



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

“Programa de intervención grupal en familiares y pacientes con Anorexia Nerviosa”

Presentado por: D^a Arantxa Campos León.

Tutor académico: Dr. D. Iván Blanco Martínez.

Alcalá de Henares, 14 de marzo del 2021.

ÍNDICE

1.Marco teórico.....	2
1.1 Conceptualización y síntomas de la Anorexia Nerviosa.....	2
1.1.1 Síntomas cognitivos.....	3
1.1.2 Síntomas conductuales.....	3
1.1.3 Síntomas emocionales.....	4
1.1.4 Síntomas físicos.....	6
1.2 Etiología de la Anorexia Nerviosa.....	6
1.2.1 Factores psicológicos.....	6
1.2.2 Factores socioculturales.....	7
1.3 Epidemiología y curso de la Anorexia Nerviosa	9
1.4. Regulación emocional: características y modelo explicativo.....	10
1.5 Intervenciones terapéuticas en Anorexia Nerviosa.....	13
1.5.1 Terapia familiar.....	14
1.5.2 Terapia Cognitivo-conductual (TCC).....	14
1.5.3 Programas de TCC para Anorexia Nerviosa.....	15
1.5.4 Principales puntos fuertes y débiles de la TCC.....	18
1.6 Objetivos: generales y específicos.....	22
2. Metodología.....	23
3. Programa de intervención complementario a la TCC aplicado a pacientes y familiares de Anorexia Nerviosa.....	24
3.1 Bloque 1: Regulación emocional en pacientes con Anorexia Nerviosa.....	24
3.2 Bloque 2: Intervención con familiares y/o allegados de pacientes con Anorexia Nerviosa.....	34
4. Evaluación del programa de intervención.....	40
5. Cronograma del programa de intervención.....	40
6. Conclusiones.....	42
Referencias.....	45
Anexo.....	52

Resumen

La intervención propuesta se realiza con el fin de superar las posibles limitaciones de los programas de Terapia Cognitiva-Conductual dirigidos a pacientes que presentan Anorexia Nerviosa (AN). Por ello, se presentan dos componentes clave, en primer lugar, un bloque dirigido a la mejora del procesamiento y regulación emocional de las personas que presentan este tipo de alteración de la conducta alimentaria. En segundo lugar, otro bloque enfocado a los familiares y/o allegados de estos pacientes, con el objetivo de mejorar el ambiente familiar, a través de la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de gestión de situaciones difíciles relacionadas con el trastorno alimentario.

Abstract

The proposed intervention is performed in order to overcome the possible limitations of Cognitive-Behavioral Therapy programs aimed at patients with Anorexia Nervosa (AN). Therefore, they present two key components, first, a block aimed at improving the processing and emotional regulation of people who present this type of eating behavior disorder. Secondly, another block focused on the relatives and/or relatives of these patients, with the aim of improving the family environment, through psycho-education, training in communication skills and management of difficult situations related to eating disorder.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, regulación emocional, intervención familiar.

Key words: Anorexia Nervosa, emotional regulation, family intervention.

1.MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización y síntomas de la Anorexia Nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan una serie de características que dan lugar a una diversa sintomatología clínica que incluye tanto al área física, psicológica y social de la persona que padece este tipo de patologías (Perpiñá, 2015).

Los criterios diagnósticos que describe el DSM-5 para el trastorno por Anorexia Nerviosa (AN) hacen referencia en primer lugar a una restricción de la ingesta que da lugar a un bajo peso corporal según las características de sexo, edad, y desarrollo de referencia para el sujeto. Por otro lado, se menciona que es necesario la presencia de un elevado miedo a incrementar el peso, lo que tiene lugar incluso cuando la persona se encuentra en un severo infrapeso. A su vez, junto con el miedo a subir de peso, se da una alteración de la imagen corporal, relativa a la forma en que la persona percibe su cuerpo y/o negación de la gravedad que implica el bajo peso que presenta.

Por otra parte, en cuanto a los especificadores que propone el DSM-5, se encuentran los siguientes, en primer lugar, se diferencia entre dos subtipos de Anorexia Nerviosa. El subtipo restrictivo, que se caracteriza por no presentar en los últimos 3 meses, conductas de atracones y/o purgas, manteniéndose en este caso el bajo peso, a través de la dieta restrictiva y la intensa realización de ejercicio físico. Mientras que, en el subtipo purgativo, tiene lugar la presencia de atracones y/o purgas de manera recurrente.

Existen diferencias significativas entre ambos subtipos de Anorexia Nerviosa (Perpiñá 2001). El subtipo purgativo se caracteriza por la presencia de mayores niveles de inestabilidad emocional, distimia, impulsividad, así como mayores comportamientos adictivos. De manera que, la presencia de conductas purgativas en la AN, da lugar a un mayor nivel de impulsividad motora y una menor capacidad de autocontrol (Claes, Vandereycken y Vertommen, 2005; Díaz-Marsá et al. 2008). Frente al subtipo de AN

restrictivo, en el que se da con mayor frecuencia niveles elevados en variables tales como la hiperresponsabilidad, el perfeccionismo y/o sentimientos de ineficacia.

A continuación, en el siguiente apartado, se analizan los diversos síntomas que constituyen la Anorexia Nerviosa, tanto a nivel cognitivo, emocional, conductual, así como las repercusiones físicas a las que da lugar dicho trastorno.

1.1.1 Síntomas cognitivos

El síntoma más característico de la Anorexia Nerviosa sería un intenso deseo de adelgazar y perder peso. Esta característica, suele estar asociada a pensamientos centrados en cómo conseguir tal fin. De modo general, se producen ideas sobrevaloradas entorno al peso, la imagen corporal y el deseo férreo de alcanzar el ideal de delgadez. En ese sentido, como señala Perpiñá (2015), se trataría de ideas sobrevaloradas respecto a la delgadez, y cómo esta se encuentra relacionada con la consecución del éxito social, de manera que estas ideas son un aspecto nuclear del sistema de creencias de los pacientes con TCA. Por otro lado, relacionado con estas rumiaciones, suelen presentarse distorsiones cognitivas, en forma de generalización, pensamiento dicotómico, magnificación o abstracción selectiva (Perpiñá, 2015).

Respecto de la imagen corporal, es frecuente la existencia de insatisfacción corporal junto con una alteración de la imagen corporal, en forma de distorsiones del tamaño corporal. Además, suelen presentar dificultades en la percepción de señales corporales (hambre, sed o frío), que en ocasiones funcionan como claves de estar consiguiendo esa ideal de delgadez (Bruch, 1973).

1.1.2 Síntomas conductuales

En cuanto al nivel conductual, cabe diferenciar entre diversos aspectos que se encuentran alterados como serían la pauta de ingestión alimentaria, el excesivo ejercicio físico, los rituales entorno a la imagen corporal y la interacción social (Perpiñá, 2015).

En relación a la pauta de ingesta alimentaria, ésta se encuentra alterada presentándose una restricción progresiva de la ingesta de alimentos. A su vez, puede darse la aparición de atracones, en los que se ingiere una gran cantidad de comida, entre 600 y 2000 calorías, y con una velocidad de ingesta mayor de lo habitual (Perpiñá, 2015).

Por otro lado, es frecuente la alteración a nivel de la propia conducta de ingesta, en cuanto a una mayor lentitud al comer, cortado de los alimentos en exceso u ocultación de los mismos. Además de la alteración en cuanto a la ingesta alimentaria, también suele presentarse una ingesta escasa o excesiva de líquidos, lo que, junto con el resto de restricciones alimentarias, dan lugar a diversas repercusiones en el plano físico.

Por otro lado, respecto a las conductas denominadas compensatorias, que tienen como fin conseguir mantener o bajar de peso, se pueden diferenciar entre de tipo purgativo o no purgativo. Las del primer grupo, incluyen el uso de laxantes, diuréticos o vómitos inducidos. Mientras que las conductas compensatorias no purgativas, hacen referencia a la realización de actividad física excesiva, así como la realización de ayunos o restricción alimentaria. Por otro lado, es frecuente en Anorexia Nerviosa, la presencia de hiperactividad referida a comportamientos tales como una excesiva dedicación al trabajo y/o estudios, así como una disminución en las horas de sueño.

Por último, asociado con la imagen corporal, se dan conductas de evitación como no pesarse, no mirarse en el espejo determinadas zonas, no acudir a determinados lugares (gimnasios o piscinas), u ocultar determinadas partes del cuerpo con ropa o maquillaje. A la vez, que pueden darse conductas de comprobación, como sería pesarse o mirarse al espejo de manera compulsiva.

1.1.3 Síntomas emocionales

La esfera emocional es otro de los puntos que se encuentran alterados en el trastorno alimentario. En este sentido, cierta sintomatología afectiva como puede ser la

irritabilidad, la disforia o el humor depresivo se encuentran relacionados con el estado de malnutrición y bajo peso al que llegan los pacientes con Anorexia Nerviosa. Del mismo modo, como señala Perpiñá (2015), es frecuente que las personas que padecen este tipo de trastorno, presenten una confusión de las emociones con las señales corporales.

Por otro lado, asociado con la preocupación sobre la imagen corporal, es frecuente que presenten emociones tanto de malestar, ansiedad o asco respecto de su propio cuerpo. No obstante, en el caso concreto de los pacientes con AN, es frecuente que a veces aparezcan emociones de orgullo relacionadas con el estado físico de extrema delgadez (Perpiñá, 2015).

Según diversos autores (Corcos, M. et al. 2000 y Karukivi M. et al., 2010), los pacientes con trastorno alimentario, muestran una dificultad para el reconocimiento de las emociones (alexitimia), así como una regulación inadecuada de las mismas, en forma de evitación y/o negación de las mismas. En este sentido, diversos autores señalan que las alteraciones comportamentales características de la Anorexia Nerviosa, serían una forma de evitación o regulación desadaptativa de las emociones. De modo que, tanto en el caso de la restricción alimentaria, como en el atracón, dichas alteraciones conductuales darían lugar a un refuerzo negativo en forma de alivio y/o escape de las emociones negativas (Fox y Froom, 2009; Parling, Mortazavi, Ghaderi, 2010; Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2010).

Según un estudio realizado por Pascual, Etxebarria y Cruz (2011), la dificultad en el procesamiento emocional se encuentra relacionada con la gravedad del trastorno alimentario, en cuanto a mayores niveles de restricción o de conductas purgativas. En la misma línea, se han encontrado resultados similares, Calvo et. al (2014), observaron que las pacientes con TCA que habían tenido intentos de suicidio, presentaban niveles mayores de alexitimia frente al grupo de pacientes que no

mostraban tales conductas autolesivas. Por lo tanto, los procesos de regulación emocional, parece un aspecto central del trastorno.

1.1.4 Síntomas físicos

A nivel físico, la pérdida de peso, en función de la magnitud de la misma puede derivar en una serie de complicaciones médicas que pueden poner en riesgo la salud de los pacientes con Anorexia Nerviosa, como señala Perpiñá (2015). En este sentido, algunos de las alteraciones que se pueden producir a nivel físico, como consecuencia de dicha pérdida de peso, serían las siguientes: deshidratación, hipotermia, hipotensión, bradicardia, arritmias, prolapso de la válvula mitral, insuficiencia cardíaca, edemas, lanugo, caída del cabello, amenorrea y osteoporosis.

1.2 Etiología de la Anorexia Nerviosa

Como se mencionó en apartados anteriores, en la actualidad, la etiología de los trastornos alimentarios, se considera fruto de la influencia de diversos factores: biológicos¹, psicológicos y sociales, explicándose, por lo tanto, a través de modelos multifactoriales. A continuación, se presentan cada uno de estos factores que se ha visto relacionado con la génesis de la Anorexia Nerviosa.

1.2.1 Factores psicológicos

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la relación que existe entre ciertas características de personalidad y los TCA. En el estudio realizado por Fassino et al. (2002), se mostró como en pacientes con Anorexia Nerviosa, en comparación con el grupo control, presentaban puntuaciones más elevadas en la dimensión de la Evitación del daño, así como puntuaciones significativamente más bajas en la dimensión de Autodirección, característica relacionada con la habilidad para la consecución de objetivos personales.

¹ En el presente trabajo, no han sido tratados los factores biológicos relacionados con la etiología de la Anorexia Nerviosa, dado que no es un objetivo que se persiga en el mismo.

La búsqueda de novedad, es otro constructo ampliamente estudiado (Zuckerman, 1979; Rossier et al., 2000), encontrándose puntuaciones más altas en pacientes con AN frente al grupo control. Al igual que respecto al perfeccionismo, que también se ha encontrado relacionado con la Anorexia Nerviosa (Fairburn et al. 1999). En este sentido, algunos autores como Roncero, Perpiñá y García-Soriano (2011), señalan como factores de vulnerabilidad para el TCA, ciertas características de personalidad junto al perfeccionismo, como serían la necesidad de orden, rigidez y constricción emocional.

Por otra parte, en diversos estudios realizados (López, Tchanturia Stahl y Treasure, 2008; Perpiñá, 2009), se ha puesto de manifiesto la existencia de variables de vulnerabilidad relacionadas con las funciones ejecutivas.

El papel que juega la insatisfacción corporal en el trastorno alimentario, se ha mostrado en diversos estudios que han relacionado esta variable con la realización de una dieta restrictiva (Saucedo-Molina y Gómez, 2004) o un mayor riesgo de presentar un trastorno de este tipo (Álvarez et al, 1998). En esta misma línea, en diversos estudios (Franco et al, 2013; Treasure J, Schmidt U., 2013), se considera la insatisfacción de la imagen corporal, como una variable tanto predisponente, precipitante y mantenedora del trastorno alimentario.

Por último, otro factor de vulnerabilidad al que se ha prestado atención para explicar la génesis de la Anorexia Nerviosa, ha sido el de la intolerancia emocional, en cuanto a las dificultades en identificar y/o procesar las emociones, como señala el estudio de Fairburn et al. (2003). En esta misma línea, según Perpiñá (2014), las alteraciones de la ingesta alimentaria tendrían como función regular esta dificultad emocional.

1.2.3 Factores socioculturales

Se ha postulado la influencia que ejerce en la sociedad actual, el ideal de belleza femenina el cual gira entorno a la delgadez como otra de las variables relacionadas en

la génesis de los TCA (Striegel-Moore y Bulik, 2007). El efecto de esta influencia, se muestra en el elevado número de casos de trastornos alimentarios que se encuentran en determinados grupos donde la importancia del ideal de cuerpo delgado es algo primordial, como ocurren entre actividades deportivas como las gimnastas o bailarinas. En ese sentido, algunos autores como Toro (2004) relacionan este ideal de delgadez con la insatisfacción corporal, la cual es una característica central en los trastornos de la conducta alimentaria.

Respecto a los factores socioeconómicos, diversos estudios (McClelland y Crisp, 2001; Lindberg y Hjern, 2003), han puesto de manifiesto que la Anorexia Nerviosa se presenta con mayor frecuencia entre personas con un nivel socioeconómico medio-alto.

Por otro lado, otra de las variables que han sido relacionadas con la Anorexia Nerviosa, ha sido el papel que juega la familia. En este sentido diversas características del entorno familiar, se han relacionado con la génesis y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Dianne Neumark-SztaineR, 2004). En dicho estudio, una de los factores de protección frente al desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria, fue la existencia de comidas familiares. El hecho de que los adolescentes asistan a las comidas familiares, permite una detección precoz de la presencia de alteraciones en la pauta de ingesta normotípica.

Por otro lado, el estilo de apego es otra variable que se ha relacionado con el trastorno alimentario. Concretamente, el estilo de apego ansioso es más frecuente entre las familias de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (Ward et al. (2000). En esta misma línea, otros estudios (Meesters et al., 2007, Ruiz et al., 2010), encontraron resultados similares para el estilo de apego inseguro. De manera que, el tipo de apego que se establece, parece indicar ser una variable relacionada con la génesis de la Anorexia Nerviosa, y de los trastornos de la conducta alimentaria en general.

La psicopatología de los progenitores también ha sido una variable ampliamente estudiada (Fairburn et al., 1998). A este respecto, se ha relacionado una mayor presencia del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, adicciones y depresión en las familias con pacientes de Anorexia Nerviosa. Se han estudiado, aunque no sin ciertas dificultades metodológicas, otro tipo de variables familiares que también pueden considerarse un factor de riesgo como serían las conductas de hipercontrol de los progenitores, así como actitudes críticas de los mismos. Al contrario, se ha postulado como un factor protector frente a los trastornos alimentarios, la existencia de una relación positiva con los progenitores, a la vez que se ha relacionado con una pauta de alimentación más saludable de los hijos éstos (Byely et al. 2000).

1.3 Epidemiología y curso de la Anorexia Nerviosa

La prevalencia de la Anorexia Nerviosa fluctúa, según los estudios, entre el 0.3 y el 3.7 (ver Ruíz-Lázaro, 2002). A su vez, diversos autores señalan que la presencia de este tipo de patologías se ha visto incrementada entre las sociedades occidentales en la última década (Hoek, 2003; Mateo et al., 2013).

En la AN, lo habitual es que el comienzo del trastorno se sitúe entre los 13-18 años, asociado con un periodo de restricción o dieta alimentaria que se da junto con algún acontecimiento vital estresante. Por otro lado, en diversos estudios realizados (Eddy et al 2008, Bulik et., al 1997), se ha puesto de manifiesto que la mitad de los pacientes con AN desarrollan atracones y trastorno bulímico.

En relación a la tasa de mortalidad, ésta oscila entre el 0-2% al 5% (Steinhausen, 2002). Entre los factores asociados con un mayor índice de mortalidad serían el bajo peso deseado, intentos de suicidio previos, uso de diuréticos, así como una mayor duración del trastorno y mayor edad de los pacientes. En estudios de seguimiento de

20 a 30 años, la tasa de mortalidad aumenta hasta niveles del 20%, asociado a las complicaciones físicas o suicidio.

Por otro lado, en cuanto a la recuperación del trastorno, se encontraron datos de una recuperación total de la Anorexia Nerviosa en menos del 50% de los casos, el 30% lograban alcanzar una mejoría parcial persistiendo algunos síntomas residuales, mientras que la cronificación del trastorno tenía lugar en el 20% de los mismos.

En cuanto a los datos relacionados con un buen pronóstico, cabe mencionar los siguientes: edad de inicio más temprana, menor número de ingresos y de duración del trastorno, buena relación familiar, apoyo social y nivel socioeconómico alto. Por el lado contrario, las variables asociadas con un peor pronóstico serían la presencia de conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes, ejercicio compulsivo), bajo peso alcanzado, periodo prolongado sin recibir tratamiento, así como patologías comórbidas al trastorno alimentario.

1.4 Regulación emocional: características y modelo explicativo

La regulación emocional hace referencia según Gross (1999), a *“aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”* (Gross, 1999, p.275). Por su parte, Thompson (1994), introdujo la funcionalidad de la regulación emocional dirigida a un determinado fin u objetivo, al definir la regulación emocional como *“los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”* (Thompson 1994, p. 27-28).

Mientras que la desregulación emocional haría referencia a dificultades referidas a la activación y/o efectividad de determinadas habilidades o estrategias de regulación emocional (Vázquez, 2006). En este sentido, según Hervás (2011), la desregulación emocional se puede explicar ateniendo a tres posibles dificultades. En primer lugar, se

alude a una desregulación emocional relacionada con un déficit de activación, en los procesos de regulación emocional que permitan revertir una experiencia afectiva displacentera. Este mecanismo, sería el que estaría afectado en las personas que presentan alteraciones del estado del ánimo como la depresión.

Por otra parte, la desregulación emocional se podría explicar a través de un déficit de eficacia, es decir, la activación de los procesos de regulación emocional, no son suficientes para conducir a una óptima regulación, dado que también es necesario una adecuada efectividad de las estrategias de dicha regulación. Estas dificultades, se dan en ciertas patologías, como serían los problemas de estrés postraumático, en los cuales las personas afectadas no han asimilado la experiencia traumática acontecida (Hunt, 1998). En esta misma línea, se señala como influye las dificultades en la aceptación emocional sobre la regulación de la experiencia afectiva (Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008).

Por último, se plantea como tercera hipótesis explicativa de la desregulación emocional, una aplicación de estrategias de regulación emocional que resultan disfuncionales. Dentro de las cuales, se encontraría la evitación o supresión emocional, que dan lugar a un incremento en la reacción emocional (Dalglish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Este tipo de estrategias desadaptativas se observan en ciertas problemáticas clínicas, como sería en los trastornos de consumo de sustancias o en las conductas autolesivas. En dichas patologías, el uso de este tipo de estrategias disfuncionales, aunque consiguen inicialmente el objetivo de reducir el malestar, dan lugar a consecuencias desadaptativas en el medio y largo plazo (Gratz, 2003). En este sentido, como se describió en apartados anteriores, en la Anorexia Nerviosa, tienen lugar ciertas dificultades en cuanto a la regulación emocional, siendo la restricción alimentaria una estrategia disfuncional dirigida a manejar el malestar emocional (Fox y Froom, 2009;

Parling, Mortazavi, Ghaderi, 2010; Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2010). Desde el modelo de procesamiento emocional desarrollado por Hervás (2011), se proponen seis fases a considerar para una regulación emocional adecuada. En la siguiente tabla, se describen dichos procesos:

Tabla 1

Modelo teórico de Hervás (2011)

Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional	
Proceso	Características
<i>Apertura emocional</i>	Hace referencia a las habilidades para acceder de manera adecuada a las emociones. Las dificultades en este proceso, darían lugar a problemáticas como la alexitimia (Lane y Schwartz, 1987; Taylor et al., 1988).
<i>Atención emocional</i>	Implica un uso adecuados de los procesos atencionales dirigidos al contenido de tipo afectivo. Las dificultades en este proceso dan lugar a una desatención emocional (Gratz y Roemer, 2004).
<i>Aceptación emocional</i>	Tiene lugar cuando se produce una ausencia de juicios sobre la propia experiencia emocional. Mientras que, al contrario tendría lugar el rechazo de la experiencia afectiva (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008).
<i>Etiquetado emocional</i>	Hace alusión a la habilidad para identificar de manera adecuada las diferentes emociones.
<i>Análisis emocional</i>	Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg (2000), lo definen como la habilidad para comprender el significado de la experiencia emocional concreta.

Modulación emocional

Refiere la habilidad para regulación la experiencia emocional, a través de la activación y aplicación de diversas estrategias, tanto de tipo emocional, cognitivo y/o conductual.

1.5 Intervenciones terapéuticas en Anorexia Nerviosa

Dada la diversa sintomatología a la que da lugar la Anorexia Nerviosa, se requiere que la intervención a seguir se lleve a cabo en las diferentes áreas afectadas. Según Perpiñá (2015), el enfoque de tratamiento se suele dirigir en primer lugar a los aspectos ligados con la alteración de la pauta alimentaria, como sería la normalización de la ingesta y del peso, así como el control sobre las conductas purgativas (vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos o actividad física excesiva) y los atracones. Posteriormente, se avanza en los aspectos psicológicos centrales del trastorno alimentario, esto es, el sistema de creencias disfuncionales que está en la base de este tipo de patología.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, elaborada en el año 2009, recoge algunos puntos claves a tener en cuenta de cara a la intervención en Anorexia Nerviosa. En primer lugar, resulta necesario trabajar a nivel motivacional dado la poca conciencia de problema y resistencia al cambio que suelen mostrar los pacientes con AN. De igual modo, es de relevancia la progresiva estabilización y recuperación del peso.

Por otro lado, para la intervención sobre los aspectos nucleares del trastorno por AN, se recoge en dicha GPC que, en el caso de los pacientes de menor edad, resulta eficaz llevar a cabo intervenciones que incluyan la terapia familiar, mientras que la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) parece ser el tratamiento de elección cuando se trata de pacientes adolescentes. Respecto al tratamiento farmacológico, se señala que

ningún medicamento parece ser eficaz para intervenir sobre la clínica sintomatológica de la AN.

1.5.1 Terapia Familiar para Anorexia Nerviosa

Como señala Perpiñá (2015), este tipo de intervención está dirigida a pacientes menores de 18 años. De igual modo, otros autores apoyan este tipo de terapia como tratamiento de primera elección para la Anorexia Nerviosa (Gardner y Wilkinson, 2011).

En la intervención familiar, se pueden distinguir dos vías de tratamiento, unas encaminadas a la psicoeducación y otras de carácter terapéutico (Morandé et al, 2015). En las primeras, el objetivo sería el de proporcionar a las familias información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, de sus características, modelos explicativos, curso y pronóstico. De igual modo, se les ofrecen pautas relacionados con los cambios que los pacientes han de llevar a cabo en las ingestas diarias, así como pautas sobre cómo gestionar posibles situaciones complicadas que pudieran presentar.

Por otro lado, la intervención familiar que va más allá de la psicoeducación, se plantea como objetivos los siguientes, mejorar la comunicación familiar, incrementar las habilidades y estrategias de solución de problemas, mejorar la regulación emocional y promover la independencia, autonomía y realización de actividades gratificantes al margen del problema de conducta alimentaria.

1.5.2 Terapia Cognitiva-Conductual (TCC)

Los objetivos que se persiguen desde esta perspectiva, serían los relacionados con el cambio de las conductas y creencias disfuncionales vinculadas al TCA, mejora de las dificultades en el plano de interacción social, así como intervenir sobre la patología comórbida que los pacientes puedan presentar asociado con la Anorexia Nerviosa (Saldaña, 2001).

Por su parte, las estrategias llevadas a cabo desde un enfoque conductual, generan efectos en el corto plazo (Saldaña, 2001). En este sentido, diversos estudios como el realizado por Agras (1987), ponen de manifiesto que la terapia de conducta frente a una modalidad de tratamiento farmacológico, daba lugar a incrementos en el peso más estables y duración de la estancia de ingreso hospitalario menor. Por otro lado, otros autores (Garner 1985; Hall y Crisp, 1987) han señalado que las estrategias llevadas a cabo desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) resultarían adecuadas para lograr el mantenimiento de los cambios en cuanto a la normalización de las ingestas, mientras que la terapia cognitiva como tal, sería útil para la reestructuración de las creencias disfuncionales del TCA.

En cuanto a la eficacia de este tipo de intervención, parece ser un enfoque útil de cara a la prevención de recaídas, una vez que se ha obtenido una recuperación y/o normalización del peso. No obstante, resultaría adecuado llevar a cabo un trabajo previo a con el fin de conseguir un mayor nivel de motivación para el cambio antes de llevar a cabo la intervención con TCC (Perpiñá, 2015).

1.5.3 Programas de TCC para Anorexia Nerviosa

En la tabla que se presenta a continuación, se describen diversos programas de TCC que se han desarrollado para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

Tabla 2

Programas de intervención en Anorexia Nerviosa

Programa de intervención	Formato	Duración	Número y frecuencia de sesiones	Objetivos terapéuticos
<i>Serfaty et al. (1999) Sheffield, Reino Unido</i>	Ambulatorio e individual.	6 meses.	20 sesiones de una hora, con una frecuencia semanal.	-Evaluación, compromiso con la terapia. -Formulación del caso y

				<p>explicación del modelo.</p> <p>-Recuperación del peso.</p> <p>-Disminución de atracones.</p> <p>-Intervención sobre emociones de ansiedad y/o culpa.</p> <p>-Intervención sobre esquemas y creencias disfuncionales.</p> <p>-Intervención sobre autoestima.</p> <p>-Prevención de recaídas.</p>
<p><i>McIntosh et al. (2005)</i> <i>Christchurch, Nueva Zelanda</i></p>	<p>Ambulatorio e individual.</p>	<p>20 semanas.</p>	<p>20 sesiones de una hora cada una de ellas, con una frecuencia semanal.</p>	<p>-Fase 1: Introducción de la TCC, trabajar la motivación para el cambio, y la progresiva recuperación del peso.</p> <p>-Fase 2: Psicoeducación, abordaje mediante Reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales.</p>

				-Fase 3: Prevención de recaídas.
<i>Pike et al. (2003)</i> <i>Nueva York, EE.UU.</i>	Ambulatorio y 1 año. terapia individual.		Total de 50 sesiones con frecuencia semanal de las mismas.	
<i>Carter et al. (2009), Toronto, Canada</i>	Ambulatorio, 1 año. individual, basada en el programa de Pike et al. (2003)		Un máximo de 50 sesiones, con una frecuencia de 45 minutos.	Fase 1: alteración conductual alimentaria y de peso. Fase 2: reestructuración cognitiva. Fase 3: intervención sobre aspectos relacionados con la autoestima o problemas interpersonales.
<i>Leung et al. (1999), Birmingham, Reino Unido</i>	Ambulatorio, 4 meses. formato grupal. Basado en los programas de TCC para AN de Freeman (1995) y Garner y Bemis (1982).		10 sesiones con una frecuencia semanal, más 4 de seguimiento.	Los objetivos terapéuticos que se persiguen son: -Incrementar la motivación para el cambio. -Aplicación de estrategias conductuales y cognitivas para intervenir sobre

				la sintomatología de la AN.
<i>Byrne et al (2011), Perth, Australia</i>	Ambulatorio, individualizado. Basado en el programa de TCC-E de <i>Fairburn et al. (2003, 2008).</i>	Variable.	40 sesiones de 50 minutos cada una de ellas.	Fase 1: Psicoeducación y formulación del caso. Fase 2: evaluación de la evolución, analizar dificultades para el cambio. Fase 3: Intervención sobre los factores de mantenimiento. Fase 4: Mantenimiento de los cambios previos y prevención de recaídas.

1.5.4 Principales puntos fuertes y débiles de la TCC en Anorexia Nerviosa

Por todo ello, en relación a los diversos programas de intervención que han sido desarrollados para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa y que han sido descritos en los anteriores apartados, cabe destacar que en la mayoría de ellos se tratan aspectos nucleares de la sintomatología del trastorno alimentario, tanto a nivel del

comportamiento de la ingesta alimentaria (restricción y/o atracones), como de las conductas purgativas que persiguen mantener o bajar el peso.

Por otro lado, también se interviene sobre aspectos tales como la imagen corporal, así como el sistema nuclear de creencias y pensamientos disfuncionales asociados con la preocupación sobre el peso y la imagen corporal. Del mismo modo, un aspecto igual de importante dada la escasa conciencia de problema de la que suelen ser característicos los pacientes con TCA y por ello se incluye en diversos programas es la intervención sobre la conciencia y motivación para el cambio, además de trabajar las posibles barreras que puedan dificultar la recuperación. Por último, una característica que se trabaja desde la mayoría de los programas analizados, es en el mantenimiento de los cambios conseguidos a lo largo de la intervención, así como de la prevención de las posibles recaídas que pudieran presentar los pacientes con Anorexia Nerviosa.

En la siguiente tabla, se describen los principales puntos fuertes y débiles que se observan entre los programas TCC anteriormente expuestos.

Tabla 3

Puntos fuertes y débiles de los programas de TCC para Anorexia Nerviosa

Análisis de los principales puntos fuertes y débiles de la TCC para AN		
<i>Objetivos/técnicas terapéuticas</i>	<i>Formato del programa</i>	<i>Duración, número y frecuencia de las sesiones</i>
<p>-Psicoeducación. -Motivación para el cambio.</p> <p>Puntos fuertes -Recuperación del peso. -Mejora de la pauta de ingesta alimentaria (disminuir restricción y/o</p>	<p>-Individualizado.</p>	<p>-Frecuencia semanal de las sesiones terapéuticas.</p>

atracones).
 -Disminución de las conductas compensatorias.
 -Reestructuración cognitiva de las ideas y creencias disfuncionales relacionadas con la AN.
 -Mejora de la autoestima y la imagen corporal.
 -Mejora de los problemas de relación interpersonal.

Puntos débiles	<ul style="list-style-type: none"> -Aspectos que no se intervienen: -Identificación emocional. -Expresión emocional. -Regulación y manejo de las emociones. -Intervención familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de sesiones grupales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Número elevado de sesiones en la mayoría de los programas de TCC. -Duración elevada de los diversos programas TCC.
-----------------------	--	--	--

Por tanto, a través de la Terapia Cognitivo-Conductual se interviene sobre diferentes características centrales de la Anorexia Nerviosa, como son el sistema de creencias e ideas disfuncionales relacionadas con el trastorno alimentario, las conductas problema referidas tanto a la restricción de la ingesta y/o atracones, como a los

comportamientos compensatorios o purgas en forma de vómitos, uso de laxantes y/o realización de ejercicio físico excesivo. A la vez, se interviene sobre otros aspectos relacionados con la AN como sería la mejora en la esfera de la interacción interpersonal.

No obstante, hay otros aspectos relevantes sobre la AN, que la TCC no trabaja tan en profundidad, tales como los referidos a la identificación y regulación emocional que es un aspecto que resulta clave para mantener los cambios logrados por la TCC en el resto de sintomatología cognitiva y conductual que presenta el trastorno alimentario. Diversos autores (Baer R., 2006; Ardito RB, Rabellino D. 2011), han puesto de manifiesto la relevancia que tiene la inclusión en los programas de intervención, de técnicas para trabajar la identificación y regulación emocional en los pacientes con Anorexia Nerviosa.

De igual modo, otro de los aspectos que se ha visto clave en el mantenimiento de la patología, como son ciertas variables del entorno familiar (Dianne Neumark-SztaineR, 2004), las cuales no se trabajan desde la TCC y sería un punto clave a considerar, para maximizar la eficacia de la intervención en la Anorexia Nerviosa.

Por otro lado, las familias y/o allegados de la persona que presenta AN, pueden reforzar ciertas conductas de evitación o de búsqueda de seguridad que presentan este tipo pacientes (Treasure & Nazar, 2016; Treasure et al., 2020). Por tanto, según diversos autores sería recomendable incluir en el trabajo terapéutico del trastorno alimentario a los familiares, con el fin de proporcionarles información y recursos para facilitar el manejo de la patología alimentaria (Haigh & Treasure, 2003; Mitrofan et al., 2019; Whitney y col., 2005).

Por tanto, en el presente trabajo, se plantea un programa de intervención complementario a la TCC, en el que se trabajen en estos dos focos terapéuticos, en los que no se centra la Terapia Cognitivo-Conductual. Como serían, en primer lugar,

una mejora del manejo y regulación emocional de las personas afectadas por Anorexia Nerviosa. En segundo lugar, una mejora por parte de los familiares y/o allegados de este tipo de pacientes, en la comprensión y manejo en sí del trastorno alimentario, así como en las habilidades de comunicación y gestión de conflictos.

En el apartado siguiente, se describen los diversos objetivos que se persigue alcanzar con el presente trabajo.

1.6 Objetivos: generales y específicos

El objetivo general del presente trabajo es desarrollar un programa complementario a la TCC, dirigido tanto los pacientes con Anorexia Nerviosa como al trabajo terapéutico con los familiares y/o allegados. De forma que, la hipótesis que se plantea es que dicha intervención, constituida por dos bloques de tratamiento, incremente los resultados terapéuticos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Por otro lado, los objetivos específicos que se plantean en dicha propuesta de intervención, se detallan a continuación:

-Complementar la TCC en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa (AN), a través de estrategias y pautas de regulación emocional y de la intervención desde una perspectiva cognitivo-conductual dirigida a las familias.

-Mejorar la identificación, regulación y procesamiento emocional de los pacientes que sufren Anorexia Nerviosa.

-Generar con las sesiones del bloque dirigido a las familias, un clima de empatía, comprensión y apoyo óptimo.

-Mejorar la comprensión del problema alimentario, y de las pautas a seguir en la intervención entre los familiares.

-Mejora de la comunicación y habilidades de asertividad en las familias de pacientes con AN.

2. METODOLOGÍA

Respecto a la metodología llevada a cabo para la búsqueda bibliográfica del presente trabajo, ésta ha consistido en el análisis en diversas bases de datos como Dialnet, Pubmed, así como en el catálogo bibliográfico de la Universidad Complutense y Autónoma de Madrid.

En cuanto a las palabras que se utilizaron para tal fin fueron las siguientes: Anorexia Nerviosa, etiología de los TCA, evaluación en TCA, prevención de TCA, tratamientos en Anorexia Nerviosa, Terapia Cognitivo-Conductual en TCA, Terapia Familiar en TCA, treatment in anorexia nervosa, anorexia nervosa, symptoms, etiological factors in anorexia nervosa y emotional regulation in anorexia nervosa. Los operadores booleanos que se utilizaron para concretar la búsqueda bibliográfica del presente trabajo fueron los siguientes: AND, OR, NOT.

3. PROGRAMA COMPLEMENTARIO A LA TCC PARA PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y SUS FAMILIARES Y/O ALLEGADOS

3.1 BLOQUE 1: REGULACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

A continuación, se describen las diferentes sesiones que componen el primer bloque del programa de intervención propuesto. Este primer bloque de tratamiento, está dirigido a los pacientes que presentan Anorexia Nerviosa, y que hayan sido tratados previamente con TCC. El objetivo de este bloque de intervención es mejorar la identificación, expresión y regulación emocional en pacientes con AN. Para el desarrollo del contenido terapéutico a trabajar en cada una de las sesiones planteadas, se han seguido las fases del modelo de procesamiento y regulación emocional propuesto por Hervás (2011).

SESIÓN 1: “Presentación”

Se comenzará la sesión con la presentación de los terapeutas que llevarán a cabo la intervención, así como la presentación de las distintas participantes. A continuación, se expondrán los diversos objetivos del programa que se presentan a continuación, agrupados según las 4 fases que se plantean en este primer bloque de intervención:

Tabla 4

Fases y objetivos del Bloque I (Regulación emocional en pacientes con AN)

Fases	Objetivos del bloque 1
-Fase 0: “Presentación” (sesión 1)	-Presentación del programa. -Presentación de los terapeutas y los participantes. -Evaluación inicial.
-Fase 1: “Psicoeducación” (sesiones 2-3)	-Explicación de los diferentes tipos de emociones. -Descripción de la funcionalidad de las

	emociones, así como de las sensaciones físicas ligadas a las mismas. -Discusión sobre diversos mitos de las emociones.
<i>-Fase 2: “Entrenamiento en habilidades emocionales” (sesiones 4-6)</i>	-Atención y aceptación del estado emocional. -Identificación de las emociones. -Análisis de las emociones. -Estrategias de regulación emocional.
<i>-Fase 3: “Cierre” (sesión 7)</i>	-Recapitulación del contenido de las diversas sesiones previas. -Análisis de posibles dificultades y pautas para gestionarlas. -Evaluación final.

Posteriormente, se explicarán las normas de confidencialidad y de terapia de grupo, que deben tener en cuenta en cada una de las sesiones del programa.

Por último, se aplicarán entre los participantes, las diversas pruebas de evaluación, las cuales tienen como finalidad, disponer de una línea base en cuanto a diferentes aspectos clínicos como serían los referidos a la identificación, procesamiento y regulación emocional. Para ello, la batería de pruebas que incluye dicha evaluación, se muestra en la tabla 20 situada en el Anexo.

SESIÓN 2: “Aprendiendo que son las emociones” (1º PARTE)

En esta sesión, el contenido terapéutico sobre el que se trabajará, será la psicoeducación emocional a través de la presentación de las diferentes emociones, funcionalidades y mitos de las mismas. El objetivo es promover una actitud más positiva hacia la experiencia emocional. Como señala Hervás (2011), la psicoeducación emocional resulta clave para modificar actitudes disfuncionales entorno a la experiencia afectiva.

✚ Contenido terapéutico

En primer lugar, se llevará a cabo una presentación de los diferentes tipos de emociones, incluyendo una definición, características fisiológicas y función adaptativa de cada una de ellas. Por otro lado, se expondrá las diferencias entre una emoción adaptativa frente a una emoción desadaptativa.

✚ Ejercicios prácticos

En esta segunda sesión, se llevará a cabo un ejercicio práctico, para el cuál se dividirá a las participantes en dos pequeños grupos, y en cada uno de ellos, se analizarán las creencias y expectativas previas que tienen acerca de las emociones, haciendo una puesta en común de las creencias más frecuentes que hubieran surgido entre los participantes. A continuación, se debatirán estos mitos y creencias disfuncionales entorno a las emociones (tabla 1 del Anexo).

✚ Tareas para casa

Se pedirá a los participantes que, durante la semana próxima, reflexionen y analicen el material presentado en esta segunda sesión. A la vez, que, registren las posibles dudas que les puedan surgir en referencia al mismo.

SESIÓN 3: “Aprendiendo que son las emociones” (2º PARTE)

En esta tercera sesión, se desarrolla el contenido referido a la segunda parte de la psicoeducación, siguiendo las fases del modelo de procesamiento emocional de Hervás (2011). Se comenzará la sesión, analizando las posibles dudas y/o dificultades que hayan podido surgir del contenido terapéutico de la sesión previa.

✚ Contenido terapéutico

El contenido terapéutico a trabajar en esta sesión se realizará a través de un ejercicio práctico. En primer lugar, se formarán dos subgrupos entre los participantes, y en cada subgrupo se repartirán dos bloques de tarjetas. El primer bloque contiene cartas con

los nombres de las emociones (bloque 1), y el segundo bloque contiene cartas con la definición de las emociones (bloque 2).

De tal manera, que cada participante extrae una tarjeta del bloque 1, y el resto de participantes individualmente deben seleccionar que tarjeta del bloque 2, corresponde para cada emoción

Ejercicios prácticos

Con el fin de continuar entrenando el etiquetado emocional, además del ejercicio previo realizado, se llevará a cabo la siguiente actividad práctica. En primer lugar, se dividirá a los participantes en dos pequeños grupos. En cada uno de ellos cada terapeuta, describe diversas situaciones (véase tabla 2 el Anexo) y la tarea a realizar, consiste en identificar que emociones están experimentando cada uno de los protagonistas de dichas situaciones. Para su resolución, los participantes pueden apoyarse en las tarjetas del ejercicio anterior.

Tareas para casa

En relación con el contenido terapéutico analizado en esta tercera sesión, se pedirá a los participantes que registren 5 situaciones actuales o del pasado, en las que hayan experimentado alguna de las emociones presentes en las tarjetas. Se explicará el modelo de autorregistro (tabla 6 del Anexo), el cual debe contener información relativa a la situación concreta y la experiencia emocional que tuvo lugar en la misma.

SESIÓN 4: “Atendiendo y aceptando nuestras sensaciones y emociones”

En esta sesión, se trabajará con la técnica de la respiración abdominal, con el objetivo de incrementar la conciencia sobre las propias sensaciones físicas. Por otro lado, se fomentará la aceptación y tolerancia de la experiencia emocional que resultan necesarias como paso previo para poder desarrollar estrategias de regulación emocional (Hervás, 2011). La promoción de la aceptación emocional, resulta clave en la intervención de la Anorexia Nerviosa, dada la frecuente supresión o negación de la

experiencia afectiva que tiene lugar entre las personas que presentan dicha patología clínica (Fox y Froom, 2009; Parling, Mortazavi, Ghaderi, 2010; Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2010).

Se comenzará la tercera sesión con el análisis de la tarea de la sesión previa. Relativa a la identificación de las emociones en situaciones reales de los participantes del programa, resolviendo las posibles dificultades que hubieran tenido a lo hora de realizar dicha actividad.

Contenido terapéutico

En esta sesión, con el fin de incrementar la tolerancia y aceptación de la experiencia emocional, se presentará a los participantes, un listado de leyes emocionales (véase tabla 3 del Anexo), propuestas en el programa de procesamiento emocional óptimo (Hervás, 2011). A continuación, se explicará a los participantes las diferencias entre aplicar un significado funcional vs disfuncional en diferentes emociones.

Ejercicios prácticos

En esta tercera sesión, se llevarán a cabo dos ejercicios prácticos. En primer lugar, se dividirá a las participantes en dos grupos más pequeños. En cada uno de estos subgrupos, se llevará a cabo un ejercicio inicial de respiración abdominal, a continuación, se les pedirá que se imaginen algunas de las situaciones del autorregistro realizado, en el que describían su experiencia emocional.

De tal manera que, se les requerirá que visualicen el máximo número de detalles de dicha escena, atendiendo tanto a lo que sentían, cómo a su manera de actuar en dicha situación. Una vez que cada participante, tenga visualizado de manera completa su escena, se les pedirá que levanten una mano a modo de señal confirmatoria. A continuación, se les ofrecerá las instrucciones incluidas en la tabla 4 del Anexo.

Tareas para casa

En esta tercera sesión, se pedirá a los participantes que en primer lugar, sigan llevando a cabo el autorregistro de las experiencias emocionales que tengan lugar durante la siguiente semana, y que por otro lado, sigan las instrucciones del ejercicio practicado en la sesión y recogido en el diario que se les ha entregado. A la vez, que registren las posibles dificultades que pueden presentar en la práctica de dicho ejercicio, con el fin de analizarlas en la próxima sesión.

SESIÓN 5: “Analizando nuestras emociones”

En esta sesión, siguiendo con la siguiente fase del modelo de procesamiento emocional de Hervás (2011), se trabajará en el análisis de las emociones, que consiste adquirir habilidades para poder comprender el significado de la experiencia afectiva.

En primer lugar, se analizarán las tareas de casa de la sesión anterior, relativas a la puesta en marcha de la atención y aceptación de la experiencia emocional, siguiendo el ejercicio practicado en la sesión previa.

Contenido terapéutico

En esta quinta sesión, el material terapéutico a trabajar, está encaminado al análisis de la experiencia emocional, atendiendo al origen y el mensaje (mensaje válido vs falsa alarma). Para ello, se proporcionará a los participantes, un pequeño guion que pueden seguir para llevar a cabo dicho análisis (tabla 5 del Anexo).

A continuación, se presentará un ejemplo de una situación concreta, en la que se llevará a cabo el análisis de la experiencia emocional de uno de los protagonistas de dicha escena, para promover y facilitar una mayor comprensión de esta tarea entre los participantes.

Ejercicios prácticos

Como actividad práctica, en esta quinta sesión se dividirá a los participantes en dos subgrupos. En cada subgrupo, cada terapeuta, propondrá analizar una de las situaciones que cada participante haya incluido en los autorregistros de la sesión previa. De tal manera, que se llevará a cabo el análisis de la experiencia emocional de la situación concreta que cada participante haya seleccionado, siguiendo el esquema de preguntas descrito anteriormente en esta sesión. A continuación, se formará de nuevo el grupo, y se resolverán las posibles dudas y/o dificultades que cada participante pueda tener al respecto.

Tareas para casa

Por último, con el objetivo de seguir entrenando el contenido terapéutico desarrollado en esta quinta sesión, se propondrá a los participantes como tarea para casa, que realicen un registro de diversas situaciones que tenga lugar durante la semana, y que lleven a cabo un análisis de la experiencia emocional que tuviera lugar en cada una de dichas situaciones, siguiendo el modelo de guion presentando en esta sesión (véase tabla 7 del Anexo).

SESIÓN 6: “Aprendiendo pautas para manejar nuestras emociones

En esta sesión, se trabajará el contenido relacionado con la última fase del modelo de procesamiento emocional de Hervás (2011), relativo al modulación emocional. Dicho proceso se encuentra relacionado con adquisición, activación y aplicación de diversas estrategias encaminadas a regular de manera óptima la experiencia emocional. El entrenamiento que se propone en esta sesión, resulta relevante de cara a que los pacientes que presentan Anorexia Nerviosa puedan aplicar diferentes herramientas de regulación de su estado emocional, con el fin de eliminar las estrategias disfuncionales que este tipo de pacientes aplican como método de control de la experiencia afectiva, como son las conductas de restricción en la ingesta o los comportamientos de purga

(Fox y Froom, 2009; Parling, Mortazavi, Ghaderi, 2010; Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2010).

Se comenzará la sesión, analizando las tareas para casa de la sesión previa, relativas al registro de las experiencias emocionales y su posterior análisis, siguiendo el modelo desarrollado. Se revisarán las posibles dificultades y se ofrecerá un feedback a los participantes.

Contenido terapéutico

En esta sesión, se ofrecerá diversas pautas y estrategias para regular y modular la experiencia emocional, una vez que en las sesiones previas, se ha trabajado en cuanto a la aceptación, identificación y análisis emocional. Las estrategias que se ofrecerán a los participantes, se describen a continuación, el objetivo de las mismas es reducir la activación fisiológica y la generación de emociones positivas.

- Respiración diafragmática
- Realizar actividades gratificantes (se ofrecerá a las participantes un listado de diversas actividades gratificantes que puedan realizar).
- Evocación de una experiencia y/o recuerdo positivo que genere emociones positivas.

Ejercicios prácticos

Se llevarán a cabo dos actividades prácticas en esta sesión. La primera de ellas, será la realización de un ejercicio de respiración diafragmática. Para ello, se formarán dos subgrupos y en cada uno de ellos, el terapeuta ofrecerá las pautas e instrucciones necesarias para el entrenamiento en dicha técnica.

A continuación, se reunirán de nuevo a todos los participantes, y se les pedirá que registren por escrito una experiencia y/o recuerdo agradable. Una vez que todos los participantes, hayan finalizado dicha tarea, se volverá a formar dos subgrupos y en

cada uno de ellos, por parejas, se llevará a cabo un ejercicio de evocación de la experiencia o recuerdo que cada participante haya anotado. En cada pareja, cada miembro debe llevar a cabo la evocación en imaginación de dicha experiencia o recuerdo y una vez que tenga toda la escena completa, debe describírsela al otro miembro de la pareja. Posteriormente, en cada subgrupo, se analizarán las posibles dificultades que haya podido surgir en cuanto a la realización de dicha tarea.

Finalmente, se ofrecerá a cada participante el listado de actividades gratificantes, que fueron descritas al comienzo de la sesión, y cada participante deberá marcar 5 actividades del total de la lista.

Tareas para casa

Respecto a las tareas para casa de esta sesión, se pretende la puesta en práctica de las diversas habilidades y estrategias adquiridas a lo largo de las sesiones previas, en relación a la mejora en la aceptación e identificación del proceso emocional, así como del análisis y adecuada regulación del mismo.

Para ello, se pedirá a los participantes, que lleven a cabo el registro de diversas situaciones que tengan lugar, y en las cuales deberán anotar el proceso emocional que está teniendo lugar, el proceso de análisis, y la pauta o estrategia de regulación que llevaron a cabo en cada situación (respiración, evocación de recuerdos agradables y/o realización de actividades gratificantes).

SESIÓN 7: “Mi diario emocional”

En esta última sesión del programa, se iniciará revisando las tareas de casa previas, referidas a la puesta en práctica de las diversas estrategias y pautas ofrecidas en la sesión anterior, para poder regular la experiencia emocional de una manera óptima. Se analizarán las posibles dificultades que hubieran podido surgir en la realización de dicha tarea.

A continuación, se llevará a cabo por los dos terapeutas que dirigen el programa, una recapitulación de las diferentes habilidades, pautas y estrategias que han sido instruidas y entrenadas a lo largo de las sesiones terapéuticas previas, para lo cual se les ofrecerá un pequeño diario en el que viene recogido todos los contenidos trabajados (psicoeducación emocional, aceptación e identificación emocional, análisis y modulación de la emoción).

A continuación, se llevará a cabo un ejercicio de reflexión, en el que cada participante pueda expresar que habilidades o estrategias ha adquirido en las diversas sesiones y que posibles dificultades puedan tener de cada una de ellas. Posteriormente, se analizarán dichas dificultades, promoviendo la participación del resto del grupo para fomentar las habilidades adquiridas. Por último, se aplicará entre todos los participantes la batería de pruebas de evaluación (tabla 20 del Anexo), con el fin de poder conocer en qué medida ha sido efectiva la intervención terapéutica aplicada.

En la tabla 22 del Anexo, se muestra la frecuencia, duración y principales características de las sesiones de este bloque del programa.

3.2 BLOQUE II: INTERVENCIÓN EN FAMILIARES Y/O ALLEGADOS DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

A continuación, se describen las diferentes sesiones que componen el segundo bloque del programa de intervención propuesto, relativo al trabajo terapéutico con los familiares y/o allegados de personas con Anorexia Nerviosa. El contenido de las diferentes sesiones se ha basado en diversas estrategias y pautas desarrolladas en el programa de Treasure, Smith y Grane (2015), en su propuesta de intervención dirigidas a familiares y allegados de personas afectadas de un trastorno alimentario.

SESIÓN 1: “Presentación”

La primera sesión del programa se iniciará con la presentación de los terapeutas que dirigirá la intervención, así como los diversos participantes de la misma (familiares, amigos/as y pareja de personas afectadas de Anorexia Nerviosa).

A continuación, se describirá el procedimiento de las sesiones, su duración y frecuencia, así como los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo de las mismas.

En la tabla siguiente se muestran dichos objetivos:

Tabla 5

Objetivos del Bloque II: Intervención en familiares y/o allegados de Anorexia Nerviosa

Objetivos del bloque II

- Incrementar el conocimiento acerca de la Anorexia Nerviosa (síntomas, modelos explicativos, consecuencias físicas) y su tratamiento (protocolos de intervención, pronóstico y evolución).
 - Desmentir mitos y creencias sobre el trastorno alimentario.
 - Mejorar las habilidades de comunicación.
 - Ofrecer pautas y estrategias para abordar el manejo de las conductas difíciles.
-

Posteriormente, se pedirá a las personas que participan en el programa, que cumplimenten las diferentes baterías de pruebas que componen la evaluación previa, aclarando todas las posibles dudas que pudieran surgir al respecto. El conjunto de pruebas que se administrarán entre los participantes, se recoge en la tabla 21 del Anexo.

SESIÓN 2: “Entendiendo el trastorno alimentario”

En esta segunda sesión se llevará a cabo una sesión de psicoeducación dirigida a que los familiares de los pacientes con Anorexia Nerviosa, comprendan mejor las características de la patología que presentan sus familiares, a la vez que modificar ciertos mitos y creencias disfuncionales entorno al trastorno alimentario.

En primer lugar, se realizará una actividad práctica, en la cual se pedirá a los participantes, que describan que creencias o conocimiento tienen acerca del trastorno alimentario. A continuación, tras este debate inicial, se expondrán y aclararán los principales mitos y creencias erróneas que existen entorno al TCA (véase tabla 8 del Anexo).

Posteriormente, se realizará un nuevo debate para contrastar la información presentada con las creencias/ideas iniciales que los participantes del programa tenían al respecto. A continuación, se llevará a cabo una explicación de las características clínicas de la AN, las consecuencias físicas del trastorno, así como el abordaje terapéutico que se requiere (tipos y características de los tratamientos), y los factores de pronóstico y evolución.

Finalmente, se recogerán y aclararán todas las dudas que los participantes del programa puedan tener respecto a la información que han recibido a lo largo de la sesión.

SESIÓN 3: ¿Cómo podemos mejorar la comunicación con nuestro hijo/a o pareja? (1º parte)

En las sesiones tercera y cuarta, el objetivo de las mismas será en cuanto a ofrecer diversas pautas y estrategias de comunicación óptima, con el fin de que puedan mejorar los procesos comunicativos y disminuir los conflictos que tienen lugar con el familiar que padece Anorexia Nerviosa. La intervención referida a la mejora de la comunicación en las familias resulta clave, dadas las dificultades que diversos autores han señalado al respecto (Perpiñá 2015, Morandé, 2015).

Para comenzar, se pedirá a los participantes que describan alguna situación conflictiva que hayan tenido en la última semana, describiendo como creen ellos que es la comunicación que tienen con su hijo/a o pareja.

Contenido teórico

En la tabla 10 del Anexo, se muestra el contenido que se trabajará en esta sesión.

Ejercicios prácticos

En esta sesión se realizarán tres actividades prácticas, la primera de ellas, consistirá en una práctica de role-play entre los dos terapeutas, representado una situación conflictiva entre un familiar y su hijo/a o pareja, en la que el terapeuta que representa el papel del familiar, modela una comunicación adaptativa, siguiendo los principios anteriores.

A continuación, se pedirá a los participantes, que describan que pautas de las que se han expuesto anteriormente han observado en dicha representación. Posteriormente, se dividirá el grupo en dos, y en cada subgrupo, se realizarán diversos role-play entre cada uno de los terapeutas y los familiares, representando situaciones conflictivas que hayan tenido en los últimos días y entrenando que estrategias y pautas deben aplicar.

Tareas para casa

Por último, se pedirá como tarea para casa, que lleven a cabo un registro de las situaciones complicadas que puedan surgir hasta la siguiente sesión, así como las pautas y estrategias que han aplicado ante cada una de ellas. Para ello, se les ofrecerá el modelo de autorregistro que deben seguir para la realización de esta tarea (ver tabla 16 del Anexo).

SESIÓN 4: ¿Cómo mejorar la comunicación con nuestro hijo/a o pareja? (2º parte)

En primer lugar, se revisarán las tareas de casa de la sesión previa referidas al registro de las situaciones difíciles y la puesta en marcha de las diferentes estrategias de comunicación expuestas en la sesión anterior. Se resolverán las diversas dudas o dificultades que hayan podido surgir al respecto.

Contenido teórico

En la tabla 11 del Anexo, se muestra el contenido que se trabajará en esta sesión.

Ejercicios prácticos

Se realizarán dos actividades prácticas en esta sesión, en primer lugar, se formarán dos grupos, y en cada uno de ellos, se pedirá a los participantes que elaboren una lista de normas y/o límites que quieran aplicar.

A continuación, cada participante llevará a cabo un role-play con el terapeuta que dirija cada subgrupo en el que ponga en práctica la aplicación de dicha norma y/o límite, posteriormente tanto el resto de compañeros/as como el terapeuta le ofrecerá un feedback de su actuación.

Por último, se resolverán dudas o dificultades que puedan surgir en cuanto a la puesta en marcha de las diferentes estrategias y pautas aportadas en la sesión.

Tareas para casa

Se pedirá a los participantes, que realicen la puesta en marcha de las normas y límites que cada uno haya decidido, y que realicen un autorregistro, anotando dichas normas y límites, y las posibles dificultades que hayan podido darse en su aplicación (véase tabla 18 del Anexo). En segundo lugar, que lleven a cabo un registro de los pensamientos negativos que puedan aparecer hasta la siguiente sesión, junto con el pensamiento alternativo que pueden tener respectivamente (ver tabla 17 del Anexo).

SESIÓN 5: “Aprendiendo a manejar conductas difíciles”

Siguiendo con la propuesta de intervención dirigida a familiares y/o allegados de Treasure, Smith y Grane (2015), en esta quinta sesión, se ofrecerá a los participantes diferentes herramientas y estrategias que pueden aplicar para aquellas situaciones complicadas relacionadas con el trastorno alimentario como pueden ser las conductas purgativas de vómito o la actividad física excesiva.

Se comenzará la sesión analizando la tarea para casa de la sesión anterior, revisando las posibles dificultades que hubiera habido respecto a llevar a cabo las normas y límites propuestos por cada uno de los participantes, así como reforzando la aplicación de dicho objetivo.

Contenido teórico

Se trabajará en sesión, las pautas necesarias para gestionar las siguientes conductas problema, las conductas de purga como el vómito y la actividad física excesiva (tabla 15 del Anexo).

Respecto a los comportamientos de purga (vómito), se ofrecerá información en primer lugar sobre cuáles son las situaciones desencadenantes del mismo, así como las consecuencias positivas y negativas del mismo. Además, se ofrecerán diversas estrategias que los familiares y/o allegados pueden aplicar para una mejora de la gestión de este tipo de situaciones.

Por otro lado, en relación a la actividad física excesiva, explicar los antecedentes que tienen lugar ante la práctica del ejercicio excesivo, los efectos del mismo y las pautas más adecuadas que pueden facilitar una mejor gestión.

Ejercicios prácticos

Se realizará un role-play entre los dos terapeutas, con el fin de representar una situación que implique una de las conductas problema anteriormente descritas (vómitos o actividad física excesiva). En dicha representación, el otro terapeuta modela que estrategias y pautas son las idóneas para el manejo de dicha situación.

A continuación, se formarán dos grupos entre los participantes, y se les pedirá que realicen un role-play entre ellos y el terapeuta que dirige cada subgrupo formado, poniendo en marcha las diferentes herramientas descritas en la sesión. Por último, se debatirá entorno a las posibles dificultades que cada participante haya podido manifestar en el ejercicio previo.

Tareas para casa

En esta sesión, se propondrá a los participantes, que pongan en marcha las estrategias en cuanto al manejo de las conductas problema que puedan surgir durante la semana. A la vez que lleven a cabo un autorregistro (véase tabla 19 del Anexo), en el que anoten ante qué situación llevaron a cabo dichas pautas, así como las dificultades e intentos de solución que realizaron.

SESIÓN 6: “Superando al trastorno alimentario”

Se comenzará la sesión revisando la tarea de la sesión previa, referida al manejo de las posibles conductas difíciles que puedan haber surgido en la última semana. Se pondrá en común entre los participantes, las dificultades que hubieran tenido al llevar a cabo las estrategias descritas, así como la gestión de las mismas.

A continuación, se hará una recapitulación de las diversas pautas y estrategias que han sido descritas a lo largo de las diferentes sesiones. Posteriormente se resolverán

todas las posibles dudas que pudieran tener los participantes tanto de los contenidos teóricos que han sido impartidos, como de las herramientas ofrecidas.

A su vez, en esta sesión, estarán presentes un grupo de pacientes con Anorexia Nerviosa que se encuentren actualmente recuperados del trastorno alimentario, sí como de sus familiares y/o allegados. Con el fin de, generar motivación y expectativas de cambio entre los participantes del programa. Por último, se llevará a cabo la parte final de la evaluación (veáse tabla 21 del Anexo).

En la tabla 23 del Anexo, se muestra la frecuencia, duración y principales características de las sesiones de este segundo bloque del programa.

4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La evaluación del programa de intervención propuesto, se realizará en tres momentos diferentes. En primer lugar, la evaluación inicial se realizará en la primera sesión del programa, y en la sesión final se llevará a cabo una nueva evaluación, en ambas se usará la misma batería de pruebas. Además, del seguimiento a los 6 meses.

El objetivo, de llevar a cabo, esta evaluación en tres momentos diferentes de la aplicación del programa, radica en comprobar la eficacia de las diferentes estrategias y técnicas aplicadas en la intervención sobre diversas características. Además, del seguimiento a los 6 meses, con el fin de evaluar si se han mantenido los posibles cambios adquiridos tras la intervención propuesta.

En las tablas 20 y 21 del Anexo, se presenta la batería de pruebas de evaluación de ambos bloques, así como las principales características de dichos instrumentos.

5. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

A continuación, en la siguiente tabla se muestra un cronograma de la aplicación de las diversas sesiones de las que se compone el programa de intervención propuesto:

Tabla 6

Cronograma de aplicación del programa propuesto

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<i>Bloque I: Procesamiento y regulación emocional en pacientes de Anorexia Nerviosa</i>	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
<i>Bloque II: Familiares y/o allegados de personas con Anorexia Nerviosa</i>	Sesión 2	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
	Semana 5	Semana 6	Semana 7	6 meses
<i>Bloque I: Procesamiento y regulación emocional en pacientes de Anorexia Nerviosa</i>	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Seguimiento (aplicación de batería de pruebas de evaluación)
<i>Bloque II: Familiares y/o allegados de personas con Anorexia Nerviosa</i>	Sesión 5	Sesión 6		Seguimiento (aplicación de batería de pruebas de evaluación)

6. CONCLUSIONES

Tras la exhaustiva revisión de los diferentes programas de intervención que se han desarrollado para pacientes con Anorexia Nerviosa, y en base al análisis de los principales puntos fuertes y débiles de dichos programas, como ha sido descrito en la tabla 3 incluida en el apartado “1.5 Intervenciones terapéuticas en Anorexia Nerviosa”, se ha desarrollado el programa propuesto en el presente trabajo.

Teniendo en cuenta las diferentes limitaciones que se han encontrado en los diversos programas de terapia cognitivo-conductual que han sido analizados en el presente trabajo, se ha pretendido desarrollar un programa de intervención que solventase algunas de las mismas, elaborando un programa que funcione como un complemento a la TCC, y que fortalezca la eficacia de la misma.

Por ello, el programa propuesto en el presente trabajo, se dirige en primer lugar hacia la mejora del procesamiento y regulación emocional de las personas afectadas por Anorexia Nerviosa. El bloqueo o supresión de las emociones es una dificultad que tiene lugar con bastante frecuencia entre las personas que presentan AN, para lo cual, utilizan estrategias disfuncionales para regular el malestar emocional como serían la pauta de restricción de la ingesta o las conductas purgativas como el vómito (Fox y Froom, 2009; Parling, Mortazavi, Ghaderi, 2010; Harrison, Sullivan, Tchanturia, Treasure, 2010).

A través de la intervención propuesta, se espera que los pacientes con AN, alcancen diversos objetivos, como una reducción de la supresión o bloqueo emocional, así como una progresiva aceptación y tolerancia de la experiencia afectiva. Además de la adquisición de diversas estrategias y pautas de regulación afectiva que resulten adaptativas, frente a los comportamientos característicos del trastorno alimentario, como serían la restricción de la ingesta o las conductas de purga (vómito y/o ejercicio físico excesivo). Alteraciones de la conducta que, en determinadas ocasiones los

pacientes de Anorexia Nerviosa, utilizan como estrategia disfuncional para controlar el malestar emocional.

Por otro lado, el programa propuesto incluye un segundo bloque de intervención dirigido precisamente a familiares y/o allegados de personas que presenten Anorexia Nerviosa, con el fin de eliminar determinados mitos y creencias disfuncionales acerca del trastorno alimentario, así como ofrecerles diversas estrategias y pautas que pueden aplicar con el objetivo de mejorar la comunicación, y la gestión de situaciones complicadas como pueden ser la conducta purgativa de vómito o la práctica de actividad física excesiva.

Además, determinadas actitudes y comportamientos que pueden llevar a cabo los miembros de la familia pueden reforzar e incrementar ciertas creencias y comportamientos desadaptativos característicos del trastorno alimentario (Dianne Neumark-SztaineR, 2004, Treasure & Nazar, 2016; Treasure et al., 2020). Es por ello, que numerosos autores destacan la relevancia del trabajo terapéutico con los familiares de afectados por la patología alimentaria (Haigh & Treasure, 2003; Mitrofan et al., 2019; Whitney y col., 2005).

Por tanto, lo característico del programa que se propone en el presente trabajo en el que se trabaja tanto con los pacientes con Anorexia Nerviosa, como con sus familiares y/o allegados, es precisamente la posibilidad de poder intervenir en ambos grupos al mismo tiempo, y que la mejora que se espera tenga lugar con la aplicación de las diversas sesiones terapéuticas, se retroalimente. De tal manera que, la mejora que tenga lugar en la gestión y regulación emocional por parte de los pacientes con AN, tenga lugar al mismo tiempo que los familiares y/o allegados, adquieran diferentes conocimientos y habilidades prácticas para mejorar el ambiente familiar, y favorecer así la recuperación del trastorno alimentario.

Además, otra de la característica relevante de la propuesta de intervención propuesta, se encuentra relacionada con el número de sesiones de las que consta ésta. En contraposición con el elevado número de sesiones que componen la mayoría de los programas de TCC desarrollados para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, con un total de sesiones de entre 20 y 50 en cada programa. La propuesta desarrollada, consta de un total de 13 sesiones (7 sesiones en el bloque dirigido a pacientes con AN, y 6 sesiones del bloque para familiares /o allegados), lo que podría suponer una ventaja de cara a poder incrementar la eficiencia de la intervención, al reducir el número de sesiones frente al total de sesiones que suele incluirse en los programas de terapia cognitivo-conductual.

Por otro lado, entre las posibles limitaciones del programa propuesto en el presente trabajo, se encontraría en primer lugar, el diferente grado de colaboración, implicación y motivación para el cambio que puedan manifestar los pacientes con el trastorno alimentario. Además, sería necesario llevar a cabo una evaluación del programa, a través de la batería de pruebas que se propone al respecto (véase tablas 20 y 21 del Anexo). Con el fin de analizar la eficacia y efectividad que pueda conseguirse tras la aplicación del programa, y analizar si el contenido incluido en las sesiones propuestas es adecuado o se requiere de posibles modificaciones del mismo. Por último, sería conveniente llevar a cabo un seguimiento a los 6 meses, tanto de los pacientes con Anorexia Nerviosa, como de sus familiares y/o allegados para analizar si los posibles cambios adquiridos durante la intervención, relacionados con la mejora en la regulación emocional y del clima familiar, se mantienen en el tiempo.

Referencias

- Agras, W.S., Dorian, B., Kirkley, B.D., Arnow, B. y Bachman, J. (1987). Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 29-38.
- American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub; 2014.
- Álvarez, D. T., Franco, K., Mancilla, J. M., Álvarez, G., y López, X. (1998). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Revista Psicología Contemporánea*, 7, 26-35.
- Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol* 2011; 2: 270.
- Baer R. Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support. San Diego, CA: Editorial Elsevier; 2006. p. 38-51.
- Behar, R., Gramegna, G. y Arancibia M. (2014). Perfectionism, body shape, body dissatisfaction, eating disorders. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría* 52, (2) 103-114.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., y Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
- Calvo, R., Gallego L., Solórzano G., Kassem, S., Morales, C., Codesal, R. y Blanco, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutrición hospitalaria* 29, (4), 941-952.
- Calvo, R., Gallego L., Solórzano G., Kassem, S., Morales, C., Codesal, R. y Blanco, A. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y salud* 25, 19-37.

- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. y Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93, 263-266.
- Dalglish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.
- Dianne Neumark-Sztainer, M.P.H., R.D. (2004) Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?.
- Eddy, K.T., Dorer, D.J., Franco, D.L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., y Herzog, D.B. (2008). Diagnostic crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245-250.
- Fairburn C.G, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 May;56(5):468-76
- Fairburn, C.G; Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Leombruni P, Boqqio S, Rovera GG. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord* 2002; 32(4): 412-25.
- Fox J, Froom K. Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 328-35.
- Franco, K., de Jesús Díaz, F., López-Espinoza, A., del Consuelo Escoto, M. y Camacho, E. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia psicológica* 31, (2), 219-225.
- Galsworthy-Francis, L. y Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *Revista de toxicomanías* 76.
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1985). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. En D.M.

- Garner, D. M. y Garfinkel P.E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). Nueva York: Guilford Press.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Haigh, R., & 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: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(2), 125–141.
- Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med* 2010; 40: 1887-97.
- Hervás, G. y Y G. Moral (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. Consejo General de la Psicología de España.

-Hall, A. Y Crisp, A.H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *British Journal of Psychiatry*, 151, 185-191.

-Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 9, 139-156.

-Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.

-Hoek, HW y van Hoeken, D. (2003), Revisión de la prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios. En t. *J. Eat. Disord.*, 34: 383-396.

-Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 361-384.

-Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M. y Saarijarvi, S. (2010). Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorders*, 18, 226-238.

-Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.

-Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord* 2003; 34(4): 397-408.

-Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration.

-Marco, J., Perpiñá, C. y Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de psicología* 30, 30(2), 422-430.

-Mateo Silleras B, Redondo del Río P, Camina Martín A, Soto Célix M, Alonso Torre SR, Miján de la Torre A. Efecto de la re-alimentación en la composición corporal de

mujeres con anorexia nerviosa restrictiva; antropometría frente a impedancia bioeléctrica. *Nutr Hosp* 2013; 28: 1717-24.

-McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord* 2001; 29(2): 150-6.

-Mitrofan, O., Petkova, H., Janssens, A., Kelly, J., Edwards, E., Nicholls, D., ... Byford, S. (2019). Care experiences of young people with eating disorders and their parents: Qualitative study. *BJPsych Open*, 5(1), 1–8.

-Morande, G., Lavin-Montserrat Graell, B. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

-Parling T, Mortazavi M, Ghaderi A. Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept? *Eat Behav* 2010; 11: 205-10.

-Pascual, A., Etxebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders, *International Journal of Psychological Therapy* , 11, 1-11.

-Perpiñá C. Trastornos alimentarios: Anorexia y Bulimia. Madrid. España: Klinik; 2001.

-Perpiñá, C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Ed: Síntesis.

-Rodríguez-Ruiz. S., Díaz. S., Ortega-Roldán B., Mata, J. L., Delgado, R. y Fenández-Santaella, M.C. (2013). La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 9, 21-23.

-Roncero, M., Perpiñá, C. y García-Soriano. (2011). A Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 457-470.

-Rossier V, Bolognini M, Plancherel B, Halfon O. Sensation seeking: a personality trait characteristic of adolescent girls and young women with eating disorders? *Eur Eat Disord Rev* 2000; 8(3): 245-52.

- Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2002.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 13, 381-392.
- Saldaña, C. (2000). Los trastornos del comportamiento alimentario: situación actual y propuestas para el futuro. En M. Lameiras y J.M. Faílde (Comps.), *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos* (pp. 189-210). Madrid: Dykinson.
- Saucedo-Molina, T. J., y Gómez, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Rev Psiquiatria Fac Med Barna*, 31, 69-74.
- Segura-Serralta, M., Perpiñá, C., Ciscar, S., Blasco, L., Espert, R., Romero-Escobar, C., Domínguez, JR., Oltra-Cucarella, J.(2019). Executive functions and emotion regulation in obesity and eating disorders. *Nutrición hospitalaria*, 36 (1):167-172.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol* 2007; 62(3): 181-98.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doofy, K. F. y Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Tejeda, R. y Neyra, M. (2015). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria* 22, 2352-2381.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition.

-Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord.* 2013; 1:13.

-Treasure J, Parker S, Oyeleye O, Harrison A. The value of including families in the treatment of anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev.* 2020;1–9.

-Treasure, J., & Nazar, B. P. (2016). Interventions for the carers of patients with eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 16.

-Treasure, J., Smith, G. y Grane, A. (2015). *Los trastornos de la alimentación: Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Ed: Serendipity.

-Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 444–449.

-Zuckerman M. *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. 1ª ed Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum; 1979.

Anexo

BLOQUE I: REGULACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

Tabla 1

Mitos sobre las emociones

Mitos y creencias disfuncionales sobre las emociones
<i>“Existe una manera correcta de sentirse en cada situación”</i>
<i>“Dejar que los demás sepan que me siento mal es de débiles”</i>
<i>“Los sentimientos negativos son malos y destructivos”</i>
<i>“Algunas emociones son realmente estúpidas”</i>
<i>“Si los demás no aprueban mis sentimientos, no debería sentirme como me siento”</i>
<i>“Ser emotivo significa perder el control”</i>

Tabla 2

Situaciones para identificar las emociones

Situaciones para el etiquetado emocional
<i>“Llegas de un viaje de Erasmus y en el aeropuerto te reciben toda tu familia y amigos a los que llevabas sin ver durante muchos meses”</i>
<i>“Has tenido un día con muchas tareas y reuniones en el trabajo y llegas a casa mucho más tarde de lo habitual”</i>
<i>“Tienes que entregar un trabajo en grupo y tus compañeros no han realizado a tiempo las tareas que se organizaron para cada uno”</i>
<i>“Es el día de tu cumpleaños, y tu pareja te regala un libro que llevabas mucho tiempo queriendo leer”</i>
<i>“Fallece repentinamente el perro de tu hermana, al cuál le tenías un gran cariño”</i>
<i>“Has tenido un conflicto de bastante intensidad con tu mejor amiga, y tras hablarlo conseguís resolver el problema”</i>
<i>“Acudes a una entrevista laboral en una empresa de gran relevancia y en la que te gustaría mucho poder formar parte”</i>

Tabla 3

Leyes o principios teóricos de la comunicación

Leyes o principios teóricos	Características
<i>“Ley de los vasos comunicantes emocionales”</i>	El intento de supresión o negación de la respuesta emocional, da lugar a un incremento de la misma.
<i>“Ley de las emociones secundarias”</i>	Las emociones secundarias surgen cuando

	se produce el rechazo o bloqueo de la experiencia afectiva inicial.
<i>“Ley de la imperfección emocional”</i>	Propone considerar las diversas emociones como avisos, y analizar si la información que ofrece es útil y objetiva o por el contrario, se trata de una falsa alarma.
<i>“Ley de la amnistía emocional”</i>	Hace alusión a la importancia de no realizar juicios valorativos acerca de las emociones, dado el carácter involuntario y automático de las mismas.
<i>“Ley de la universalidad emocional”</i>	Pone de manifiesto el hecho de la universalidad de la experiencia emocional, en el sentido de que, la experiencia afectiva es común entre todas las personas, y la diferencia radica en la manera en la que se maneja o gestiona dicha reacción emocional.

Tabla 4

Instrucciones para el ejercicio de visualización

“Mientras respiras lenta y uniformemente, dirige tu atención hacia el lugar de tu cuerpo en el que estés sintiendo la emoción. ¿Es un sentimiento en tu pecho o estómago, en tus hombros, en la cara o en la cabeza?, ¿Lo estás sintiendo en los brazos o en las piernas? Percibe cualquier sensación física conectada con la emoción. Ahora, sé consciente de la fuerza de la emoción, ¿está aumentando o disminuyendo?, la emoción, ¿es agradable o desagradable? Intenta darle un nombre a esa emoción o describe alguna de sus características. Ahora, intenta ser consciente de tus pensamientos. ¿tienes pensamientos sobre la emoción?, ¿esa emoción desencadena críticas sobre las demás personas o sobre ti mismo? Sigue contemplando tu emoción y continúa observando tus juicios.

Ahora, imagina que cada juicio tiene una de las siguientes formas:

- *Una hoja flotando en una corriente, da una curva y la pierdes de vista.*
- *Un anuncio emergente en el ordenador que se ilumina un momento en la pantalla y desaparece.*
- *Una nube atraviesa el cielo un día ventoso.*

Elige la imagen que mejor te sirva. Lo fundamental es darse cuenta del juicio, colocarlo en una hoja, un anuncio o una nube y dejar que se vaya. Sigue observando tu emoción, en el momento en que empiece a manifestarse algún juicio sobre ti mismo o sobre los demás, vuelve a la visualización (una hoja, un anuncio o una nube), y obsérvalo mientras se aleja hasta perderse de vista.

Ahora, es el momento de recordarte tu derecho a sentir cualquier cosa que estés sintiendo. Las emociones vienen y van, como las olas en el mar, suben y bajan. Cualquier cosa que sientas, independientemente de lo fuerte o doloroso que sea, es legítimo y necesario. Haz una respiración lenta y acepta la emoción como algo que vive en ti durante un instante, y que luego se pasa. Advierte tus pensamientos críticos, visualízalos y déjalos marchar. Deja que tus emociones sean como son, como las olas en el mar que suben y bajan. Tú subes con tus emociones durante un instante y, luego se alejan. Eso es natural y normal, es lo que significa ser humano.

Tabla 5

Análisis de la experiencia emocional

Análisis de las emociones	
<i>“¿Qué paso?”</i>	Descripción de la situación.
<i>“¿Por qué crees que paso esa situación?”</i>	Identificación de las causas.
<i>“¿Qué reacción emocional y física tuvo lugar?”</i>	Identificación de la experiencia emocional y física asociada.
<i>“¿Qué hiciste y que dijiste?”</i>	Descripción de las conductas que tuvieron lugar.
<i>“¿De qué manera afectaron tus emociones y conductas?”</i>	Identificación de las consecuencias a corto y largo plazo.

 **Modelos de autorregistro**

Tabla 6

Autorregistro 1

Modelo de autorregistro	
<i>Situación</i>	<i>Emoción</i>

Tabla 7

Autorregistro 2

Modelo de autorregistro				
<i>Situación</i>	<i>Posibles causas</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conductas</i>	<i>Consecuencias</i>

BLOQUE II: PROGRAMA PARA FAMILIARES Y/O ALLEGADOS DE PERSONAS CON ANOREXIA NERVIOSA

Tabla 8

Mitos y creencias sobre el TCA

Mitos y creencias sobre el TCA
-“Los padres, son los responsables de que su hija o su hijo tenga un trastorno de la alimentación”.
-“Las personas que tienen un trastorno de alimentación lo hacen para castigar a sus padres, o a la persona con la que conviven”.
-“Es simplemente una forma más de llamar la atención y de rebeldías propias de la adolescencia”
-“Es algo que se supera con la edad, es una fase pasajera”
-“Las personas que tienen un trastorno de alimentación eligen tener la enfermedad. Quieren estar enfermos, quieren morirse o n quieren crecer”.

“Tiene que ver exclusivamente con la alimentación”.

Tabla 9

Ejemplos de verbalizaciones trampas AN

Verbalizaciones para hacer frente a las trampas del TCA
-“Es el trastorno de alimentación lo que te hace decir eso”
-“Se valiente, ya se pasará”
-“He leído que si te tranquilizo, reforzare tus miedos”
-“No voy a entrar a hablar de comida ni de calorías. Vamos a cambiar de tema”
-“Como ya hemos analizado otras veces, hablarle a la voz del trastorno alimentario, es perjudicial”

Tabla 10

Principios para la mejora de la comunicación (1ª parte)

Principios	Características
Principio nº 1: “Menos es más” (LESS)	Hace referencia a la importancia que tiene aspectos tales como la comprensión, empatía y apoyo hacia la persona afectada por el trastorno alimentario, así como mostrar una actitud de escucha activa en las interacciones que tengan lugar.
Principio nº2: “Ambiente en casa”	Alude a la necesidad de generar un clima familiar cálido y de apoyo, intentando disminuir los comentarios críticos hacia la persona afectada con Anorexia Nerviosa.
Principio nº3: “Hacer frente a las trampas del trastorno alimentario”	Pone de manifiesto como el establecimiento de conversaciones cuyo contenido gire acerca de la comida, el peso o la forma corporal, dan lugar a que se refuerza y valida las creencias irracionales de la persona afectada por el trastorno alimentario. De tal manera, que se desaconseja a los familiares y/o allegados, que mantengan este tipo de interacciones con los afectados por AN (en la tabla 9 del Anexo se presenta una lista de verbalizaciones que los familiares pueden realizar ante este tipo de situaciones)

Tabla 11

Principios para la mejora de la comunicación (2ª parte)

Principios	Características
Principio nº4: “Establecer normas y límites”	Explicar a los participantes diversas pautas útiles que puede aplicar cuando establezcan normas en la convivencia familiar. Dichas pautas se encuentran recogidas en la tabla 13 del Anexo.
Principio nº5: “Cómo manejar los conflictos”	En la tabla 14 del Anexo se presentan diferentes estrategias que los familiares y/o allegados pueden aplicar con el fin de alcanzar una mejora en la gestión de conflictos.

Principio nº6: "Aprendiendo a pensar de otra manera" Se pondrá de manifiesto las principales diferencias entre ciertos pensamientos que los familiares pueden tener o haber tenido en algún momento, frente a pensamientos más adaptativos y como ambos tipos de pensamientos dan lugar a diferencias en el nivel emocional. A continuación, se pedirá a los participantes si se identifican con alguno de los pensamientos descritos y cómo creen que se sentirán si modifican su manera de pensar hacia una manera más adaptativa. En la tabla 12 del Anexo, se recogen los pensamientos negativos y los posibles alternativos a cada uno de ellos que se ofrecerá a cada uno de los participantes.

Tabla 12

Pensamientos alternativos vs pensamientos negativos

Pensamientos negativos	Pensamientos adaptativos
"Ya no dice la verdad"	"Esta enfermedad le ha vuelto incapaz de ser sincero"
"Discutimos por todo"	"La enfermedad domina todos sus pensamientos, y se ha apoderado de su vida"
"Tengo la impresión de que le pasa algo. Antes era muy agradable, pero ahora se la ve ansiosa, antipática y arisca"	"Está tan angustiada, tan asustada y tan irritable. El trastorno de alimentación ha desplazado a la parte más agradable de su carácter"
"Disfruta dando problemas, está acabando con mi familia"	"Esta enfermedad le ha vuelto más difícil y está afectando de hecho a toda la familia"
"Tengo que dedicar el resto de mi vida a cuidar de mi hijo/a y hacer que su vida sea más llevadera. Tengo que estar a su disposición las 24 horas del día"	"Tengo que asegurarme de que la atmósfera en casa sea lo más cálida y calmada posible. Tengo que reservar un tiempo para cuidar de mí misma y del resto de la familia, o de lo contrario nos sentiremos agotados y resentidos"

Tabla 13

Pautas para establecer normas y/o límites

Pautas para establecer normas y límites

- Mantenerse firme y constante en las normas a establecidas.
- Establecer pautas y/o normas concretas y realistas.
- A la hora de negociar dichas normas, mantener una postura y actitud calmada.
- Reforzar a través de elogios los avances que realice la persona afecta con AN.
- Empatizar cuando la persona con el trastorno alimentario no siga alguna norma, y verbalizar que confiamos en que la próxima vez que se enfrente a una situación similar, lo volverá a intentar de nuevo.

Tabla 14

Estrategia para la mejora en el manejo de los conflictos

Estrategias para manejar los conflictos/discusiones

- Intentar no perder la calma, repetir lo que consideramos más importante del tema a tratar
- Sigue la discusión sigue avanzando sin que veamos que vamos a llegar a ningún acuerdo, identificar en primer lugar que este hecho está teniendo lugar, y verbalizar a la persona que

qué preferimos terminar en ese momento la discusión y abordar dicho tema en otro momento en el que ambas partes estén más calmadas.
 -Para ello, se puede establecer un periodo de descanso según consideremos, desde unos pocos minutos (15-20 minutos), o esperar 24 horas para retomar de nuevo el tema central del conflicto.

Tabla 15

Pautas para el manejo de conductas problema: vómitos y ejercicio físico excesivo

Manejo de conductas difíciles

<i>Conductas de purga: vómito</i>	<i>Ejercicio físico excesivo</i>
-Establecer y llegar a un acuerdo con la persona afectada, de un límite de tiempo entre cada comida e ir al cuarto de baño -Intentar que la persona afectada, no se encuentre sola después de las comidas (realizar alguna actividad gratificante de manera conjunta, llamar a un amigo/a...)	Si hay riesgo físico: firmar un contrato, en el que la persona afectada, se comprometa a cumplir con el objetivo pautado (disminuir o eliminar temporalmente la actividad física) Si no hay riesgo físico: modificar el significado que tiene dicha actividad física, proponiendo realizar dicha actividad, pero de manera conjunta. Por ejemplo, con algún familiar o pareja (dar un paseo con la persona afectada), o asistir a una actividad de baile o yoga, en la que entre en juego la interacción y el contacto social.

 **Modelos de autorregistros**

Tabla 16

Autorregistro 1

Modelo de autorregistro

<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Emociones</i>	<i>Conductas</i>	<i>Pauta/estrategia que fue aplicada</i>
------------------	---------------------	------------------	------------------	--

Tabla 17

Autorregistro 2

Modelo de autorregistro

<i>Situación</i>	<i>Pensamientos negativos</i>	<i>Emoción asociada a los pensamientos negativos</i>	<i>Pensamientos alternativos</i>	<i>Emoción asociada a los pensamientos alternativos</i>
------------------	-------------------------------	--	----------------------------------	---

Tabla 18

Autorregistro 3

Modelo de autorregistro		
<i>Normas y límites establecidos</i>	<i>Estrategia llevada a cabo</i>	<i>Dificultades encontradas en su aplicación</i>

Tabla 19

Autorregistro 4

Modelo de autorregistro		
<i>Conducta problema</i>	<i>Estrategia llevada a cabo</i>	<i>Dificultades encontradas en su aplicación</i>

 **Batería de pruebas de evaluación del programa de intervención**

Tabla 20

Pruebas de evaluación Bloque I del programa de intervención

Batería de pruebas de evaluación (Bloque I)	
Instrumentos	Características
<i>Cuestionario de Regulación Cognitivo Emocional (CERQ, Garnefski, Kraaij & Spinhoven (2001)).</i>	Evalúa nueve estilos de afrontamiento: 1) auto-culpa; 2) culpar a otros; 3) la aceptación, 4) centrarse en la planificación; reorientación positiva, 6) rumiación; 7) reevaluación positiva; 8) la puesta en perspectiva; y 9) catastrofismo.
<i>Cuestionario de Regulación de las Emociones (Phillips & Power (2007)).</i>	Se compone de 42 ítems. Evalúa la frecuencia con que se aplican estrategias adaptativas y desadaptativas de regulación emocional.
<i>Autorregistros aplicados a lo largo de las sesiones.</i>	El objetivo será comprobar si ha disminuido la frecuencia de pensamientos negativos, así como se ha incrementado la presencia de pensamientos de afrontamiento.
<i>Adaptación de la escala CRES-4 (Nielsen et al. 2004). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido.</i>	Se compone de 4 ítems, a partir de los cuales se evalúan los siguientes aspectos: satisfacción, solución del problema y percepción del cambio emocional.

Tabla 21

Evaluación del Bloque II (Familiares y/o allegado de AN) del programa de intervención

Batería de pruebas de evaluación (Bloque II)	
Instrumentos de evaluación	Características
<i>Escala de Comunicación Familiar. FCS (Family Communication Scale. Barnes y Olson, 1982; Versión Española, FCS-VE).</i>	Es una prueba que consta de 20 ítems, y la versión española presenta un formato abreviado con 10 ítems. Se evalúan las estrategias positivas de comunicación: mensajes concretos y congruentes, empatía, apoyo y habilidades efectivas de resolución de problemas.
<i>Escala de Satisfacción Familiar, FSIS (Family Satisfaction Scale, Olson, 1989; Versión española: FSIS-VE).</i>	Está compuesta por un total de 10 ítems, cuyo objetivo es la evaluación de la satisfacción familiar.
<i>Autorregistros aplicados a lo largo de las sesiones.</i>	Con el fin de evaluar la mejoría en la implementación de las diferentes estrategias y pautas del manejo de las diversas situaciones que se han trabajado en el programa.
<i>Adaptación de la escala CRES-4 (Nielsen et al. 2004). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido.</i>	Se compone de 4 ítems, a partir de los cuales se evalúan los siguientes aspectos: satisfacción, solución del problema y percepción del cambio emocional.

Tabla 22

Características del Bloque I (Identificación y regulación emocional en Anorexia Nerviosa)

BLOQUE I: IDENTIFICACIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL				
Nº Sesión	Frecuencia/duración	Objetivos	Ejercicios prácticos	Tareas para casa
1: “Presentación”	Semanal/ 60 minutos	-Presentación de los terapeutas y de los participantes. -Enumeración de objetivos. -Normas de confidencialidad -Evaluación inicial.		
2: “Aprendiendo qué son las	Semanal/ 90 minutos	-Psicoeducación emocional (emociones,	-Debate sobre mitos y expectativas	-Lectura y análisis de los contenidos presentados en la sesión. -Registro de dudas del material.

emociones” (1º Parte)	s	funcionalidades y mitos de las mismas)	previas de las emociones	
3: “Aprendiendo que son las emociones” (2º Parte)	Semanal/ 90 minutos	-Psicoeducación emocional (identificación de las emociones)	-Tarjetario emocional -Identificar emociones en diversas situaciones cotidianas	-Registro de cinco situaciones cotidianas e identificación emocional en las mismas.
4: “Atendiendo y aceptando nuestras sensaciones y emociones”	Semanal/ 90 minutos	-Incrementar la conciencia sobre las sensaciones corporales -Incrementar la aceptación y tolerancia de la experiencia emocional. -Explicación de las leyes emocionales.	-Ejercicio práctico de respiración. -Ejercicio práctico de visualización.	-Autorregistro de situaciones e identificación emocional en las mismas. -Puesta en marcha de la estrategia de respiración y visualización. -Registro de posibles dificultades en la aplicación de las tareas previas.
5: “Analizando nuestras emociones”	Semanal/90 minutos	-Presentación del guion de “Análisis emocional”.	-Análisis emocional de una situación cotidiana. -Ejercicio práctico del análisis de una situación de cada uno de los participantes.	-Autorregistro de situaciones y emociones implicadas en las mismas. -Análisis de la experiencia emocional de dichas situaciones siguiendo el guion presentando en la sesión.
6: “Aprendiendo pautas para mejorar nuestras emociones”	Semanal/90 minutos	-Estrategias y pautas para modular de una manera adaptativa las reacciones emocionales (entrenamiento en respiración,	-Respiración -Listado de actividades gratificantes. -Ejercicio de evocación en imaginación de un recuerdo	-Autorregistros de diversas situaciones. -Puesta en marcha de las habilidades y estrategias adquiridas en las diferentes sesiones (aceptación, identificación, análisis y modulación emocional).

listado de actividades gratificantes y evocación de un recuerdo y/o experiencia positiva)

7: “Mi diario emocional”	Semanal/60 minutos	-Recapitulación de los principales contenidos teóricos y prácticos desarrollados en el programa. -Análisis del aprendizaje individual adquirido. -Realización de la evaluación final.
---------------------------------	--------------------	---

Tabla 23

Características del bloque II (Programa dirigido a familiares y/o allegados con AN)

BLOQUE II: PROGRAMA DIRIGIDO A FAMILIARES Y/O PAREJA

Nº Sesión	Frecuencia/duración	Objetivos	Ejercicios prácticos	Tareas para casa
1: “Presentación”	Semanal/60 minutos	-Presentación de los terapeutas y participantes. -Enumeración de los objetivos		

		del programa. -Aplicación de la batería de evaluación.		
2: “Entendiendo al TCA”	Semanal/ 90 minutos	-Desmentir mitos y creencias entorno al trastorno alimentario. -Psicoeducación sobre la AN (características clínicas, modelos explicativos y formas de tratamiento).		
3: “Cómo comunicarnos mejor con nuestro hijo/a y/o pareja? (1ª parte)	Semanal/ 90 minutos	-Explicación de principios y pautas para mejorar la comunicación: -“Menos es más” (LESS) -“Ambiente familiar” -“Hacer frente a las trampas del TCA”	-Role-play entre los terapeutas. -Role-play entre los participantes sobre situaciones propias.	-Aplicar las estrategias y pautas descritas en la sesión. -Registro de situaciones complicadas, puesta en marcha de las estrategias y dificultades en su implantación.
4: “Cómo comunicarnos mejor con nuestro hijo/a y/o pareja? (2ª parte)	Semanal/ 90 minutos	-Explicación del resto de principios para mejorar la comunicación: -“Establecer normas y límites” -“Manejo de conflictos” -“Aprendido a pensar de manera más adaptativa”	-Elaborar un listado de normas y límites que cada participante desee aplicar. -Role-play de la puesta en marcha de dichas normas y límites.	-Puesta en marcha de las normas y límites -Registro de las dificultades que puedan surgir cuando se aplican. -Registro de pensamientos negativos y alternativos en diferentes situaciones.
5: “Manejo de conductas problema”	Semanal/ 90 minutos	-Ofrecer pautas y estrategias para manejar conductas difíciles (vómitos y/o ejercicio excesivo)		
6: “Superando al trastorno alimentario”	Semanal/ 90 minutos	-Recapitulación de los diversos contenidos y pautas recogidas en las anteriores sesiones -Incrementar la motivación y expectativas de recuperación (visita de familiares y pacientes que han superado el trastorno alimentario) -Evaluación final		