-López, D. G., Sánchez-Morales, M. T., Vázquez-Cruz, E., & Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención familiar*, 22(2), 54-57.
- Sandín, B. (2003). Escalas Panas de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Santamaria-Puerto, Gustavo, y Hernandez- Rincon, Erwin (2015). Aplicaciones Médicas Móviles definiciones, beneficios y riesgos. *Salud Uninorte*, 31(3), 599-607.

- Santos, C., Pimenta, C., Nobre, R. (2007). Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Sariñana González, P., Ruíz, N., Pla, V., Moreno, E., y Molla Albiol, L. (2015). Disminución del cortisol y mejora del estado de ánimo tras un programa psicoeducativo en cuidadores informales de personas con trastorno de la conducta alimentaria (TCA): un estudio preliminar. *Informació Psicològica*, 110, 38-50.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M., y Eisler, I. (2007). A Randomized Controlled Trial of Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents With Bulimia Nervosa and Related Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 591-598. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.591>
- Sepulveda, A. R., Todd, G., Whitaker, W., Grover, M., Stahl, D., y Treasure, J. (2010). Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 603-610. CABDirect. <https://doi.org/10.1002/eat.20749>
- Spettigue, W., Maras, D., Obeid, N., Henderson, K. A., Buchholz, A., Gomez, R., y Norris, M. L. (2015). A Psycho-Education Intervention for Parents of Adolescents With Eating Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Eating Disorders*, 23(1), 60-75. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.940790>
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J., y Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 147-157. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199603\)19:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-N)
- Striegel-Moore, R. H., y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181.

- Strober, M., y Johnson, C. (2012). The need for complex ideas in Anorexia Nervosa: Why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *The International journal of eating disorders*, 45, 155-178. <https://doi.org/10.1002/eat.22005>
- Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Treasure, J., Sepulveda, A., Macdonald, P., Whitaker, W., Cqsw, Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O., y Todd, G. (2008). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health* 4, 1939-5930.
- Treasure, J., Smith, G., y Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación: Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Treasure, J., Smith, G., y Crane, A. (2008). Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The New Maudsley Method. *Mental Health Practice*.
- Treasure, J., y Lopez, C. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Tema central: Medicina de la adolescencia*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Treasure, Janet, y Gill Todd. «Interpersonal Maintaining Factors in Eating Disorder: Skill Sharing Interventions for Carers». En *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders*, editado por Yael Latzer y Daniel Stein, 125-37. Cham: Springer International Publishing, 2016. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32742-6_9.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., y Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505. <https://doi.org/10.1348/000711201161145>
- Whitney, J., Murphy, T., Landau, S., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., y Treasure, J. (2012). A Practical Comparison of Two Types of Family Intervention: An Exploratory RCT of Family Day Workshops and Individual Family Work as a Supplement to Inpatient Care for Adults with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 142-150. <https://doi.org/10.1002/erv.1076>

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: *clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Recuperado el 22 de abril de 2020, de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., y Zerbe, K. J. (2014). Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition. *FOCUS*, 12(4), 416-431. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.120404>

Zabala, M. J., Macdonald, P., y Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338-349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>

5. ANEXOS

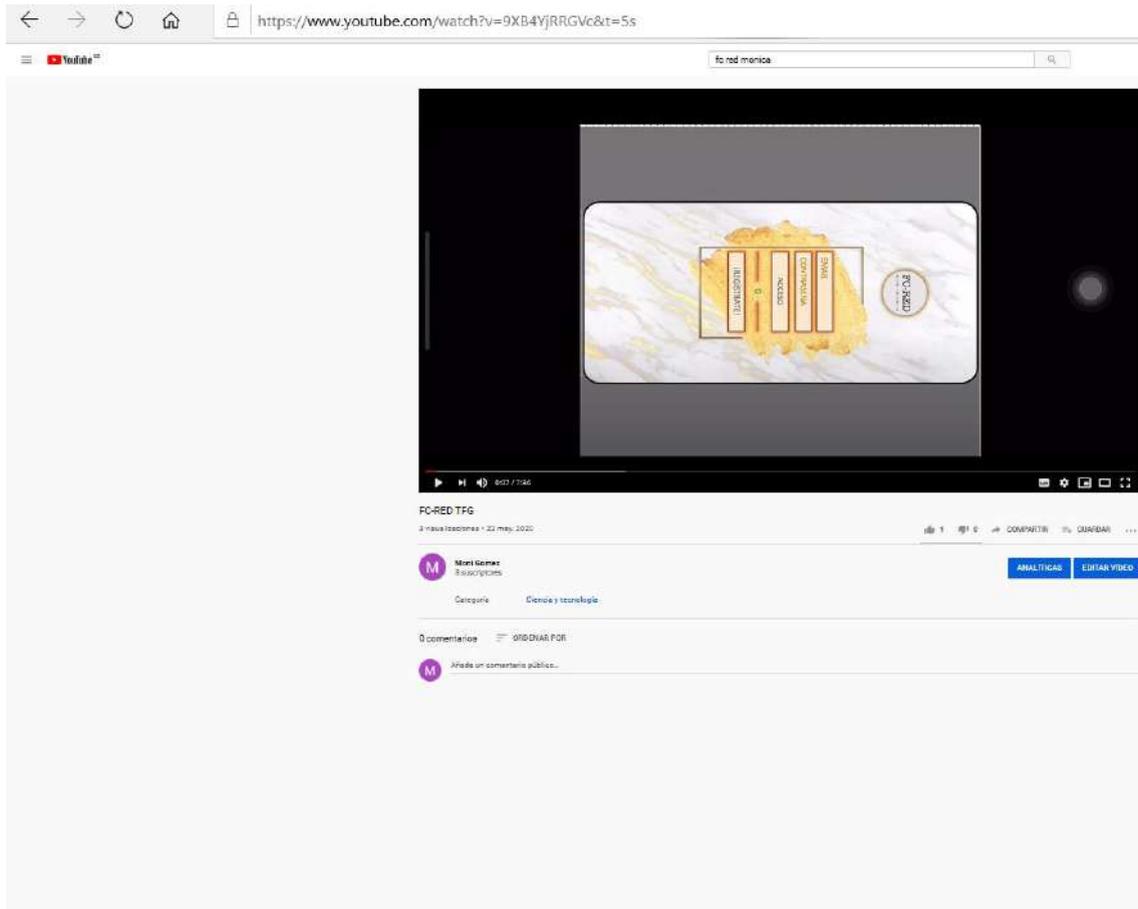
A) Estructura App

Bloques	Apartados	Objetivos
1. Psicoeducación	Causas y consecuencias TCA Mitos y creencias ¿Qué cuidador soy? Señales de alarma	Ofrecer información para aumentar su comprensión.
2. Estrategias prácticas	¿ <i>Qué deberíamos hacer ante...?</i> Preparar una conversación Insatisfacción corporal Pensamiento de fracaso Baja tolerancia a la frustración Impulsividad Necesidad de control Autoestima Perfeccionismo ¿ <i>Qué no deberíamos hacer ante...?</i> <i>Caminando juntos</i> Actividades ocio	Ofrecer herramientas para cada situación real en la que puedan encontrarse. Por lo tanto, aumentar la sensación de control y manejar estas de la mejor forma posible. Transmitir la importancia del tiempo de calidad a través del ocio en familia.
3. Comunidad	Grupo Telegram	Interacción con otros cuidadores
4. Complemento transversal: Chatbot	Cuestionario Panas (Inicio y final) Cuestionario Satisfacción Psicoeducación y Estrategias prácticas Cuestionario Valoración APP Recordatorios, orientaciones, tips.	Recogida de información sobre la App Actuar como un termómetro emocional Aportar feedback y retroalimentación positiva Ofrecer apoyo, dinámica e interacción.

A. Figura estructura App

B) Aplicación

Se puede encontrar la explicación de como se utiliza en formato gráfico y comprensible en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=9XB4YjRRGVc&t=5s>

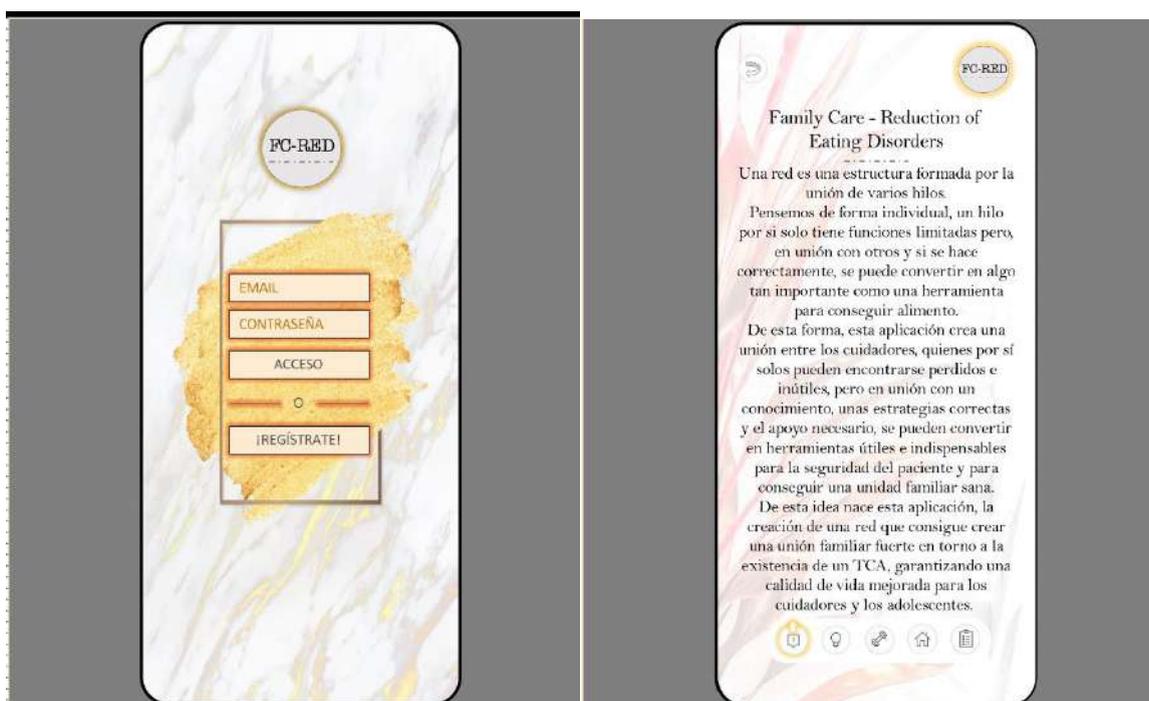


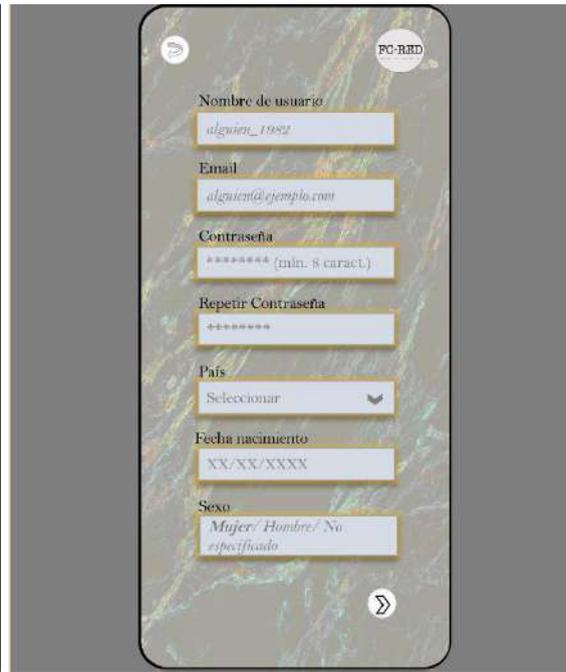
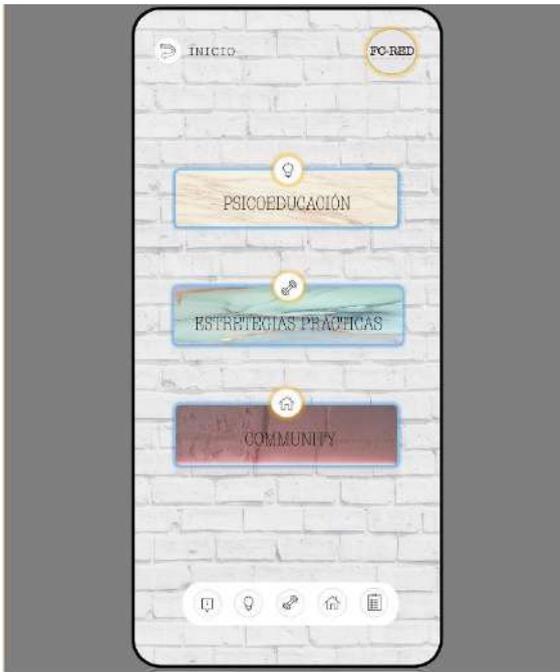
B.1 Imagen vídeo Youtube

No se han incluido todas las diapositivas, solo aquellas que se consideran más imprescindibles. Para una mayor visualización de la App y de su contenido se puede acceder al PowerPoint en el siguiente enlace:

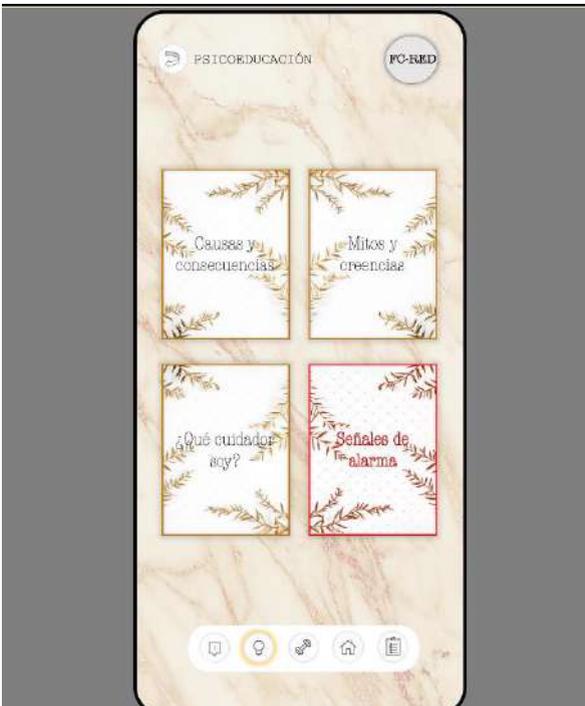
<https://documentcloud.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:9aaaf1c0-2aa0-43d6-a57a-09484cc21569>

A.2 Inicio FC-RED

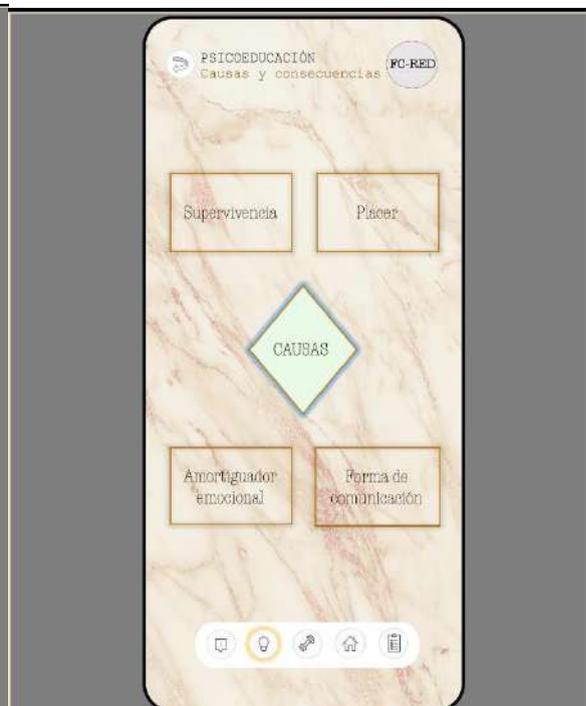




B. 3 Apartado 1. Psicoeducación



Menu Psicoeducación



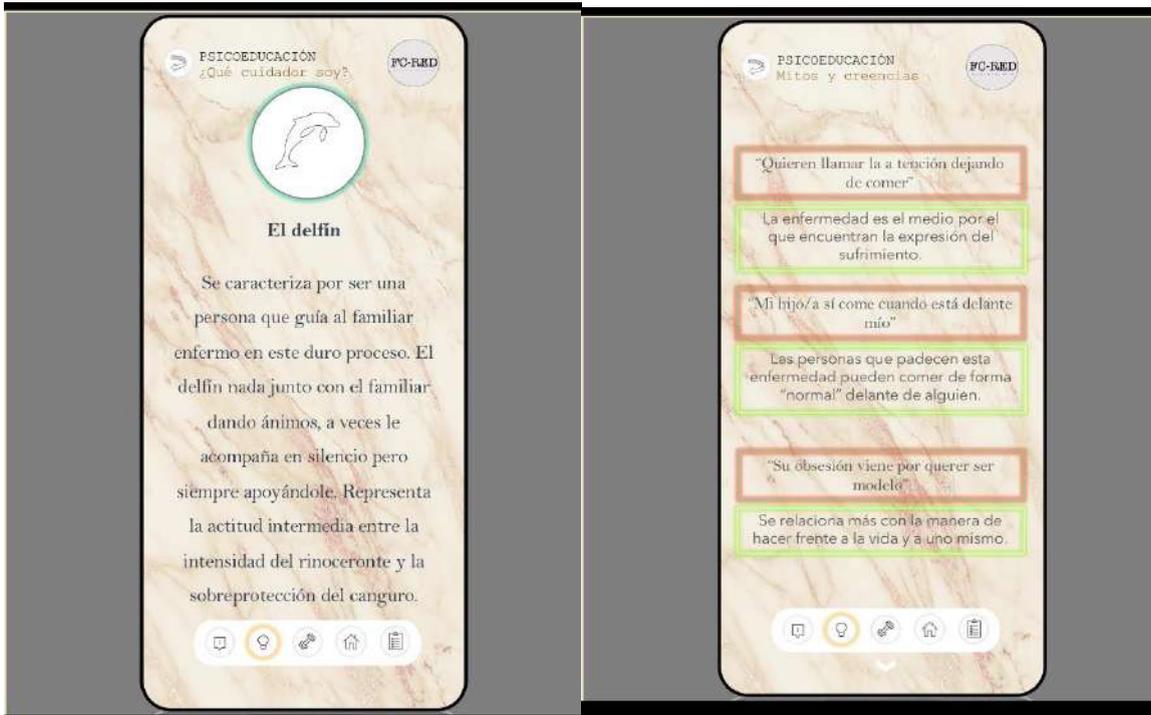
Causas



Consecuencias



¿Qué cuidador soy?

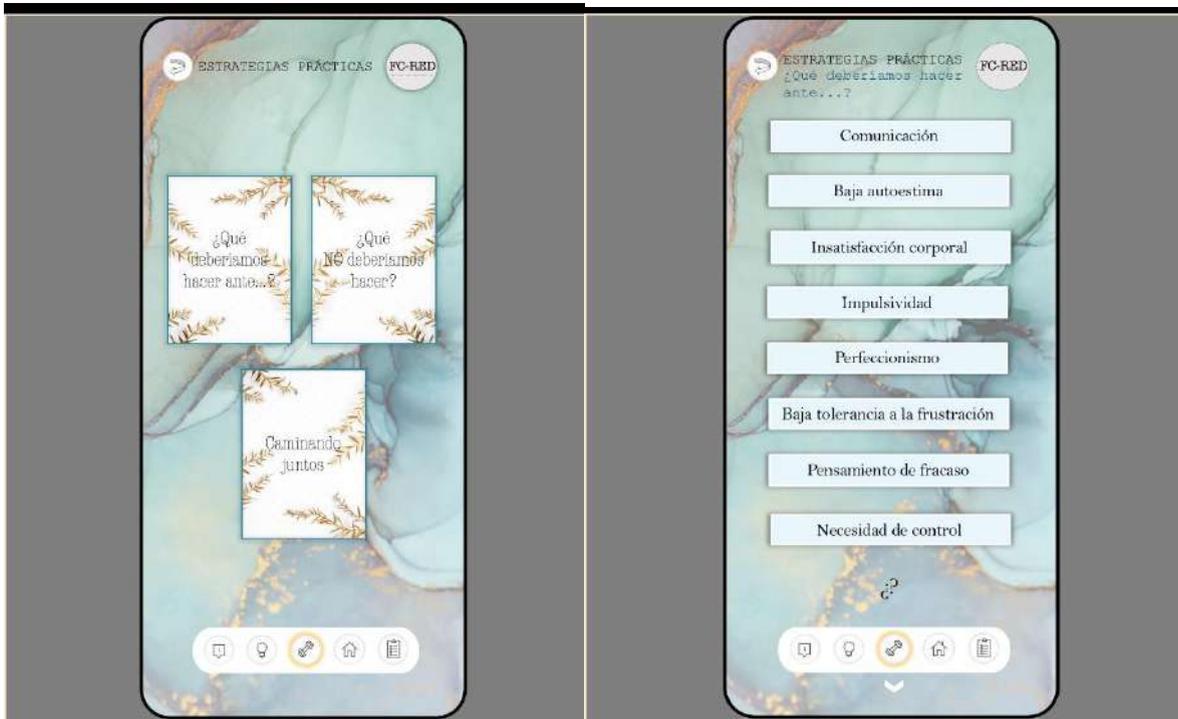


Mitos y creencias



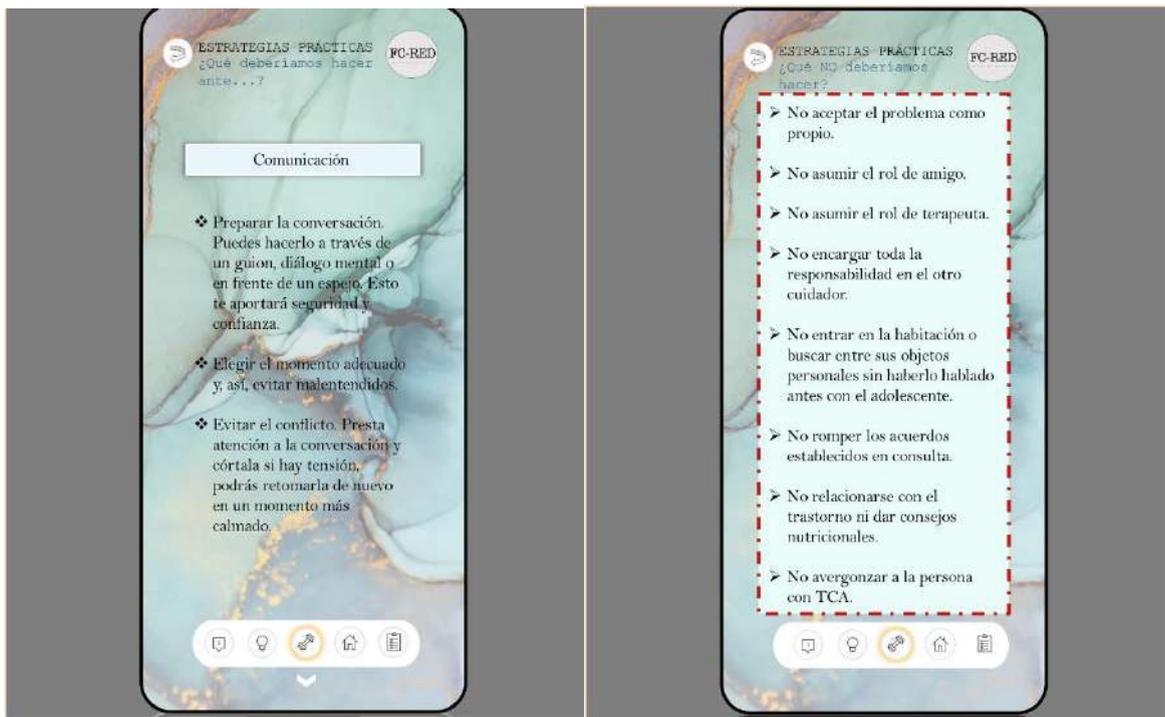
Señales de alarma

B. 4 Apartado 2. Estrategias prácticas

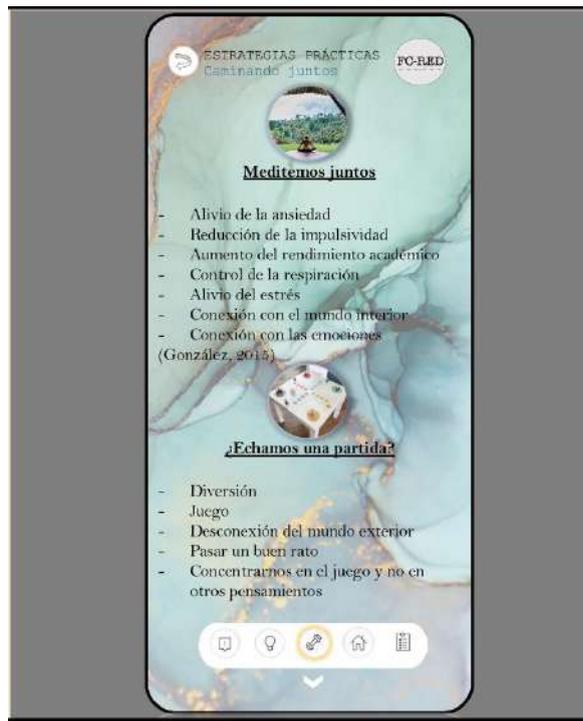


Menu Estrategias prácticas

¿Qué debería hacer ante?

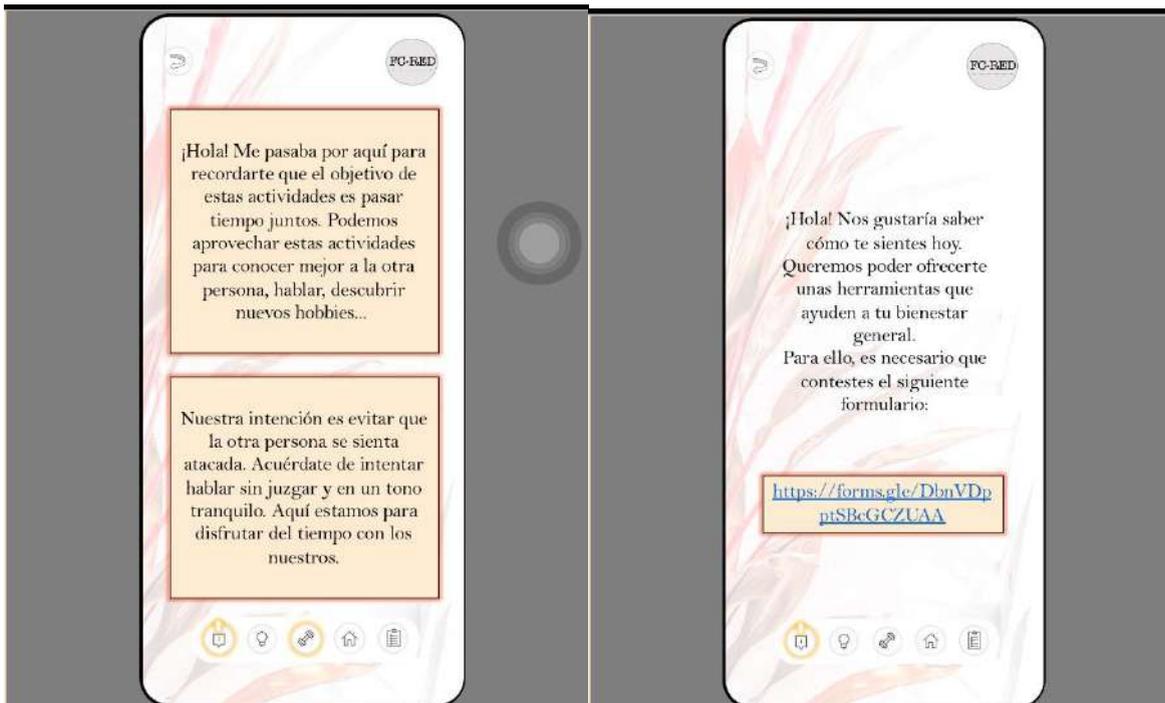


¿Qué no debería hacer?

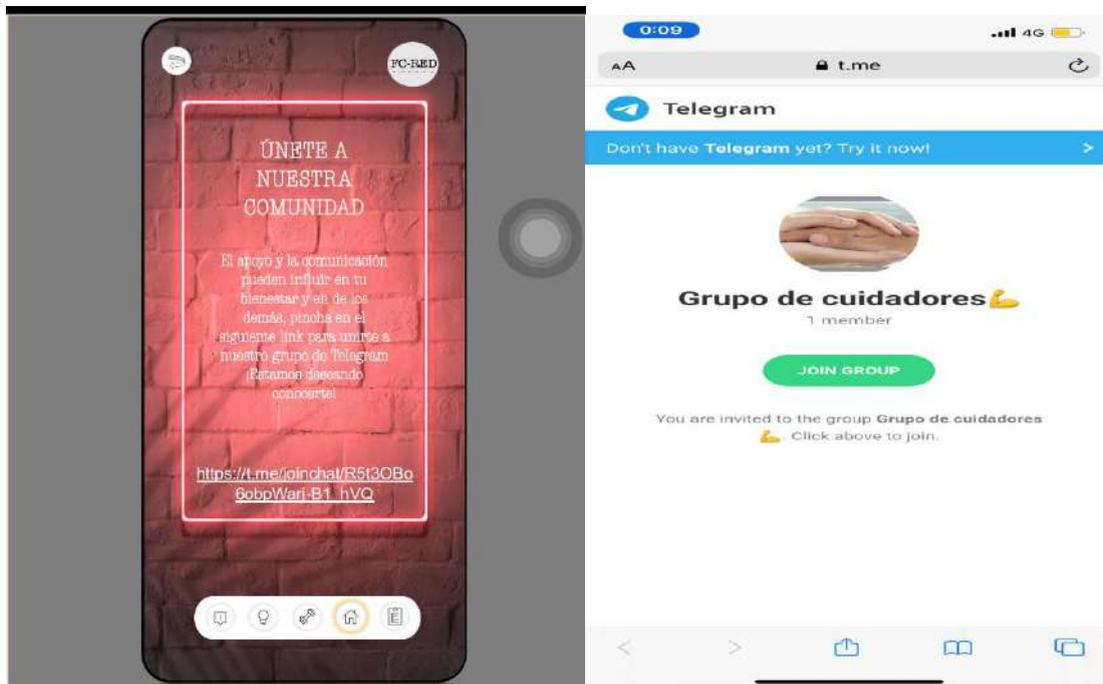


Caminando juntos

B. 5 Complemento transversal. Chatbot.



B.6 Apartado 3. Comunidad.



B.7 Grupo de cuidadores en Telegram.



C) Cuestionarios empleados en Chatbot:

C.1 Panas inicio y final

14:29 4G

docs.google.com

CUESTIONARIO PANAS

A continuación le van a aparecer un listado de palabras que hacen referencia a su estado o sus sentimientos. Lea cada uno y seleccione el numero de intensidad que se identifique con su estado actual. Los números van desde 1 (nada o casi nada) hasta 5 (mucho o extremadamente).

1. Activo

1 2 3 4 5

Nada o casi nada Mucho o extremadamente

2. Motivado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada Mucho o extremadamente

3. Orgullosa

1 2 3 4 5

61

3. Orgullosa

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

4. Entusiasmado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

5. Atento

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

6. Decidido

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente



7. Inspirado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

8. Interesado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

9. Estimulado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

10. Alerta

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

11. Avergonzado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

12. Culpable

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

13. Miedoso

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

14. Asustado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

15. Atemorizado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada

○ ○ ○ ○ ○

Mucho o extremadamente

16. Irritable

1 2 3 4 5

Nada o casi nada

○ ○ ○ ○ ○

Mucho o extremadamente

17. Nervioso

1 2 3 4 5

Nada o casi nada

○ ○ ○ ○ ○

Mucho o extremadamente

18. Disgustado

1 2 3 4 5

Nada o casi nada

○ ○ ○ ○ ○

Mucho o extremadamente





Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

19. Hostil

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

20. Tenso

1 2 3 4 5

Nada o casi nada



Mucho o extremadamente

Enviar

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
[Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios



C.2 Satisfacción Psicoeducación



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE PSICOEDUCACIÓN

A continuación se le va a presentar un cuestionario para evaluar el grado de satisfacción al finalizar el apartado de Psicoeducación. La respuesta oscilará del 1 al 5, siendo el 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta.

Sus conocimientos acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han aumentado.

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Comprende mejor las conductas de la persona con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Comprende mejor la importancia de las conductas de los miembros familiares sobre la persona con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Enviar

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

C.3 Satisfacción estrategias prácticas

14:34 4G

docs.google.com

Percibe un mejor clima familiar

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Resuelve las dificultades familiares más fácilmente que antes

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Ha sido capaz de identificar conductas que dificultaban la relación con los demás miembros

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Ha percibido una mejor relación tras compartir experiencias juntos

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

C.4 Valoración Final App

14:36 4G

AA docs.google.com

Valoración final de la App

A continuación se le va a presentar un cuestionario para evaluar de forma general la App. La respuesta oscilará del 1 al 4, siendo el 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta.

Señala el grado de satisfacción general de la App

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Señala el grado de utilidad de la App

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Señala el grado de utilidad de la App

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Señala su grado de participación en la App

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Señala el grado de satisfacción general respecto a las actividades propuestas en las sesiones

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

Señala el grado de satisfacción respecto al diseño de la App

1 2 3 4 5

Poco o nada Mucho

