



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

Programa de intervenció psicoterapèutica grupal para adolescents con diagnòstico de bulimia nerviosa basado en terapias de la tercera generaci3n

Trabajo Final de M3ster

M3ster Universitario de Psicolog3a General Sanitario

Blanquerna, Universidad Ram3n Llull

Autora: N3ria Coll Pla

Tutora: Meritxell Pacheco

Curso 2018-2019

Resumen

En la actualidad, no existe una terapia completamente eficaz para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa (BN). Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que las terapias de la tercera generación pueden ser una buena opción para esta población clínica. Este trabajo propone un programa de terapia grupal para el tratamiento de adolescentes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa (BN) en seguimiento ambulatorio basada en el modelo contextual de las terapias de la tercera generación. Con esta iniciativa se pretende facilitar conciencia de las consecuencias negativas de mostrar una autorregulación inflexible e ineficaz, por lo tanto, ayudar a desarrollar y practicar patrones de regulación de comportamiento más flexibles y funcionales ampliando su repertorio de comportamiento.

Palabras clave: terapia de grupo, terapias de la tercera generación, tratamiento grupal, bulimia nerviosa, adolescentes

Abstract

Nowadays, there is no completely effective therapy for the treatment of Bulimia Nervosa (BN). However, some research suggests that third-generation therapies may be a good option for this clinical population. This work proposes a group therapy program for the treatment of adolescents with a diagnosis of Bulimia Nervosa (BN) in outpatient follow-up based on the contextual model of third-generation therapies. This initiative aims to facilitate awareness of the negative consequences of showing inflexible and ineffective self-regulation, therefore helping to develop and practice more flexible and functional patterns of behaviour regulation by expanding its repertoire of behaviour.

Keywords: group therapy, third-wave of behavioral therapy, group treatment, bulimia nervosa, adolescents

Programa de intervención psicoterapéutica grupal para adolescentes con diagnóstico de bulimia nerviosa basado en terapias de la tercera generación

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han convertido en uno de los trastornos psicológicos más relevantes en cuanto a impacto social y cifras de incidencia y prevalencia, triplicándose en las últimas décadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Además, constituyen un problema importante en la salud pública de nuestra sociedad debido al malestar asociado, la complejidad, la dificultad en el tratamiento y los elevados costes sanitarios que estos ocasionan (FITA, 2010; García-Camba, 2001; Tarbal, 2016; Treasure & López, 2011; Urzúa, Castro, Lillo, & Leal, 2009).

La Unidad de TCA del Hospital Universitario pediátrico Sant Joan de Déu (Esplugues, Barcelona) atiende alrededor de 200 pacientes anualmente. Tal y como se muestra en la Tabla 1, son los casos de Anorexia Nerviosa (AN) los más frecuentes por su inicio precoz (NICE, 2017).

Tabla 1.

Nº de pacientes con diagnóstico de AN y BN que recibieron tratamiento de los distintos dispositivos de la Unidad de TCA durante el 2017 (datos propios de la Unidad TCA)

Dispositivo	AN	BN
Hospitalización (24h)	52	2
Hospital de Día	100	6
CCEE	75	15
TOTAL	227	23

Esta unidad dispone de tres dispositivos de intervención que varían en su intensidad de tratamiento; La hospitalización total (HT), la hospitalización parcial (HP) y Consultas Externas (CCEE). Debido a la elevada demanda de atención de los casos de AN, los dispositivos de hospitalización se encuentran altamente especializados para su intervención,

manteniendo mayoritariamente a los casos de Bulimia Nerviosa (BN) en seguimiento ambulatorio.

La BN está relacionada con episodios frecuentes de atracones (la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva) y la sensación de pérdida de control sobre esa ingesta, desencadenando malestar psicológico y conductas compensatorias (García, 2014; Treasure & López, 2011). Estudios como el de Rosval, Steiger & Bruce (2006) y Orozco-Cabal & Herin (2008) han hallado relación entre el rasgo de personalidad impulsividad y BN, favoreciendo así patrones de comportamiento desadaptativos e inflexibles.

Aunque los casos de BN son menos frecuentes en la unidad, tienen una mayor prevalencia respecto a la AN; 0'14%-0'19% AN, 0'41%-2'9% BN (García, 2014; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009), y a largo plazo, pueden tener consecuencias de salud graves como enfermedades cardíacas y digestivas (NEDA, 2012). En este contexto, es evidente la necesidad de desarrollar intervenciones eficaces a nivel ambulatorio para tratarlo.

En relación al formato de tratamiento psicológico, además del formato de terapia individual, la terapia combinada con formato grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de los TCA (Tannenhaus, 1995), ya sea por su modelo terapéutico como por su función de atención intensiva en contextos hospitalarios con congestión de pacientes y largas listas de espera (Vinogradov & Yalom, 1989).

Respecto a los enfoques de tratamientos que se están aplicando, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicoterapéutica que cuenta con mayor evidencia científica para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa (BN) (American Psychiatric Association, 2006; NICE, 2004), en concreto, la diseñada por Fairburn (1985). A pesar de sus resultados positivos, su eficacia es limitada puesto que sólo la mitad de los pacientes tienen una respuesta completa y duradera (C. Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

López (2013) comenta que desde un punto de vista conductual, la impulsividad puede implicar una relación funcional rígida entre eventos privados que surgen en un contexto determinado (en los TCA sentimientos o pensamientos negativos como la rabia, el enfado o la culpa) y la conducta problemática (atracción, vómito autoinducido, etc.). De ese modo, la conducta sigue un patrón de reforzamiento a corto plazo y no se encuentra dirigida por las consecuencias a largo plazo. El enfoque tradicional de la terapia cognitivo-conductual ha abordado este problema mediante la intervención en la relación contexto-evento privado. Así los esfuerzos terapéuticos se dirigen a evitar la aparición del evento privado por medio de la intervención en el contexto (control estimular), o en el control o modificación de dicho evento privado mediante distintas estrategias (López, 2013; Mañas, 2007). En ocasiones se logra el efecto contrario deseado: se incrementa la intensidad del evento privado que se quiere controlar, el llamado “efecto de supresión” (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), ocurriendo con mayor probabilidad cuando el evento privado es de elevada intensidad (Mañas, 2007). Por otro lado, las reacciones emocionales y los pensamientos asociados a determinadas circunstancias están fuertemente condicionados, dada una historia de aprendizaje consolidada. En algunos casos puede ser poco pragmático el intento de cambio de esas reacciones (Luciano & Wilson, 2002).

Dadas las limitaciones encontradas en las intervenciones generalizadas destinadas al control de los eventos privados para el abordaje de la impulsividad, han surgido, al hilo del conductismo radical, intervenciones destinadas a actuar sobre la relación funcional entre el evento privado y la conducta, que es propiamente el comportamiento impulsivo (López, 2013; Mañas, 2007). En este caso, el objetivo sería modificar la conducta en presencia del evento privado, es decir, que el sujeto se relacione de forma distinta con determinados pensamientos y emociones. En este sentido, las terapias de tercera generación suponen una nueva forma de tratamiento que se basa en realizar una modificación de conducta desde un

enfoque global, teniendo en cuenta la vivencia del sujeto y cómo el contexto social y cultural han producido que su conducta sea ineficaz (Pérez, 2006). De esta manera, se basan en el poder del contexto y del diálogo para conseguir dicha modificación a través de la aceptación y propia vinculación con su funcionamiento habitual, y así, cambiar el modo de percibir el problema (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2017). Por lo tanto, la propia relación entre el cliente y su terapeuta es un proceso de cambio (Pérez, 2004), y esto se consigue a través de un análisis individualizado de los problemas del paciente, especialmente los que ocurren durante la propia terapia, y la aplicación de intervenciones en vivo dentro de las sesiones de tratamiento. Esta forma de actuar supone para la terapia de conducta una nueva manera de enfocar el proceso de tratamiento.

Para conseguirlo, existe la necesidad de crear una relación terapéutica intensa y auténtica para que la propia relación entre el paciente y el terapeuta sea un proceso de cambio (Pérez, 2004). También, es importante desarrollar competencias y habilidades más allá de las que requiere la terapia tradicional: habilidades de discriminación de respuesta, habilidades de imaginación y creatividad y habilidades de meditación y atención plena (Barraca, 2009). En este contexto psicoterapéutico, el análisis de los valores del sujeto, entendidos no como metas sino como direcciones vitales, sería una de las tareas esenciales a realizar (Luciano & Wilson, 2002).

En definitiva, se plantea la necesidad de ver el tratamiento no como una lucha contra unos síntomas, sino como una reorientación vital que permita generar cambios significativos, reales y permanentes. Forman parte de este nuevo modelo la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) postulada por Linehan (1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes et al. (1999), la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1994), la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) y la práctica de una alimentación consciente basada en mindfulness (MB-EAT) (Kristeller & Hallett, 1999).

Los resultados de aplicación en los TCA son prometedores para todos estos programas, observando mejoría en la sintomatología de los pacientes que presenten BN (Woolhouse, Knowles, & Crafti, 2012), aunque destaca el MB-EAT, que ha sido becado por los institutos de salud nacionales (NIH) de Estados Unidos. Estas intervenciones van destinadas a que el sujeto funcione de acuerdo a sus objetivos personales, independientemente de cómo se sienta. Para ello, se utiliza el enfoque conductual clásico (modelado, reforzamiento diferencial, exposiciones planificadas, rol-playing, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, etc.) incorporando la relación terapéutica (como el contexto privilegiado en el que realizar el moldeamiento) y añadiendo interacciones clínicas específicas que se han mostrado útiles para alterar funciones en la dirección señalada (Barraca, 2009; Díaz et al., 2017; Luciano & Wilson, 2002).

La aplicación de todas estas técnicas se vuelve en las terapias de tercera generación particularmente adaptable ya que el contextualismo de base obliga a adoptar un enfoque ideográfico, lo que supone una permanente transformación y cambio de cualquier técnica que se emplee (Barraca, 2009; López, 2013; Mañas, 2007; Martín-Murcia, Nieto, & Ruiz, 2012; Pérez, 2006). En cualquier caso, desde este nuevo modelo se pretende favorecer conductas alternativas más eficaces.

A continuación, se plantea un tratamiento psicoterapéutico grupal destinado a los adolescentes en seguimiento ambulatorio por la Unidad de TCA del Hospital Universitari Sant Joan de Déu (Barcelona) con diagnóstico de BN desde las terapias de tercera generación.

Objetivos

El objetivo general es realizar un programa psicoterapéutico grupal cerrado para el tratamiento de pacientes adolescentes con diagnóstico de BN en seguimiento ambulatorio (CCEE) por la Unidad de TCA basado en el modelo contextual de la ciencia del

comportamiento (terapias de la tercera generación). Concretamente, en facilitar conciencia de las consecuencias negativas de mostrar una autorregulación inflexible e ineficaz, por lo tanto, ayudar a los pacientes a desarrollar y practicar patrones de regulación de comportamiento más flexibles y funcionales, enfrentando situaciones estresantes con éxito como resultado de haber ampliado su repertorio de comportamiento.

Descripción de la intervención

Contexto social

La Unidad de TCA del Hospital Universitari Sant Joan de Déu (Barcelona) atiende a los menores de edad de la comarca del Baix Llobregat y la Eixample izquierda. Las sesiones se realizan en las instalaciones del edificio ITAKA (salud Mental), concretamente, en el despacho habilitado para grupos de la planta 0 de CCEE.

Profesionales

Se contemplan un o dos terapeutas clínicos especializados (psiquiatras o psicólogos clínicos) con formación específica de terapias de la tercera generación para llevar a cabo el programa.

Usuarios

Criterios de inclusión: Adolescentes de entre 15 y 18 años en seguimiento ambulatorio que reciben tratamiento en la Unidad de TCA del *Hospital Universitari Sant Joan de Déu* (Barcelona) con un diagnóstico de TCA del DSM-V (2013) junto a rasgos de personalidad impulsivos, dificultades de autocontrol, atracones, purgas u otras conductas de autolesión propias de la BN.

Criterios exclusión: Adolescentes que sufran o tengan un diagnóstico de psicosis, pacientes con tendencias suicidas (las cuales serían referidas para atención individual urgente) y aquellos con falta de motivación o compromiso.

Tamaño del grupo

El tamaño grupal óptimo que permite a los miembros compartir mutuamente sus experiencias va desde un mínimo de cuatro o cinco hasta un máximo de doce participantes (Vinogradov & Yalom, 1989).

Estructura transversal

La duración óptima de cada sesión de terapia de grupo oscila entre 60 y 120 minutos (Vinogradov & Yalom, 1989). En este caso, la disponibilidad de la sala de grupo del hospital es de 90 minutos. Cada sesión se estructura en cuatro partes diferenciadas:

Primera parte (30 min aprox.): Se inicia el grupo dando un espacio para poder aclarar dudas/preocupaciones. A partir de la sesión 4, se empezarán todas las sesiones con un ejercicio que se explica en la sesión 3 propio de la Compassion Focused Therapy (CFT).

Segunda parte (50 min aprox.): Se realiza la actividad o dinámica propia de cada sesión.

Tercera parte (10 min aprox.): Se recomienda terminar con una actividad más dinámica con un sentido terapéutico relacionado con el módulo.

Cuarta parte (fuera de sesión): En algunas sesiones se invita al grupo a realizar una determinada tarea para ampliar los objetivos trabajados en cada sesión.

Estructura longitudinal

La frecuencia de las sesiones puede variar en función de las limitaciones clínicas y económicas. Aun así, el programa de intervención se propone para desarrollarlo semanalmente, sobre todo con grupo de pacientes externos (Vinogradov & Yalom, 1989). Durante la aplicación del programa se trabajarán 9 módulos terapéuticos de varias sesiones. La duración total del programa es de 5 meses. Se cerrarán las sesiones destacando los nuevos aprendizajes que serán de su utilidad. Para hacerlo, se propone la posibilidad de abrir una cuenta de *Instagram* (administrada por el terapeuta) donde después de cada sesión se colgará una imagen con una frase o texto que recoja el aprendizaje significativo de la sesión.

Módulo: Iniciando el grupo.

Sesión 1: Somos un equipo.

Objetivo: Presentación del grupo, cohesión grupal y realización del pre-test.

Material: Juego de cartas DIXIT, hoja con las normas del grupo y la batería de pre-test.

Metodología: Se iniciará con la presentación del grupo, de los objetivos, de las normas del grupo y su estructura. Será importante pedir a los miembros que expliquen qué esperan del grupo.

Dinámica de presentación. Las cartas del DIXIT se caracterizan por su variedad de ilustraciones abstractas que facilitan distintas interpretaciones subjetivas. Se exponen las cartas en el suelo, y se da la consigna siguiente: “Observad las cartas y escoged aquellas que creáis que os definan como personas, tomaros el tiempo que necesitéis”. Después, cada miembro enseñará la carta al grupo y explicará el porqué de su elección, invitando a los otros miembros a realizar preguntas que se les ocurra. Se recomienda realizarlo en el suelo para facilitar el movimiento.

Ejercicio. Se pedirá a los miembros del grupo que elijan un nombre de equipo.

Evaluación pre-intervención. Realización de batería de pre-test (BULIT-R, STAI, BDI-II, AAQ-II, VQ, FFMQ-E).

Módulo: Conciencia emocional.

Sesión 2: ¿Qué es lo que siento?

Objetivo: Educación emocional, identificación y gestión de las emociones (aprender un modo emocional sostenible).

Material: Proyector, ordenador y sillas.

Metodología:

Actividad sobre las emociones. Mediante presentación interactiva *power point*, trabajar; Qué son las emociones, función de las emociones y dificultades para identificarlas (véase Reyes &

Tena (2016), *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*, pág. 38-40).

Juego final. Se propone el juego del Pasapalabra emocional y el Tabú emocional (véase Ruiz et al. (2017), *Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*, pág. 102-104).

Invitación. Se propone realizar un registro emocional-conductual (véase McKay, Wood & Brantley (2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 202)

Sesión 3: ¿Cómo puedo regular mis emociones?

Objetivo: Conciencia e identificación emocional, estrategias de regulación emocional inefectivas y efectivas.

Material: Sillas, mesa, cartulinas, rotuladores, tijeras, celo, ordenador y proyector.

Metodología:

Actividad sobre la regulación de las emociones. A partir de la invitación de la sesión anterior, trabajar qué estrategias de regulación emocional les han resultado efectivas e inefectivas ampliándolas mediante psicoeducación (véase Reyes y Tena (2016), *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*, pág. 41-66).

Ejercicio final. Visualizar en el proyector pequeños trozos de películas donde los personajes vivan emociones extremas que les generen malestar (por ejemplo; ansiedad, tristeza, celosía, amor, culpa, vergüenza, ira). El grupo debate cómo aplicar la estrategia de acción opuesta que plantea Linehan (1993); Identificar la emoción extrema, identificar la forma en que esa emoción afecta de manera física (en la respiración, tensión muscular, etc.), identificar los impulsos y ¿Qué acciones opuestas se pueden tomar para actuar de forma efectiva?

Sesión 4: Los tres sistemas de regulación emocional.

Objetivo: Identificación emocional, cognitiva y conductual, expresión emocional y autocompasión.

Material: Cartulina verde, azul y roja, rotuladores, celo, tijeras, sillas y mesa.

Contextualización: Se introduce la Compassion Focused Therapy (CFT), terapia que forma parte de las terapias de la tercera generación i de la Teoría del Apego (Bowlby, 1969). Paul Gilbert (2010) formula esta terapia centrada en la desculpabilización y la disminución de la autocrítica.

Tabla 2.

Los tres sistemas de regulación emocional según Compassion Focused Therapy (CFT).

Versión adaptada de las características de los sistemas del modelo CBT de Paul Gilbert (2010)

	Sistema de amenaza	Sistema de logro	Sistema de calma
Motivación	Sobrevivir, protección	Lograr, ganar, conseguir	Autocuidado, calma, disfrutar
Atención	Alerta, peligro	Ventajas, logros, objetivo	Manejar el distrés, socialización
Pensamientos	Inseguridad, peligro, preocupación	Como conseguirlo	Cuidar, calmar
Emociones	Miedo, ansiedad, rabia, ira	Positivo, motivado	Seguridad, confianza
Fisiología	Agitación e intranquilidad	Excitado, despierto	Calma
Conducta	Pelea o huida	Enfocado	Tranquilidad

Metodología: La idea principal de la CFT es aliviar el sufrimiento desarrollando su propio sistema de confort y compasión potenciando una vida más confortable psicológicamente.

Actividad del modelo CFT para el inicio de cada sesión. Se elaboran mediante cartulinas de colores, tres pósteres que representen cada sistema con sus peculiaridades. Se recomienda colgar las cartulinas en un lugar visible para trabajarlo en cada sesión. El objetivo de iniciar con esta actividad es el de identificar en qué sistema o sistemas han funcionado durante la

semana (realizar una identificación de sus emociones, pensamientos, conductas, sensaciones, focos y motivaciones) desde una actitud compasiva hacia ellos mismos, es decir, desde el no juzgar, la calidez, la sabiduría, la fortaleza, el coraje moral y la amabilidad. Es importante que cada miembro del grupo pueda concretar más allá de las clasificaciones establecidas, cómo se han sentido durante el período de tiempo a fin de justificar su elección, poniendo especial énfasis en invitar a los pacientes a que nos expongan vivencias con interés terapéutico.

Ejercicio final. Práctica de meditación del amor incondicional por uno mismo (véase McKay et al. (2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 181)

Invitación. Pedir que se escriban una carta expresando compasión por un aspecto de ellos mismos que no les gusta (véase Anexo I).

Módulo: Disminuir la vulnerabilidad física.

Sesión 5: El autocuidado.

Objetivo: Psicoeducación sobre el autocuidado y mejorar hábitos saludables.

Material: Proyector, ordenador y sillas.

Metodología: Hay otros factores relacionados con nuestra salud y nuestras rutinas que influyen sobre cómo nos sentimos (Rathus & Miller, 2014).

Psicoeducación sobre el autocuidado. Mediante presentación interactiva, trabajar el autocuidado como factor clave para la disminución de la vulnerabilidad física. En la explicación, deben constar los temas siguientes (véase McKay et al. (2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 209-222): Ejercicio físico, hábitos alimentarios, evitar el consumo de alcohol y drogas, pautas de higiene del sueño, estrés, realizar actividades agradables (realizar lista), tiempo para la sociabilización y ocio

Ejercicio final. Realizar a nivel individual un Plan de Mejora de Hábitos (qué hábitos puedo mejorar, cuándo los empezaré a mejorar, cómo lo haré).

Invitación. Poner en práctica el plan de mejora de hábitos.

Módulo: La impulsividad.

Sesión 6: Las cajitas de la impulsividad.

Objetivo: Psicoeducación de la impulsividad, evaluación de la consciencia de dificultades y consecuencias, favorecer habilidades de mente sabia.

Material: 4 cajas pequeñas, hojas, bolígrafos, sillas y mesa.

Contextualización: La DBT postula que nuestra mente tiene tres estados; La mente emocional, la mente racional y la mente sabia (Rathus & Miller, 2014). La mente sabia es una habilidad de conciencia o habilidad metacognitiva que promueve una visión de los estados internos desde una posición de distancia óptima (Linehan, 1993). Tiene que ver con observar la situación, describirla, no emitir juicios, actuar con habilidad y eficacia. En las personas más impulsivas, las emociones dirigen su conducta, por lo tanto, es fundamental desarrollar habilidades de mente sabia para la gestión de las emociones y de las conductas.

Metodología:

Dinámica de las cajitas de la impulsividad. Se parte una hoja en trozos pequeños. Después, se pedirá al grupo que escriban frases sobre: Qué es la impulsividad, situaciones en las que hayan actuado con impulsividad, beneficios a corto y largo plazo y perjuicios a corto y largo plazo. Cada respuesta se pondrá de forma anónima y secreta en las 4 cajitas correspondientes. Posteriormente, cada miembro irá abriendo un papel al azar, lo leerá en voz alta y se pedirá la opinión/reflexión del grupo respecto a esa respuesta.

Ejercicio final. Psicoeducación sobre la Mente Sabia. Meditación de la mente sabia (véase McKay et al. (2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 135)

Invitación. Visualizar el vídeo de “EL PODER DE LA VULNERABILIDAD” de Brené Brown y reflexionar en qué se sienten identificados y cómo lo ubicarían en su historia de vida.

Sesión 7: La impulsividad no es mi identidad.

Objetivo: Externalización de la impulsividad para mejorar su identificación y disminuir la autoculpabilización.

Material: Rotuladores, cartulina, mesa, sillas y entrevista a la impulsividad (véase Anexo II).

Metodología:

Actividad de entrevista a la impulsividad. Se realizarán las preguntas de la entrevista (véase Anexo II) y el grupo las irá respondiendo. Se recomienda realizar el dibujo que se les indicia en una cartulina grande y colgarlo en la sala (se recuperará en la sesión final).

Juego final. Se propone el juego de cartas DIXIT, pero en este caso, la consigna será “escoged aquella carta que mejor represente la impulsividad para vosotros”. Después, se ponen las cartas elegidas del revés, se mezclan y se ponen ocultas encima de la mesa. Seguidamente, se destapa una carta y el grupo debate el porqué de esa elección.

Sesión 8: ¿Cómo puedo enfrentarme a esta situación más adecuadamente?

Objetivo: Identificar pensamientos y emociones que generan malestar y desbordamiento emocional.

Material: Sillas, mesa y registro de evidencia del malestar (véase (McKay et al., 2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 236).

Metodología:

Actividad de registro de evidencias del malestar. Cada miembro explica la última vez en la que se sintieron desbordados por sus emociones o pensamientos, hecho que les hizo reaccionar de forma impulsiva. Después, de forma individual, responderán a las cuatro primeras filas de la hoja de registro. Todos pasarán la hoja al compañero de la derecha. Éste responderá la quinta fila y lo volverá a pasar a la derecha. El siguiente, responderá al lado de la respuesta de su compañero la misma fila. Así sucesivamente hasta que cada miembro tenga

su hoja inicial. Finalmente, a partir de lo que los compañeros han anotado en la fila cinco, se responderá a la última pregunta. Para terminar, se pondrá en común.

Ejercicio final. Práctica de respiración consciente (véase McKay et al. (2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 73)

Módulo: Habilidades de tolerancia al malestar.

Sesión 9: La ansiedad.

Objetivo: Psicoeducación de la ansiedad y promoción de pensamiento crítico.

Material: Mesa, cajas, hojas e ilustraciones para pensar.

Metodología:

Actividad sobre la ansiedad. Se preparan cuatro cajas con los siguientes títulos: Síntomas, Cosas buenas, Cosas no tan buenas y Maneras de gestionarlo que no me han servido mucho. Dentro de cada caja se introducirán papeles ocultos con frases relacionadas a la ansiedad (véase Beck (2013), *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*, pág. 22-23). Los miembros los deberán ir cogiendo e identificar si alguna vez lo han experimentado o si se sienten identificados.

Ejercicio final. Se reparten las diferentes ilustraciones encima de la mesa. Se pide que se observen durante unos minutos, y después, se pregunta al grupo sobre qué relación creen que hay entre cada ilustración y el estrés, la ansiedad o la sociedad.

Invitación. Se recomienda ver el vídeo “HABLEMOS DE ANSIEDAD” del Canal YouTube del Canal de Korah.

Sesión 10: Sobrevivir a las emociones extremas.

Objetivo: Adquirir habilidades de tolerancia al malestar extremo eficaces.

Material: Sillas, mesa, hojas, rotuladores de colores, plan de crisis (véase Anexo III).

Contextualización: Las habilidades de supervivencia a las crisis van dirigidas a aprender a tolerar el dolor de una situación dada sin recurrir a conductas que mantengan o aumenten en

sufrimiento (Rathus & Miller, 2014). Las técnicas que se enseñan en esta parte se dirigen a aprender a dar una nueva respuesta a las crisis: distraerse, proporcionarse estímulos positivos, mejorar el momento por medio de la imaginación y la relajación y pensar en los pros y los contras de conducta impulsiva. Rathus et al. (2014) proponen en el manual *DBT Skills Manual for Adolescents*, 4 fases a seguir en situaciones de malestar extremo; Calmar el cuerpo, parar la emoción que conduce la conducta, evocar diferentes emociones y solución de problemas.

Metodología:

Actividad Plan de Crisis. Cada miembro realizará su plan de crisis en formato papel. Será importante que los miembros del grupo lo guarden para poder recurrir a él en situaciones emocionales o cognitivas desbordantes, y de esta manera, poder disminuir la intensidad de la Mente Emocional. Mientras se va elaborando conjuntamente, será importante ejemplificar de forma concreta con situaciones vividas por los miembros del grupo.

Ejercicio final. Práctica de relajación muscular progresiva (véase el procedimiento de la relajación progresiva basada en Jacobson (1938) *Progressive Relaxation* en el *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales* (2017), pág. 272).

Sesión 11: Habilidades de solución de problemas.

Objetivo: Adquirir habilidades eficaces para la solución de dificultades o problemas.

Material: Caja, papel, bolígrafo, plan de crisis (ver Anexo III), proyector y ordenador.

Metodología:

Dinámica grupal. Dentro de una caja se introducen situaciones conflictivas escritas en papel de forma que no se puedan leer. Por ejemplo: “*He encontrado el lugar donde mis padres tenían guardada la bollería. No he podido controlarme y me lo he terminado comiendo. No quiero que se enfaden*” o “*El sábado mi mejor amiga monta una fiesta en su casa hasta las 4 de la mañana. Tengo muchas ganas de ir, pero hoy me han dado las notas*”.

Los miembros se dividen en dos grupos, y cada grupo escogerá al azar una situación. Cada grupo deberá llegar a una solución mediante los pasos de la fase “solución de problemas” del plan de crisis. Después, se intercambian las situaciones y realizan la misma tarea. Se explican los procesos seguidos y se comparan los resultados.

Actividad final. Tendemos a anticiparnos con facilidad como sistema de protección llegando a crear una realidad que se aleja del aquí y ahora. El ejercicio se trata de visualizar el vídeo “RUNAWAY” realizado por Susan Yung, Emily Buchanan y Esther Parobek y pensar una solución para mejorar la gestión de la anticipación.

Módulo: Aceptar.

Sesión 12: Estar en el presente.

Objetivo: Psicoeducación sobre *mindfulness* y vivir con plenitud el momento presente.

Material: Sillas, mesa y ejercicio de la mente presente.

Contextualización: La práctica de *mindfulness* es efectiva para mejorar las habilidades de regulación emocional (Hamilton, Kitzman, & Guyotte, 2006) ya que permite a quienes la practican dirigir su atención hacia sus objetivos y no quedarse bloqueados en los pensamientos negativos. A su vez, la observación de la emoción que se produce durante el proceso de meditación puede mejorar la familiaridad del meditador con sus emociones negativas y aumentar la tolerancia hacia estas, reduciendo la magnitud y duración de las sensaciones desagradables (Thayer, Friedman, & Borkovec, 1996).

En este caso, el objetivo no es evitar el dolor o el sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad. Desde esta perspectiva, el dolor es parte de la vida y su aceptación es parte de cualquier proceso de cambio.

Metodología:

Actividad sobre la mente presente. En primer lugar, se pedirá al grupo que cierre los ojos y cuente mentalmente hasta 1 minuto, una vez terminen pueden abrir los ojos. Se pedirá si

durante ese tiempo se han encontrado con pensamientos perturbadores que les han desconcentrado, sobre qué se trataban y si tienen que ver con remordimientos, juicios o miedos. Después, se diferenciará la presencia en el aquí y ahora de la mente ocupada por remordimientos del pasado o temores del futuro. Para hacerlo, se trabajará con ejemplos prácticos que vaya proponiendo el grupo. Finalmente, se introducirá el *mindfulness* abordando (véase Miró & Simón (2012), *Mindfulness en la práctica clínica*, pág. 108-110); Qué es *mindfulness*, qué no es *mindfulness*, beneficios ante la impulsividad e instrucciones para su práctica.

Ejercicio final. Se realizará la meditación *mindfulness* sentados (véase Díaz et al. (2017), *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*, pág. 519)

Invitación. Se recomienda realizar sesiones de meditación *mindfulness* durante una semana mediante la aplicación gratuita para móvil “App mindfulness”.

Sesión 13: Saborea la vida.

Objetivo: Entreno en comer consciente (discriminar sensaciones físicas de hambre física y emocional) y mejorar patrones de alimentación.

Material: Alimentos.

Conceptualización: El *Mindfulness Based Eating* (MB-Eat) (Kristeller & Wolever, 2010) trata de llevar nuestra atención presente al momento de la alimentación, es decir, elevar nuestra consciencia observando nuestros patrones de ingesta con curiosidad y aceptación, siendo conscientes de cómo tomamos las decisiones de qué alimentos comer, cómo y cuándo. Para hacerlo, debemos prestar atención a las sensaciones corporales, reconocer el hambre física y diferenciarlo del hambre emocional, y de esta manera, alimentarnos de una forma saludable y consciente pudiendo cambiar patrones de ingesta desequilibrados (Kristeller & Hallett, 1999). Se ha demostrado que permite disminuir los antojos relacionados con la comida (Alberts, Mulken, Smeets, & Thewissen, 2010) y disminuye el número de atracones

(Sojcher, Fogarite, & Perlman, 2012), lo que a su vez conduce a una disminución en el índice de masa corporal (Tapper et al., 2009).

Metodología:

Actividad de contemplación. La actividad se desarrollará en espacio exterior, o bien, en un espacio diferente al habitual. Durante unos minutos, el grupo se centrará en la presencia del aquí y ahora mediante el no juicio, la observación, la contemplación y la presencia. Después, se pondrá en común todas las observaciones y sensaciones que hayan vivido. Se destacarán qué tipos de pensamientos han aparecido.

Ejercicio de entreno en comer consciente. Los miembros del grupo traerán un alimento para poder realizar el ejercicio alimentación consciente (véase Miró & Simón (2012), *Mindfulness en la práctica clínica*, pág. 232-233).

Sesión 14: Defusión de pensamientos.

Objetivo: Identificación de errores de pensamiento, distanciamiento ante pensamientos automáticos y estrategias para la defusión de pensamientos.

Material: Rotuladores de colores, ejercicio distorsiones cognitivas y hoja del escudo contra los pensamientos.

Conceptualización: La defusión de pensamientos es una técnica tomada de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999) que ha demostrado ser un tratamiento muy eficaz para el sufrimiento emocional. Ayuda a observar conscientemente los pensamientos sin quedarse atrapado en ellos mediante la visualización de estos pensamientos alejándose de uno mismo (Luciano & Wilson, 2002).

Metodología:

Actividad sobre distorsiones cognitivas. Con el objetivo de discriminar la realidad de los pensamientos, entre todo el grupo deberán realizar un póster/mural sobre las distorsiones cognitivas.

Actividad del escudo contra pensamientos. Cada miembro del grupo dibujará su propio escudo contra pensamientos automáticos mediante tres estrategias para la defusión de pensamientos; Identificar el pensamiento, observarlo como si fuera una nube flotando y deja que la nube se aleje de ti.

Ejercicio final. Meditación para la defusión de pensamientos (véase McKay et al. (2017), *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*, pág. 135)

Módulo: Compromiso con mis valores.

Sesión 15: La vida orientada a valores.

Objetivo: Identificar los valores personales y orientación hacia ellos.

Material: Cuestionario de valores de vida (McKay et al., 2017), ordenador, proyector, recipientes de vidrio (reciclados), pelotas de golf, piedras, arena, zumo y plan de mantenimiento orientado a valores.

Contextualización: Tal y como comenta Luciano et al. (2002), los valores son la brújula que dirigen nuestra conducta hacia lo que nos importa de verdad. Son elegidos (no están influenciados por “deberías” o “tendría que...”), son un proceso (no un resultado), nunca se alcanzan (siempre se puede seguir caminando hacia ellos) y por eso pueden mantenerse a lo largo del tiempo (se puede cultivar toda la vida).

Desde este nuevo modelo ACT, explican que se descubre que el alivio sintomático que busca el paciente no es un fin en sí mismo, sino que se encuentra a la base, según cree el cliente, de la realización de una serie de aspectos que de manera más o menos clara constituyen lo auténticamente importante en esta persona (Luciano & Wilson, 2002).

Metodología:

Actividad de identificación de valores. Cada miembro del grupo responderá de manera individual el cuestionario de Valores de Vida (McKay et al., 2017) adaptado de Wilson

(2002). Después, se visualizará el vídeo “EL FRASCO DE LA VIDA” como metáfora de la importancia de los valores en nuestras prioridades.

Ejercicio final. Mediante el material necesario, se realizará “el frasco de la vida”.

Invitación. En base a los valores prioritarios anteriormente identificados, los miembros deberán realizar un “plan de mantenimiento orientado a valores”. Tratará de escribir qué acciones, actitudes o conductas a corto y largo plazo deberán adoptar en su día a día para ser coherentes con sus valores.

Sesión 16: ¿Cómo cuidas tu jardín?

Objetivos: Orientación hacia los valores y aceptación del malestar.

Material: Metáfora sobre el cuidado del jardín (Luciano & Wilson, 2002) y ejercicio sobre cómo cuidar en mi jardín (véase Anexo IV).

Metodología:

Actividad metáfora del jardín. A modo de resumen del módulo de aceptación y del módulo de compromiso con los valores, se lee conjuntamente la metáfora sobre el cuidado del jardín. Adaptado de Kelly & Luciano (2002), se trata de una metáfora que ejemplifica la importancia de dedicar más tiempo a lo que realmente valoramos que no a aquello que nos molesta.

Ejercicio cómo cuidar mi jardín. A partir de la lectura, realizar el ejercicio sobre cómo cuidar mi jardín (véase Anexo IV). Destacamos los eventos privados como aquellos pensamientos, emociones o sensaciones que vivimos pero que son indetectables desde el exterior (o mundo público).

Módulo: Habilidades interpersonales.

Sesión 17: Estilos de comunicación.

Objetivos: Mejorar habilidades de comunicación e identificar estilos comunicativos.

Material: Proyector, ordenador, hojas y bolígrafo.

Conceptualización: La falta de asertividad como mecanismo de regulación emocional interfiere en la competencia social y en la expresión emocional (Silva, 2005), generando un déficit comunicacional y limitando la adaptación con el entorno y el manejo de las relaciones interpersonales (Behar, 2011). Este hecho, puede llegar a producir un verdadero aislamiento social y una incapacidad para relacionarse eficazmente o hábilmente con los otros (García & Gil, 1993). Según Behar y colaboradores (2010, 2011; 2006) las pacientes con diagnóstico de BN sufren de falta de asertividad más que las pacientes con diagnóstico de AN y los grupos controles (Corcos et al., 2000; McCanne, 1985). A su vez, el entrenamiento asertivo ha sido evaluado como una de las terapias más efectivas en las pacientes con TCA (Lemberg & May, 1991).

Metodología:

Actividad sobre estilos comunicativos. Primero, se pedirán voluntarios para representar una situación conflictiva, por ejemplo “conseguir que mis padres me dejen salir por qué me han castigado esta tarde sin poder salir y mis amigos van a ir a una fiesta que quiero ir”. Mediante una presentación *power point*, se realizará psicoeducación sobre la asertividad (véase Roca (2014) *Cómo mejorar tus habilidades sociales*, pág. 15-19), y se irá relacionando con la situación anteriormente interpretada. Se tratará lo siguiente: Los tres estilos que utilizamos para comunicarnos con los demás (estilo pasivo, agresivo y asertivo), dimensiones de la asertividad, beneficios del estilo asertivo y cómo mejora mi autoestima y autoconfianza.

Ejercicio final. Para ponerlo en práctica, se propondrá una situación conflictiva, por ejemplo “una chica se entera que algunas de sus amigas la están criticando por la espalda”. Se repartirán aleatoriamente estilos de comunicación a actuar, y todos los miembros del grupo representarán la situación (roles a escoger o a repartir al azar). Después, se hará un análisis exhaustivo sobre la comunicación y consecuencias de ésta.

Invitación. Poner en práctica la dimensión de la asertividad que más difícil les resulta.

Sesión 18: Entrenamiento asertivo.

Objetivos: Mejorar habilidades de comunicación mediante entrenamiento asertivo.

Material: Cartulina, bolígrafo, celo, ejercicio sobre cómo expresarme de forma asertiva mediante la técnica de la “hamburguesa” (véase Anexo V).

Metodología:

Actividad de entrenamiento asertivo: Realizar el ejercicio sobre cómo expresarme de forma asertiva (véase Anexo V) con ejemplos prácticos y la realización de role-playing para ponerlo en práctica.

Ejercicio final. Realizar un póster todos juntos que represente qué es la asertividad para ellos.

Módulo: Manejo de recaídas y final de terapia.

Sesión 19: Kit de emergencia.

Objetivo: Identificación de factores de riesgo para la prevención de recaídas e intervención en episodios de resbalón/recaída.

Material: Bolígrafos, mesa, sillas, lectura sobre el *Kintsugi* y ejercicio del Kit de emergencia (véase Anexo VI).

Contextualización: En estudios de seguimiento a 6 años para personas tratadas, el 60% se consideraban de buen pronóstico, el 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). De esta manera, mantener el rumbo no es fácil. Es importante considerar las recaídas como parte del proceso, por lo tanto, un objetivo más a tener en cuenta en la fase de intervención.

Metodología:

Actividad sobre la fortaleza de las recaídas de las recaídas. A partir de la lectura sobre el *Kintsugi*, se hará una reflexión sobre la similitud entre la cerámica japonesa y las recaídas o resbalones.

Ejercicio para la prevención de recaídas. Para poder realizar una identificación de factores de riesgo y estrategias de actuación ante ellos, se trabajará el ejercicio del Kit de emergencia (véase Anexo VI). Se irá comentando a nivel grupal, pero cada miembro realizará su Kit de forma personalizada en base a aquellas estrategias que más le hayan servido durante el tratamiento.

Invitación. Se pedirá a cada miembro del grupo que escriba individualmente una carta a la impulsividad. Algunas ideas: ¿Qué he aprendido de ti?, ¿Qué te agradezco?, ¿A partir de ahora cual será nuestra relación?

Sesión 20: Gracias.

Objetivo: Nueva relación con el malestar, favorecer la resiliencia, finalización del grupo y desvinculación.

Material: Hojas, bolígrafos y celo.

Metodología:

Actividad sobre la nueva relación con la impulsividad. Se invitará a los miembros a leer la carta, y después, a pegarla en la cartulina dónde se ilustró la impulsividad.

Dinámica final. Cada miembro pondrá su nombre en una hoja. Después, se pasará al miembro que tengan a su derecha. Éste, escribirá lo que ha aprendido, valorado o agradecido del compañero. Doblará la hoja hasta que su escrito quede oculto y pasará la hoja al compañero que tenga a su derecha, y así, sucesivamente.

Evaluación post-intervención: Realización de batería de post-test (BULIT-R, STAI, BDI-II, AAQ-II, VQ, FFMQ-E y Cuestionario de satisfacción).

Presupuesto previsto

Para realizar el programa grupal en el CCEE del Hospital Universitari Sant Joan de Déu, el presupuesto total es de 86€. A continuación, se muestran los detalles.

Tabla 3.

Desglose del presupuesto para la aplicación del programa

Artículos	Unidades	Precio/Unitario	Precio Total
Juego de Cartas <i>DiXit</i>	1	30	30
Hojas	100	0'02	2
Cartulinas de colores	10	0'4	4
Tijeras	2	1'5	3
Celo	1	1'40	1'4
Caja pequeña	6	2	12
Rotuladores de colores	15	0'5	7'5
Pegamento	1	1'5	1'5
Bolígrafos	15	1	15
Pelotas de golf	15	0'5	7'5
Zumos	2	1	2
TOTAL	161	-	86 €

A tener en cuenta: El ordenador, el proyector, la mesa y las sillas son materiales de los que el hospital ya dispone para su uso. Por eso, se decide no añadirlos en el presupuesto.

Evaluación del programa

Para evaluar la eficacia del programa se realizaría una comparación entre las respuestas pre-intervención y post-intervención de los siguientes cuestionarios:

Cuestionario sobre sintomatología alimentaria: BULIT-R desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith (1991), versión adaptada y validada por Berrios-Hernández et al. (2007)

Cuestionarios sobre psicopatología: *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) desarrollada por Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983), versión traducida y revisada por Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos y Beck's Inventory of Depression-II (BDI-II)

desarrollado por Beck, Steer & Brown (1996), versión traducida por Sanz, Navarro & Vazquez (2003)

Cuestionario sobre habilidades de aceptación, mindfulness y orientación a objetivos/valores: Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) desarrollada por Bon et al. (2011), traducido y adaptado por Ruiz, Luciano, Cangas & Beltrán (2013), *Values Questionnaire (VQ)* desarrollado por Smout, Davies, Burns & Christie (2014), traducido por Ruiz, Suárez-Falcón, Riano-Hernández & Gillanders (2017) y *Five Facets of Mindfulness Questionnaire – Español (FFMQ-E)* desarrollado por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney (2006) y traducido por Cebolla et al. (2012)

Cuestionario sobre el desarrollo del programa (pasar sólo en la post-intervención):
Cuestionario sobre satisfacción personal.

Conclusiones

De acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), el tratamiento cognitivo-conductual es el que ha demostrado mayor eficacia para el tratamiento de la BN. No obstante, diversos estudios demuestran sus limitaciones a nivel de mejoría completa y duradera (C. Fairburn et al., 2003).

Las terapias de la tercera generación surgen como alternativa de tratamiento contextual, modelo que plantea la importancia de la reorientación vital con el objetivo de favorecer conductas alternativas más eficaces que permitan generar cambios significativos y permanentes (Mañas, 2007; Martín-Murcia et al., 2012; Pérez, 2006). El tratamiento tradicional se centra principalmente en reducir los síntomas, lo cual es verdaderamente difícil debido a la naturaleza egosintónica que presentan las cogniciones propias de la BN (Juarascio, Forman, & Herbert, 2010).

La propuesta de este trabajo se basa en un programa psicoterapéutico grupal semanal de aproximadamente 5 meses de duración para adolescentes con diagnóstico de BN en

seguimiento ambulatorio. La intervención se basa en las terapias de la tercera generación, por lo tanto, la estructura del programa se ha centrado en módulos terapéuticos tales como la regulación emocional, habilidades de tolerancia al malestar, la aceptación, defusión de pensamientos, habilidades *mindfulness*, compromiso con valores y habilidades interpersonales.

Así, se considera el programa como propuesta eficaz para el tratamiento psicológico de la BN ya que su objetivo no es cambiar esas cogniciones, sino ser capaces de experimentarlas sin responder a ellas de forma impulsiva (Pérez, 2006). Los objetivos de este tipo de pacientes acostumbran a estar enfocados a la comida, el peso o la apariencia física. En este caso, ésta terapia carga contra los elementos centrales de la BN: estrategia de control ineficaz y la falta de voluntad de contactar con emociones o pensamientos negativos (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002). Identificar lo que realmente valoran en la vida les puede ayudar a aumentar su motivación para reorientar sus conductas, y, además, tolerar eventos privados incómodos (Martín-Murcia et al., 2012).

En definitiva, se pretende ilustrar cómo el tratamiento es útil para lograr objetivos terapéuticos específicos y romper con el ciclo de evitación limitante. Las interacciones significativas que tienen lugar en un contexto de terapia grupal pueden ayudar a los pacientes a tomar la perspectiva y orientar sus acciones hacia formas de comportamiento más significativas a largo plazo, expandiendo su repertorio de comportamiento para enfrentar una variedad de situaciones estresantes.

Referencias

- Alberts, H., Mulken, S., Smeets, M., & Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55(1), 160–163.
- American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3rd edn.). *American Journal Psychiatry*, 163, 4–54.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Barraca, J. (2009). Clinical Skills in the Third-Wave of Behavioral Therapy. *Clínica Y Salud*, 20(2), 109–117.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–498.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90–101.
- Behar, R. (2011). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: Alexitimia y Asertividad. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.*, 49(4), 338–346.
- Behar, R., Manzo, R., & Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev. Méd. Chile*, 134, 312–319.
- Berrios-Hernandez, M. N., Rodríguez-Ruiz, S., Perez, M., Gleaves, D. H., Maysonet, M., &

- Cepeda-Benito, A. (2007). Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(6), 418–424.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Basic Book). New York: New York: Basic Books.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263–266.
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “ transdiagnostic ” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(July 2001), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. (1985). *Cognitive-behavioral treatment for bulimia*. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guildford Press.
- FITA. (2010). *Educar i créixer en salut*. Barcelona: Marge Books.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Obesidad*. Barcelona: Masson.

- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70–74.
- García, M., & Gil, F. (1993). *Habilidades Sociales y Salud* (Eudema). Madrid.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: distinctive features*. New York: Routledge.
- Hamilton, N. A., Kitzman, H., & Guyotte, S. (2006). Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 123.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232–236.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175–190.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357–363.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61.

Lemberg, R., & May, M. A. (1991). What works in in-patient treatment of eating disorders:

The patient's point of view. *British Review of Bulimia & Anorexia Nervosa*.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New

York: Guilford Press.

López, M. (2013). Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las

terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso. *Anuario de psicología/The UB Journal of Psychology*, 43(1), 117–127.

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un*

tratamiento conductual orientado a los valores (Pirámidoe). Madrid.

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de las terapias de conducta o

terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26–34.

Martín-Murcia, F., Nieto, L., & Ruiz, J. (2012). Principios básicos de las terapias de tercera

generación aplicados al tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario resistentes. In *13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012*.

McCanne, L. F. (1985). Correlates of bulimia in college students: Anxiety, assertiveness, and

locus of control. *Journal of College Student Personnel*.

McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico*

Conductual. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la*

conducta alimentaria.

Miró, M. T., & Vicente, S. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de

Brouwer.

NEDA. (2012). Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios. Retrieved November

10, 2018, from

<https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>

- NICE. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Orozco-Cabal, L. F., & Herin, D. (2008). Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 207–219.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama: La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología Y Psicopedagogía*, 5(2), 159–172.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT® skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Reyes, M. A., & Tena, E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas (El Manual)*. Ciudad de México.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Rosval, L., Steiger, H., & Bruce, K. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 590–593.
- Ruiz, D., Cabello, R., Salguero, J. M., Palomera, R., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2017). *Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes (Pirámide)*. Madrid.

- Ruiz, F. J., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The spanish version of the acceptance and action questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123–129.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riano-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the cognitive fusion questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80–87.
- Sanz, J., Navarro, M. E., & Vazquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta (Vol. 29)*.
- Segal, Z. V, Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: El modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.*, 43(3), 201–209.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the valuing questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164–172.
- Sojcher, R., Fogertie, S. G., & Perlman, A. (2012). Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(5), 271–276.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto.
- Tannenhaus, N. (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396–404.

- Tarbal, A. (Coord. . (2016). *Guía para una alimentación infantil saludable y equilibrada. Resolviendo dudas, rompiendo mitos y aclarando conceptos.* (Hospital S). Barcelona.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H., & Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry, 39*(4), 255–266.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S., & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: The BULIT-R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(1), 119.
- Treasure, J., & López, C. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(1), 85–97.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los Trastornos Alimentarios: Propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. *Revista Chile Nutrición, 36*, 1063–1073.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1989). *Concise guide to group psychotherapy.* American Psychiatric Pub.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 5–13.
- Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: A mixed-methods evaluation. *Eating Disorders, 20*(4), 321–339.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.691791>

Anexo I: Guía para realizar la carta autocompasiva

Primero, identifica algo de ti mismo por lo que te sientes avergonzado, inseguro o no lo suficientemente bueno. Puede ser algo relacionado con tu personalidad, comportamiento, habilidades, relaciones o cualquier otra cosa de tu vida.

Una vez lo tengas identificado, escribe y describe cómo te hace sentir. ¿Triste? ¿Avergonzado? ¿Enfadado? Intenta ser tan honesto como puedas, nadie más va a leer la carta, solo tú.

El siguiente paso es escribir una carta a ti mismo expresando compasión, comprensión y aceptación hacia la parte de ti mismo que no te gusta.

Al escribir sigue estos puntos:

1. Imagina que hay alguien que te quiere y te acepta incondicionalmente por lo que eres. ¿Qué te diría esa persona sobre esa parte de ti?
2. Recuerdate que todo el mundo tiene cosas que no le gustan, todos tienen defectos. Piensa acerca de cómo muchas otras personas en el mundo están pasando por lo mismo que tú.
3. Ten en cuenta la manera en que han sucedido las cosas en tu vida, el entorno familiar en el que has crecido, o incluso los genes que pueden haber contribuido a este aspecto negativo de ti mismo.
4. De una manera compasiva, pregúntate a ti mismo si hay algo que puedas hacer para mejorar o afrontar mejor este aspecto negativo. Céntrate en cómo los cambios constructivos te pueden hacer más feliz, más sano, más satisfecho, y evitar juzgarte a ti mismo.

Después de escribir la carta, déjala por un rato. Retómala más tarde y léela de nuevo. Puede ser especialmente útil leerla cuando te sientas mal por este aspecto de ti mismo, como recordatorio para ser más auto compasivo.

Anexo II: Entrevista a la impulsividad

- ¿Qué nombre tienes?
- ¿Qué forma tienes?
- ¿De qué color eres?
- ¿En qué partes del cuerpo te ubicas?
- ¿Creces?
- ¿Te mueves?
- Si te mueves, ¿hacia donde te expandes?

Invertid unos minutos en dibujarlo en la cartulina

- ¿Qué te hace tan fuerte?
- ¿Qué pensamientos te hacen crecer?
- ¿Qué tendría que pasar para que no fueras tan fuerte?
- ¿Qué pensamientos te ayudarían a conseguirlo?
- ¿Qué necesitarías para encogerte?
- ¿Te gustaría desaparecer?
- Quizás no puedes desaparecer, ¿Qué función tienes?
- ¿Crees que ayudas?
- ¿Qué crees que podrías hacer para seguir manteniendo tu función, pero poniendo las cosas más fáciles?
- ¿Crees que podríais llegar a un acuerdo?
- ¿Qué le pedirías al grupo para firmar este acuerdo y ser más amigos?

Anexo III: Plan de crisis adaptado de *DBT Skills Manual for Adolescents* (Rathus & Miller, 2014) para tolerar el malestar extremo

1. CALMAR EL CUERPO

- Baja la temperatura de tu cuerpo con agua fría. Mójate la cara durante 30 segundos
- Realiza una carrera rápida por un minuto
- Coge aire en 4 segundos, aguántalo durante 5 segundos, sácalo durante 4 segundos. Repítelo durante 1 minuto
- Tensa grupos de músculos lo máximo que puedas, después, desténsalos. Nota la diferencia de tensión

2. PARAR LA EMOCIÓN QUE CONDUCE A LA CONDUCTA

- Párate, no actúes
- Tómate un descanso
- Observa, ¿qué estás sintiendo? ¿qué estás pensando? ¿es un hecho o una opinión? ¿es una descripción o evaluación?
- Toma distancia y observa la situación como si fueras un pájaro volando, ¿el pájaro podría ver algo diferente o tener otra perspectiva?
- ¿cómo será de importante esto dentro de 6 meses? ¿es medida mi reacción?
- ¿Lo que haría va enfocado a mis objetivos? ¿Cuáles serán las consecuencias?

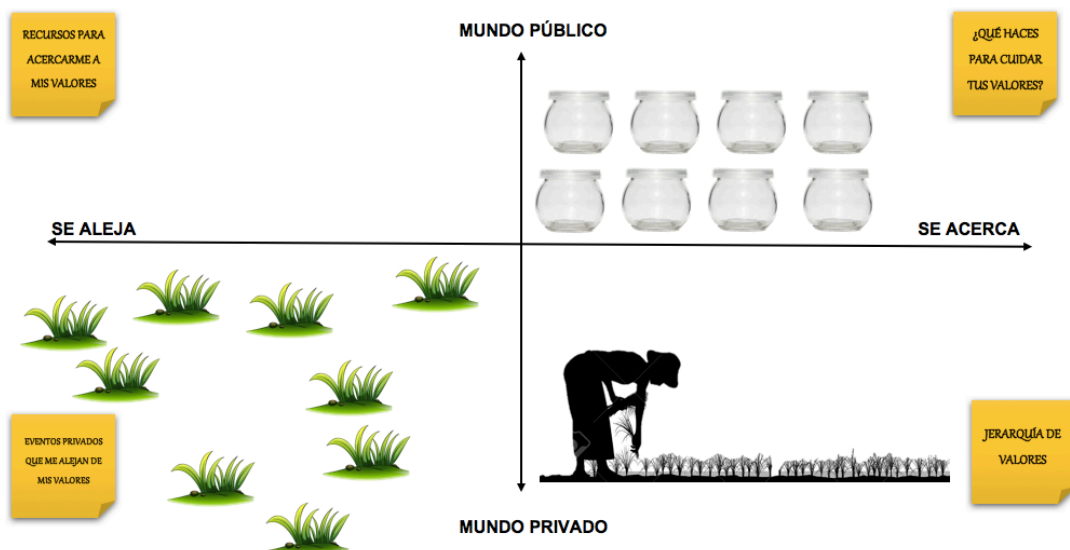
3. EVOCAR DIFERENTES EMOCIONES

- ¿Qué estoy sintiendo? ¿Qué reacción tendría?
- Haz lo contrario

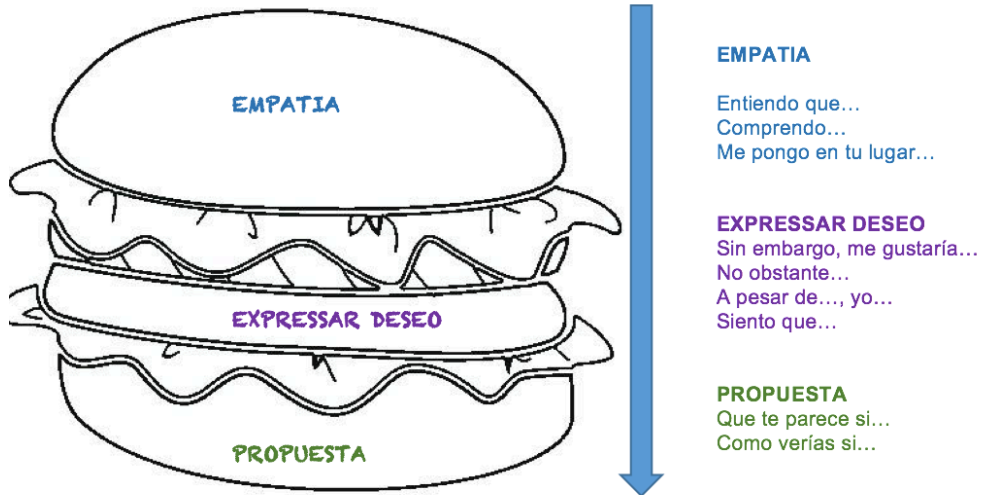
4. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Describe el problema
- Comprueba la situación ¿La estás interpretando correctamente? ¿La interpretas mediante extremos? Si aún no estás calmado, vuelve a iniciar el proceso
- Haz una lluvia de soluciones que podrían ayudarte a sentirte mejor
- Compara las propuestas realizando pros y contras
- Escoge una solución y ponla en práctica
- Evalúa los resultados. ¡Si ha ido bien, felicítate!, y si no, tranquilo, prueba con otra solución

Anexo IV: Ejercicio sobre cómo cuidar mi jardín adaptado de Kelly & Luciano (2002)



Anexo V: Ejercicio sobre cómo expresarme de forma asertiva mediante la técnica de la “hamburguesa”.



Anexo VI: Ejercicio del Kit de emergencia

¿CON QUÉ PIEDRAS PUEDO TROPEZAR?

KIT DE EMERGENCIA

Linterna
¿Hacia donde quiero orientarme?
¿Cuál es mi jerarquía de valores?

Actuar rápido
¿Qué debo hacer ante el malestar extremo?
¿Cómo puedo sentirme mejor?

Botiquín
¿Qué podemos hacer para seguir adelante a pesar del daño? ¿Qué puede ayudarme a aliviar el sufrimiento?

Energía
¿Qué hábitos debería seguir para orientarme a mis objetivos y sentirme mejor?