

GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN EDUCACIÓN

IMPACTO DEL AUTOCONTROL EN EL ESTRÉS Y LA TOMA DE DECISIONES EN PERSONAS  
CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. UNA PROPUESTA FORMATIVA.

TESIS DOCTORAL



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Doctorando:** Iván Ramírez Pérez

**Director:** Alfonso Conde Lacárcel

Granada. Curso 2023-2024

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autor: Iván Ramírez Pérez  
ISBN: 978-84-1195-298-9  
URI: <https://hdl.handle.net/10481/92321>



## Agradecimientos

Nunca creí que iba a llegar el momento de escribir los agradecimientos de mi tesis doctoral. Aun así, ha llegado el día, y tengo mucho que agradecer a cada una de las partes que han posibilitado, de una forma u otra, conseguir un objetivo tan importante. Si me lo hubieran dicho muchos años atrás, no me lo creería.

En primer lugar, agradecer a mi director de tesis Alfonso Conde y a mi tutora Eva Olmedo a llevar este proceso de la mejor forma posible, pues a pesar de las dificultades, siempre han estado ofreciéndome todos sus conocimientos, y ayudándome en todos estos años. Da igual la hora que fuera, Alfonso siempre estaba para lo que necesitara.

Agradecer a mi familia por cuidarme, educarme y apoyarme en todos los momentos de mi vida. Sin ellos nunca hubiera podido conseguir mis objetivos. Los quiero con locura.

A Alicia por aguantarme y ser mi bastón diario cada vez que mis ánimos decaían. Sin duda alguna, ha sido la persona clave para que no decayera y continuara la investigación, y todo esto gracias al amor que nos profesamos.

A todos mis amigos de la infancia por preocuparse y estar pendientes de mí en todo lo que hiciera falta. Nunca han declinado una conversación o una llamada por muy frustrante que esta fuera. Gracias a Rafael, Javier, Antonio, Manolo, Daniel, Manuel, Sergio, y un largo etcétera. Sois los mejores amigos que pueda tener.

Un especial agradecimiento a Álvaro, pues en tan poco tiempo se ha convertido en un gran amigo. Pero no solo eso, pues con sus conocimientos me ha ayudado a solventar problemas que creía insuperables. Sin él, todavía estaría analizando datos.

A la presidenta, y amiga, de Adaner Granada, Nazaret, que me brindó toda la ayuda necesaria, no solo para esta investigación, sino para trabajar y colaborar con ellos desde hace muchos años. Desde un primer momento apostó por mí, y espero nunca defraudarla.

A las directoras de la clínica Unidad Elca, Elena y Carolina, por apoyarme y ofrecerme todos los recursos para que pudiera acceder a la muestra de población.

A mis amigos/as de Unidad Elca y Adaner Granada, por aguantar todas mis conversaciones en torno a la tesis doctoral y mis peticiones para poder llevarla a cabo. También por haber sido parte de la investigación, como Javier, Gloria, Nazaret e Isabel. Tengo suerte de teneros.

A mi compañera Laura. Siempre estarás con nosotros.

Por último, agradecer a las verdaderas protagonistas de esta investigación, las pacientes que sufren un TCA. A aquellas que han participado a pesar de sus circunstancias tan dolorosas.

A todas mis pacientes. Espero que esto sirva para aliviar y mejorar vuestras vidas un poquito más. Siempre estaré para ayudaros.

## RESUMEN

### **IMPACTO DEL AUTOCONTROL EN EL ESTRÉS Y LA TOMA DE DECISIONES EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. UNA PROPUESTA FORMATIVA.**

El objetivo de la presente tesis doctoral es conocer las relaciones entre autocontrol, estrés y la toma de decisiones en personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), con la finalidad de crear un proyecto de intervención para aquellas personas que sufren un TCA, y un proyecto de formación para profesionales que están ligados directa o indirectamente con esta población.

Para lograrlo, se han definido los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Conocer las relaciones y cómo interactúan las variables del autocontrol, el estrés percibido y la toma de decisiones en personas con TCA con la finalidad de diseñar un proyecto de intervención educativa y formación.

Objetivos específicos:

- Objetivo específico 1: Conocer si las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA.
- Objetivo específico 2: Conocer si las personas con TCA tienen más niveles de estrés percibido que las personas sin TCA.
- Objetivo específico 3: Conocer si el estrés percibido predice negativamente los niveles de autocontrol.
- Objetivo específico 4: Conocer las relaciones del autocontrol entre el estrés percibido y la toma de decisiones mediante la entrevista y grupo de discusión.

- Objetivo específico 5: Detectar otras variables influyentes en los TCA mediante las entrevistas y grupo de discusión.

La tesis se ha desarrollado entre los años 2019-2023, en los cuales se ha contado con la ayuda de 2 instituciones orientadas a los TCA, Adaner Granada y Unidad Elca. Por otro lado, la investigación se ha llevado a cabo bajo el Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada, supervisado por la dirección del Dr. Alfonso Conde Lacárcel y tutorizado por la Dra. Eva María Olmedo Moreno.

La tesis doctoral se ha desarrollado en una serie de capítulos que se explicaran brevemente:

En el primer capítulo se detalla el *“Marco Teórico”*, es decir, la revisión bibliográfica de las variables mostradas en la tesis doctoral siendo las siguientes: Autocontrol, Estrés, Toma de Decisiones y Trastornos de la Conducta Alimentaria. El objetivo de ello es obtener información relevante de las variables para conocer todos los aspectos relacionados con la misma, permitiendo ser más eficientes a la hora de elaborar los siguientes capítulos y conseguir los objetivos. Por tanto, el marco teórico sustenta la presente investigación.

El segundo capítulo detalla el *“Marco Metodológico”*, donde se presentan el problema de investigación, los objetivos de investigación y sus hipótesis, el diseño metodológico, los instrumentos y la muestra de población, que son pacientes con TCA y profesionales y voluntarios que trabajan con esta población.

En el tercer capítulo se desarrolla el *“Marco Analítico”*. En él se presentan los datos recogidos de los instrumentos elegidos que son las entrevistas, grupos de discusión y cuestionarios, y los resultados obtenidos de su análisis.

En el cuarto capítulo *“Interpretación de Resultados”*, se explican y discuten los resultados obtenidos del capítulo anterior, con la finalidad de sacar conclusiones que servirán para desarrollar el proyecto de intervención y formación en base a las variables investigadas. También aportan comentarios sobre futuros proyectos de investigación y las limitaciones de la misma.

Por último, en el quinto capítulo, se desarrolla el *“Proyecto de Intervención y Formación”*, creado a partir de los resultados de la investigación de las variables estudiadas. Este proyecto no solamente irá dirigido para pacientes con TCA, sino también para toda la comunidad profesional que están ligados directa o indirectamente con esta problemática, desde profesionales clínicos, a profesionales del sistema educativo en todos sus niveles.

## ABSTRACT

### **IMPACT OF SELF-CONTROL ON STRESS AND DECISION-MAKING IN PEOPLE WITH EATING DISORDERS. AN EDUCATION FORMATION.**

The aim of this doctoral thesis is to understand the relationships between self-control, stress and decision-making in people with Eating Disorders (ED,s), in order to create an intervention project for people suffering from ED, and a training project for professionals who are directly or indirectly linked to this population.

To achieve this, the following objectives have been defined:

General objective:

- To find out the relationships and how the variables of self-control, perceived stress and decision-making interact in people with ED with the aim of designing an educational intervention and formation project.

Specific objectives:

- Specific Aim 1: To find out whether people with ED have less self-control than people without ED.
- Specific Aim 2: To find out whether people with ED have higher levels of perceived stress than people without ED.
- Specific Aim 3: To find out whether perceived stress negatively predicts levels of self-control.
- Specific Aim 4: To find out the relationships of self-control between perceived stress and decision-making through interview and focus group discussion.

- Specific Aim 5: To detect other variables influencing EDs through interviews and focus group discussions.

The thesis has been developed between the years 2019-2023, in which we have had the help of 2 institutions oriented to the TCA, Adaner Granada and Elca Unit. On the other hand, the research has been carried out under the Doctoral Programme in Educational Sciences of the University of Granada, supervised by the direction of Dr. Alfonso Conde Lacárcel and tutored by Dr. Eva María Olmedo Moreno.

The doctoral thesis has been developed in a series of chapters that will be briefly explained:

The first chapter details the "Theoretical Framework", that is, the bibliographical review of the variables shown in the doctoral thesis, being the following: Self-Control, Stress, Decision Making and Eating Disorders. The aim of this is to obtain relevant information about the variables in order to know all the aspects related to it, allowing to be more efficient when elaborating the following chapters and to achieve the objectives. Therefore, the theoretical framework underpins the present research.

The second chapter details the "Methodological Framework", where the research problem, the research objectives and their hypotheses, the methodological design, the instruments and the sample population, which are patients with ED and professionals and volunteers working with this population, are presented.

The third chapter develops the "Analytical Framework". It presents the data collected from the chosen instruments, which are interviews, focus groups and questionnaires, and the results obtained from their analysis.

In the fourth chapter "Interpretation of Results", the results obtained from the previous chapter are explained and discussed, with the aim of drawing conclusions that will serve to

develop the intervention and formation project based on the variables investigated. They also provide comments on future research projects and the limitations of the research.

Finally, in the fifth chapter, the "Intervention and Formation Project" is developed, created on the basis of the results of the research into the variables studied. This project will not only be aimed at patients with ED, but also at the entire professional community that is directly or indirectly linked to this problem, from clinical professionals to professionals in the education system at all levels.

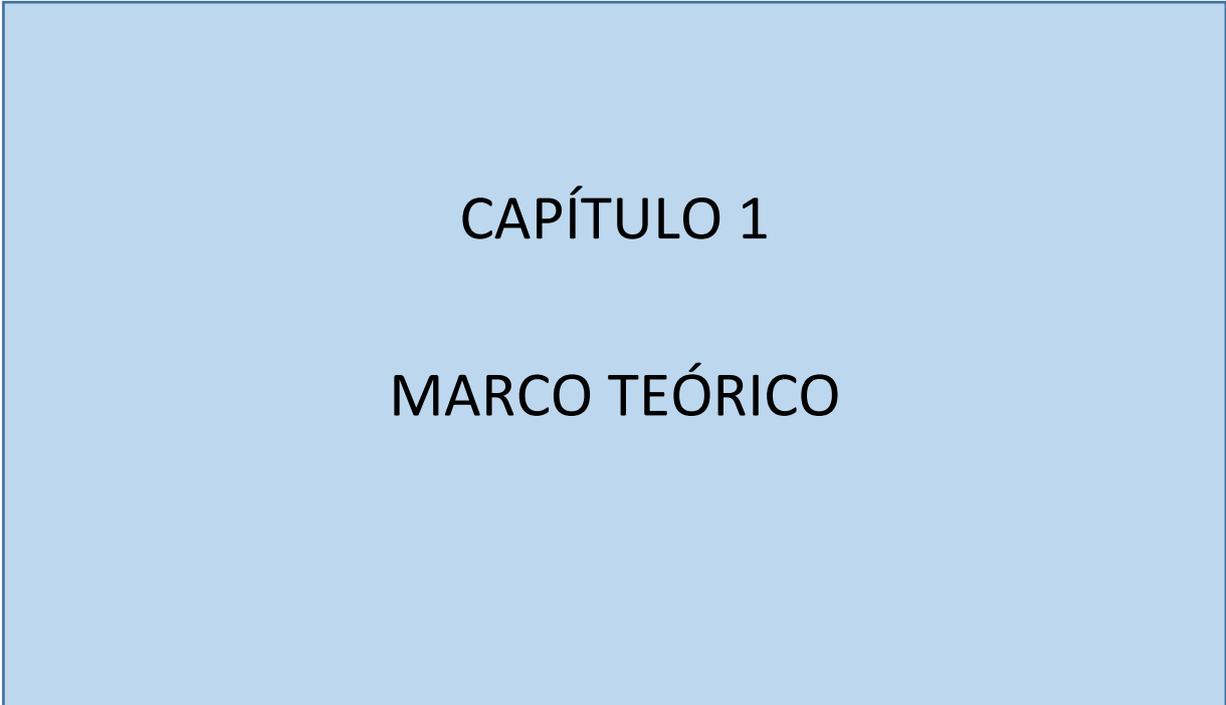
## ÍNDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
1.1 Autocontrol .....	16
1.1.1 Recorrido histórico del autocontrol .....	16
1.1.2 Autocontrol en la historia de la psicología.....	22
1.1.3 Conceptualización del autocontrol .....	25
1.1.4 Modelo impulsivo-reflexivo .....	27
1.1.5 Modelo volitivo .....	33
1.1.6 Autocontrol como regulación .....	35
1.1.7 Fuerza del autocontrol.....	39
1.1.9 Autorregulación .....	43
1.1.10 Aspectos biológicos del autocontrol.....	48
1.1.11 Estrategias de autocontrol.....	52
1.1.12 Beneficios del autocontrol .....	63
1.1.13 Educación y autocontrol .....	65
1.2 Estrés.....	70
1.2.1 Concepción histórica del estrés .....	70
1.2.2 Concepciones contemporáneas del estrés .....	72
1.2.3 Nosología del estrés.....	74
1.2.4 Eustrés y Distrés.....	77
1.2.5 Afrontamiento.....	78
1.2.5 Enfoques del estrés.....	81
1.2.5.1 Enfoque basado en la respuesta .....	81
1.2.5.2 Enfoque basado en el estímulo.....	83
1.2.5.3 Enfoque dinámico .....	84
1.2.6 Factores biológicos del estrés .....	88
1.2.7 Factores sociales del estrés.....	95
1.2.8 Intervención educativa para la gestión del estrés .....	101
1.3 Toma de decisiones.....	108
1.3.1 Concepción histórica de la toma de decisiones.....	108
1.3.2 Emoción en la toma de decisiones.....	110
1.3.3 Intuición y toma de decisiones .....	113
1.3.4 Procesos cognitivos en la toma de decisiones.....	116
1.3.5 Modelos toma de decisiones .....	121
1.3.5.1 Modelo Somático .....	121

1.3.5.2 Paradigma Iowa Gambling Task .....	125
1.3.5.3 Modelo de elección Influído por la emoción .....	130
1.3.6 Procesos cerebrales en TD .....	134
1.3.7 Educación y formación en toma de decisiones.....	138
1.4 Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	146
1.4.1 Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	146
1.4.2 Definición y tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	150
1.4.3 Anorexia Nerviosa .....	152
1.4.4 Bulimia Nerviosa .....	154
1.4.5 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados .....	157
1.4.6 Factores propiciadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	159
1.4.6.1 Factor sociocultural.....	160
1.4.6.2 Factor familiar .....	162
1.4.6.3 Factor individual.....	164
1.4.6.4 Factor biológico y genético .....	166
1.4.7 Intervención psicoeducativa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	169
1.4.7.1 Prevención primaria educativa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	170
1.4.7.2 Psicoeducación a familiares .....	174
1.4.7.3 Intervención psicoeducativa a pacientes.....	176
1.4.8 Autocontrol, estrés y toma de decisiones en los TCA.....	179
<b>2. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>185</b>
2.1 Problema de investigación .....	185
2.2 Objetivos de la investigación .....	186
2.3 Hipótesis de la investigación.....	187
2.4 Planteamiento metodológico .....	188
2.5 Muestra .....	195
2.5.1 Adaner Granada .....	196
2.5.2 Unidad Elca .....	198
2.6 Cronología de la investigación .....	199
2.7 Instrumentos de recogida de información .....	201
2.7.1 Cuestionarios .....	201
2.7.1.1 Elección de los cuestionarios .....	205
2.7.2 Entrevistas personales .....	207
2.7.2.1 Creación entrevistas.....	209
2.7.3 Grupos de discusión.....	212
2.7.3.1 Creación del Grupo de Discusión .....	214

<b>3. MARCO ANALÍTICO</b>	<b>218</b>
3.1 Resultados cualitativos .....	218
3.1.1 Análisis entrevistas.....	222
3.1.2 Análisis grupo de discusión .....	258
3.2 Análisis cuestionarios.....	277
<b>4. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>287</b>
4.1 Triangulación entre métodos.....	287
4.2 Discusiones y conclusiones .....	296
4.2.1 Discusión .....	296
4.2.2 Limitaciones de la investigación .....	299
4.2.3 Implicaciones educativas futuras.....	300
4.3 Conclusiones .....	301
<b>5. PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN</b>	<b>304</b>
5.1 Módulo Intervención .....	304
5.1.1 Criterios evaluación inicial .....	304
5.1.2 Objetivos proyecto intervención .....	306
5.1.3 Metodología de intervención.....	306
5.1.4 Contenidos y actividades del proyecto de intervención.....	307
5.2 Módulo formación de formadores .....	316
5.2.1 Criterios para definir la formación.....	316
5.2.2 Objetivo proyecto formativo .....	317
5.2.3 Metodología de la formación.....	318
5.2.4 Contenidos del proyecto formativo .....	318
<b>REFERENCIAS</b>	<b>327</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>358</b>
ANEXO 1: Plantilla de cuestionario .....	358
ANEXO 2: Guion entrevista semi-estructurada pacientes con TCA .....	365
ANEXO 3: Guion entrevista semiestructurada profesionales/voluntarios .....	369
ANEXO 4: Guion grupo de discusión .....	372
ANEXO 5: Transcripciones entrevistas a profesionales/voluntarios.....	374
ANEXO 6: Transcripciones entrevistas a pacientes con TCA.....	394
ANEXO 7: Transcripción del grupo de discusión .....	414
ANEXO 8: Técnica del semáforo.....	427
ANEXO 9: Técnicas de autorregulación.....	428
ANEXO 10: Registros de situación autocontrol.....	430
ANEXO 11: Lista de técnicas de autocontrol.....	424

ANEXO 12: Ficha control pensamientos de estrés.....	426
ANEXO 13: 6 sombreros para pensar.....	428
ANEXO 14: Lista de decisiones y afrontamiento.....	430
ANEXO 15: Aprendizaje basado en problemas.....	431
ANEXO 16: Consentimiento informado.....	433



**CAPÍTULO 1**

**MARCO TEÓRICO**

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Autocontrol

### 1.1.1 Recorrido histórico del autocontrol

Como método de supervivencia, el ser humano ha ido modificando su entorno a través del control del mismo, hechos ambientales que han supuesto el acomodamiento al mundo que nos rodea como pueden ser la agricultura, la pesca, la minería, etc. Sin embargo, en ese afán de supervivencia se puede hallar un área que todavía no se ha llegado a dominar en su totalidad, la capacidad de autocontrol. Este desafío ha estado presente en la mayoría de los pensamientos antiguos, desde la antigua Grecia hasta la filosofía oriental, donde durante generaciones se ha intentado cambiar las costumbres y hábitos a través del control sobre sí mismo. Sócrates, Platón, Séneca, Cicerón, Confucio, Goethe, Locke o Shakespeare han sido uno de los muchos intelectuales que han elogiado esta virtud (Thorensen & Mahoney, 1981).

A través de la literatura clásica se pueden extraer referencias que aducen de una forma u otra a la habilidad del control personal. Dicha capacidad es referenciada y sustentada no solo por ciencias como la psicología o la educación, sino que conviven distintas áreas teóricas como la mitología antigua, la filosofía o la teología, las cuales convergen en la práctica de libre albedrío sobre las acciones propias (Montgomery, 2008).

En la mitología antigua se encuentran multitud de textos con alusiones al autocontrol. Uno de los primeros relatos es promulgado por los mitos griegos mediante uno de los héroes legendarios descrito por Homero en *La Ilíada*. El héroe Ulises, para evitar escuchar el canto de las sirenas que supondría el hundimiento de su barco, coloca a su tripulación, y a el mismo, cera en los oídos a la vez que se ata al mástil (Kanfer & Phillips, 1976). Otro ejemplo mitológico es ofrecido en el *Hipólito*, donde Eurípides injustamente es inculpado de haber tenido

relaciones con la que sería la mujer de su padre, el cual para demostrar su inocencia argumentó ser un hombre controlado, moderado y juicioso, además completamente virgen (Rosseti, 2008).

La idea de un conflicto interno entre control personal e impulsos se remonta a las discusiones filosóficas griegas bajo los distintivos “razón” y “pasión” (Hofmann *et al.*, 2009). Según Rosseti (2008) el referente en la filosofía occidental en introducir la “virtud” del autocontrol fue Sócrates en la antigua Grecia.

Fue Sócrates el primero en haber interactuado, y de manera particularmente eficaz y durable, haciéndose autor de una antropología y de una ética profundamente disonante respecto de la vigente en su tiempo... Sabía también admitir ser, potencialmente, un hombre lleno de vicios, pero agregando que era su costumbre ejercitar un firme, firmísimo control sobre sí. (Rosseti, 2008, p.90)

Para Rosseti (2008), la figura de Sócrates es representada habitualmente como un hombre que rara vez es absorbido por sus emociones, pues no solamente conoce y sabe cómo dominar sus propias pasiones, también hace gala de una capacidad de desarrollar formas de ayuda que sirven a otros a alcanzar dicha habilidad suponiendo un cambio de hábitos de vida. Para ello, Sócrates se dirige a su interlocutor con la idea de ponerlo en apuros y hacer que estallen sus contradicciones. Esta maniobra educativa de conversación, tiene como finalidad aflorar la contradicciones pragmáticas para lograr que su interlocutor sea consciente de sus carencias y de hacerle ver la importancia de su formación “*paideia*”, y su consecuencia de un cambio en su vida “*metanoia*”.

Para Sócrates, esta idea de excelencia humana solo se alcanzaba mediante el autodomínio, entendido como el gobierno de nuestra propia animalidad por medio de la racionalidad personal. Una vez se cumpliera este control, la persona era verdaderamente

libre, pues el esclavo es aquél que es manejado a su antojo por los instintos más viscerales de su ser (Medina & Gaitán, 2014; Rosseti, 2008).

Los hechos relatados tuvieron un gran impacto en los filósofos posteriores a través de las expectativas de los beneficios que conlleva la práctica del control personal. Muchos de ellos fueron alumnos suyos que postergaron sus enseñanzas como Platón o Aristóteles. En uno de los textos de Platón, se compara el alma de un auriga conduciendo a dos caballos. Estos dos caballos poseen personalidades diferentes, uno se caracteriza por su modestia y autocontrol lo que le permite no necesitar el látigo de su auriga, mientras que el segundo caballo es un amasijo de descontrol, siendo necesario el castigo externo para enderezar su camino (Duckworth *et al.*, 2016).

Esta representación muestra la lucha intrapsíquica a la que se ve sometida constantemente el ser humano, cuyas sensaciones evidencian múltiples direcciones que pugnan entre sí para ser elegidas. Al igual que Platón, Aristóteles y la corriente estoica representa una imagen de alma segmentada, considerando las emociones como una especie de “*perturbaciones*” que debían de ser evitadas para alcanzar un estado superior de “*apatheia*” (Duckworth *et al.*, 2016).

“*El Banquete*” de Platón, refiere la importancia de la virtud personal mediante el desarrollo de un amor relacionado con 4 niveles de madurez humana. La primera etapa consiste en la supervivencia simple, coincidiendo al mismo tiempo una conducta egocéntrica a la vez que se busca la aprobación de los demás. La segunda trata sobre el amor a otra persona apareciendo por primera vez el altruismo. Posteriormente, en el tercer nivel nace el amor de los hombres libres en el cual se anhela poder y honor. Por último el escalón más alto solo estará al alcance de los “*Hombres maduros*” el cual solo se llegaría a través del

autoconocimiento y de una gran autodisciplina. Es el ideal platónico por antonomasia y requiere de una gran capacidad de autocontrol (Bernal, 2002).

Aristóteles, discípulo de Platón, ofreció otro concepto madurativo de la persona apoyado por la capacidad intelectual de la misma. Para el filósofo las emociones debían de ser controladas por la razón a través de la autodisciplina, pues solamente a través de este camino se llegaba a un bien supremo definido como "*Felicidad*". Por tanto, el conocimiento intelectual se consagra como la característica que posibilita a la persona tener una vida en equilibrio y armonía, lográndose mediante la fuerza de voluntad y una disciplina impuesta por uno mismo (Bernal, 2002).

A través de su "*Ética a Nicómaco*", Aristóteles afirmó que a pesar del buen juicio que puedan tener las personas, la fuerza de sus pasiones podrían dominar su conducta debido a una conclusión práctica originada por la pasión que impide que alcanzar una conclusión implícita guiada por la razón (Hofmann, 2009).

No solo la filosofía se ha encargado de discutir la forma de dominio de las pasiones, gran parte de las religiones ponen sus esfuerzos en esta misión, como por ejemplo la tradición cristiana y su concepto de pecado relacionado con la ausencia de autocontrol (Hofmann *et al.*, 2009). Los distintos libros sagrados como la biblia son un claro ejemplo de la relevancia que tiene la autodirección personal. El ejemplo de "*Adán y Eva y la manzana*" es uno de los muchos acontecimientos bíblicos que lo reivindican (Kanfer & Phillips, 1976) y son numerosas las citas y referencias sobre el autocontrol en el libro sagrado cristiano (Medina & Gaitán, 2014). San Agustín en sus "*Confesiones*", formula el conflicto interno producido entre el pecado humano y la fe espiritual como una lucha de motivaciones antagónicas (Hofmann *et al.*, 2009).

Durante la época medieval, el autocontrol fue idealizado conforme la abnegación y la oración, inspirado en la idea ascética de la Patrística (Bernal, 2002). La representación medieval del caballero y el monje resume enormemente la idealización del control entre las actitudes profanas y sagradas, todas ellas trazadas por la concepción de un mundo teocéntrico. Esto suponía que la persona controlada en los cánones religiosos era aquella que llegaba a un nivel madurativo, logrando la unión espiritual con Dios (Bernal, 2002).

Para Bernal (2002) los sabios cristianos como San Buenaventura o San Francisco de Asís, se sirvieron de los escritos de célebres figuras filosóficas anteriores como Platón o Sócrates con el objetivo de afianzar la proclama de la idea de amor y abnegación como fuente espiritual. Otras figuras medievales como Santo Tomás de Aquino, se basaron en teorías aristotélicas que promulgaban virtudes como templanza, control o prudencia, a las que se sumaron ideas de su época como la esperanza, la fe o la caridad, con la diferencia que estas mismas se posicionaban más allá del intelecto humano. Todo ello llevo a originar una noción de madurez relacionada como modelos de vida más propio de los héroes griegos y orientadas a las de un guerrero (Bernal, 2002).

El Renacimiento supuso una ruptura con las teorías medievales a la vez que nacieron diferentes perspectivas en el mundo occidental. Este modelo ideológico pretendía superar las complejas ideas originarias del medievo por medio de valores humanos y clásicos culturales con la finalidad de desechar las normas metafísicas y orientar el camino a la ciencia y el arte, otorgando de esta manera al antropocentrismo el lugar de los planteamientos teocéntricos (Bernal, 2002). Dicho acontecimiento cambio la visión de la persona madura, la cual se acercaba a las posiciones de corte humanísticas mediante una intensa formación intelectual y tolerancia de las necesidades humanas, estableciendo un vínculo entre dos tradiciones: vida activa y contemplación al mundo exterior y a uno mismo (Bernal, 2002).

Para González (2011), el proceso renacentista y humanista transformó las conductas impulsivas personales mediante un autocontrol fundamentado en el miedo a la disminución de prestigio, tratándose de esta manera de un tipo de coacción social, dando lugar a un control externo convertido en autocontrol. Se construye un modelo de persona defensivo, déspota de sus reacciones imprevistas y espontáneas, con conocimiento de su yo interior, observador y en definitiva con una gran capacidad psicológica del ser humano.

El recato y disimulo de las propias intenciones junto con el intento de descubrir las voluntades ajenas es un criterio del comportamiento prudente en la corte, sabiendo guardar el secreto, ocultar sus intenciones, celar los propios afectos, mientras se intenta por todos los medios desenmascarar al contrario, conocer su voluntad y descubrir sus sentimientos, (...) Se necesitará una gran capacidad de observación psicológica de uno mismo. (González, 2011, p.131)

El renacimiento dio paso al periodo de ilustración y con él nuevas ideas de entender el mundo en todos sus contextos. Destacando la idea de Bernal (2002) se configuró un tipo de hombre autónomo denominado kantiano, en referencia al filósofo primordial de este periodo Immanuel Kant. La figura de esta persona kantiana era defendida como aquella que era capaz de llegar por sí mismo a una excelencia moral en todos los ámbitos de su vida frente a las ideas dominantes de la sociedad, de sus propios instintos naturales o de la religión. Esto lleva a resurgir la idea de madurez humana al alcanzar los propósitos anteriores, pues el humano a través de su razón personal llega a comprender las distintas variedades que la realidad le muestra sin necesidad de encomendarse a la ayuda divina (Bernal, 2002). Este acontecimiento muestra características propias del autocontrol personal dirigido a un pensamiento crítico del mundo que le rodea.

Las sociedades posteriores que fueron emergiendo, nacieron conforme la herencia ilustrada que proyectaba visiones similares a lo que hoy se entiende por madurez humana y a través de valores dominantes como la libertad, igualdad, individualidad y por encima de todas ellas la propia razón humana (Bernal, 2002). La población del siglo XIX y XX se caracterizaba a grandes rasgos como una persona trabajadora, racional, con principios y auto controlada, defendiendo que la integración madura y total de la persona demandaba un riguroso control de los estímulos más viscerales y primitivos de la persona (Bernal, 2002).

No es hasta el siglo XX mediante el auge de la psicología como ciencia, cuando la investigación del autocontrol empezaría a regirse y medirse conforme las leyes científicas a través de diversas teorías como el psicoanálisis, el conductismo o el cognitivismo (Sisto *et al.*, 2010).

### 1.1.2 Autocontrol en la historia de la psicología

Según Hofmann *et al.* (2009), en los principios de la psicología, Willian James habló sobre las diferentes fuerzas que forman la voluntad. Para este autor, dicha voluntad es establecida mediante dos formas: la voluntad “*saludable*”, caracterizada por poseer un equilibrio armonioso entre fuerzas impulsivas y objetivos ideales y la voluntad “*menos sana*”, la cual adopta la forma de una voluntad limitada y explosiva. Willian James ya dio a conocer la existencia de un equilibrio frágil entre las fuerzas inhibitoras e impulsivas, las cuales podrían ser influenciadas por las circunstancias (Hofmann *et al.*, 2009).

Más adelante, Sigmund Freud se consolida como el primer erudito que explica el comportamiento humano como consecuencia del conflicto generado por las fuerzas internas (Hofmann *et al.*, 2009). Según Hofmann *et al.* (2009), Freud explica el “*Ello*” como aquella parte inconsciente la cual solamente se orienta por los principios y conductas hedónicas como

el dolor y el placer, dejando a un lado las posibles consecuencias que tendría dicha conducta. Esto quiere decir, que el “*Ello*” es el principal generador de impulsos y deseos que se encuentran ocultos en lo más profundo de nuestro inconsciente. Por otro lado, su antagonista el “*Súper yo*”, se rige como aquel vigilante moral, actuando mediante principios morales paternos y sociales, prohibiciones o mandatos. Finalmente según Hofmann *et al.* (2009), el “*Yo*” es aquel componente mental encargado de llegar a un compromiso entre los intereses creados y enfrentados del “*Ello*” y el “*Súper yo*”

La llegada del conductismo cambió la forma de entender la psicología, siendo para Skinner (1977), el autocontrol un proceso en el que el sujeto alteraría la probabilidad de respuesta en cualquier situación. Según Skinner (1977), los individuos controlan las variables externas que actúan en la conducta, de esta forma manejamos la probabilidad de que aparezca o no una conducta.

El sujeto controla alguna parte de su conducta cuando la respuesta futura tiene repercusiones conflictivas, este suceso origina al mismo tiempo a un reforzamiento positivo y otro negativo (Skinner, 1977). Un ejemplo que explica Skinner (1977), es el tomar bebidas alcohólicas va precedido, casi siempre, a una situación en la que la inhibición de ciertos elementos sociales e individuales, facilitan un éxito en las relaciones sociales. No obstante, esta conducta conlleva otras consecuencias como la resaca u otros efectos violentos que tiene una conducta irresponsable. En situaciones similares, prevalecerá la acción de beber bebidas alcohólicas, pero en las primeras etapas que conllevan hacia esa conducta, se producen estímulos aversivos y respuestas con carácter emocional, encargadas de disuadir o debilitar la conducta, como pueden ser en este ejemplo la culpabilidad y la vergüenza (Skinner, 1977).

Skinner (1977) afirma:

Las consecuencias positivas y negativas generan dos respuestas que están relacionadas entre sí de modo especial: una de ellas, la respuesta que controla, afecta las variables de tal modo que cambia la probabilidad de otra, la respuesta controlada. La respuesta que controla puede manipular cualquiera de las variables de las cuales la respuesta controlada es función. (p.258).

Otro elemento proporcionado por Skinner (1977), es el estado de control del individuo a través del grupo social. Skinner (1977), niega la posibilidad de un control autónomo sobre su conducta, por lo que su comportamiento está construido por determinaciones ambientales.

Sobre esta área social, Bandura (1991), establece el autocontrol como un aprendizaje social. A partir de estos momentos, la línea teórica del autocontrol se embarca en las teorías cognitivas y constructivistas. Específicamente, Bandura (1991), habla de la Teoría Cognitiva Social, en la cual la conducta humana tiende a estar regulada por las influencias del contexto en el que se rodea. Esta autorregulación es construida mediante tres funciones principales: el autocontrol, los determinantes y por último, sus efectos, estando los mismos juzgados mediante la relación de estándares tanto personales como ambientales (Bandura, 1991).

De esta manera, el cognitivismo y el constructivismo otorgaron otra idea de cómo funciona el cerebro, y por tanto la capacidad de autocontrol. A partir de los años 50, el auge de ambas líneas teóricas modificó nuestra forma de entender los procesos mentales, pasando a tener una compleja red de funciones tales como la memoria, la atención, el procesamiento de información o el autocontrol entre otras, también denominadas funciones ejecutivas (Goldberg, 2004).

Actualmente, mediante las nuevas tecnologías encargas de llevar a cabo fotografías muy detalladas del cerebro y a través de las neurociencias, se puede establecer conclusiones sobre las áreas implicadas en la capacidad de autocontrol (Goldberg, 2004).

### 1.1.3 Conceptualización del autocontrol

Definir un constructo de forma holística puede ser una tarea de gran complejidad debido a la escasez de información que puede reportar dicha definición. Por tanto resulta crucial conocer los distintos puntos de vista que ha dejado la literatura científica, en este caso la del autocontrol, con el propósito de abarcar un amplio territorio teórico que complete de manera integral todos sus aspectos.

Para Baumeister *et al.* (2007), el autocontrol es una habilidad o capacidad innata del ser humano que permite modificar o transformar las respuestas conforme los modelos o patrones impuestos por la sociedad, como pueden ser las expectativas, los ideales o la moral. Por consiguiente, es caracterizado por poder cambiar o anular las disposiciones internas de comportamiento no adecuadas a cualquier ámbito personal o social (Tangney *et al.*, 2004)

Dicha capacidad sucede cuando la persona quiere cambiar algún aspecto de su vida, como la manera de actuar de pensar o de sentir, mediante intentos sucesivos orientados a la consecución de ese cambio. Sin esta habilidad, la persona estaría controlada por su ambiente y siempre haría lo que se desea, lo típico o lo normal (Muraven & Baumeister, 2000). El ejercicio de autocontrol, por tanto, implica de modo general unos esfuerzos continuos e intencionales para evitar o eliminar respuestas influyentes con la finalidad de conseguir diferentes metas propuestas a largo plazo en detrimento a aquellas que producen placer instantáneo pero de forma efímera (Crowell *et al.*, 2014).

Los autores Duckworth *et al.* (2016) destacan dos características definitorias del término de autocontrol:

La primera de ellas determina el autocontrol como un elemento necesario cuando la persona se encuentra entre dos alternativas que se excluyen mutuamente, una acción busca una recompensa inmediata mientras que su opuesta se centra en objetivos más importantes

pero con mayor duración en el tiempo. Principalmente estas distintas opciones se mueven en torno a una diferenciación asimétrica en cuanto al deseo y la recompensa: el deseo más intenso está relacionado con un premio más próximo e instantáneo y el deseo menos intenso produce una mayor satisfacción a largo plazo. No se consideraría autocontrol cuando la elección de las dos acciones disponibles tienen la misma importancia en el tiempo, por ejemplo quedarse hasta tarde en el trabajo para cumplir las tareas de la empresa frente a pasar más tiempo con la familia. De igual forma, tampoco se podría denominar autocontrol cuando las dos opciones son tentaciones con gratificación inmediata pero con poca recompensa en el futuro, como puede ser la elección entre comer un dulce o un helado (Duckworth *et al.*, 2016).

En segundo lugar se encuentra el término “*Autocontrol Accidental*”, iniciado cuando la persona de forma imprevista promueve un objetivo más gratificante a largo plazo mediante la elección de un primer objetivo menos valorado, por ejemplo cuando estamos practicando la lectura durante una hora mientras disfrutamos de un comic, pues la mejora de nuestra capacidad lectora en sí no estaba planificada. Es preciso distinguir que las acciones útiles y beneficiosas llevadas a cabo por petición de otra persona ajena no es autocontrol, pues el acto de autoridad coacciona dicha capacidad, incluso si la obligación que proviene de una autoridad es benévola, por ejemplo cuando un niño se abstiene de comer dulces antes del almuerzo para eludir el regaño de sus padres. Atendiendo a este criterio se puede afirmar que el autocontrol puede llevarse a cabo de manera inconsciente, es decir, de manera no premeditada, aunque todas las acciones deben de tornarse conscientes en algún momento del autocontrol (Duckworth *et al.*, 2016).

En este sentido, el paradigma de la demora de la gratificación se muestra como elemento esencial para comprender la habilidad de autocontrol. Una de las investigaciones más

importantes con respecto al paradigma mencionado es el llevado a cabo por Mischel & Ebbesen (1970), la cual exploró los procesos que, a través de una manipulación de su atención, intervienen en el retraso voluntario de la recompensa en niños en edad de preescolar. Para ello los enfrentaron a una recompensa muy gratificante pero retrasada en el tiempo, frente a una recompensa menos gratificante pero disponible al momento (Mischel & Ebbesen, 1970).

Sorprendentemente se encontraron resultados no previstos debido a la idea de que en edades tempranas la capacidad de autocontrol todavía no está desarrollada (Mischel & Ebbesen, 1970). Todos los participantes prefirieron demorar la recompensa preferida en contraposición a la menos gratificante. A pesar de las condiciones, muchos esperaron más de una hora sentados y en silencio. Otra de las conclusiones sacadas es la importancia que tiene la visibilidad de la tentación, pues el tiempo de demora es reducido cuando las recompensas estaban disponibles y a mano de los participantes (Mischel & Ebbesen, 1970).

#### 1.1.4 Modelo impulsivo-reflexivo

Uno de los enfoques mayoritariamente aceptados de la teoría del autocontrol es el propuesto por Hofmann *et al.* (2009), el cual otorga igual importancia a los precursores impulsivos como los reflexivos conductuales. Dentro de este sistema dual, los dos precursores pugnan por la determinación del comportamiento de la persona, determinando de esta manera su integración en la teoría del autocontrol.

Por un lado nos encontramos por una forma de comportamiento impulsivo y automático, mientras que en el otro lado se encuentran las formas de comportamiento deliberadas y controladas (Hofmann *et al.*, 2009). A continuación se describirán estos dos procesos por separado.

### Sistema Impulsivo:

Para Hofmann *et al.* (2009), este sistema es el encargado de generar un comportamiento impulsivo y automático mediante la activación de grupos asociativos localizados en la memoria a largo plazo que han ido fortaleciéndose conforme el paso del tiempo a través de las experiencias y el aprendizaje. Los grupos asociativos juegan un papel importante dentro del sistema basándose en tres componentes cruciales para entender los impulsos: el concepto del objeto, el afecto positivo que ha generado el organismo y por último una estructura o patrón de comportamiento. Un ejemplo de ello propuesto por Hofmann *et al.* (2009), es que a través de las experiencias del chocolate se crean asociaciones entre estas tres partes: primeramente nos encontramos con el concepto de chocolate por lo que genera un afecto positivo que de esta forma activa un patrón de comportamiento que nos hace desarrollarlo y comerlo.

Los grupos asociativos dotan al organismo de una capacidad de evaluación y respuesta del contexto en el que se encuentran, con la finalidad de actuar de acuerdo con los aprendizajes o experiencias anteriores. Por esta razón dichos procesos no necesitan de recursos para llevarse a cabo, actuando de forma inconsciente e independiente (Hofmann *et al.*, 2009).

### Sistema Reflexivo:

Por el contrario, el sistema reflexivo es el encargado de regular el comportamiento con el objetivo de lograr una meta a largo plazo. Para ello se sirve de una serie de recursos de manera deliberada relacionados con las funciones como hacer evaluaciones, poner en marcha planes estratégicos, o la inhibición y anulación de las respuestas impulsivas, siendo esta última la más importante de este modelo dual (Hofmann *et al.*, 2009).

Por tanto, “El sistema reflexivo proporciona así un grado de control flexible y de mayor orden sobre las decisiones y acciones a través del cual se puede superar el control de estímulo inmediato” (Hoffmann *et al.*, 2009, p. 165).

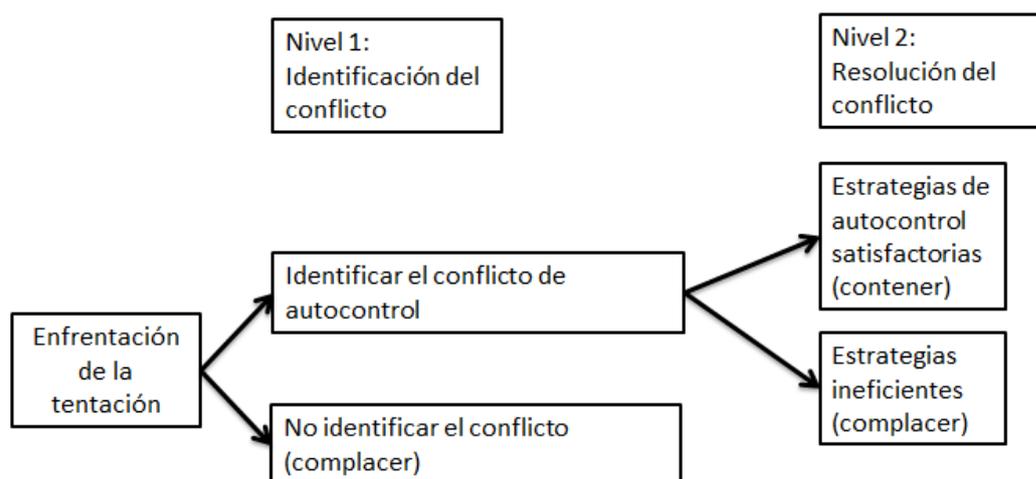
Los recursos utilizados en el sistema reflexivo para lograr los cambios mentales de orden superior tienen un costo de fuerza el cual se expondrá detalladamente en el punto de fuerza del autocontrol (Muraven *et al.*, 2006). El éxito dependerá de si los recursos de control son altos, por el contrario, si estos son bajos el sistema reflexivo podría romperse, dando lugar a la proliferación de conductas impulsivas (Hofmann *et al.*, 2009).

Los dos sistemas definidos según Hofmann *et al.* (2009) pugnan por el control sobre la conducta de la persona a través de sus propios esquemas de comportamiento, teniendo características operacionales diferentes orientadas a la ejecución de la finalidad predominante. Dichos esquemas pueden activarse al mismo tiempo formándose una confrontación que supondrá la elección de una conducta u otra, por lo que la victoria dependerá de la fuerza de cada esquema. “El conflicto dependerá de la fuerza relativa de activación para los esquemas competitivos desencadenados por el sistema impulsivo y reflexivo, respectivamente” (Hofmann *et al.*, 2009, p.165). Sin embargo, se pueden dar algunas condiciones situacionales que favorezcan la activación o desactivación de un esquema u otro, dando lugar a una descompensación. En un supuesto caso el cual los factores ambientales limitan los medios de control, el sistema reflexivo perderá fuerza y como consecuencia tendrá dificultadas para poner en marcha los mecanismos necesarios para obtener una conducta controlada. Por ejemplo, es posible que los esquemas reflexivos no activen los sistemas inhibitorios para las conductas “evitar coger una galleta que hay en la cocina” o “coger un apio en su lugar” (Hofman *et al.*, 2009)

Un denominador común dentro del sistema dual es la distinción del conflicto de intereses existente entre la tentación y la conducta auto controlada. Dicha particularidad pone especial énfasis en el acto de identificar una tentación como parte fundamental de lograr el éxito en el autocontrol. Myrseth & Fishbach (2009), plantean el modelo reflexivo-impulsivo con dos etapas consecuentes: la primera siendo la encargada de determinar ante una tentación si existe un conflicto de autocontrol o no, y una segunda etapa en la cual si se ha identificado ese conflicto, se elegirán las estrategias pertinentes para lograr un autocontrol satisfactorio, o por el contrario, dichas estrategias no han sido las adecuadas para solventar dicho conflicto.

Figura 1.

*Autocontrol: una función de saber cuándo y cómo ejercer moderación.*



*Nota.* Traducida y adaptada de Myrseth & Fishbach (2009, p. 247).

Se puede apreciar el rol importante que desempeña la aparición de la tentación, encargada de comenzar el proceso de autocontrol según el modelo por etapas. Una vez se pone al descubierto una tentación, la persona empieza las siguientes etapas propuestas por Myrseth & Fishbach (2009):

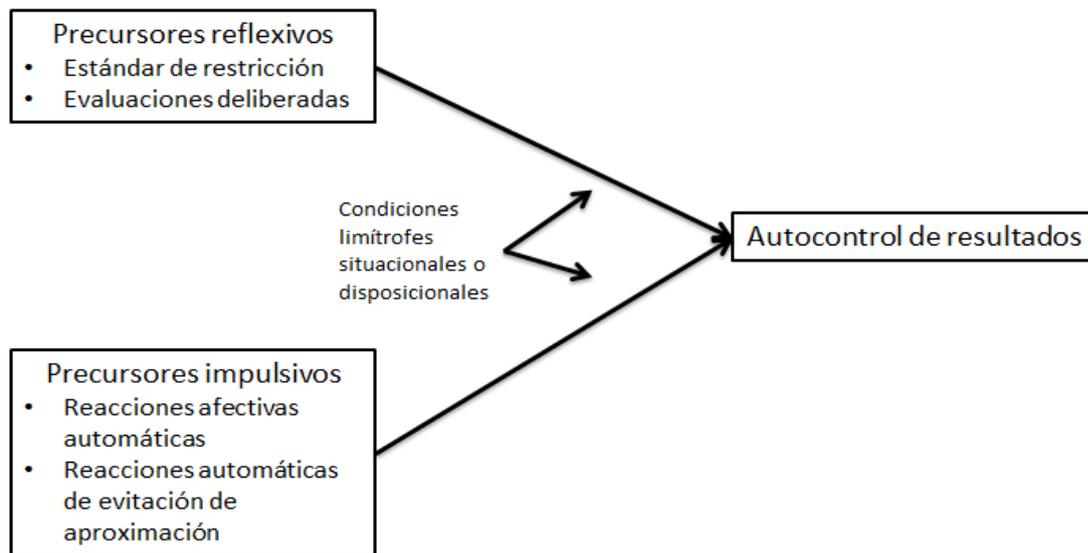
- Etapa 1 de Identificación del Conflicto: en esta fase se pueden dar dos opciones. La primera en la cual el individuo identifica la tentación y por tanto el conflicto formado, y una segunda opción que no se identifica el conflicto. Myrseth & Fishbach (2009) afirman: “La probabilidad de identificar conflictos de autocontrol disminuye a medida que disminuye el costo asociado con una sola indulgencia en la tentación” (p.248). Dicho esfuerzo es denominado “*Tentación Epsilon-Coste*”, cuya función es describir el coste de no identificar el conflicto del autocontrol.
- Etapa 2 de Resolución de Conflictos: una vez se ha identificado el conflicto de autocontrol, el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de autocontrol con la finalidad de superar el conflicto. Dichas estrategias pueden ser satisfactorias o no, implicando cambios asimétricos en la intensidad de la motivación para conseguir un objetivo a largo plazo, o por el contrario caer en la tentación.

El análisis del sistema dual proporciona suficiente información para poder deducir que los resultados del comportamiento están relacionados por una variedad de procesos de determinación y capacidades de control (Hofmann *et al.*, 2009).

Dicha capacidad de predicción puede ser mejorada mediante modelos que incluyen precursores reflexivos e impulsivos y los límites disposicionales cuya función es decantarse por un sistema u otro.

Figura 2.

*Impulso y autocontrol desde una perspectiva de sistemas duales.*



*Nota.* Traducida y adaptada de Hofman *et al.* (2009, p.166)

En la "figura 2", se puede apreciar las partes integrantes que interactúan para predecir el autocontrol. Por un lado se encuentran los dos precusores establecidos en este modelo dual y sus características. Dentro del sistema reflexivo se encuentra las capacidades de restricción y evaluación deliberada, mientras que en el lado de los precusores impulsivos predominan las reacciones afectivas automáticas y el enfoque de reacción automático de evitación. No obstante, el resultado del autocontrol es condicionado por las condiciones situacionales o disposicionales, siendo las mismas una parte necesaria para la predicción del comportamiento. Por tanto, mediante la consideración de todos los factores juntos y no su estudio por separado, se puede lograr una mayor precisión a la hora de predecir los resultados del autocontrol (Hoffman *et al.*, 2009).

### 1.1.5 Modelo volitivo

El modelo volitivo del autocontrol surge de la necesidad de hallar más factores que intervienen en el autocontrol. Dos de ellos a tener en cuenta en dicho proceso son las diferentes categorías a nivel funcional, como son los procesos volitivos con sus estrategias meta cognitivas las cuales tendrán una mención especial en el desarrollo de los siguientes puntos teóricos, y su opuestos los “*procesos impulsogénicos*” (Duckworth & Steinberg, 2015). Los autores Duckworth & Steinberg (2015) afirman que para entender la evolución del autocontrol, especialmente durante el periodo de la infancia y la adolescencia, es esencial desgranar y comprender estos procesos psicológicos subyacentes.

Por un lado los procesos volitivos son necesarios para llegar a un comportamiento auto controlado y por consiguiente obtener determinar acciones que conlleven una buena recompensa a largo plazo. Al contrario, los procesos impulsogénicos son los encargados de llevar a cabo decisiones gratificantes inmediatamente pero con consecuencias lamentables en última instancia (Crowell *et al.*, 2014; Ducworth & Steinberg, 2015)

La teoría de la volición del autocontrol implica acciones voluntarias en las cuales los sujetos se comprometen y se involucran con un objetivo valioso en el futuro con la finalidad de superarse personalmente. Sin embargo, este proceso también cuenta con impulsos contradictorios, y en algunos aspectos, más potentes al instante que los anteriores descritos. Esta afirmación refleja una doble capacidad, pues en algunas ocasiones el autocontrol irá dirigido a inhibir un impulso que no es deseado, por ejemplo la supresión de insultar a un enemigo, y en otras circunstancias el autocontrol es orientado al fortalecimiento de una conducta deseada (Ducworth & Steinberg, 2015).

Mediante los dos grandes grupos distintos descritos anteriormente, se haya un modelo dual de influencia funcional el cual es fruto de la interacción entre los procesos volitivos y los procesos impulsogénicos (Ducworth & Steinberg, 2015).

Figura 3.

*Procesos impulsogénicos y volitivos del autocontrol.*



*Nota.* Traducida y adaptada de Duckworth & Steinberg (2015, p.33).

En la “figura 3”, se puede observar las dos influencias que confluyen en torno al autocontrol, producido por la interacción mutua de estas dos fuerzas opuestas. Como ya se ha comentado, por un lado se encuentran los procesos impulsogénicos integrados por la sensibilidad a la recompensa, la búsqueda de sensaciones, un bajo control reactivo, antojos y una mención especial a la ansiedad y al estrés, el cual será trabajado en el futuro de esta investigación mediante programas de intervención. En el lado opuesto se encuentran los procesos volitivos formados por acciones voluntarias que incluyen una variedad de funciones ejecutivas y estrategias metacognitivas (Duckworth & Steinberg, 2015).

Dentro de la conducta volitiva, las funciones ejecutivas son las encargadas de facilitar una conducta dirigida a la habilidad volitiva. Cómo ya se ha comentado anteriormente, este proceso incluye funciones cognitivas como son la memoria, la percepción o la conmutación de tareas (Zelazo & Carlson, 2012). En presencia de una tentación, las funciones ejecutivas

permiten comenzar o mantener una conducta auto controlada mediante la inclusión de representaciones mentales activos o la supresión de aquellos impulsos que no benefician la consecución de una meta. De igual forma, las estrategias meta cognitivas también cumplen la función de facilitar el comportamiento auto controlado (Ducworth & Steinberg, 2015).

En el lado opuesto, las fuerzas impulsogénicas al estar orientadas a la consecución de recompensas en un periodo corto de tiempo en contraposición a objetivos a largo plazo, siguen dos modelos de dominios: dominio general el cual abarca un territorio más abstracto (por ejemplo la ansiedad) y dominio específico (por ejemplo abrir el Instagram para comprobar quien ha visto las fotos). Sea cual sea el tipo de dominio, estas fuerzas están caracterizadas por ser involuntarias y automáticas, activándose de forma aleatoria y espontánea sin tener consciencia de un deseo (Ducworth & Steinberg, 2015).

#### 1.1.6 Autocontrol como regulación

Dentro de las teorías del autocontrol, existe una limitación conceptual relacionada con la teoría del esfuerzo de inhibición de los impulsos, la cual se erige como necesaria para que se produzca el autocontrol. Sin embargo, es un error concluir que solamente se requiera este esfuerzo de inhibición para definir el autocontrol (Fujita, 2011)

Para Fujita (2011), algunos investigadores sugieren que el fracaso en la capacidad de autocontrol proviene de la incapacidad de las personas para inhibir los impulsos activados por tentaciones del momento, de esta manera, el término impulso se considera importante a la hora de defender las posturas antiguas, siendo aquel cualquier tipo de conducta, sentimiento o pensamiento que es accionado por una fuerte tentación que incita caer en ella (Muraven & Baumeister, 2000).

El modelo propuesto en Fujita (2011), aboga por un autocontrol como un proceso de dos motivaciones: el avance de motivación distal, en contraposición a la motivación proximal, relegando de esta forma al esfuerzo de la inhibición de los impulsos a una de las estrategias sin que llegue a ser el definidor del autocontrol. Para explicar este modelo dual se propone un dilema de autocontrol típico: aquellas personas que siguen una dieta afrontando el deseo de comer un pastel de chocolate. Las personas que llevan una dieta están motivadas con la idea de mejorar su salud y su apariencia física, pero por otra parte la lejanía de llegar a este objetivo distal es confrontada con otra una motivación más proximal que sería satisfacer su apetito a través de un pastel de chocolate.

Siguiendo las investigaciones anteriores, el fracaso del objetivo distal (la dieta) estaría encaminada con un fallo en el proceso de inhibición de los impulsos creados por la tentación (pastel de chocolate), por lo que la motivación proximal sería la más beneficiada (Comer el pastel). Sin embargo, en el proceso de autocontrol no solo existe esta herramienta, sino que convive una serie de mecanismos que la gente puede utilizar para conseguir su motivación distal (Fujita, 2011).

Algunas de estas herramientas son las siguientes: la regulación de la disponibilidad y la oportunidad, el autocontrol sin deliberación consciente y la reconstrucción cognitiva (Fujita, 2011).

La regulación de la disponibilidad y la oportunidad es un eficiente mecanismo de autocontrol que consiste en la anticipación por parte de las personas de los posibles fallos de autocontrol. Evitando tentaciones se limitan los efectos de las mismas a través del comportamiento regulado. Uno de los ejemplos clásicos citados anteriormente que hace uso de esta herramienta es Ulises, el cual evita la tentación de escuchar las sirenas anticipándose a la misma a través de la introducción de tapones en los oídos y atándose al mástil del barco

(Fujita, 2011). La investigación económica sobre el autocontrol llevada a cabo por Thaler & Shefrin (1981), manifiesta el uso de esta estrategia mediante el ejemplo de la cuenta de ahorros, donde la gente deposita su dinero en el banco sin ningún interés aun conociendo los cargos por retiro anticipado. Esta conducta económica tiene como finalidad evitar el gasto en tentaciones benévolas, consolidando el éxito del autocontrol.

Un claro ejemplo para entender la regulación de la disponibilidad y la oportunidad es el de la persona a dieta que elige llegar hasta su casa por una ruta alternativa en la que no hay panaderías con deliciosos dulces, pues al no encontrar ninguna tentación no existe la necesidad de realizar la inhibición del impulso, regulando de esta forma el entorno y la toma de decisiones (Fujita, 2011).

La siguiente herramienta de autocontrol propuesta, es el autocontrol sin deliberación consciente. “Aunque las personas son capaces de atender y procesar conscientemente información específica, depende en su mayor parte de procedimientos cognitivos que requieren poco esfuerzo consciente, intención, monitoreo o recursos para procesar la información de nuestros entornos” (Fujita, 2011, p. 355). Tanto el autocontrol como la autorregulación poseen características de este principio psicológico, pues una vez controlados conscientemente los comportamientos de autocontrol, dichas conductas tienden a automatizarse, proporcionando múltiples respuestas automáticas que no requieren un esfuerzo consciente (Duckworth *et al.*, 2015; Fujita, 2011).

Definiendo la última habilidad propuesta por Fujita (2011), la reconstrucción cognitiva se alza como una de las habilidades más importantes para llegar a una promoción satisfactoria del autocontrol. Las interpretaciones que las personas hacen del mundo que les rodea no son necesariamente objetivas, más bien representan conceptualizaciones subjetivas que pueden ser alteradas mediante una transformación cognitiva o una reevaluación de dichas

conceptualizaciones (Gross, 2002). La reconstrucción cognitiva conceptual de las tentaciones de una persona, favorece la interpretación de los acontecimientos que suceden en su entorno de una manera más abstracta, ajustándose a su objetivo distal y por tanto alejándose de su motivación más proximal (Fujita, 2011).

Dentro de esta reconstrucción cognitiva se localiza la teoría del nivel conceptual (CTL) las interpretaciones de alto y bajo nivel propuesta por Trope y Liberman (2003) Las interpretaciones de alto nivel son las encargadas de conceptualizar la toma de decisiones coherentes y razonables. La función principal de esta interpretación tiene que ver con la formación de conceptualizaciones abstractas de información proveniente de ciertos tipos de eventos y objetos a los que estamos expuestos en el día a día (Fujita *et al.*, 2006). “Las interpretaciones de alto nivel, por lo tanto, capturan las características centrales superiores de un objeto o evento, y abstraen estas características inmutables de alto nivel transmite el significado general del evento” (Fujita *et al.*, 2006, p.3). Por otro lado, las consideraciones de bajo nivel tienden a tener una interpretación de carácter secundario y subordinado (Fujita *et al.*, 2006).

Un ejemplo de ello es el propuesto por Fujita *et al.* (2006), el cual al observar un cartel publicitario llamativo con muchas celebridades del momento haciendo deportes olímpicos puedan dar lugar a dos interpretaciones: por un lado puede originarnos interpretaciones de bajo nivel como la idea de “ver los Juegos Olímpicos”, o por el contrario, conceptualizar esa misma acción en un alto nivel, por ejemplo “disfrutar de deportes”, pues limita las características irrelevantes y ensalza otras características como la competencia o el hábito de vida saludable.

### 1.1.7 Fuerza del autocontrol

Anteriormente, se ha podido comprobar la gran dificultad que supone tener autocontrol llegando a ser considerado un recurso limitado y fácilmente agotable, ya que abstenerse de una conducta requiere una gran capacidad de esfuerzo y recursos, siendo estos procesos más difíciles de controlar, y por tanto, más estresantes (Inzlicht & Gutsell, 2007; Muraven & Baumeister, 2000).

Se parte de la concepción de la existencia de dos tipos de comportamientos: los que se realizan de forma automática, y los comportamientos controlados, que son aquellos que inciden sobre los comportamientos automatizados, siendo su funcionamiento costoso y flexible (Muraven & Baumeister, 2000).

Posiblemente, casi todas las conductas provienen de una índole automática, en la que el “yo” participa mínimamente en la acción. Sin embargo, otra parte importante, pero menor, implica que el individuo pueda anular este tipo de conductas con el objetivo de obtener diferentes respuestas mediante un gran desempeño (Muraven & Baumeister, 2000). Para Muraven & Baumeister (2000) los subconjuntos del autocontrol ejercen una gran influencia en el “yo” incidiendo de esta forma en el cambio de respuestas, en vez de permitir que se realice una conducta de forma automática o normalizada. De esta forma, para llevar a cabo una respuesta independientemente, se necesita un sobreesfuerzo personal para no actuar conforme los patrones establecidos (Muraven & Baumeister, 2000).

Conforme esta base de esfuerzo del autocontrol, Muraven & Baumeister (2000) establecen las siguientes afirmaciones:

- Para que el componente ejecutivo del “yo” ejerza un cambio de comportamiento, primeramente debe darse una fuerza proveniente del autocontrol.

- Esta fuerza del autocontrol es limitada, es decir, la persona solamente tiene una capacidad finita para anular un número, también finito, de impulsos en un periodo de tiempo. Por tanto, lo normal sería que este tipo de recursos llegue a agotarse.
- Al dirigir la fuerza del autocontrol hacia un objetivo de un área específica, implicaría que los esfuerzos hacia otras esferas también disminuyesen.
- El fracaso o el éxito del autocontrol varía dependiendo de distintos factores intrínsecos a la personas. Una persona con gran amplitud de fuerza en el autocontrol, será más proclive a conseguir una meta que otra que tenga menos fuerza. Asimismo, las acciones que necesitan un mayor volumen de fuerza de autocontrol, se verán más afectadas por el agotamiento.
- Una acción auto controlada no solo disminuye un determinado nivel de fuerza, también reducen la fuerza utilizable para otros trabajos de autocontrol que puedan presentarse en el futuro. Es necesario descansar para reponer la disponibilidad del autocontrol, por lo que una persona que no puede reabastecer sus fuerzas por sus circunstancias, puede tener una deficiencia crónica en sus recursos.

Es necesario señalar dos afirmaciones con respecto al modelo de fuerza limitada del autocontrol. Primeramente, existe la posibilidad de la presencia de diferencias entre cada tipo de personas, pues algunas poseen un reservorio más extenso de autocontrol que otras (Muraven & Baumeister, 2000).

Por otro lado, estas reservas de autocontrol pueden ser entrenadas con la finalidad de aumentar su capacidad a largo plazo. Si el efecto a corto plazo supondría un agotamiento de esa fuerza, el efecto contrario en el tiempo se torna en su opuesto, pues la práctica constante en el autocontrol compaginado con un adecuado descanso y su posterior reposición de fuerza

aumenta la capacidad total que tiene el individuo en su autocontrol (Muraven & Baumeister, 2000).

La investigación llevada a cabo por Muraven *et al.* (1998), apoya el modelo de resistencia limitada, mostrando que en una situación que requiera dos conductas auto controladoras, la segunda se verá afectada enormemente. La debilitación de dicha fuerza se verá deteriorada incluso si las dos conductas son de naturaleza distinta. Por ejemplo, un ejercicio que requiere la supresión de pensamientos negativos, debilitará un breve ejercicio de rompecabezas (Muraven *et al.*, 1998).

Según Baumeister *et al.* (2007), existen muchos contextos, mediadores que comparan la semejanza producida entre un músculo y el acto de autocontrol. A continuación se expondrán las distintas respuestas producidas:

Tabla 1

*Contextos, moderadores e implicaciones de los efectos de los recursos limitados.*

---

Respuestas que requieren autorregulación:

- Control de pensamientos
- Gestión de emociones
- Superar impulsos no deseados (por ejemplo no comer dulces tentadores)
- Fijar la atención
- Conducta guiada
- Realizar muchas elecciones

Comportamientos sensibles al agotamiento de los recursos de autorregulación:

- Comer entre personas que hacen dieta
- Gastar demasiado
- Agresión después de haber sido provocado
- Impulsos sexuales
- Toma de decisiones inteligentes y lógicas

Los procesos interpersonales que requieren recursos de autorregulación incluyen:

- Auto presentación o gestión de impresiones
  - Amabilidad en respuesta al mal comportamiento de un compañero
  - Tratar con socios exigentes y difíciles
-

- 
- Interacciones interraciales

Los moderadores del agotamiento del ego incluyen:

- Mayor motivación para lograr un objetivo
- Fondo cultural colectivista

Los indicadores físicos del agotamiento del ego incluyen:

- Variabilidad del ritmo cardíaco
- Cambios neuronales utilizando métodos de electroencefalograma
- Percepción subjetiva del tiempo (la percepción del tiempo se vuelve alargada, es decir, el tiempo se mueve lentamente).
- Niveles de glucosa en sangre

Los efectos nocivos del agotamiento pueden ser contrarrestados a través de:

- Humor y risas
- Otras emociones positivas
- Incentivos en efectivo
- Intenciones de implementación
- Objetivos sociales (por ejemplo, querer ayudar a las personas; querer ser un buen compañero de relación)

---

*Nota.* Traducida y adaptada de Baumeister *et al.* (2007, p. 353)

En la “*tabla 1*”, por un lado, se aprecian conductas, recursos y situaciones que conllevan al desgaste de la fuerza del autocontrol. Por otro lado, los autores también nos proporcionan ideas no solo para recuperar el deterioro de nuestro autocontrol, sino también algo importante establecido en las líneas teóricas anteriores, la capacidad de predecir cuando estamos ante una situación que debilita nuestra capacidad de autocontrol (Baumeister *et al.*, 2007). Los comportamientos sociales que requieren y debilitan la fuerza de autocontrol se tornan esenciales dentro de las relaciones interpersonales, y son múltiples sus beneficios a la hora de ejercer un control de la propia conducta (Baumeister *et al.*, 2007).

Para concluir, a pesar del problema de debilitamiento de fuerza del autocontrol, a diferencia de la inteligencia, la capacidad auto controladora es capaz de mejorarse a través de intervenciones psicológicas incluso cuando la persona se encuentra en la etapa adulta. El modelo de fuerza aquí explicado, puede aportar luz hacia investigaciones futuras que intenten explicar aún más el funcionamiento de esta capacidad (Baumeister *et al.*, 2007).

### 1.1.9 Autorregulación

El siguiente punto dentro del capítulo de autocontrol cobra una gran importancia debido a la función que desempeña. Un elemento esencial dentro del autocontrol es la capacidad autor reguladora. Es importante establecer las diferencias entre autocontrol y autorregulación, pues la mayoría de los investigadores no observan diferencias conceptuales entre ellos, pero existen otros que utilizan el término con distinciones y definen el autocontrol como un subelemento con características conscientes y deliberadas provenientes de la autorregulación (Baumeister *et al.*, 2007).

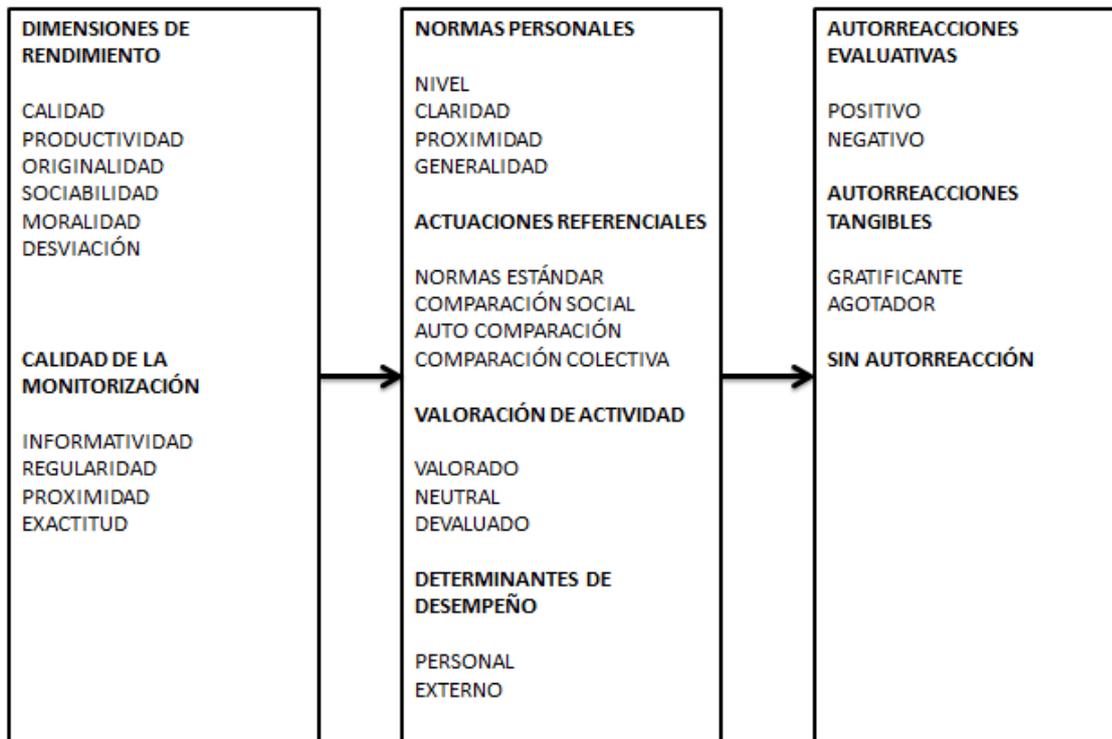
La autorregulación puede definirse como aquel proceso proactivo que lleva a un sujeto emplear varias habilidades determinadas por las funciones ejecutivas, como puede ser la creación de objetivos, la elección de ciertas estrategias, la realización de las mismas o la ejecución de la evaluación de la eficacia personal (Zimmerman, 2008). Esta capacidad proactiva realizada por los sujetos, derivan en ciertos sentimientos que aumentan la motivación y las creencias de ventajas situacionales, a la vez que mejora las estrategias metacognitivas (Zimmerman, 1986).

La perspectiva autorregulación considera que las personas están dotadas de capacidades motivacionales, metacognitivas y conductuales, posibilitando la mejora de su capacidad cognitiva, y por tanto, de su propio aprendizaje. El empleo efectivo de estas habilidades, fomenta la percepción personal del autocontrol, entre las que se encuentra la eficacia personal, la competencia o la autonomía, derivando a percepciones positivas que consolidan una base emocional y motivacional necesaria para crear una favorable autorregulación (Zimmerman, 1986).

Para Bandura (1991) la autorregulación es ejecutada a través de una serie de subfunciones psicológicas primordiales para la obtención de acciones autodirigidas:

Figura 4.

*Estructura del sistema de autorregulación de la motivación y la acción.*



*Nota.* Traducida y adaptada de Bandura (1991, p. 249)

Se aprecia en la “*figura 4*”, las estructuras internas de la autorregulación y como inciden en la motivación y en la acción del sujeto conforme a influencias y estándares autor reactivos. En este sentido, las personas tienen poca influencia en su propia motivación si no trabajan adecuadamente sus propias actuaciones, las condiciones propiciantes y los efectos inmediatos y distales que producen (Bandura, 1991).

Siguiendo esta línea, Zimmerman (1986), afirma que el uso proactivo del sujeto propicia una serie de comportamientos cuyo fin es provocar una respuesta. Estas acciones intercurrentes provienen de la reciprocidad trídica, consistente en la retroalimentación de tres elementos: personal, conductual y ambiental. Estos componentes se retroalimentan

entre sí permitiendo al individuo adaptarse a su entorno social y físico, de sus sentimientos y pensamientos y en resultados conductuales.

El elemento comportamental se refiere a la observación personal de las propias acciones del sujeto con el objetivo de conseguir una adaptación estratégica, por ejemplo, cuando un niño aprende a montar en bicicleta a través de la observación de posición del cuerpo para mantenerse en ella. El elemento ambiental en la autorregulación consiste en monitorear las condiciones de esta variable, posibilitando el control de sus efectos, un ejemplo de ello es cuando una persona está intentando realizar un trabajo que requiere de mucha concentración, intenta eliminar los ruidos o se anticipa a que estos ocurran. Por último, la variable personal, referida principalmente a la autoobservación y adaptación de los propios pensamientos y sentimientos específicos de cada persona, por ejemplo cuando te encuentras anímicamente mal y empiezas a pensar cosas positivas para volver a sentirte bien emocionalmente (Zimmerman, 1986).

Para que el esquema mental de la autorregulación sea efectivo, se tiene que dar una serie de fases dentro de dicho proceso. Cada autor propone una serie de estructuras, aunque se pueden encontrar elementos comunes. Pintrich (2000), identifica cuatro fases diferentes en el aprendizaje autorregulado:

- La primera fase es la denominada constructiva, orientada a la perspectiva cognitiva en la cual la persona es vista como un sujeto activo de su propio aprendizaje, por lo que asume su propia construcción de significados y busca estrategias y metas disponibles dentro de su entorno social. Debido a esto, los individuos no deberían de considerarse agentes pasivos, sino personas activas que desarrollan su propio aprendizaje.

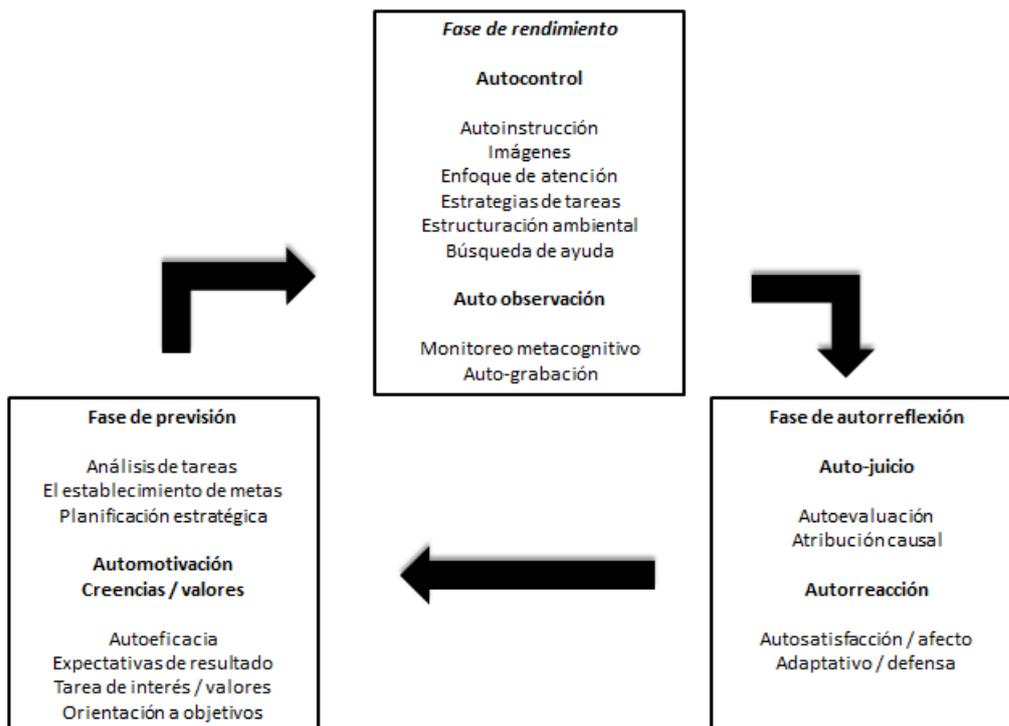
- La segunda fase se centra en la dificultad que poseen los individuos para controlar o monitorear sus capacidades cognitivas en todo momento y en cualquier contexto, reconociendo de esta manera las diferencias biológicas contextuales e individuales que interfieren en la educación.
- La tercera fase hace referencia a los objetivos o metas y al valor que se les da a cada uno. El aprendizaje está sometido a diferentes estándares que promueven el monitoreo, capacidad esencial para progresar hacia metas establecidas y la regulación de los elementos cognitivos, comportamentales y motivacionales.
- La última fase está dirigida a las actividades que median en las características del contexto, en las relaciones interpersonales y en el rendimiento.

Las cuatro características anteriores ayudan al individuo a avanzar en la realización de una tarea prevista, pero dichos procesos no se rigen por un orden jerarquizado ni lineal, sino que se dan de forma sincrónica y dinámica provocando una interacción entre ellos mismos. No obstante, puede darse el caso en el que el individuo no llegue a realizar dicho proceso autorregulatorio debido a que su ejecución se ha convertido en algo implícito (Pintrich, 2000).

Siguiendo el proceso cíclico, Zimmerman (2013) establece la siguiente estructura del proceso de autorregulación de los sujetos: previsión, rendimiento y autorreflexión:

Figura 5.

*Fases y subprocesos de la autorregulación.*



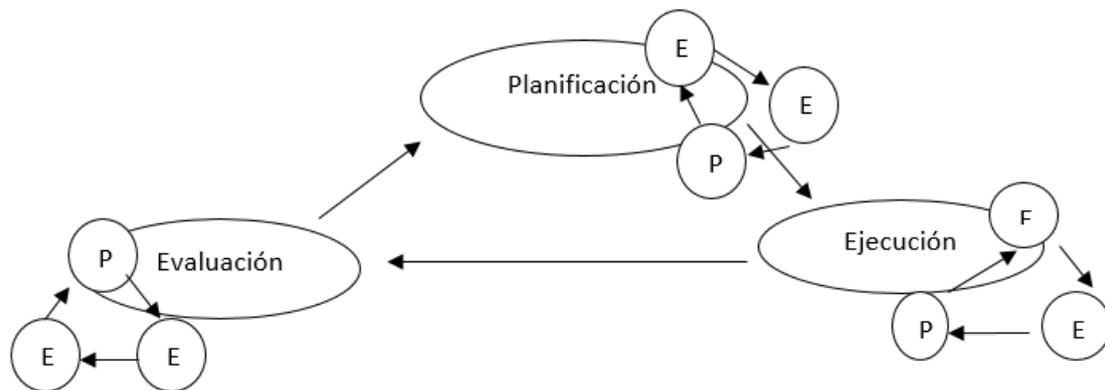
*Nota.* Traducido y adaptado de Zimmerman (2013, p.142)

El procedimiento de la “*figura 5*”, tiene como función dotar de significación los resultados obtenidos a través del esfuerzo repetido para obtener un aprendizaje. En la fase de previsión se preparan los acontecimientos y los esfuerzos que mejoraran el aprendizaje del sujeto. La fase de rendimiento está diseñada para mejorar el autocontrol. En la autorreflexión, se orientan esfuerzos para optimizar diversas reacciones de resultados obtenidos (Zimmerman 2013). Las personas con características o habilidades de tendencia proactiva en cuanto a la autorregulación, tienen una capacidad más desarrollada para distinguir esta fase cíclica, sobre todo en el proceso preventivo.

Por otro lado, para los autores Rosario *et al.* (2004), el modelo de fases de autorregulación propuesto por Zimmerman (2013), se queda obsoleto, pues es definido por ser un proceso más parsimonioso. Por tanto, sugieren un modelo en el que el análisis más individualizado de cada una de las fases, forma un proceso más cíclico de la autorregulación.

Figura 6.

Modelo PLEE donde se cruzan los dos procesos cíclicos.



Nota. Adaptado de Rosario *et al.* (2004, p. 137)

En la “figura 6”, se advierte dos procesos cíclicos. Por ejemplo, en la fase de planificación, no solamente el sujeto estudia los recursos de los que dispone, o de las características del entorno que le rodea, sino que también a la misma vez planifica y evalúa su proceso de planificación. Este sistema consolida la sinergia autor reguladora, elaborando dos procesos cíclicos que conforman un todo (Rosario *et al.*, 2004).

#### 1.1.10 Aspectos biológicos del autocontrol

Mediante la neurociencia y el avance de la tecnología cerebral que posibilita imágenes detalladas del cerebro, como la resonancia magnética “IRM” o la tomografía por emisión de positrones “PET” numerosos investigadores han adquirido suficiente conocimiento sobre su funcionamiento y cómo sus partes se conectan entre sí a través del cableado neuronal (Beaver *et al.*, 2007).

Estos avances científicos han proporcionado mapas tridimensionales del cerebro que explica la influencia genética en las estructuras cerebrales, determinando de esta forma la

heredabilidad de habilidades tanto cognitivas como lingüísticas, diferencias individuales y cualquier tipo de enfermedades relacionadas con el cerebro (Thompson *et al.*, 2001)

Con la adquisición de estos mapas más detallados, se han descubierto características estructurales de la corteza humana entre las que se encuentran la asimetría cerebral, la organización y distribución de la materia gris y los patrones de giro, las cuales varían según diferentes peculiaridades como puede ser la edad, el género, el dominio hemisférico y el rendimiento cognitivo (Thompson *et al.*, 2001).

Según Thompson *et al.* (2001), investigaciones llevadas a cabo en gemelos, arrojan luz sobre la genética en el cerebro. Uno de los hallazgos más importantes trata sobre la posibilidad de interacción o combinación de muchos genes en el mismo Locus, lo que posibilita la formación futura de la estructura del cerebro adulto. Por otro lado, también se ha descubierto que las influencias genéticas pueden llegar a determinar aspectos relacionados con el intelecto. De esta forma, los genes tienen la capacidad de modelar la forma del cerebro desde un punto heterogéneo, reflejando asimetrías en la organización funcional, en la corteza frontal y su anatomía (Thompson *et al.*, 2001)

A partir de esta invención, entra en juego los lóbulos frontales y la corteza prefrontal como principales áreas encargadas del funcionamiento cognitivo y las funciones ejecutivas (Beaver *et al.*, 2007; Goldberg, 2004). El lóbulo frontal se encarga esencialmente de las funciones ejecutivas, como puede ser la planificación, la atención, la organización, el autocontrol, etc. Por tanto, un déficit de funcionamiento en esta región cerebral, puede implicar ciertas anomalías funcionales (Goldberg, 2004).

Una de ellas es el "*Síndrome Orbito Frontal*", el cual puede producirse por una enfermedad cerebral, demencia o por alguna lesión en la corteza. Las personas poseedoras de este síndrome tienden a presentar desinhibiciones emocionales que propician un bajo o nulo

control de impulsos, grandes oscilaciones entre estados de rabia y euforia y un deterioro de la inhibición de la gratificación a corto plazo o instantánea (Goldberg, 2004).

Otro elemento importante dentro del desarrollo de los lóbulos frontales es la mielina, tejido que envuelve los axones de algunas células cerebrales, encargado de acelerar la transmisión de impulsos eléctricos entre neuronas, y por ende, la comunicación entre las distintas partes del cerebro. Un fallo en la calidad de este elemento propiciaría una disminución de la capacidad de los lóbulos frontales, y por tanto limitaría su papel de liderazgo en las estructuras cerebrales (Goldberg, 2004).

Para Beaver *et al.* (2007), se torna necesario recalcar la estimación que tiene el desarrollo cerebral en las primeras etapas de la vida, desde la formación del feto, pasando por la infancia y finalizando en la edad adulta. En este tiempo se producen una gran cantidad de sinapsis en todas las áreas del cerebro, siendo la corteza prefrontal la última en desarrollarse completamente. (Beaver *et al.*, 2007, p.1349).

Si ocurriera alguna anomalía en este tiempo, o si algo interfiriese en el crecimiento normal, podría causar una disfuncionalidad que tendría consecuencias futuras relacionadas con las habilidades cognitivas. Existen sustancias perjudiciales para el desarrollo del feto entre las que se encuentran la neurotoxina y la tetratoxina, halladas en el plomo, el alcohol, el tabaco o en todo tipo de drogas. Si alguna de estas toxinas llegara al feto, interrumpiría su crecimiento cerebral o disminuiría su actividad metabólica. Dicha interrupción produciría daños estructurales en la corteza prefrontal, causando limitaciones neuropsicológicas que en algunos casos serían irreversibles (Beaver *et al.*, 2007).

Los estudios anteriores muestran la gran importancia que tiene los lóbulos frontales y la corteza prefrontal en las funciones ejecutivas. El autocontrol reside en esas partes específica

del cerebro, influenciadas no solamente por la genética, sino también por las condiciones ambientales (Beaver *et al.*, 2007).

Un fallo en estas áreas podría propiciar una disminución del autocontrol, pues un buen funcionamiento cognitivo es esencial para regular las tendencias impulsivas, las emociones y la atención, además de otorgar la habilidad para anticipar o pronosticar consecuencias de comportamiento (Beaver *et al.*, 2007). La transmisión genética intergeneracional modula el desarrollo cerebral de la persona, posicionándose en una pieza importante para prever la capacidad auto controladora de la persona (Boutwell & Beaver, 2010).

Por otro lado, el comportamiento volitivo, está estrechamente relacionado con la corteza prefrontal pues según Goldberg (2004): “Parece que en un nivel cognitivo la capacidad de comportamiento volitivo depende de la integridad funcional de los lóbulos frontales. La capacidad de contención depende en particular de la corteza orbito frontal” (p.155). Para Goldberg (2004), el desarrollo cognitivo juega un papel importante, pues es el encargado de conseguir un aprendizaje esencial en la vida de la persona, dotándolo de responsabilidad y madurez.

Desde la perspectiva social del autocontrol liderada por Gottfredson & Hirschi (1990), se afirma la nula importancia que los factores biológicos poseen en el desarrollo del autocontrol. Por el contrario, se pone especial énfasis en las fuerzas ambientales que suceden alrededor de la persona, estableciendo la capacidad del autocontrol como un aprendizaje que se da sobre todo en edades tempranas, en la escuela, familia o con el grupo de iguales. Dicha afirmación es denominada por algunos teóricos del autocontrol por ser demasiado radical, matizando el valor del factor ambiental para madurar el proceso de autocontrol sin desechar su proceso biológico (Beaver *et al.*, 2007).

A modo de conclusión, se aprecia el alcance que posee el área biológica conforme el autocontrol. Una lesión o enfermedad en las distintas áreas en las que se encuentran las funciones ejecutivas como los lóbulos frontales, puede derivar a un déficit de la habilidad autocontroladora de la persona, siendo necesario un diagnóstico eficaz para detectar ciertas anomalías (Beaver *et al.*, 2007; Goldberg, 2004). También la transmisión genética se posiciona como un elemento crucial para conocer la calidad de estas partes cerebrales y por ende del autocontrol de la persona (Boutwell & Beaver, 2010).

#### 1.1.11 Estrategias de autocontrol

Conforme la investigación realizada por Mischel & Ebbesen (1970), comentada en la conceptualización del autocontrol, se ha podido comprobar la utilidad de las estrategias que utilizan los niños a la hora de demorar una recompensa menor por una con mayores beneficios a largo plazo. Para ello, los niños utilizaban estrategias de todo tipo con la finalidad de conseguir un botín mayor, entre las que se encontraban: mirar hacia otro lado, pensar en otra cosa, hacer otra acción para no fijar la atención en la recompensa menor, etc.

Existen multitud de estrategias relacionadas con el autocontrol, pero aquí se ha intentado sintetizar algunas de ellas a través de diversos autores:

##### Estrategias conductistas

Desde el paradigma conductista, Skinner (1977), proporciona una serie de técnicas de control eficaces para el uso personal. A continuación se expondrán algunas de ellas:

- Restricción y ayuda física: consiste en manejar nuestra propia conducta mediante una limitación física. En esta técnica siempre hay una conducta superior que maneja la probabilidad de ocurrencia de una conducta no deseada. Ejemplo de ello propuesto por Skinner (1977) es: “El individuo se lleva la mano para sofocar la risa,

o la tos, o para acallar una respuesta verbal que en el último momento considera una equivocación” (p.259). Alejarse de una situación no deseada que pueda dar lugar a consecuencias negativas también se considera un tipo de control o eliminar una situación que se mueve dentro del individuo.

- Cambio de estímulo: Al eliminar o crear una situación para una respuesta a través de la manipulación de un estímulo que provoque una respuesta o algún tipo de estímulo discriminativo. Si se pretende inducir una acción de índole aversiva, nos apartamos de ese estímulo que la provoca. Cuando cerramos las cortinas o las puertas para controlar un estímulo aversivo que puede hacer distraernos de la tarea que se ha propuesto, es un ejemplo de cambio de estímulo o poner una caja de dulces fuera del alcance de la vista. Skinner (1997) llama a este tipo de estrategia “evitar la tentación”. Por otro lado, también pueden presentarte estímulos debido a las respuestas que estos provocan. Ejemplo de ello es cuando anotamos en nuestra mano algo que nos evoque una tarea que tenemos que hacer en el futuro (Skinner, 1977).
- Manipulación de situaciones de privación y saciedad: Se puede dar pie a condiciones anteriores que incentiven o extingan actitudes que busque el refuerzo. Por ejemplo, no comer durante todo el día para llegar al banquete de por la noche con hambre, o por el contrario, comer algo ligero antes de la cena para poder controlarse (Skinner, 1977). Un método de esta técnica de autocontrol es la de realizar y repetir una conducta “negativa” cuando no nos apetece. Para Skinner (1977), si se quiere eliminar morderse las uñas, el sujeto deberá de realizar esa

acción cuando no quiere, eliminando de esta forma las ganas de hacerlo. Otra de las variantes de esta técnica consiste en satisfacer una conducta realizando otra que sea muy parecida. Por ejemplo, hacer suficiente ejercicio para estar cansados y estar menos nerviosos a la hora de realizar un examen. La superposición de una conducta similar puede considerarse en estos casos una privación transferida (Skinner, 1977).

- Manipulación de estados emocionales: mediante la autoinducción de cambios emocionales podemos llegar a controlar esas emociones que conllevan a un estado de control negativo (Skinner, 1977). Cuando contamos hasta diez y hacemos respiraciones antes de llevar a cabo una respuesta de forma abrupta, realizamos una manipulación de ese estado emocional. También se puede controlar las predisposiciones al controlar una emoción antes de llevar a cabo una respuesta. Por ejemplo, intentamos pensar en cosas positivas antes de hacer una tarea para poder concentrarse plenamente en ellas. Reducir la intensidad de una reacción emocional demorándola también es una técnica eficaz de manipulación emocional (Skinner, 1977).
- Uso de estimulación aversiva: consiste en condicionar reacciones aversivas propias mediante la asociación de ciertos estímulos. Por ejemplo, cuando ponemos el despertador lejos de nosotros para inducirnos a levantarnos para apagarlo. La verbalización de ciertos actos puede llegar a reforzar las contingencias, pues el individuo “se obedece a sí mismo” (Skinner, 1977). La capacidad de tomar decisiones nos prepara para esos estímulos aversivos que controlan nuestra futura

conducta, es decir, se trata de una previsión ligada a la aparición o el control de nuestra conducta.

- **Fármacos o estimulantes:** a través de fármacos se pueden reducir o eliminar estímulos dolorosos o para conseguir efectos contradictorios (Skinner, 1977).
- **Condicionamiento operante:** consiste en generar circunstancias orientadas a reforzar las conductas positivas que nos facilite llegar a objetivos de nivel superior. Para Skinner (1977), se origina una serie de cadena de respuesta cuyos eslabones allanan el terreno para que conductas posteriores puedan llevarse a cabo. Esto supone que el sujeto tiene un reforzamiento pero que no pretende conseguirlo hasta que una determinada respuesta suceda. Por ejemplo, cuando una persona decide posponer un contacto social hasta que termine un trabajo concreto (Skinner, 1977).
- **Autocastigo:** mediante el castigo de respuestas indeseables, el sujeto puede estimularse para evitar la aparición de una conducta no deseada. El uso de una auto estimulación aversiva puede aumentar directamente aquellos impulsos que se generan en una conducta que pretende ser eliminada (Skinner, 1977).
- **Contrarrestar la conducta haciendo otra cosa:** consiste en evitar realizar un comportamiento que le lleve a consecuencias negativas a través de la realización de otra conducta que no tiene nada que ver con la misma. En el ámbito emocional, el hacer otra cosa puede ser eficaz a la hora de obtener consecuencias positivas. Al

aplicar una alteración de una predisposición emocional que origine una emoción opuesta, puede llevar a disminuir manifestaciones de la conducta del propio individuo (Skinner, 1977).

Para Skinner (1977), la realización de estas técnicas no da una explicación del por qué el sujeto las pone o no en práctica. El control social y ambiental prepara las condiciones para que el individuo se controle. Según Skinner (1977):

Un hombre puede pasar mucho tiempo planeando su propia vida: puede escoger con sumo cuidado las circunstancias en las que va a vivir y puede manipular con bastante libertad el medio ambiente en el que le toca vivir a diario. Esta actividad parece demostrar una importante dosis de autodeterminación, pero, en último término, se trata también de conducta, y podemos explicarla en términos de otras variables ambientales y del historial del individuo. Estas variables son las que proporciona el control esencial. (p.268)

#### Estrategias situacionales e intrapsíquicas

Una de las teorías que predomina en el panorama científico sobre dicho constructo son las estrategias situacionales cognitivas, siendo las maniobras más avanzadas a las que se pueda recurrir para llegar a una conducta auto controladora, la cual consiste en posicionarse intencionadamente en una situación que pueda favorecer elementos orientados a objetivos positivos en contraposición a los elementos tentativos (Ducworth *et al.*, 2016).

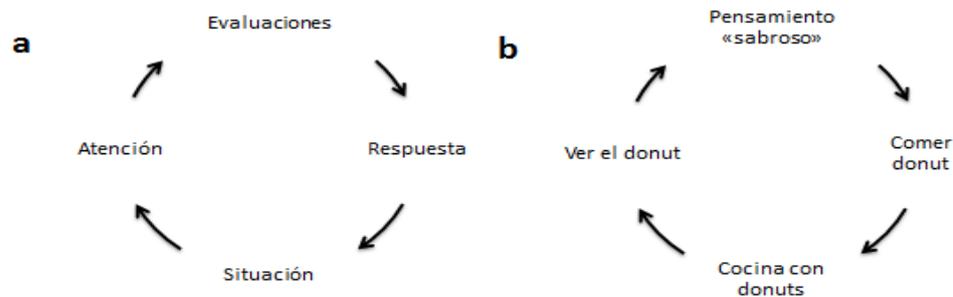
Sobre esta teoría, es preciso comentar la importancia que posee el proceso cíclico que lleva a cabo el impulso. Para ello, se mostrará en la figura () de Ducworth *et al.* (2016) dicho ciclo:

Cómo se ha visto anteriormente, el proceso de autocontrol tiende a ser cíclico, teniendo su comienzo en una situación y finalizando con una respuesta dominada por la preferencia. Estas tendencias de respuesta inmediata son más fuertes que las respuestas a largo plazo,

teniendo como consecuencia una conducta orientada a satisfacer las necesidades más proximales (Ducworth *et al.*, 2016).

Figura 7

*El modelo de proceso de autocontrol de un ciclo interactivo.*

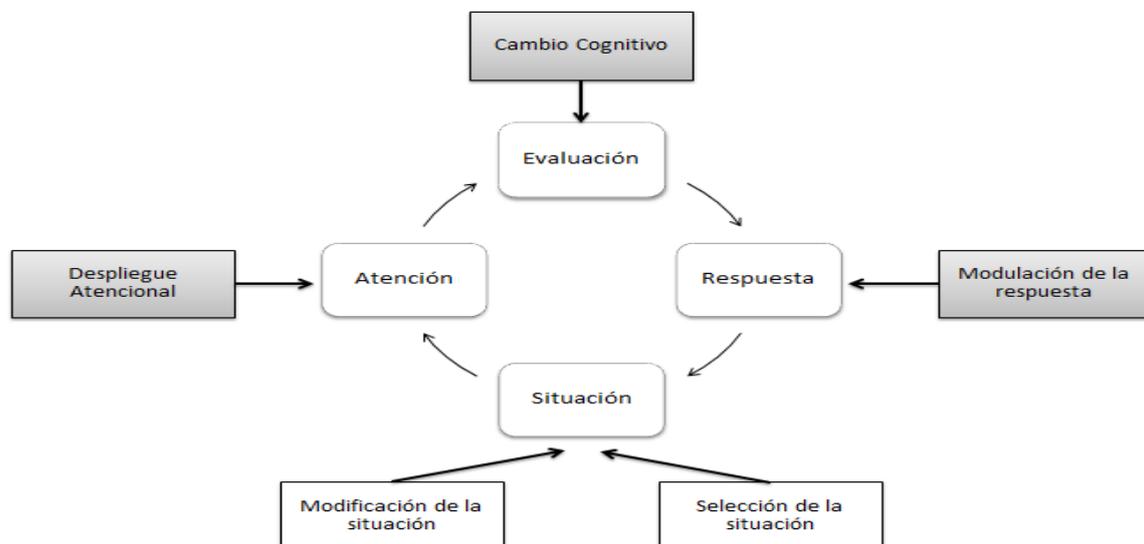


*Nota.* Adaptado y traducido de Duckworth *et al.* (2016, p. 39)

No obstante, para Ducworth *et al.* (2016), es posible intervenir en todas las etapas que componen el proceso de los impulsos a través del modelo de las cinco familias de autocontrol

Figura 8.

*Estrategias de autocontrol situacional dentro de un ciclo de generación de impulsos.*



*Nota.* Traducido y adaptado de Ducworth *et al.* (2016, p. 40)

Mediante la "figura 8", se observa las diferentes estrategias de modificación de las respuestas establecidas en el proceso cíclico de la generación de impulsos. Se aprecian dos

estilos: las estrategias de autocontrol situacionales, como son la Selección de la Situación y la Modificación de la Situación y por otro lado las estrategias intrapsíquicas, siendo estas el Despliegue Atencional, el Cambio Cognitivo y la Modulación de Respuesta (Ducworth *et al.*, 2016).

Para Ducworth *et al.* (2016), las estrategias de Selección de situación tienden a ser maniobras más avanzadas de autocontrol, por lo que en general, tienden a buscar situaciones intencionadas que apoyen a los sistemas de valoración a conseguir objetivos a largo plazo en detrimento a aquellos sistemas valorativos ligados a la tentación inmediata. Uno de los ejemplos propuestos por Ducworth *et al.* (2016), de estas estrategias situacionales, es el elegir estudiar en un sitio tranquilo, por ejemplo en una biblioteca, en vez de optar por otro más ruidoso. Las circunstancias situacionales no son solamente físicas, también poseen un componente más social y afectivo. La influencia en nuestros comportamientos es transitoria, pero también puede convertirse en duradera, siendo el comportamiento virtuoso un factor moldeable por el factor social, por lo que rodearse de personas con un matiz positivo puede tener aspectos positivos debido al comportamiento que esperamos emular (Ducworth *et al.*, 2016).

Sin embargo, hay momentos en los que es imposible poder elegir nuestras situaciones. En estos casos, es posible hacer pequeños cambios que modifiquen nuestras circunstancias con respecto a nuestros propios beneficios. A estos cambios se les denomina Modificación de la Situación (Ducworth *et al.*, 2016). Un ejemplo de esta estrategia sería el colocar la alarma en un lugar lejos de nuestro alcance para obligarnos a levantarnos a apagarla cuando sonara, evitando de esta forma poder apagarla tranquilamente y volvernos a dormir (Ducworth *et al.*, 2016).

Por otro lado, nos encontramos con las estrategias intrapsíquicas, posteriores a las situacionales, puede darse el caso en el que resulte imposible modificar o seleccionar las situaciones presentes. En estos casos, se deben de emplear las estrategias de Despliegue de Atención que posibilitan dirigir nuestra capacidad atencional a las características situacionales que facilitan y no socavan nuestro autocontrol (Ducworth *et al.*, 2016). Desviar la atención de la tentación posibilita tener una mejor capacidad autocontroladora, siendo una de las acciones elegidas por los niños para no caer en la tentación de comer golosinas (Mischel & Ebbensen (1970). En ciertos casos, es necesario mantener la atención en la tentación, pues a menudo es necesario notarlas para interrumpir el proceso cíclico de la misma (Ducworth *et al.*, 2016). Un ejemplo propuesto por Ducworth *et al.* (2016), sería la persona que está comiendo patatas fritas mientras está absorto viendo la televisión. En este caso sería importante que la persona dirija la atención a la bolsa de patatas para poder darse cuenta que está cayendo en la tentación.

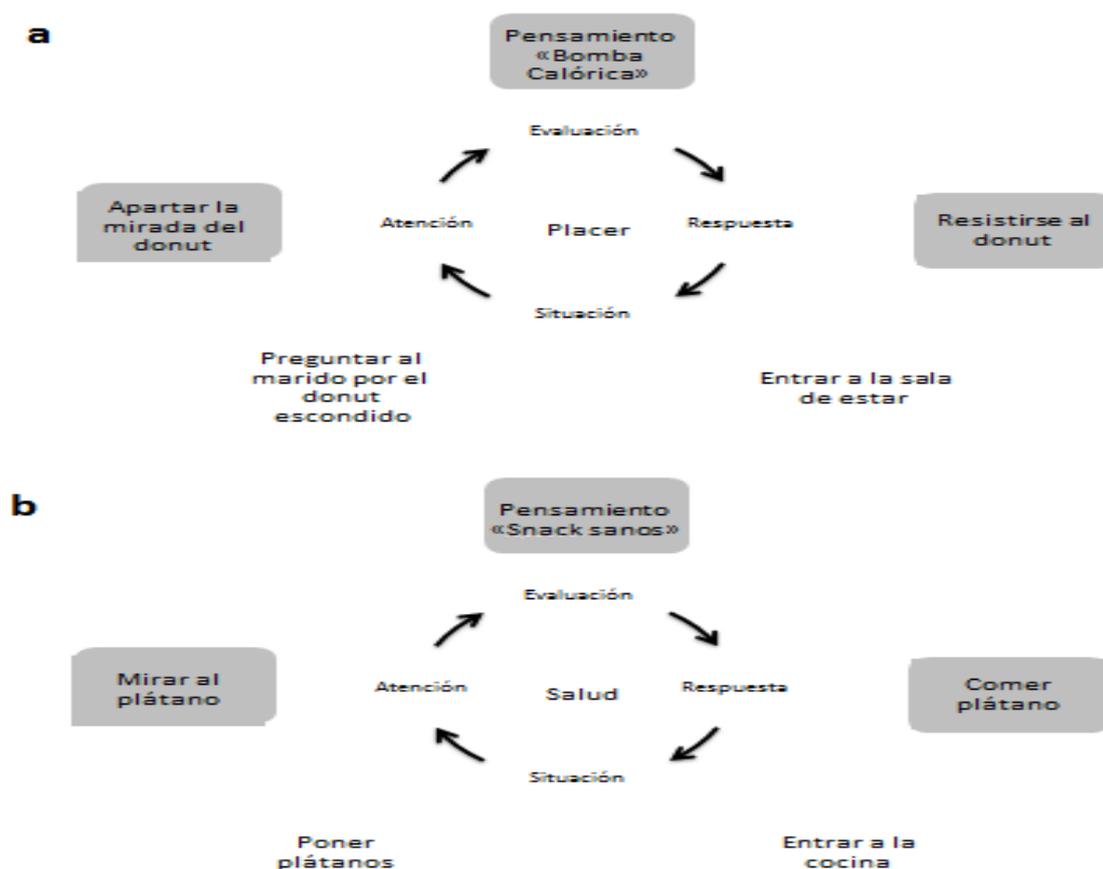
El Cambio Cognitivo se aplica cuando la estrategia de desvío atencional no tiene los efectos deseados. Esta estrategia implica llevar a cabo un cambio en nuestra manera de pensar sobre la tentación. Por un lado, se encuentran las representaciones mentales dirigidas a la gratificación instantánea “comer una deliciosa golosina”, la alternativa de este pensamiento sería “comer una golosina de azúcar refinada y grasas saturadas”. El cambio de pensamiento de esa tentación puede derivar en la modificación de la conducta y por tanto a la mejora del autocontrol (Ducworth *et al.*, 2016). Dirigir el pensamiento hacia los objetivos de alto nivel supondría aumentar las probabilidades de llevar a cabo una conducta dirigida hacia los mismos, en cambio, si las representaciones mentales están orientadas a objetivos de bajo nivel, lo más probable es caer en la tentación (Fujita, 2011).

Por último, nos encontramos con la estrategia de control más sencilla, la Modificación de la Respuesta, en la que la persona decide voluntariamente modular la respuesta. En los momentos de la tentación se puede optar por eliminar voluntariamente esos impulsos no deseables pero más gratificantes al momento, o amplificar los deseables a largo plazo (Ducworth *et al.*, 2016).

Las estrategias situacionales e intrapsíquicas están orientadas a satisfacer impulsos orientados al placer o fortalecer un estado de salud (Ducworth *et al.*, 2016).

Figura 9.

*Ejemplos de estrategias situacionales e intrapsíquicas.*



*Nota.* Traducido y adaptado de Ducworth *et al.* (2016, p.41)

La "figura 9", muestra un ejemplo de orientación de estrategias. En la disposición (a), se aprecian aquellas que están orientadas a satisfacer recompensas inmediatas, en este caso al

placer de comerse una rosquilla, mientras que en la situación (b), se localizan las estrategias que buscan un objetivo a largo plazo, caracterizado por tener una mejor salud comiéndose un plátano en vez de una rosquilla (Ducworth *et al.*, 2016).

### Estrategias autorregulación

Como se ha comentado anteriormente, la autorregulación se torna como un elemento eficaz para lograr un comportamiento auto controlado. Las estrategias de autorregulación tienen una estrecha relación con la consciencia meta cognitiva y los resultados obtenidos debido al sentido de autoeficacia que hay entre ellos (Shunk, 2012).

Bandura (1991) otorga una gran importancia al conocimiento de las distintas estrategias de autorregulación, pues proporcionan una perspectiva positiva de la eficacia, favoreciendo de esta forma una buena selección de estrategias resolutivas. Zimmerman (1986) expone algunas de ellas:

Tabla 2.

#### *Estrategias de autorregulación del aprendizaje.*

Categorías/Estrategias	Definición
1. Autoevaluación	Declaraciones indicando las evaluaciones iniciadas por los estudiantes sobre la calidad o el progreso de su trabajo. Por ejemplo, "Reviso mi actividad para asegurarme de que lo hice bien".
2. Organización y transformación	Declaraciones que indican una reorganización flexible o abierta de herramientas instructivas para mejorar el aprendizaje. Por ejemplo, "Realizo esquemas antes de mi trabajo".
3. Establecimiento de objetivos y planificación	Informaciones que indican al sujeto el establecimiento de metas, su planificación de secuenciación, el tiempo y su realización. Por ejemplo, "Primero empiezo a estudiar dos semanas antes de los exámenes y después repaso".
4. Búsqueda de información	Declaraciones sobre los esfuerzos necesarios para obtener más información de la tarea o del

5. Mantenimiento y supervisión	problema. Por ejemplo, “Antes de empezar a estudiar iré a la biblioteca a consultar libros”. Declaraciones que revisan e indican los esfuerzos iniciados por el estudiante para registrar eventos o resultados. Por ejemplo, “Revisé mi planificación del calendario”.
6. Estructuración ambiental	Declaraciones que indican los esfuerzos que los sujetos seleccionan para facilitar el aprendizaje a través del entorno físico. Por ejemplo, “Elimino el ruido antes de concentrarme”.
7. Autoconstrucción	Informaciones que indican la construcción propia o la imaginación de premios o castigos por éxito o fracaso. Por ejemplo, “Si hago bien la prueba, saldré al cine”.
8. Ensayo y memorización	Declaraciones de los esfuerzos que realizados por el sujeto para memorizar el material. Por ejemplo, “Al prepararme un examen, después de comprenderlo intento memorizar”
9. Búsqueda de ayuda	Declaraciones que indican el esfuerzo de los sujetos para solicitar ayuda a cualquier persona. Por ejemplo, “Intento preguntar a profesionales sobre el tema en cuestión”.
10. Revisión de registros	Declaraciones que indican los esfuerzos para volver a repasar las pruebas. Por ejemplo, “Cuándo termino un examen lo reviso antes de entregarlo”.
11. Otros	Declaraciones que indican que la actuación de aprendizaje es iniciado por otras personas. Por ejemplo. “Me limito a hacer lo que dice el profesor”

---

*Nota.* Traducido y adaptado de Zimmerman (2013, p.138).

Las estrategias descritas en la “*tabla 2*” hacen referencia a los términos generales de la autorregulación, es decir, los componentes base de cualquier habilidad auto reguladora que el sujeto puede adoptar (Zimmerman, 1986).

### 1.1.12 Beneficios del autocontrol

En las últimas décadas las investigaciones dirigidas al autocontrol han documentado enormes beneficios que reporta su práctica, como avances individuales, logros académicos o adaptación a los cambios, e incluso en algunos dominios se han encontrado más influencias positivas en contraposición a otras variables tradicionales como puede ser un alto coeficiente intelectual como predictor de éxito académico (Tangney *et al.*, 2005; Uziel, 2018). Estas observaciones, han proporcionado elementos suficientes para conformar la relación existente del autocontrol con la felicidad y un estilo de vida saludable, ayudando de esta manera a aumentar la calidad de vida de aquella persona que ejerce el ejercicio del autocontrol en su vida diaria (Tangney *et al.*, 2004).

La investigación llevada a cabo por Tangney *et al.* (2004), proporcionó ciertos afianzamientos en el conocimiento de ciertos elementos positivos que tiene una persona con un nivel alto de autocontrol. A grandes rasgos, tener una capacidad de autocontrol es sinónimo de tener ventajas en algunos aspectos:

- Aquellas personas que reportan un buen autocontrol, tienden a obtener una mejor calificación en su ámbito académico en comparación a aquellas con un nivel bajo de autocontrol. La autodisciplina y la baja procrastinación de aquellos sujetos que practican el autocontrol, favorece los logros académicos (Tangney *et al.*, 2004)
- Otro beneficio afirmado por Tangney *et al.* (2004), fue la escasez de problemas que aparecían en las personas con un autocontrol alto. Esto es debido al control de sus impulsos mediante estrategias auto controladoras. Entre los impulsos controlados se encontraban los atracones y los abusos de sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco o las drogas.

- La adaptación psicológica se posiciona como otro beneficio a tener en cuenta en personas que practica el autocontrol. Esta afirmación fue hallada a través de medidas de evaluación de auto reporte de síntoma psicopatológicos como patrones obsesivos-compulsivos, ansiedad, depresión, somatización, enojo hostil, paranoia o ansiedad fóbica (Tangney *et al.*, 2004). Se encontraron también reportes positivos en cuanto la autoestima o auto aceptación, considerándose elementos esenciales para tener una buena salud mental (Tangney *et al.*, 2004)
- En la investigación Tangney *et al.* (2004), se encontraron correlaciones favorables entre el autocontrol y las relaciones interpersonales. Aquellas personas que presentaban un buen autocontrol tenían un nivel de apego más seguro y menos problemático debido a los niveles positivos de empatía, elemento esencial para el buen funcionamiento para las relaciones sociales.
- Los sujetos con un nivel alto de autocontrol, tienden a orientarse hacia un locus de control interno. El locus de control interno posibilita a la persona hacerse responsable de sus actos, por lo que la mejora del autocontrol resulta positivo en este aspecto (Tangney *et al.*, 2004).

El estudio realizado por Cheung *et al.* (2014), pone de manifiesto que las personas que llevan a cabo una práctica diaria del autocontrol, tienden a tener un nivel alto de felicidad. Esto es posible mediante una serie de predictores que hacen que el autocontrol sea una herramienta eficaz para mejorar el estado de felicidad.

Un rasgo de autocontrol permite liberar al sujeto para conseguir aspiraciones futuras, y por tanto, tener una baja frecuencia de conflictos emocionales y motivacionales, siendo innecesario una constante evaluación de las estrategias a realizar para prevenir o contrarrestar impulsos o tentaciones (Cheung *et al.*, 2014). Al resistir los impulsos, el

individuo lograra conseguir objetivos propuestos a medio y largo plazo, lo que a menudo significa llegar a un éxito en la vida y llevando al sujeto a un estado de satisfacción traducido en felicidad (Cheung *et al.*, 2014).

### 1.1.13 Educación y autocontrol

En los apartados anteriores del capítulo, se han elaborado numerosas técnicas orientadas a la mejora del autocontrol desde una perspectiva general. No obstante, surge la necesidad de enlazar la teoría proporcionada con aspectos ligados a la práctica educativa. Dicho enlace, encuentra una vía a través de los procesos de intervención orientados al logro de objetivos educativos desde un enfoque pedagógico (Capafons *et al.*, 1985).

Según Capafons *et al.* (1985), dichos enfoques pedagógicos poseen una serie de dimensiones principales:

- “Autocontrol como objetivo educativo, lo que implica el aprendizaje de técnicas, mecanismos y procesos que faciliten conductas controladas por el sujeto” (Capafons *et al.*, 1985, p. 10). Dimensión dirigida a la adquisición de herramientas que mejoren el control comportamental o la resolución de problemas.
- “Autocontrol como medio educativo, específico y referido al logro del objetivo general y prioritario de la autonomía” (Capafons *et al.*, 1985, p.10). El objetivo prioritario de esta dimensión será conseguir que el individuo alcance un mayor grado de autonomía de autocontrol.
- “Potenciar/ generar el vector <<reflexión>> (...), lo que se traduce funcionalmente en un mayor grado de equilibrio (emocional, ajuste, etc...) y menor nivel de entropía (agresividad, bloqueo, estrés, etc...) (Capafons *et al.*, 1985, p.11). Consiste

en la búsqueda de una capacidad crítica propia sobre el comportamiento del individuo.

- “Generar/promover consistencias de adecuación de conductas a objetivos demorados” (Capafons *et al.*, 1985).

Desde las perspectivas anteriores, el aprendizaje de esta habilidad no solo se centra en la adquisición de aptitudes, sino también en la capacidad de dominar las distintas técnicas y estrategias del autocontrol, por lo que debe convertirse en un factor importante en el proceso educativo de los sujetos. Según Capafons *et al.* (1985), una intervención educativa en autocontrol debe tener las siguientes características:

- Proceso de feed-back
- Optimización de las distintas variables que se involucren en la actividad.
- Un incremento de los efectos que se puedan producir.
- La anulación de aquellas variables de respuesta no ligadas al autocontrol.

Las consideraciones comentadas, supone la afirmación de que el autocontrol puede ser enseñado y aprendido a través de una serie de objetivos y mecanismos metodológicos, configurándose en acciones controladas y facilitando análisis necesarios para su evaluación (Capafons *et al.*, 1985).

En este sentido, aparecen numerosos proyectos de intervención dirigidos a la mejora del autocontrol o al aprendizaje de estrategias de prevención de conductas no controladas a diferentes tipos de población (Comas *et al.*, 2002). En la investigación llevada a cabo por Sorangel & Ramos (2017), la aplicación de uno de estos proyectos, reportan resultados efectivos con respecto a la mejora de conductas no apropiadas. Específicamente, el estudio iba dirigido a la mejora de la conducta agresiva por parte del alumnado a través del

autocontrol, hallándose resultados favorables conforme a las reacciones y expresiones, disminuyendo los niveles de agresividad y aumentando los de autocontrol.

El proyecto de intervención de la investigación de Sorangel & Ramos (2017) se estructura en 12 sesiones con sus objetivos específicos:

- Sesión 1: Identificar el comportamiento que realiza cuando hay una situación de enojo.
- Sesión 2: Aprender la técnica de relajación-tensión-relajación
- Sesión 3: Aprender estrategias que permitan cambiar de un estado agresivo a uno tranquilo mediante técnicas de relajación.
- Sesión 4: Adquirir frases positivas que eleven las interacciones positivas.
- Sesión 5: Conseguir responsabilidad de los actos personales a través de frases o pensamientos formulados en primera persona.
- Sesión 6: Aprender habilidades que permitan una comunicación sin enojo.
- Sesión 7 y 8: Adquirir modelos de comportamiento mediante auto instrucciones
- Sesión 9: Identificar variadas alternativas para afrontar situaciones que lleven al enojo.
- Sesión 10: Aprender técnicas de resolución de problemas a través del análisis de su comportamiento.
- Sesión 11: Aprender a realizar contratos conductuales.
- Sesión 12: Identificar ciertas habilidades para resolver problemas o conflictos sin agresión.

Otro de los proyectos educativos cuyos resultados arrojan beneficios positivos conforme el autocontrol es el creado por Comas *et al.* (2002), denominado "Programa Ulises". El proyecto diseñado, está dirigido a la prevención del consumo de drogas, fundamentado en el

incremento del autocontrol de las emociones como un elemento clave para la protección ante posibles conductas de riesgo.

La planificación del programa está justificada por la revisión bibliográfica de la literatura relacionada con la evaluación de programas preventivos. Por otro lado, los materiales que se utilizan, se elaboran a través de la retroalimentación entre los redactores y los expertos encargados de la evaluación, todo ello supervisado por un “*Grupo de Expertos*” formado por pedagogos, sociólogos y psicólogos (Comas *et al.*, 2002). Sin embargo, el programa cuenta con tres partes bien diferenciadas con sus objetivos delimitados.

La primera parte se centra en la exploración de las emociones donde se amplían los conocimientos sobre las mismas con la finalidad de reconocerlas y clasificarlas. La segunda parte va dirigida al autocontrol emocional, es decir, la identificación de distintas maneras o estilos de afrontar el enfado o la ansiedad, el reconocimiento de las ventajas y desventajas de los diferentes estilos, la identificación de las experiencias y consecuencias personales de los afrontamientos, y el conocimiento de las respuestas de las emociones a nivel fisiológico, cognitivo o motor. Por último, en la tercera parte, se da el aprendizaje para adquirir herramientas necesarias para tener un buen autocontrol emocional mediante actividades de expresión emocional, desensibilización de los sentimientos y emociones, control de respuestas fisiológicas que influyen en la ansiedad y de utilización del lenguaje para regular el estado de ánimo (Comas *et al.*, 2002).

Por tanto, la finalidad de este proyecto es dotar a los educandos del programa habilidades imprescindibles para conseguir logros vitales para su vida por mediación del desarrollo del autocontrol emocional como pueden ser éxitos sociales, resolución de problemas o la reducción de la ansiedad (Comas *et al.*, 2002).

Siguiendo esta variable, se encuentra el estudio de Claro *et al.* (2005), el cual se centra en los beneficios que tiene para la ansiedad un proyecto de intervención orientado en el autocontrol emocional. Como los anteriores programas, se divide en sesiones en las que se trabajan habilidades como la administración del tiempo, las estrategias de afrontamiento, la asertividad, la solución de problemas o las técnicas de relajación. Los resultados obtenidos de la investigación, reflejan un aumento del autocontrol emocional y la reducción notable de los síntomas de la ansiedad y estrés.

Para finalizar, el autocontrol como un elemento dentro de la educación, supone ciertos aprendizajes de técnicas, estrategias o mecanismos orientados a la mejora de las regulaciones externas del individuo. Pero este aprendizaje debe de ser metodológico y regulado, lo que significa que se debe crear e incorporar en la persona estos modelos de regulación y control mediante una intervención educativa, reduciendo de esta manera la vulnerabilidad de ciertos aspectos negativos de un bajo control de sí mismo y aumentando su poder de decisión (Capafons *et al.*, 1985).

## 1.2 Estrés

### 1.2.1 Concepción histórica del estrés

Una de las expresiones que las personas más utilizan en sus conversaciones diarias es sin duda “estoy estresado”, convirtiéndose en un comodín que todos alguna vez hemos utilizado en cualquier situación (Crespo & Labrador, 2003). Sin embargo, se puede afirmar que el estrés nos persigue desde los albores de la humanidad a través de las situaciones que se le presentaban al hombre primitivo, como huir o luchar, siendo las encargadas de generar la energía necesaria para responder ante el peligro (Fernández, 2009). A consecuencia de la utilización del término estrés, se ha producido un fenómeno instaurado en la sociedad moderna al que ha dado lugar a un aumento masivo de personas afectadas de una manera u otra por este fenómeno (Fernández, 2009). Esta situación propicia la dificultad de su definición, siendo imposible establecer un consenso unitario que lo defina (Fernández, 2009).

Para Kaplan & Sakdock (citado en Gálvez, 2005) los orígenes del concepto estrés son antiguos, ubicándose en distintas etapas de nuestra historia, encontrando narraciones estrechamente relacionadas con patologías causadas por el estrés como en la “*Iliada*”, en las cartas de Cicerón y en diversas obras de Shakespeare como Hamlet o Macbeth, siendo el trauma de estrés producido por la muerte de seres queridos la causa de un malestar insoportable para los protagonistas.

Hay evidencias que certifican la utilización de este concepto, si bien no de la forma en la que lo conocemos hoy en día, para referirse a situaciones problemáticas y adversa en el siglo XIV (Sandi *et al.*, 2001). Más tarde en el siglo XVII, el físico Robert Hooke, creó una ley física la cual se detallaba las relaciones entre las estructuras materiales como un puente, y el peso que soportaban o el progresivo desgaste que los agentes externos les proporcionaban.

Aunque la idea se desarrolló a través de la Física, se pone de manifiesto la interacción del estrés, producida por los elementos estresores y la respuesta del organismo (Sandi *et al.*, 2001).

En la guerra civil estadounidense, se estableció conciencia clínica del estrés, mediante un síndrome cuyos síntomas consistía en alteraciones en el sistema cardiovascular como taquicardias, sensación de debilidad y sudoración constante, “patrones encontrados en lo que hoy en día llamamos trastornos por estrés, cada vez restringidos menos al área militar y de desastres, (...) se correlacionan con el desarrollo y mantenimiento de patologías médicas crónicas y sus comorbilidades psiquiátricas respectivas” (Gálvez, 2005, p.79).

A través de las corrientes psicoanalíticas, se le denominó neurosis traumáticas a esos síntomas, explicados mediante experiencias sexuales traumáticas reprimidas en los primeros años de la infancia, produciendo un neurótico funcionamiento que impedía al individuo llevar una vida normal (Gálvez, 2005). En la Primera Guerra Mundial, el shock producido por las bombas en los soldados, causó la creencia de que el estrés era consecuencia de los daños en el cerebro que las bombas producían al estallar cerca del individuo (Gálvez, 2005).

Los primeros avances e inquietudes profesionales aparecieron a partir de la Segunda Guerra Mundial (Lazarus, 1999). La sintomatología del estrés era palpable en veteranos que habían estado en batalla, en las víctimas del holocausto y las personas que sobrevivieron a las bombas atómicas lanzadas en Hiroshima y Nagasaki. La historia del estrés avanza a través de las posteriores guerras como la de Vietnam o en la operación militar Tormenta del Desierto entre otras, por lo que a simple vista se puede percibir que la guerra es uno de los motivos primordiales para la manifestación del estrés (Gálvez, 2005; Lazarus, 1999).

### 1.2.2 Concepciones contemporáneas del estrés

Selye (1960), fue el primer autor en introducir el concepto “estrés” en el lenguaje científico. Para Selye (1960), el estrés es la respuesta no específica del organismo ante cualquier factor interno. Otra aportación de Selye (1960), es la utilizando del término “tensión”, definido como aquellos cambios estructurales que se producen dentro del organismo. También denominaba al estrés como una especie de tasa de desgaste que el cuerpo puede soportar. Dichos términos, como ya se ha comentado en el párrafo anterior, están relacionados con la ley física de Hooke, la cual detalla tres conceptos básicos que son: la carga, el estrés y la tensión. Trasladando esta ley física a los términos científicos de la biología, se podría decir que la carga o el peso, serían las situaciones o condiciones externas que influyen en la estructura, vista esta como estrés, la cual produce una deformación en especie de deformación que sería la tensión (Lazarus, 1999; Selye 1960). A partir de esta concepción, en el análisis del estrés, siempre se encuentra presente un estímulo o estresor que influye en el organismo (Selye, 1960)

Mediante diversas investigaciones, Selye (1960), consideró el estrés no solo como un proceso adaptativo de nuestro organismo ante cualquier situación estresante, sino también como un elemento que puede llegar a producir diversas enfermedades. Esta conclusión no fue premeditada, sino que se dio de forma casual cuando Selye investigaba nuevas hormonas ováricas a partir de experimentos con ratas (Sandi *et al.*, 2001). Para su sorpresa, tanto el grupo experimental como el de control de ratas, presentaban diversos síntomas de enfermedad, no producidas por las hormonas ováricas o por el placebo utilizado, sino por la continua exposición a esa situación estresante, pudiendo de esta forma comprobar las alteraciones fisiológicas que experimentaban las ratas (Sandi *et al.*, 2001; Selye, 1960). Este hecho hizo que Selye se interesara por la investigación del fenómeno (Sandi *et al.*, 2001).

Ya en los años 80, Lazarus & Folkman (1986), definieron el estrés como una relación producida entre el entorno y el individuo, implicando de esta manera por un lado, las características propias del individuo, y por otro, aquellas características ligadas al propio individuo. El estrés aparece, cuando el sujeto evalúa las situaciones estresantes que genera el entorno, generando una opinión que determina si la situación que se está dando es o no estresante. Desde este momento, el proceso cognitivo se convierte en un elemento esencial para entender el estrés.

Para Crespo & Labrador (2003), el estrés es una respuesta que prepara al organismo para enfrentar a las diversas amenazas o retos de distinta naturaleza que ocurren en el entorno, denominados estos mismos como estímulos estresores.

Es una reacción inmediata e intensa, que implica la movilización general de los recursos del organismo, y que se produce ante situaciones que suponen importantes demandas para el individuo (...), Esta reacción general incluye respuestas fisiológicas (el corazón se acelera, aparece sudor frío en las manos, los músculos se tensan...) cognitivas (incremento de la atención a los estímulos presentes en la situación, mayor rapidez de pensamiento) y motoras (básicamente, huir del peligro o luchar contra el). (Crespo & Labrador, 2003, p. 10).

Rivera (2010), establece tres variables que interfieren en el desarrollo del estrés en los individuos, los cuales son agrupados en un mismo conjunto denominado Factores de Estrés:

- Factores externos: constituidas por todas aquellas variables que componen el ambiente donde se encuentra el sujeto y que pueden llegar a alterar el equilibrio y el funcionamiento del organismo.

- Factores internos: engloban todas aquellas variables propias del sujeto. Están estrechamente relacionadas con las diversas respuestas de estrés y con la evaluación, y acción de defensa contra aquellos estresores externos.

- Factores moduladores: es un grupo mixto, establecido por variables provenientes del individuo y por el medio que le rodea. No están relacionadas con el estímulo y la respuesta del estrés, pero influyen y modifican cómo interaccionan los factores externos e internos entre sí. Algún ejemplo de ello son los estados afectivos, locus de control interno o externo y el apoyo social.

A modo de conclusión, la respuesta del estrés no debe de ser vista como un elemento negativo y nocivo, pues solamente se trata de una adaptación realizada mediante una reacción que ha posibilitado la supervivencia del ser humano. Esta reacción posibilita dar una contestación útil a situaciones amenazantes. El problema radica cuando la respuesta estresante se prolonga en el tiempo y posee un alto grado de intensidad (distrés) provocando de esta manera el desgaste de los recursos del organismo y por ende, distintos problema en el mismo. Los efectos negativos provocados se denomina patologías ligadas al estrés (Crespo & Labrador, 2003).

### 1.2.3 Nosología del estrés

El estrés afecta en toda su totalidad al ser humano, siendo algunas veces sus manifestaciones más evidentes a unos métodos de evaluación que a otros (González, 2001). Para González (2001), las dimensiones de la psiquiatría del estrés son: el trauma psíquico, la psicopatología reactiva y el estrés psicológico.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V(American Psychiatric Association, 2014), detalla los traumas y los trastornos en los que el estrés está

implícito como un criterio diagnóstico, entre los que destacan los trastornos de relación social desinhibida, el trastorno de apego reactivo, el trastorno por estrés postraumático, trastornos de adaptación o el trastorno de estrés agudo. El DSM-V, refleja una relación existente entre los trastornos de ansiedad, trastornos disociativos o los trastornos obsesivos-compulsivos entre otros. Los criterios diagnósticos del estrés postraumático según DSM-V son los siguientes (American Psychiatric Association, 2014):

Tabla 3.

*Trastornos de estrés postraumático.*

Criterios diagnósticos
<b>Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10)</b>
<b>Nota:</b> Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante).
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).</li> <li>2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.</li> <li>3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violenta o accidental.</li> <li>4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumáticos(s) (p. ej. Socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).</li> </ol>
<b>Nota:</b> El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas, o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo
B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s):
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s)</li> </ol>
<b>Nota:</b> En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/ o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).</li> </ol>
<b>Nota:</b> En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones</li> </ol>

---

se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa del entorno presente.)

**Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

---

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

---

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción sentimientos amorosos).

---

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
  3. Hipervigilancia
  4. Respuesta de sobresalto exagerada.
-

- 
- 5. Problemas de concentración.
  - 6. Alteraciones del sueño (p. eje., dificultad para conciliar o continuar el sueño o sueño inquieto).
- 

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D Y E) es superior a un mes.

---

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

---

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

---

*Nota.* Adaptada del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014, p.271)

#### 1.2.4 Eustrés y Distrés

Los conceptos distres y eustrés, cobran especial importancia dentro de la terminología estudiada. El distrés hace referencia a un estrés excesivo y perjudicial para el individuo, “Se rompe la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas” (Naranjo, 2009, p. 173). Por el contrario, el eustrés, corresponde a un estrés positivo y constructivo, es decir, causa sensaciones agradables como por ejemplo el éxito de un trabajo bien hecho, compartir buenas experiencias con compañeros, el afecto o la tranquilidad (Naranjo, 2009).

Tanto las experiencias o emociones agradables o desagradables, son situaciones causantes de estrés, diferenciadas por el efecto que producen una y otra. Si las respuestas del organismo van dirigidas a experiencias desagradables y estas son excesivas y prolongadas en el tiempo, nuestra capacidad de resistencia mermará produciendo efectos nocivos para nuestro organismo, por lo que este tipo de mal estrés se denomina distrés. Por el contrario, si las respuestas están influidas por situaciones positivas y agradables, el organismo está en armonía y sin ninguna consecuencia tanto física como psicológica (Naranjo, 2009).

Para Naranjo (2009), la percepción y la interpretación de las situaciones son variables que influyen en la posición del tipo de estrés. Cómo ya se ha comentado anteriormente, una situación puede causar distrés o eustrés en distintas personas dependiendo de la interacción

ambiental y sus procesos cognitivos (Lazarus, 2000). El estrés, según Naranjo (2009): “Es indispensable en la vida, es la consecuencia de las actividades de las personas. No obstante, si la dosis de estrés no es la óptima, ya sea por exceso o carencia, el estrés se convierte en distrés” (p.174). Si la persona se encuentra en un nivel de estrés por debajo del umbral óptimo, el organismo entra en un estado bajo a nivel físico, biológico y psicológico, dando lugar a fatiga y enojo. Todo lo contrario pasa si el organismo se encuentra en un nivel por encima del funcionamiento óptimo, entrando en un estado de súper estimulación con consecuencias perjudiciales como el agotamiento físico y mental (Naranjo, 2009)

Es importante que cada persona conozca cuál es su umbral de estrés, sus límites y sus capacidades adaptativas para evitar localizarse en niveles altos o bajos de estrés (Naranjo, 2009).

### 1.2.5 Afrontamiento

El proceso cognitivo y conductual puesto en funcionamiento con la finalidad de enfrentar a diversas demandas del contexto tanto interno como externo, se denomina afrontamiento (Arias & Toro, 2015; Lazarus & Folkman, 1986). El proceso de afrontamiento posee un carácter multidimensional y estable en el tiempo, esto quiere decir que ante un suceso ocurrido en un determinado momento, los procesos cognitivos y sus respuestas implicadas en el mismo, se generalizarán a futuras situaciones parecidas, determinando de esta manera la elección y utilización de estrategias a seguir que solvente las demandas expuestas (Arias & Toro, 2015).

La evaluación cognitiva del estrés y del afrontamiento, se forma a través de tres momentos clave: evaluación primaria, gestión de recursos y evaluación final (Lazarus & Folkman, 1986). No obstante, este procedimiento se detallará minuciosamente en los enfoques del estrés.

Al proceso de adaptación que hace el individuo a los distintos sucesos de su vida se le denomina afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986), y es formulado de esta forma por Puigbo *et al.* (2019):

El afrontamiento se plantea como un proceso centrado en el manejo de las demandas. Por lo tanto, el afrontamiento se puede ver como una estrategia dirigida a restablecer la adaptación al entorno ante un hecho que la ha alterado. Aunque afrontar un problema es un hecho único que no se repite 2 veces de la misma manera, se han agrupado y clasificado las estrategias de afrontamiento para poder estudiar cuáles son las más eficaces y que funciones desempeñan. (p.2)

Una de las clasificaciones más conocidas es la realizada por Carver *et al.* (1989), los cuales desarrollaron un inventario de afrontamiento a escala multidimensional, que evalúan las distintas formas de respuestas que las personas utilizan. Estas dimensiones son:

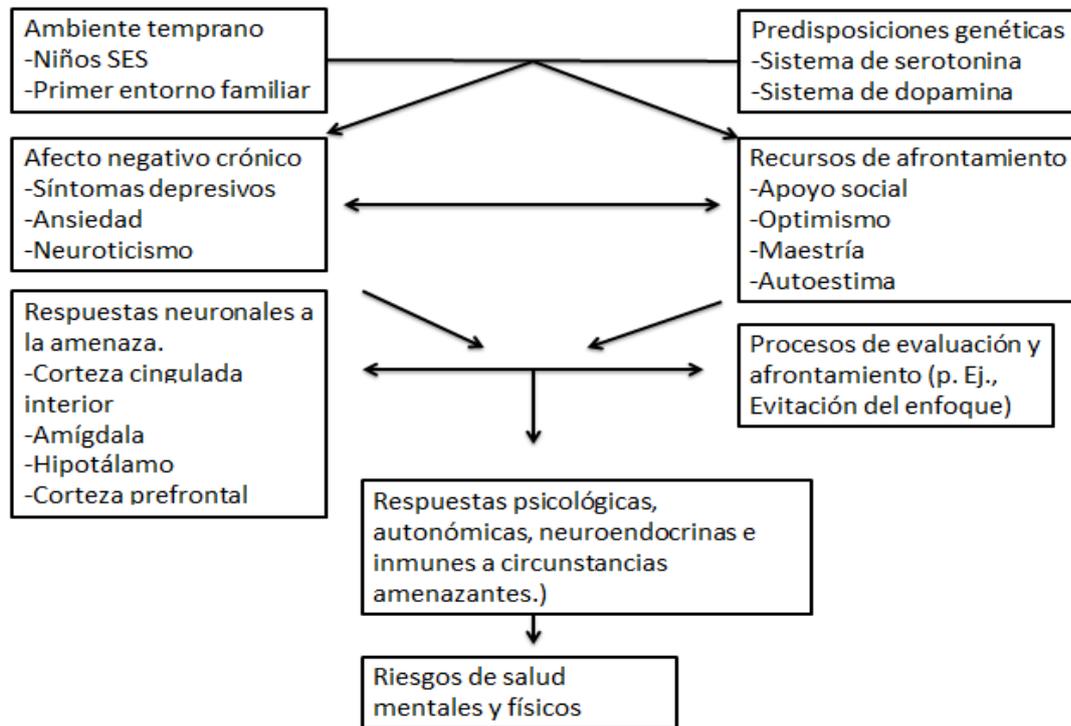
- Aspectos conceptuales de afrontamiento, “afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades en competencia, afrontamiento de restricción y búsqueda de apoyo social instrumental” (Carver *et al.*, 1989, p. 267).
- Aspectos emocionales de afrontamiento, “búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación y vuelta a la religión” (Carver *et al.*, 1989, p. 267).
- Aspectos de respuesta de afrontamiento, “enfoque y desahogo de emociones, desconexión conductual, desconexión mental” (Carver *et al.*, 1989, p.267).

Sin embargo, Lazarus & Folkman (1986), hacen hincapié al establecer la diferencia entre rasgo y estilo de afrontamiento, pues difieren especialmente en el grado y el afrontamiento “generalmente, representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o el que carece de poder, el amigable

o el hostil (...), situaciones ambiguas o claras, evaluativas o no evaluativas” (Lazarus & Folkman, 1986, p.143).

Figura 10.

*Orígenes y efectos de los recursos de afrontamiento.*



*Nota.* Adaptado y traducido de Taylor & Stanton (2007, P.380)

Taylor & Stanton (2007), establecieron un modelo sobre el origen y los efectos de los recursos de afrontamiento del estrés en la persona. La “figura 10”, de Taylor & Stanton (2007), muestra el proceso del modelo de afrontamiento. Primeramente, la relación entre el ambiente y condiciones genéticas modelan la predisposición del individuo a obtener tanto recursos de afrontamiento positivos como afectos negativos, creando también una interacción entre ellos (Taylor & Stanton, 2007). Esta interacción modula la actividad cerebral y los procesos cognitivos de evaluación y valoración cognitiva sobre el afrontamiento (Taylor & Stanton, 2007). Los resultados de salud física y psicológica vienen dados mediante la calidad de este proceso de forma interactiva en los episodios de estrés que se dan durante la vida,

por tanto, una vida sana visto desde el modelo de afrontamiento viene dada desde los orígenes de los recursos de afrontamiento en la edad temprana (Taylor & Stanton, 2007).

### 1.2.5 Enfoques del estrés

#### 1.2.5.1 Enfoque basado en la respuesta

El enfoque basado en la respuesta proviene principalmente de las aportaciones realizadas por Selye (1960), el cual considera el estrés como una respuesta específica de nuestro organismo ante cualquier estresor.

Para Selye (1960), la forma de respuesta es el elemento caracterizador del estrés, pues de la misma manera que se produce un estímulo-respuesta como sudar cuando tenemos calor o tiritar cuando tenemos frío, cualquier estímulo percibido como un amenazante ante el equilibrio del organismo, proporcionará estrés como objeto de su respuesta.

La respuesta es identificada como una disposición de tensión mediante dos elementos integrales. Por una parte nos encontramos el elemento psicológico integrado por las conductas del individuo, sus pensamientos y las emociones surgidas ante esa elemento estresor. Por otra lado se encuentra el elemento de respuesta fisiológica, como puede ser la inflamación o la activación corporal (Selye, 1960).

Cada estímulo estresor induce al organismo a llevar a cabo una demanda que cubra la posible amenaza, sin embargo, dicho esfuerzo implica una necesidad de volver a un equilibrio mediante una serie de respuestas por activación autonómica centradas en el hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal (Crespo & Labrador, 2003; Selye, 1960).

A esta respuesta se le denomina el Síndrome General de Adaptación, "SGA" a partir de ahora, siendo la misma una respuesta fisiológica y automática del organismo cuya función

primordial es prepararlo para huir o enfrentarse en un tiempo determinado ante cualquier exposición al peligro u amenaza (Selye, 1960).

El mismo Selye (1960), estableció tres fases funcionales del SGA:

- **Reacción de alarma:** consiste en la respuesta inicial que el organismo pone en marcha. Cómo Selye (1960) lo define, sería como una llamada a las armas de las fuerzas que van a defender al organismo por parte de un general. Dicha reacción sucede justamente después de que el organismo interpreta una acción como una señal de estrés o amenaza, la cual para movilizar al mismo, libera una dosis de corticosteroides con el objetivo de superar cualquier situación amenazante o de estrés. A nivel biológico, se llega a reducir el peso corporal y se produce una concentración de sangre en distintas partes del organismo (Selye, 1960; Crespo & Labrador, 2003).

- **Fase de resistencia:** si el periodo de alarma se prolonga en el tiempo, el organismo genera una adaptación a dicha acción, debido a la imposibilidad de mantener un estado de alerta continuo, pues en ese caso la vida sería imposible y por tanto, sobreviniendo la muerte del organismo. Esta adaptación o resistencia es distinta y opuesta a la reacción de alarma. El organismo empieza a reducir recursos con el objetivo de evitar el agotamiento de los mismos, consiguiendo de esta manera una hiper activación que posibilite el aumento de tiempo para resolver o eliminar la situación estresante. A nivel biológico, la corteza suprarrenal empieza a guardar abundantes gránulos secretorios, la sangre se diluye y el peso corporal vuelve a su estado anterior (Selye, 1960; Crespo & Labrador, 2003).

- **Fase de agotamiento:** en el supuesto caso de que no se consiga la superación de la situación de estrés en ninguna de las dos fases anteriores, se entra en una tercera fase

conocida como agotamiento. Los recursos destinados a la situación estresante se agotan, por lo que el organismo ya sin los mismos, pierde eficacia en su capacidad de activación. En determinadas circunstancias, si se fuerza dicha activación, se obtendrán resultados contraproducentes en el organismo, llegando a provocar un daño parcial o completo, o causar algún tipo de envejecimiento prematuro. Según Crespo & Labrador (2003), dicho agotamiento puede ocasionar distintos trastornos mentales.

Para Selye (1960), el SGA se concentra en dos dimensiones limitadas:

1) En el espacio: se establecieron tres puntos fijos, formando parte de un síndrome coordinado: los cambios suprarrenales, timicolinfáticos e intestinales. Esto los hemos descrito como una tríada. 2) En el tiempo: se ha demostrado que el S.G.A. pasa por tres fases distintas: la reacción de alarma, el estado de resistencia y el estado de agotamiento. De esa manera sigue una trayectoria fácil de predecir. (p.45)

Sin embargo, para Crespo & Labrador (2003), el enfoque basado en la respuesta padece de algunos problemas, pues se olvida del estresor otorgando un papel inferior, el cual es considerado como un estímulo que produce estrés y por otro lado, el estrés es definido considerando la parte biológica y fisiológica y obviando los distintos componentes derivados de la respuesta.

#### 1.2.5.2 Enfoque basado en el estímulo

El modelo explicativo de estrés basado en el estímulo tiene una menor influencia en el mundo científico, estableciéndose como aquel que más se aproxima al concepto popular y contemplado como una variable independiente que afecta a nuestro organismo (Crespo & Labrador, 2003).

Holmes & Rahe (1967), establecieron una escala psicosocial del estrés con una orientación específica de estímulo. Según estos autores, el estrés contiene una demanda o carga que

influye en el organismo de forma negativa, produciendo en el mismo una sensación de debilidad o malestar. Para que el estrés llegue a influir en el organismo, debe de sobrepasar los límites tolerables del mismo. La escala se compone de 43 ítems ponderados y establecidos en base al grado de requerimiento de ajuste. Algunos ítems encontrados en la escala son: el matrimonio, el divorcio, detenciones, muerte de esposa, problemas con el jefe, navidades, vacaciones o dificultades sexuales entre otras (Holmes & Rahe, 1967).

Para Labrador & Crespo (2003), las escalas como las realizadas por Holmes & Rahe (1967), no solo han provocado repercusión en el análisis del estrés relacionado con distintas situaciones, también se han estudiado diversas consecuencias en el estado físico y psíquico de las personas correspondido por el estrés como trastornos psicológicos.

No obstante, el principal problema del enfoque del estrés basado en los estímulos, son los distintos tipos de afectación que originan los estímulos estresantes. Lo que para una persona puede resultar estresante y por ende traer consecuencias negativas para el organismo, otra persona puede tolerarlo y no dar lugar a problemas aparecidos en la otra persona.

La situación no es tan simple, ya que si la mera exposición al estresor fuera las causantes de la reacción y de los problemas del sujeto, todos aquellos que sufren los mismos estresores reaccionarían del mismo modo y la evidencia nos indica que no es así. (Crespo & Labrador, 2003, p.54).

#### 1.2.5.3 Enfoque dinámico

Al centrarse en los enfoques anteriores, se puede denotar un planteamiento de modelo de estrés en el cual el organismo es un ente pasivo privado de su proceso dinámico (Crespo & Labrador, 2003). Pretendiendo dar solución a este problema, surge un enfoque centrado en la interacción entre la persona y el entorno en el que se encuentra. Según Crespo &

Labrador (2003): “En consecuencia, el estrés deja de ser un concepto simple y estático, para pasar a implicar un complejo conjunto de variables e interacciones” (p.55).

En este sentido Lazarus (2000), referencia un enfoque teórico y ontológico centrado en las múltiples diferencias individuales, la valoración y el afrontamiento de las diversas situaciones generadoras de estrés y los conceptos cognitivo-emocional, todo esto llevado a cabo desde una visión holística, principalmente centrada en el proceso interactivo que el individuo mantiene con su entorno. Dicha interacción persona-ambiente, construye un significado teórico relacional en el individuo, resultado de las distintas evaluaciones que la persona hace tanto de su entorno físico y social, sus creencias sobre uno mismo y el mundo, los recursos y herramientas cognitivas con las que cuenta y sus objetivos personales y primarios (Lazarus, 2000).

Para Lazarus & Folkman (1986), los procesos cognitivos están relacionados con el concepto de estrés. Como ya se ha comentado, cada persona o grupo de personas establecen demandas sociales que a menudo derivan en situaciones estresantes debido a la diferencia de vulnerabilidad o sensibilidad de cada uno de ellos y principalmente, sobre el modo de interpretar la realidad y su posterior reacción de los mismos.

Tal distinción suele ser sutil, compleja y abstracta y depende de un sistema cognitivo eficiente y de una gran versatilidad, posibles ambos por la evolución de un cerebro que es capaz de realizar actividad simbólica y que se enriquece con todo lo aprendido sobre el mundo y nosotros mismos a través de nuestras experiencias. (Lazarus & Folkman, 1986, p.48)

Los procesos cognitivos responden a la pregunta del por qué se originan diferentes, y a veces opuestas, reacciones en un individuo o grupo social ante el mismo elemento estresor, pues son los encargados de mediar entre el estímulo y la reacción. Con la misión de sobrevivir

al entorno, el individuo necesita llevar a cabo unas evaluaciones cognitivas de las situaciones que pueden ser peligrosas o favorables (Lazarus & Folkman, 1986). Llegados a este punto, Lazarus y Folkman (1986), establecieron las fases cognitivas que el organismo pone en marcha ante un estímulo externo:

Evaluación primaria: implica las primeras evaluaciones que el sujeto realiza ante una situación, estableciendo su significado e importancia. Lazarus & Folkman (1986) distinguen tres grupos de evaluación primaria:

- Irrelevante: cuando el suceso no conlleva ninguna repercusión negativa o positiva para el individuo, es decir, no existen posibles consecuencias que impliquen la activación de métodos de defensa por parte del organismo. En estas situaciones, los esquemas y procesos cognitivos del individuo evalúan el estímulo y es catalogado como irrelevante. Dicho proceso es aprendido a través de experiencias que resultan ser intrascendentes, por lo que el organismo se habitúa a las mismas. Llegar a la conclusión de que un suceso es irrelevante se torna necesario para llevar a cabo una criba automática, y en algunas situaciones inconscientes, de distintas situaciones, ahorrando de esta forma recursos que pueden ser guardados para otros eventos estresantes.

- Benigno-Positivas: ocurre cuando el suceso que es expuesto al individuo tiene consecuencias positivas o da lugar a un bienestar del organismo. Esta evaluación está ligada a las emociones placenteras que puedan producir en el individuo como felicidad, alegría, tranquilidad etc. No obstante, las evaluaciones benigno-positivas poseen cierto grado de aprensión o de desconfianza, produciendo en la mayoría de los casos ansiedad debido a la creencia de poca durabilidad que tienen estas situaciones. Un ejemplo de ello es el estado de ansiedad que es generado por una persona cuando piensa que su pareja sentimental puede dejar de serlo por cualquier circunstancia. Esto indica la complejidad de las valoraciones

realizadas por el individuo, estando siempre a merced de los factores individuales y contextuales en donde acontezca la acción.

- Estresante: nos encontramos ante las evaluaciones opuestas a las benigno-positivas. En las mismas se incluyen las situaciones que provoquen amenazas, desafíos o daños al organismo. Dentro de esta categoría evaluatoria, los conceptos de amenaza y desafío cobran gran importancia. El primero es referido a pérdidas o daños que todavía no han ocurrido pero que pueden ser prevenidas, mientras que el desafío implica también una anticipación pero en él se incluye una valoración de recursos y fuerzas fundamentales para dominar la confrontación. Tanto la amenaza como el desafío involucran la movilización de distintas estrategias destinadas al afrontamiento.

Evaluación secundaria: una vez el organismo ha determinado que está sometido a una situación estresante, ya pueda ser una amenaza o un desafío, decide llevar a cabo una actuación sobre dicha situación. En la evaluación secundaria, se gestionan los recursos que van a ser utilizados para superar el acontecimiento estresante además de determinar las diferentes opciones de afrontamiento que aseguren su efectividad (Lazarus & Folkman, 1986). “La evaluación de las estrategia de afrontamiento incluye valorar también las consecuencias de utilizar una estrategias determinada o un grupo de ellas respecto a otras demandas internas y/o externas que podría ocurrir simultáneamente” (Lazarus & Folkman, 1986, p.60). Es preciso mencionar la importancia de la interacción producida entre las evaluaciones primarias y las secundarias, pues se encarga de definir el grado de intensidad y de calidad de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1986).

Otro concepto relacionado con las evaluaciones cognitivas es el llamado “*Reevaluación*” el cual se refiere a una modificación inducida en la fase primera de la evaluación a través de la adquisición de otra nueva fuente de información proveniente del entorno o mediante

información suscitada a las reacciones personales del mismo (Lazarus & Folkman, 1986). Para Lazarus & Folkman (1986): “Una reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla. Esencialmente, ambos procesos no difieren entre sí” (p.62).

Por tanto, para Lazarus & Folkman (1986), la evaluación cognitiva es la encargada de determinar las inferencias que una situación provoca en el individuo, siendo dicho proceso cognitivo la valoración cognitiva nacida entre el suceso y la posterior valoración cognitiva llamada “*appraisal*”.

Para concluir, los procesos cognitivos internos propios del individuo y los estímulos externos del ambiente, interactúan entre sí para conformar el desarrollo del estrés (Lazarus, 2000). Como ya se ha comentado, ante una situación el individuo evalúa y valora diversas situaciones y las repercusiones que puedan tener lo que ocurre en torno a su alrededor (Lazarus, 2000). Las respuestas cognitivas cobran especial importancia, pues “debemos tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación” (Lazarus & Folkman, 1986, p.86), así como la evaluación necesaria para la supervivencia del individuo que permita realizar una distinción entre situaciones peligrosas o favorables (Lazarus & Folkman, 1986).

#### 1.2.6 Factores biológicos del estrés

Como ya se ha comentado con anterioridad, los estímulos ambientales influyen en el organismo y en su respuesta. Selye (1960), denomina esta respuesta como el Síndrome General de Adaptación (*SGA*), siendo la misma una respuesta fisiológica y automática del organismo cuya función primordial es prepararlo para huir o enfrentarse en un tiempo determinado ante cualquier exposición al peligro u amenaza (Selye, 1960).

Desde un aspecto evolutivo, el individuo, al dar respuestas fisiológicas producidas por el estrés, origina una serie de circunstancias dirigidas a lograr la adaptación de ese entorno. Como ya se ha comentado anteriormente, en la adaptación no solo contribuyen los cambios corporales periféricos, sino también se tiene en cuenta la participación del cerebro, estableciendo una continua interacción mutua (Sandi *et al.*, 2001). La activación del cerebro al procesar una disposición estresante o emocional, provoca el funcionamiento de diversas vías que posteriormente movilizarán las respuestas hormonales periféricas, a lo que las mismas estimularán funcionalidades cognitivas y emocionales formadas en el cerebro (Sandi *et al.*, 2001).

Para Sandi *et al.* (2001), el problema se encuentra cuando se daña este engranaje de adaptaciones y cambios debido a la excesiva activación de los sistemas del estrés o cuando se prolonga en el tiempo, provocando de esta manera estrés crónico. Este hecho puede provocar la aparición de enfermedades de distinta índole, incluyendo alteraciones psicológicas y psiquiátricas (Sandi *et al.*, 2001).

Es recomendable recordar algunos aspectos fisiológicos del estrés para comprender su factor biológico, concretamente, la descomposición natural del proceso de análisis del estresor (Duval *et al.*, 2010):

- El tálamo es el encargado de recoger y filtrar la información de las informaciones sensoriales del estresor (Duval *et al.*, 2010).
- Después, el cortexprefrontal, que es el implicado de la atención, la toma de decisiones o la memoria a corto plazo entre otras, programa la reacción de este estímulo estresante y el sistema límbico realiza un análisis con la finalidad de comparar esta nueva situación con los recuerdos de situaciones y respuestas pasadas, siempre en función de experiencias previas (Duval *et al.*, 2010).

- Para concluir, la acción de la respuesta elegida por el organismo, se realiza a través de la amígdala, encargada de la memoria emocional, y el hipocampo, en su memoria explícita (Duval *et al.*, 2010). “Esta respuesta pone en juego el complejo hipotálamo-hipofisiario, así como la formación reticular y el *locus coeruleus*.” (Duval *et al.*, 2010, p.308).

Recordando a Selye (1960), la respuesta que el organismo da a un estímulo estresante, se lleva a cabo mediante el SGA, estando formado por tres fases delimitadas (alerta, resistencia y agotamiento). Según Duval *et al.* (2010), en estas fases se dan las siguientes condiciones fisiológicas:

- En la fase de alerta, el organismo segrega adrenalina a través de las glándulas suprarrenales estimuladas por el hipotálamo, suministrando al cuerpo una dosis de energía necesaria para utilizar en caso de que hubiera una urgencia (Duval *et al.*, 2010). Esto producirá algunas respuestas del organismo como aumento cardíaco, aumento de la vigilancia, etc, (Duval *et al.*, 2010).

- En la fase de resistencia, mantenida si el estrés persiste, las glándulas suprarrenales dejan de inyectar adrenalina para secretar cortisol, otro tipo de hormona cuyo objetivo es de nutrir al cerebro, a los músculos y al corazón de la glucosa necesaria para llevar al organismo a un estado de resistencia o “aguante” ante el estresor (Duval *et al.*, 2010).

- En la última fase, la del agotamiento o relajamiento, se da si el estado estresor persiste, lo cual puede llevar al organismo a un estado de alteración hormonal crónica (Duval *et al.*, 2010). Si esta situación continúa aún más en el tiempo, el organismo se desborda, dando lugar a que las hormonas secretadas sean de menor calidad e incorporándose en los vasos sanguíneos, produciendo un estado negativo sobre la salud del individuo.

Un estado de estrés prolongado y repetido producido en la fase de agotamiento, puede producir una hipercortisolemia crónica, que es una neurotoxicidad “manifiesta al nivel del

hipocampo por una atrofia de las neuronas piramidales CA3 del cuerno de Amón y por una disminución del volumen y del número de neuronas *gyrus dentado*” (Duval *et al.*, 2010, p.311). Este tipo de atrofia producto de esa prolongación de estrés en el tiempo implicaría:

- Una considerable disminución del proceso de neurogénesis (Duval *et al.*, 2010)
- “Disminución de la síntesis de factores neurotróficos como el brain-derived neurotrophic factor (BDNF) que inhibe la apoptosis celular” (Duval *et al.*, 2010, p.311).
- Un aumento de dosis de la excitotoxicidad, el glutamato, fruto de la disminución glial (Duval *et al.*, 2010).
- Debido a la hipercortisolemia, se produce una neurotoxicidad, produciendo un decrecimiento en la neuroplasticidad, primeramente reversible pero con el paso del tiempo pasaría a ser permanente (Duval *et al.*, 2010).

Para Rivera (2010), el proceso neurovegetativo del estrés, se posiciona como el más estudiado y conocido por la comunidad científica a través de los sistemas ergotrópico y trofotrópico. El primero de ellos, el ergotrópico, es el relacionado con la preparación del organismo para realizar un esfuerzo, una lucha o una huida, mientras que el sistema trofotrópico es el encargado de activar mecanismos de reparación de organismo y de descanso entre otros (Rivera, 2010). Las actividades dirigidas a la meditación y al autocontrol, tienen como finalidad aumentar el nivel trofotrópico, contrarrestando el estrés ergotrópico (Rivera, 2010).

Los tres grandes sistemas nerviosos, simpáticos, parasimpáticos y vegetativos, son los encargados de conectar el diencefalo a la periferia corporal (Rivera, 2010). El sistema simpático está controlado por la influencia ergotrópica, mientras que el parasimpático por el trofotrópico (Rivera, 2010). “Los centros vegetativos mantienen conexiones a través del tálamo con las zonas de sensibilidad periférica, sobre todo con los receptores nociceptivos,

encargados de transmitir la sensación de dolor y también con los husos reguladores del tono muscular” (Rivera, 2010, p.42).

Las conexiones creadas y mantenidas con el sistema límbico y la corteza cerebral, permite la transmisión de las influencias proporcionadas por las emociones y las evaluaciones de los procesos cognitivos, elaborando de esta manera distintas respuestas del estrés (Rivera, 2010).

Tabla 4.

*Efectos de la estimulación simpática y parasimpática.*

	Simpático	Parasimpático
Pupila	Dilatación (Midriasis)	Contracción (Miosis)
Glándulas salivales	Secreción escasa y densa	Secreción abundante y clara
Glándulas sudoríparas	Aumento de secreción	Sin acción
Temperatura de la piel	Disminuye	Aumenta
Músculo estriado	Hipertonía (tensión)	Hipotonía
Frecuencia cardíaca	Aumenta	Disminuye
Contracción cardíaca	Aumento de fuerza	Disminución de fuerza
Arterias coronarias	Dilatación	Construcción
Circulación general	Constricción (hipertensión)	Dilatación (hipotensión)
Bronquios	Dilatación	Contracción
Peristaltismo intestinal	Disminución	Aumento
Esfínteres	Constricción	Relajación
Pene	Eyacuación	Erección

*Nota.* Adaptado de Rivera (2010, p.44)

La “*tabla 4*”, muestra los diferentes efectos que produce la estimulación simpática y parasimpática en nuestro cuerpo a consecuencia de la interacción de las evaluaciones

cognitivas y la influencia de las emociones provenientes del sistema límbico a causa de un elemento estresor (Rivera, 2010).

Dentro de todo el sistema que engloba el estrés, el cerebro se posiciona como el órgano principal para la percepción y adaptación de los estresores físicos y sociales mediante diversos mediadores que utilizan mecanismos genómicos y no genómicos (McWen *et al.*, 2015). Una de las características del estrés es la capacidad de remodelación de la arquitectura neuronal, la cual puede tener beneficios para el organismo si esta logra adaptarse o tener consecuencias negativas si falla la capacidad de recuperación del estrés (McWen *et al.*, 2015). De esta manera, la recuperación de las alteraciones producidas por el estrés en la arquitectura neuronal, es una especie de adaptación de la capacidad neuroplástica del cerebro, la cual puede tener consecuencias adversas como la alteración de los estados de ánimo, reduciéndose también con el envejecimiento (McWen *et al.*, 2015).

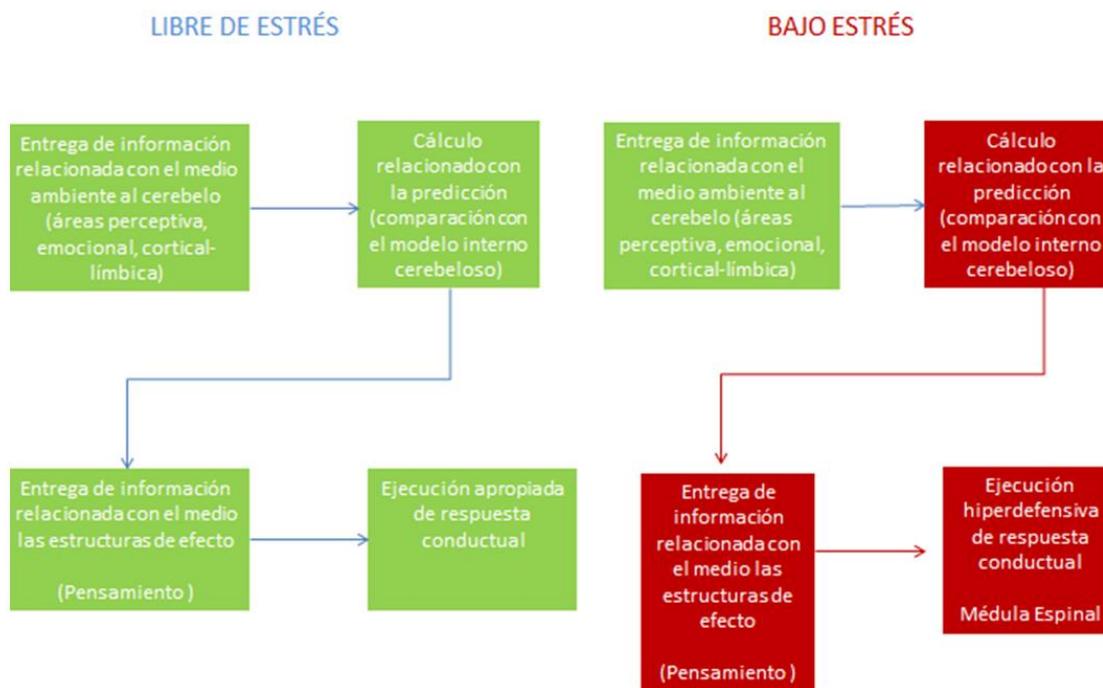
Para McWen *et al.* (2015), “Los aminoácidos excitantes y los glucocorticoides juegan un papel clave, junto con una creciente lista de mediadores extra e intracelulares, incluidos los endocannabinoides y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)” (p.1). Esto da lugar a cambios en los patrones genéticos del individuo, esclareciendo los mecanismos implicados en la vulnerabilidad y plasticidad del cerebro, posibilitando de esta manera una forma de entender el funcionamiento del mismo para establecer intervenciones eficaces para los trastornos depresivos, la ansiedad y el deterioro cognitivo (McWen *et al.*, 2015).

Según Moreno-Rius (2019), los efectos del estrés de índole neuro conductual, produce cambios en ciertas áreas del cerebro a través de la conexión de neuroquímicos, produciendo cambios en el comportamiento del individuo. Una de estas áreas afectada es el cerebelo, el cual está conectado con diversas zonas cerebrales que están relacionadas con el estrés (Moreno-Rius, 2019). El efecto del estrés en el cerebelo, está directamente relacionado con

la elección de un comportamiento desacertado, estableciendo una relación con la aparición de diversas psicopatologías (Moreno-Rius, 2019).

Figura 11.

*Representación del funcionamiento del sistema predictivo basado en el cerebelo y su deterioro por estrés.*



*Nota.* Adaptado y traducido de Moreno-Rius (2015, p.15)

En la "figura 11", se puede observar el esquema del funcionamiento del sistema predictivo del cerebelo, determinado por el deterioro producido por el estrés (Moreno-Rius, 2019). Por una parte, se encuentra el desarrollo predictivo del cerebelo libre de estrés, marcado de color verde, y por otra, el funcionamiento de este sistema pero en un estado bajo estrés, representado por el color rojo (Moreno-Rius, 2019).

En un estado libre de estrés, la funcionalidad del cerebelo produce una estimación adecuada a la situación que se está produciendo externamente al individuo, realizando una conveniente evaluación de los posibles daños que pueda causar dicha situación y aumentando de esta manera la probabilidad de ejecución de respuestas conductuales

apropiadas (Moreno-Rius, 2019). Sin embargo, si el proceso funcional del cerebelo está bajo los efectos del estrés, es posible que la estimación de la situación que ha recibido a través de los receptores no sea la más adecuada, produciendo de esta forma una sobreestimación en los daños potenciales de los estresores externos y dando a lugar a una respuesta conductual hiper defensiva y nociva para el individuo (Moreno-Rius, 2015).

### 1.2.7 Factores sociales del estrés

Se ha podido comprobar la complejidad del fenómeno del estrés y como se produce mediante la interacción de tres importantes factores que son: los internos, los externos y los producidos por los factores moduladores (Rivera, 2010). Anteriormente se ha comentado como los fenómenos biológicos y psicológicos influyen en el estrés del individuo, y como el proceso cognitivo de evaluación y el sistema límbico procesan la información proveniente de los estresores externos (Lazarus, 1999; Moreno-Rius, 2019; Rivera, 2010).

Se habla de cómo el origen del estrés está relacionado con el ambiente que rodea al sujeto, pero como el mismo también genera estrés mediante la evaluación del mismo, estableciendo de esta manera una acción recíproca entre ambiente e individuo (Rivera, 2010). Antes de definir los factores sociales relacionados con el estrés, es conveniente señalar las características del estrés psicológico y su relación con las condiciones ambientales (Lazarus, 1999; Rivera, 2010).

Tabla 5.

#### *Características del estrés psicológico.*

- 
1. El estrés no está determinado ni por el individuo ni por el ambiente, por sí solos, sino por la relación particular que se establece entre ambos.
  2. La particularidad de esta relación depende de su evaluación por la persona que la vive como una amenaza, una sobrecarga o una contradicción.
-

- 
3. A los estímulos estresantes ambientales o externos hay que añadir los procedentes de procesos internos, es decir, elaborados por el propio sujeto, que experimenta así un estrés autogenerado o auto estrés.

---

  4. La respuesta de estrés es mental, es decir, consiste en procesos internos de naturaleza cognitiva o emocional.

---

  5. El éxito de este esfuerzo o actividad del aparato mental previene la activación de los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés-
- 

*Nota.* Adaptado de Rivera (2010, p. 57)

Las características de la “*tabla 5*”, informan de la dualidad del estrés en cuanto los factores internos y externos, y como sería imposible explicar el funcionamiento del estrés de manera separada, aunque la idea generalizada está orientada a relacionar el estrés con los estresores ambientales extremos (Rivera, 2010). No obstante, existe la certeza de que eventos aparentemente insignificantes pueden producir significación y consecuencias clínicas (Rivera, 2010).

Dentro del marco de investigación social del estrés, los factores psicosociales han estado orientados al estudio de las consecuencias que poseen las situaciones estresantes en la salud, dejando a un lado las investigaciones sobre el origen de estas experiencias (Sandín, 2002). Esta situación representa un problema actual en cuanto el marco de estudio del estrés, pues las condiciones de origen social como los aspectos socioeconómicos, el empleo, el rol laboral, el apoyo social o el género entre otros, no solo están implicados en las consecuencias de las situaciones estresantes, también se relacionan con el origen de los mismos (Sandín, 2002).

El estrés social puede afectar indirectamente al estilo de vida del individuo, controlando sus conductas y llegando a perjudicar gravemente la salud, por ejemplo cuando se incrementa la práctica de hábitos no saludables como el abuso de alcohol o la toma de drogas a consecuencia del estrés laboral, o la disminución de ejercicio físico por este mismo tipo de estrés (Sandín, 2002). Dicha afirmación sugiere que el estrés social no solo afecta

directamente a la salud, sino que también puede derivar a efectos indirectos mediante la modificación del hábito de vida del individuo (Sandín, 2002).

Para Rivera (2010): “Según su naturaleza, los factores externos de estrés de naturaleza psicosocial se clasifican como acontecimientos vitales, crisis, trauma o sobrecarga” (p.51).

Los acontecimientos vitales son aquellos que van a suceder en una vida normal y su duración es breve, implicando un cambio o modificación de la vida natural del sujeto (Rivera, 2010). Al volverse los cambios vitales en algo habitual, podría llegar a disminuir o incluso perder su cualidad estresante, produciéndose el efecto inverso, es decir, un periodo largo de tiempo en el que no se produce ningún cambio puede adquirir un carácter estresante (Rivera, 2010). Como ya se ha comentado en puntos anteriores, Holmes y Rahe (1967), crearon la escala psicosocial del estrés, siendo esta misma descripción típica de los tipos de acontecimientos vitales que el sujeto se encuentra a lo largo de su vida. Para Rivera (2010), este instrumento evidenció el principio general de equivalencia, por el que pequeños y diversos acontecimientos surgidos en un periodo de tiempo relativamente corto, pueden originar un efecto estresante acumulado equivalente a un aislado desastre personal. Otro aspecto a destacar de los acontecimientos vitales es su cualidad transcultural, la cual determina la diferencia de valoración de la situación estresante no solo entre distintas culturas aparentemente diferentes, sino también entre los individuos de una misma cultura (Rivera, 2010).

Tabla 6.

*Acontecimientos vitales culturales en España.*

Ítem	Valor	s d	Coeficiente de variación
1 Muerte del cónyuge	92	13	16.68
17 Muerte de familiar cercano	73	23	32.8
21 Ruptura de la familia	79	25	31.75
26 Quedarse sin trabajo	82	23	27.50
28 Despido	81	24	30.37
40 Problema legal grave	84	22	26.90
60 Enfermedad prolongada	73	23	32.33
61 Deterioro audición/visión	81	23	29.96

*Nota.* Adaptada de Rivera (2010, p. 61)

En la “*tabla 6*”, Rivera (2010), se muestra los resultados de algunos acontecimientos vitales en una muestra de población extraída en España mediante la adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. En ella se han recogido aquellos acontecimientos vitales culturales de España, pues se puede observar que el coeficiente de variación de los ítem elegidos es pequeño, resultando de esta manera una homogeneidad en las respuestas elegidas por los participantes de la investigación (Rivera, 2010).

Por el contrario, aquellos ítems que no aparecen en la “*tabla 6*”, puede considerarse acontecimientos vitales individuales puesto que su coeficiente de variación ha sido mayor debido a una mayor disparidad de respuestas ofrecidas por la muestra elegida para participar en la investigación (Rivera, 2010).

Se puede afirmar que aquellos valores culturales plasmados en diferentes ítem con un coeficiente de variación pequeño, pueden considerarse inherentes a la naturaleza humana, por lo que extrapolándolo a los elementos estresantes, se confirma algunos acontecimientos vitales culturales como factores propiciadores de estrés en los individuos que conforman una sociedad, y por tanto, pueden llegar a ser inherentes al ser humano (Rivera, 2010). Un ejemplo de ello es la muerte de un familiar o el cónyuge (Rivera, 2010).

Las diferencias de respuestas objetivas y subjetivas en los acontecimientos vitales componen un factor relacionado con el punto de vista de los individuos de una sociedad (González & Morera, 1983). En la investigación de González & Morera (1983), aplicaron la adaptación del cuestionario de Holmes y Rahe a dos subgrupos de sujetos provenientes de una misma población con la excepción de una diferencia, la instrucción de los mismos. Primeramente, se les influyo a responder a las preguntas de las situaciones vitales considerando la afectación de los mismos a un sujeto medio normal, mientras que al segundo subgrupo se le propuso que respondieran considerando que sucesos vitales podrían afectarles directamente a ellos o a un familiar cercano (González & Morera 1983; Rivera, 2010).

Al primer subgrupo se le denominó objetivo, mientras que el segundo de ellos se le nombró subjetivo (González & Morera, 1983). Se hallaron 11 ítem significativamente diferentes de los cuales 7 puntuaron más con la instrucción objetiva y 4 de ellos más con el grupo de mayor valor subjetivo (González & Morera, 1983; Rivera, 2010).

Tabla 7

*Diferencias objetivas y subjetivas en la valoración de acontecimientos vitales.*

MAYOR VALOR SUBJETIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separación de la pareja</li> <li>- Enfermedad de familiar cercano</li> <li>- Familiar deja la casa</li> <li>- Problemas con los vecinos</li> </ul>
MAYOR VALOR OBJETIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aborto deseado o provocado</li> <li>- Ascenso en el trabajo</li> <li>- Nuevo empleo</li> <li>- Éxito personal</li> <li>- Cambio de costumbres</li> <li>- Cambio de opiniones políticas</li> <li>- Vacaciones fuera de casa</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de Rivera (2010, p.61)

La crisis es una perspectiva de cambio, el cual está inducido por los acontecimientos vitales hablados anteriormente (Rivera, 2010). En líneas generales se puede decir que “la crisis es una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo” (Rivera, 2010, p.56). Para Rivera (2010), la crisis se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Interrupción de la vivencia psíquica normal del sujeto
- Precisa de una transformación y de una intervención decisiva del individuo.
- Estimula la reactividad de la capacidad emocional
- Tendencia a replantear el sentido de la existencia y de la vida.
- Tiene la capacidad de realizar cambios o consecuencias positivas o negativas para el individuo.

El trauma aparece cuando la naturaleza y la intensidad de las manifestaciones estresantes producen un fenómeno llamado “Estrés Traumático”, el cual puede producir cierto

desequilibrio en las estructuras mentales del individuo y una desestabilización parcial o total de algunas funciones ejecutivas del cerebro (Rivera, 2010). Las diferencias entre trauma y estrés son tan pequeñas que en algunas ocasiones el trauma psicológico se entiende como cualquier estímulo que propicia un esfuerzo relativo y exagerado de los procesos cognitivos de defensa o de prevención (Rivera, 2010). Los condicionantes que propician los estímulos estresantes en un carácter traumático son: el nivel del grado, la exposición en el tiempo y la repetición de situaciones estresantes (Rivera, 2010).

El último factor externo del estrés es la sobrecarga, entendida esta como una exigencia desproporcionada que incide de manera intermitente en los procesos integrales del sujeto, pudiendo ser contrarrestado por diversos mecanismos personales de afrontamiento (Rivera, 2010). Es uno de los factores que menos se han investigado, siendo una variante del estrés crónico y teniendo características opuestas al trauma, pero ejerce su influencia a largo plazo (Rivera, 2010).

#### 1.2.8 Intervención educativa para la gestión del estrés

De acuerdo con Robles (2019), a lo largo del tiempo se han creado numerosas herramientas y técnicas para la gestión del estrés consolidadas a través de numerosas investigaciones científicas. En este sentido, la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento visto en apartados anteriores cobran especial importancia a la hora de reducir o eliminar los efectos del estrés en el organismo.

Numerosas investigaciones han demostrado la importancia de una intervención educativa y formativa para mejorar la gestión del estrés. El estudio llevado a cabo por Santos Alves *et al.* (2022), muestra como una intervención educativa orientada a la atención plena en

población universitaria, reducía el estrés percibido del grupo de intervención durante y después de la intervención, a la vez que mejoraba el bienestar psicológico y la atención plena.

En el estudio de Kaveh *et al.* (2023), se analizó la eficacia de un programa de intervención educativa a trabajadores de una central eléctrica. Los hallazgos mostraron resultados positivos en la mejora significativa de las estrategias de afrontamiento, el apoyo social percibido y la disminución del estrés percibido, lo que daba lugar a una mejora de la gestión del estrés.

Siguiendo esta línea, el objetivo del estudio llevado a cabo por Malakouti *et al.* (2023), fue analizar el impacto que tenía una formación educativa en mujeres embarazadas en el estrés percibido y la ansiedad. Los hallazgos del estudio mostraron efectos positivos de la educación en el estrés percibido y la ansiedad de las mujeres embarazadas (Malakouti *et al.*, 2023). Otra de las investigaciones educativas mostró que los juegos cooperativos en algunas asignaturas, como por ejemplo Educación Física, mejoraban la afrontación del estrés en alumnos de primaria (Nopembri *et al.*, 2019).

Debido a los resultados positivos que tiene la intervención educativa con respecto a la gestión del estrés, Gomez *et al.* (2003), afirma que se deben de llevar a cabo los aprendizajes de estas herramientas o técnicas, a través de intervenciones educativas orientadas para esta finalidad. Dichas intervenciones, deben estar encabezadas por una preevaluación de los distintos elementos que conformen el programa, como los objetivos, la metodología y los recursos materiales y humanos con los que se cuentan. También es necesario considerar el impacto futuro de las consecuencias de su práctica, pues mucho de las actividades que se plantean puede ser también un foco de estrés.

En este sentido, Robles (2019), propone una serie de estrategias de afrontamiento del estrés basadas en técnicas fisiológicas, cognitivas y conductuales que pueden ser aprendidas

mediante programas de intervención educativa. Entre las técnicas fisiológicas se pueden destacar las técnicas de desactivación dirigidas a la reducción de la activación del organismo producido por elementos estresantes. Entre ellas nos encontramos:

- Respiración diafragmática o abdominal: cuando el individuo se encuentra en una situación estresante, tiende a respirar de una forma acelerada y superficial, provocando un mal funcionamiento de los pulmones y una oxigenación escasa, traduciéndose en tensión del organismo y ocasionando sensaciones somáticas como dolores, palpitaciones, taquicardias o dificultades respiratorias. Por tanto, al practicar una forma de respirar apropiada, proporcionará al individuo una mejor sensación física y psicológica.

- Técnicas de relajación: entre las técnicas de relajación más destacadas podemos encontrar la relajación muscular progresiva, la relajación profunda, el entrenamiento autógeno de Schultz o la meditación.

- Actividades placenteras que susciten bienestar emocional, como por ejemplo una buena alimentación, deporte o cualquier tipo de actividades de ocio que permita a la persona la reducción del estrés (Robles, 2019, PÁG.).

Siguiendo a Robles (2019), las técnicas cognitivas se utilizan para cambiar patrones de pensamientos negativos, evaluaciones desacertadas o distorsiones cognitivas de la realidad que producen estrés. Entre ellas destaca la reestructuración cognitiva o la inoculación del estrés.

- Reestructuración cognitiva: a menudo, las personas provocan gran cantidad de pensamientos e ideas erróneas que nos hacen ver el mundo de una manera equívoca. Esta situación está relacionada con la generación de estrés debido a la forma de evaluar y pensar una situación o a nosotros mismos. La reestructuración cognitiva sirve para enfrentar a las distintas distorsiones cognitivas, mediante la identificación de ciertos errores de pensamiento

y su posterior cambio de los mismo. Para ello, en un programa de intervención se deberá incidir en el desarrollo de la tolerancia a situaciones de incertidumbre y analizar aquellas estrategias que se puedan hacer para que esa sensación de incertidumbre se vea reducida.

- Inoculación del estrés: consiste en ayudar a la persona a formar pensamientos “positivos” cuya finalidad sean contrarrestar la influencia de los distintos pensamientos negativos. Ejemplos de dichas técnicas son las auto instrucciones, parada del pensamiento y la aserción encubierta (Robles, 2019, p.475.).

Conforme Robles (2019), las estrategias conductuales son aquellas que están dirigidas a modificar la conducta del individuo. La gestión del tiempo, la lucha contra la procrastinación o la resolución de problemas son algunas estrategias conductuales que pueden servir a la hora de combatir el estrés.

- Gestión del tiempo: la acumulación de tareas y la sensación de no tener tiempo para la realización de las mismas, genera tensión y estrés, siendo necesario encontrar una forma óptima para gestionar el tiempo. Para ello se puede recurrir a la planificación consciente de aquellas tareas que se deben de realizar, establecer metas realistas en cuanto a los tiempos establecidos y la cantidad exigida, priorización de actividades en urgente y no urgente, delegar o asignar una parte del trabajo a otras personas e identificar distractores o ladrones del tiempo que impidan cumplir los objetivos.

- Combatir la procrastinación: las conductas derivadas de la evitación elevan los niveles de ansiedad y por tanto de estrés en el individuo. Esto puede suceder debido al alto nivel de perfeccionismo que posee la persona, provocando un miedo al fracaso o a equivocarse y, por tanto, una autocrítica exacerbada. Para evitar la procrastinación se debe de fragmentar las actividades en pequeños pasos, diseñar una planificación consciente, establecer un horario realista o colocar tareas con mayor complicación al principio.

- Resolución de problemas: generalmente respondemos con evitación a los problemas surgidos diariamente, por lo que aparecen sensaciones de malestar y estrés, siendo necesario una intervención que ponga fin a esos problemas o los reduzca (Robles, 2019, p.495).

Para Robles (2019), existen otras técnicas avanzadas que pueden llevar a cabo para combatir el estrés. Entre ellas se encuentra la asertividad y las habilidades sociales, siendo necesarias las mismas para poner límites y defender sus derechos ante los demás. La persona que no sea capaz de expresar y defender sus opiniones y pensamientos, está abocada a la insatisfacción, sentimientos de culpa y estrés.

Una de las técnicas que más se ha utilizado para el control del estrés es el autocontrol. Según Labrador (1995), un desarrollo eficiente del autocontrol debe de estar guiado por las siguientes estrategias y pasos:

- Autoobservación: pensar y conocer las conductas mediante un auto registro que permita al sujeto determinadas características importantes de sus pensamientos, sentimientos y conducta. Por ejemplo, la frecuencia en que aparecen, su intensidad o los resultados y consecuencias posteriores.

- Objetivos: marcar objetivos que se pretenden alcanzar de forma concreta y realista, teniendo en cuenta las capacidades del individuo (Robles, 2019). Si la meta no es realista y es exigente, puede llegar al fracaso y sentimientos de culpa y malestar.

- Estrategias para modificar el entorno del individuo: modificar el entorno y las condiciones ambientales con la finalidad de alcanzar los objetivos que se han propuesto anteriormente. Una forma útil sería modificar los estímulos que promueven las conductas que deseamos evitar a través de técnicas de control de contingencia.

- Autoevaluación: evaluación consciente de los pasos que se han seguido y de los resultados que se han obtenido.

- Consecuencias: establecer consecuencias de conductas programadas, es decir, castigos, compensaciones etc (Labrador, 1995, pag. 88).

Conforme Díaz *et al.* (2015), las anteriores técnicas pueden ser abordadas en proyectos de intervención educativa con el objetivo de prevenir o reducir los efectos del estrés en el organismo. En la investigación de Díaz *et al.* (2015) se demostró la eficacia de uno de estos programas de intervención educativa en alumnos de medicina. Para ello se creó un estudio cuasi experimental cuya finalidad era la implementación de una intervención psicoeducativa que disminuyera el estrés al que estaban expuestos el alumnado. El estudio está estructurado en tres etapas diferenciadas: diagnóstica, implementación de la estrategias que se diseñaron a través de los resultados de la fase diagnóstica y por último en la etapa de evaluación final.

La intervención psicoeducativa estaba formada por 8 sesiones de las cuales cada una de ellas contaba con sus objetivos específicos. Algunas de las actividades de las sesiones estaban dirigidas al conocimiento del concepto teórico del estrés, técnicas para afrontar el estrés, musicoterapia, aumento de la autoestima o la mejora de las habilidades sociales (Díaz *et al.*, 2015). El diseño e implementación contribuyo a la reducción de los niveles de estrés, además de dotar al alumnado de herramientas efectivas (Díaz *et al.*, 2015).

Según Gómez *et al.* (2003), el objetivo primordial de estos proyectos de intervención debe de estar orientado a la prevención del estrés. Sin embargo, en situaciones que son consideradas un foco potencial de estrés, las personas deben de estar preparadas para afrontar la situación de la mejor manera posible, utilizando las técnicas de intervención individual.

Para finalizar, Gómez *et al.* (2003), en una revisión de distintos programas educativos, llegan a las siguientes conclusiones:

- Preferentemente, se han de elegir o elaborar programas centrados en el sujeto, interviniendo en el aprendizaje del conocimiento de los factores estresantes y en las distintas estrategias o técnicas de afrontamiento.
- Se obtienen beneficios a la hora de disminuir o prevenir los efectos del estrés, poniendo en marcha de proyectos de intervención destinados a nivel grupal.
- Las estrategias con las que mejores resultados se obtienen son las cognitivo-conductuales, orientación, grupales, dirigidas al estado físico y asesoramiento.

## 1.3 Toma de decisiones

### 1.3.1 Concepción histórica de la toma de decisiones

La capacidad del ser humano de tomar decisiones en todas las áreas de su vida puede parecer una tarea simple, pero en algunas ocasiones puede volverse en una acción compleja llegando a resultar preocupante en la vida del individuo (Martínez-Selva *et al.*, 2006).

Durante toda la historia de la humanidad, la conducta humana ha sido observada desde una perspectiva externa con la finalidad de elaborar distintas teorías basadas en la capacidad de la toma de decisiones y en la forma de acometerlas (Lehrer, 2011). En la antigüedad, ante la incapacidad de llegar a la comprensión de la mente, se crearon supuestos y teorías que permitieran tener un acercamiento a lo que verdaderamente pasaba en la mente de los individuos (Lehrer, 2011).

Según Lehrer (2011), desde la antigua Grecia, estas suposiciones estaban referidas a la racionalidad del ser humano y de cómo se toman decisiones en base al continuo análisis consciente de las distintas alternativas y las ventajas e inconvenientes de cada elección. Las teorías épicas sobre toma de decisiones abundan en la antigüedad, como las batallas entre razón y emoción, hecho que nos diferencia de los animales, siendo capaces de dejar de lado los sentimientos y decantarnos por la opción más racional que nos permitiera llevar a cabo una buena toma de decisiones (Lehrer, 2011).

Platón supo determinar las suposiciones de la capacidad de tomar decisiones ante un estado emocional y otro racional en uno de sus relatos más importantes, la mente comparada como una cuadriga tirada por dos caballos (Duckworth *et al.*, 2016). En el capítulo del autocontrol se detalla detenidamente como la persona es el elemento indispensable para elegir que caballo debe de alimentar y por tanto que decisión tomará (Duckworth *et al.*, 2016).

En esta metáfora ya aparecía la dualidad emoción y razón, elementos indispensables para la toma de decisiones, como también estaba de acuerdo el filósofo René Descartes en la época de la Ilustración (Lehrer, 2011). Descartes, puso en común la división de dos partes diferenciadas de la persona: por un lado el alma relacionada con la razón y el cuerpo como ente guiado por las pasiones (Lehrer, 2011). Para este filósofo la humanidad debe de tomar decisiones continuamente a favor de la racionalidad a través de objetivos claramente definidos, los cuales son a menudo arrastrados por las pasiones, las intuiciones y emociones (Lehrer, 2011).

En la época de la fe cartesiana, las emociones eran vistas como un elemento primitivo dentro del ser humano, mientras que la razón una capacidad necesaria para diseccionar la realidad, mientras que otros filósofos como Auguste Conte e Immanuel Kant ideaban teorías filosóficas en pos de la racionalidad, como el imperativo categórico del cual la moral venía a ser la razón (Lehrer, 2011). Un ejemplo propuesto por Lehrer (2011), sobre la importancia de la razón es la variedad de construcciones de catedrales parisinas en la época de la revolución dedicadas a la razón y no a los sentimientos.

En el siglo XX, Sigmund Freud imaginaba el conflicto el cual se encontraba la mente humana a través de la teoría del yo, el ello y el superyó (Hofmann *et al.*, 2009). Para Freud, las decisiones se tomaban en base a los enfrentamientos de estos conceptos, por lo que las mismas decisiones serían el resultado de ese conflicto (Hofmann *et al.*, 2009; Lehrer, 2011).

La llegada de las ciencias cognitivas fomentaron la pérdida de la credibilidad de la teoría freudiana debido a la creación de los distintos mapas anatómicos del cerebro (Hofmann *et al.*, 2009). Cobró importancia la metáfora del cerebro visto como un ordenador, por la cual los individuos son un grupo de programas software sostenidos por el cerebro que es el hardware (Goldberg, 2004; Lehrer, 2011). No obstante, esta teoría no está exenta de

errores, pues eliminaban un elemento crucial en el funcionamiento del cerebro y por tanto, en la toma de decisiones, las emociones (Lehrer, 2011).

Damasio (1996), a través de una consulta a un paciente que le había retirado un pequeño tumor en el lóbulo frontal del cerebro se percató de la incapacidad del mismo para tomar decisiones aun teniendo anterior y posteriormente de la operación un Coeficiente Intelectual de 97, llevándole a la incapacidad de llevar una vida normal e imposibilitando llevar a cabo pequeñas tareas que no deberían de suponer ningún impedimento.

Para investigar el caso, dicho paciente fue conectado a una máquina que medía el funcionamiento de las glándulas sudoríparas de las manos, pues al mostrar grandes emociones el ser humano empieza a sudar (Damasio, 1996; Lehrer, 2011). Damasio comenzó a enseñar al paciente varias fotografías que en personas que no han sufrido daños cerebrales provocarían respuestas emocionales, sin embargo, el paciente en cuestión no mostraba ninguna emoción (Lehrer, 2011). A partir de este momento, las emociones cobran importancia a la hora de examinar la capacidad de toma de decisiones del individuo (Lehrer, 2011).

### 1.3.2 Emoción en la toma de decisiones

En el proceso de toma de decisiones, la emoción cobra una especial importancia debido a la función que ejerce sobre la elección en forma de señal de alarma a través del marcador somático (Bechara *et al.*, 2000). Por tanto, se torna imprescindible hablar sobre emoción como elemento a tener en cuenta dentro de la toma de decisión, proporcionando de esta manera la información necesaria para los puntos siguientes.

Para Bisquerra (2011), una emoción es: “Un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones

se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (p.61). Para Goleman (1996), una emoción está referida a una serie de realidades como por ejemplo pensamientos, sentimientos y estados biológicos o psicológicos, existiendo de esta manera una gran variedad de emociones que pueden ser mezcladas y mutadas según el matiz de cada una de ellas.

Algunos autores como Damasio (1996), distinguen dos emociones básicas que son las primarias y las secundarias. Las emociones primarias se dan a partir de la percepción sensorial de un estímulo proveniente del mundo que rodea al sujeto, mientras que las emociones secundarias son aquellas iniciadas a partir de un modelo consciente del organismo mediante la evocación de imágenes relacionadas con el pasado (Damasio, 1996). En el proceso de emoción se generan las siguientes situaciones:

- Evaluación consciente o inconsciente de una situación en la que puede llegar a ser relevante conforme un importante objetivo personal, formándose una emoción positiva cuando ese evento ayuda a lograr dicho objetivo y una emoción negativa cuando no produce avance o supone un obstáculo a la hora de conseguir el propósito principal (Bisquerra, 2011).
- La finalidad principal de la emoción es prepararse para la actuación, siendo en algunas ocasiones de forma urgente debido a un evento amenazante (Bisquerra, 2011).
- Existencia de reacciones involuntarias debido a la aparición de una emoción, como pueden ser los cambios fisiológicos, pero también reacciones voluntarias como los cambios conductuales (Bisquerra, 2011).

Según Bisquerra (2011), se pueden distinguir tres componentes básicos en la emoción: neurofisiológico, comportamental y cognitivo.

La manifestación neurofisiológica producida por la aparición de una emoción, produce respuestas como palpitaciones, sudoración o tensión muscular (Bisquerra, 2011; Lazarus &

Folkman, 1986). En este proceso participa el Sistema Límbico, el Sistema Nervioso Central el cual se ocupa de hacer conscientes las emociones, los neurotransmisores o el Sistema Vegetativo (Bisquerra, 2011). El componente comportamental hace referencia a las emociones que está experimentando y se pueden apreciar a través del lenguaje no verbal, como las expresiones del rostro o el tono de voz que el sujeto exhibe en el momento que expresa la emoción (Bisquerra, 2011). Por último, nos encontramos con el elemento cognitivo de la emoción, que puede denominarse también como sentimiento, hecho el cual produce la calificación de un estado emocional por parte del individuo (Bisquerra, 2011).

El elemento cognitivo es de vital importancia dentro de las emociones, pues se basa en el supuesto de que las respuestas de índole emocional se dan a través de los procesos de evaluación de estímulos que pueden proceder de situaciones externas o internas, siendo las emociones de esta forma fenómenos subjetivos y conscientes (Aguado, 2002). Las emociones se consideran evaluaciones de diferentes situaciones o de estímulos vividos en el que el individuo a partir de las mismas, toma decisiones en consonancia con los resultados obtenidos de la evaluación (Aguado, 2002). Por otro lado, las emociones tienen un papel fundamental dentro del Sistema Nervioso, encargado de diseñar e implementar respuestas convenientes a los diferentes estímulos producidos en el ambiente y que son importantes para la supervivencia (Simon, 1997).

La investigación llevada a cabo por Lerner *et al.* (2015), propone un modelo de toma de decisiones el cual intenta establecer un consenso entre las teorías tradicionales dirigidas a las elecciones racionales y las teorías modernas en las que la emoción influye de manera positiva en la toma de decisiones. El modelo de elección influido por las emociones de Lerner *et al.* (2015), crea una teoría que unifica los modelos de emociones determinantes y el modelo de

riesgo como sentimiento. En apartados posteriores se detallara específicamente en que consiste este modelo de decisión que abarca las distintas emociones.

Para finalizar, ante estas consideraciones, la emoción se alza como una perspectiva adecuada dentro de la toma de decisiones, cambiando el curso antiguo sobre el que se basaba el pensamiento racionalista el cual desechaba las emociones como elemento a importante de esta capacidad cognitiva (Simon, 1997). Sin embargo, esto no significa que el papel de las emociones en la toma de decisiones pueda equivocarse, pues precisamente, las emociones primarias vividas de una manera intensa pueden provocar desórdenes psíquicos y nefastas consecuencias, implicando también un fallo en el funcionamiento de consulta realizado por el lóbulo frontal (Simon, 1997).

### 1.3.3 Intuición y toma de decisiones

Dentro de los procesos cognitivos se encuentra la intuición, considerándose un elemento esencial dentro de la toma de decisiones (Corrales, 2010). A menudo, las personas viven multitud de intuiciones que permiten entender, enfrentar y también decidir sobre algunas situaciones que se presentan en la vida cotidiana como por ejemplo desde acciones sencillas como ir a comprar un champú al supermercado, hasta decisiones más complejas como la elección de la persona con la que se va a compartir toda la vida, por lo que las decisiones tomadas en base a la intuición, acompañan siempre al sujeto, siendo algunas veces positivas y otorgando razón, o también negativas, las cuales pueden terminar perjudicando al sujeto de una forma u otra (Corrales, 2010).

Evolutivamente, el instinto ha permitido al ser humano tener ventajas sobre otros animales, siendo la misma una actividad inconsciente que ha generado rápidamente toma de decisiones con escasa información. Corrales (2010), define la intuición de la siguiente manera:

Una actividad deliberada (seguimos nuestras intuiciones conscientes de lo que estamos haciendo) que no sigue reglas lógicas o razonadas y, aunque no siempre ofrezca un 100% de seguridad en sus resultados, eso no significa que no se puedan seguir sacando conclusiones operativas dentro de un margen de error razonable. (p.34)

De esta forma, se puede decir que la intuición es referida a una capacidad que posee el ser humano para sacar conclusiones más o menos correctas sin tener la información necesaria o ser esta insuficiente, actuando de forma consciente o también inconsciente (Corrales, 2010). No obstante, existen diferencias individuales a la hora de tomar decisiones desde un modelo intuitivo o de un modelo deliberativo siendo el modelo intuitivo aquel que está basado en el afecto, por lo que está caracterizado por ser espontáneo.

Para Hogarth (2002), la intuición opera mediante el sistema tácito y a un nivel inconsciente, en el cual la atención no requiere de un gran esfuerzo, pues son outputs de información que están dentro de nuestro sistema tácito. La importancia del mismo radica en el ahorro de energía en el procesamiento de la información y la toma de decisiones, pues si todos los pensamientos generados por un individuo son deliberados, crearía en la persona un gasto innecesario de recursos (Hogarth, 2002). Sin embargo, hay ejemplos en los que los outputs generados en el sistema tácito no conlleva a resultados satisfactorios o están en contra de nuestros intereses, es ahí donde entra en funcionamiento el pensamiento deliberativo, llegando a superar de esta forma los errores que pueda cometer la intuición (Hogarth, 2002).

Según Hogarth (2002), esta intuición procede de la experiencia que acumula el individuo, por lo que la calidad de la misma variará según la cantidad de dichas experiencias. Esto se consigue no solo a través de las experiencias que vemos y aprendemos, es decir, a través del método científico, sino también mediante las cosas que no son perceptibles a simple vista y que requiere de una observación más detenida y con más curiosidad (Hogarth, 2002). Por

tanto, se puede mejorar la intuición conforme la vamos educando, gestionando los pensamientos y haciendo énfasis en la atención del contexto que nos rodea (Hogarth, 2002). Siguiendo esta línea, Gärdenfors (2005), afirma que las elecciones intuitivas requieren de un conocimiento implícito debido a la cantidad de conocimiento almacenado en este tipo de memoria, como pueden ser las acciones cotidianas, por lo que se vuelve complicado que esta intuición implícita se vuelva explícita, fundamentado también en el paralelismo existente entre el pensamiento verbal y el pensamiento visual o espacial.

Una buena intuición depende de la cantidad de información recopilada en la vida, lo que permitirá tener una amplia gama de experiencias, como por ejemplo la formación académica y la actividad profesional que tenga un sujeto le permitirá tomar mejores decisiones que otra persona que tenga déficit de información (Corrales, 2010). “Por eso es que cuanta más información relevante tenga guardada en la memoria una persona, mejor va a ser su capacidad de resolver intuitivamente diversas situaciones” (Corrales, 2010, p.41). En este sentido, el organismo posee una ventaja debido a la facilidad de aprendizaje mediante la experiencia, obteniendo información relevante que intervenga en la resolución de problemas o que facilite la decisión mediante los conocimientos y datos previos y su relación con los nuevos (Corrales, 2010).

Sin embargo, la intuición no está exenta de errores, pues no es confiable completamente debido a la falta de procesos inferenciales (Corrales, 2010). La toma de decisiones basadas completamente en el proceso intuitivo, puede ocasionar desventajas en la elección, repercutiendo negativamente en la vida del sujeto, por lo que el individuo tiene que asegurar primeramente las razones adquiridas a través de métodos científicos (Corrales, 2010).

La mayoría de las personas no solo deciden utilizando un solo modelo lógico o intuitivo, sino que para llegar a una toma de decisiones se mezclan dichos tipos, usando grados distintos

según convenga la situación (Corrales, 2010). La intuición permite al ser humano tomar decisiones diarias, siendo un proceso cognitivo que requiere un uso apropiado conforme al conocimiento y al entorno adecuado (Corrales, 2010).

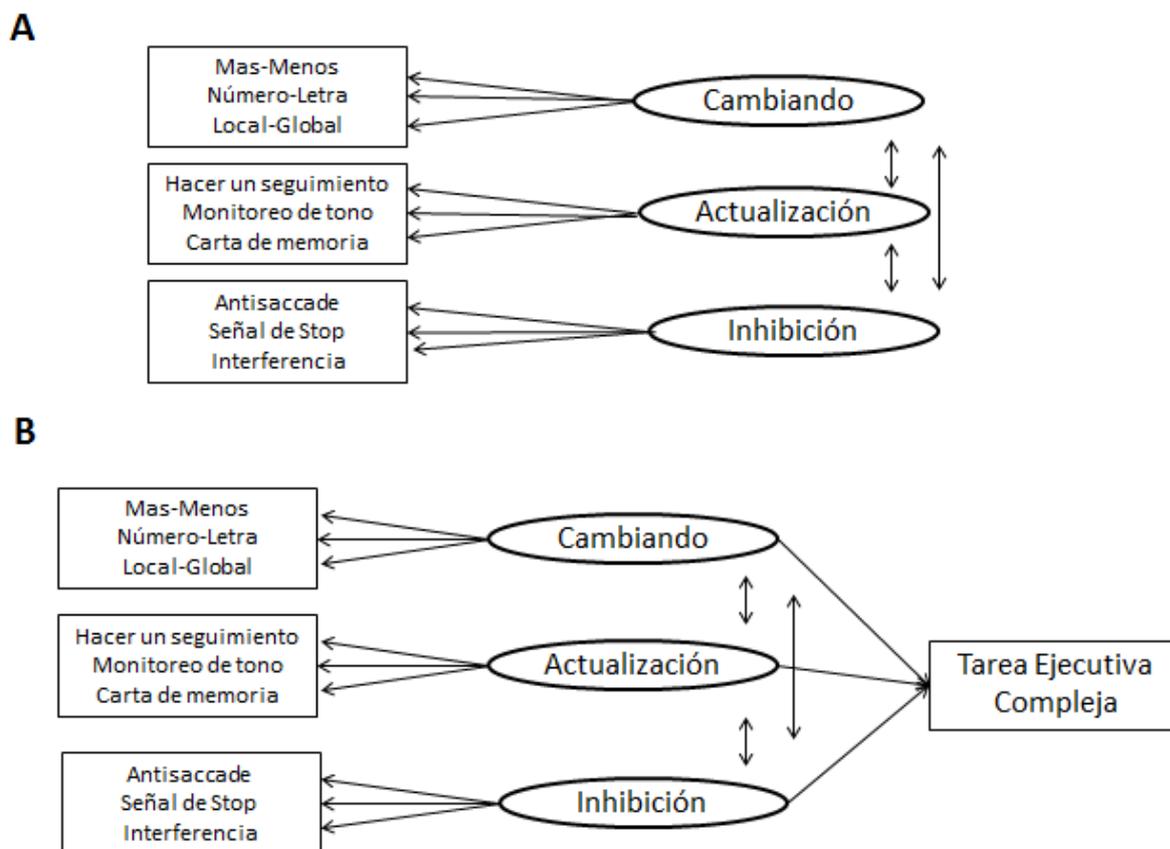
#### 1.3.4 Procesos cognitivos en la toma de decisiones

Los distintos procesos cognitivos se tornan importantes dentro de la capacidad de toma de decisiones, siendo el procesamiento de información, la evocación y la estimación de futuras consecuencias los elementos importantes que requieren el funcionamiento conjunto de las funciones ejecutivas (Martínez-Selva *et al.*, 2006)

En la toma de decisiones, las funciones ejecutivas juegan un papel importante dentro del entramado cognitivo (Martínez-Selva *et al.*, 2006). Para Diamond (2012), las principales funciones ejecutivas son la inhibición de la respuesta, el control de la interferencia, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo. A menudo, estas funciones pueden ser denominadas controles cognitivos, referidos a los distintos procesos mentales implicados en la concentración y en el sostenimiento de la atención, siendo necesario el mantenimiento de un esfuerzo constante para mantener dichas capacidades (Diamond, 2012).

Las conductas orientadas al logro de objetivos se forman a través de las funciones ejecutivas, siendo estas un conjunto de habilidades destinadas a su producción y su evaluación (Márquez *et al.*, 2013). Según en la investigación llevada a cabo por Miyake *et al.* (2000), estas funciones se descomponen en tres elementos que afecta al rendimiento de las tareas ejecutivas y por tanto, a la toma de decisiones del sujeto.

Figura 12.

*La teoría completa de "Tres Factores"*

*Nota.* Adaptado y traducido de Miyake *et al.* (2000, p.60)

El modelo de las funciones cognitivas propuesto por Miyake *et al.* (2000), se puede observar en la "figura 12", donde las funciones ejecutivas o variables latentes están representados por elipses, mientras que las tareas individuales o manifiestas se han señalado con rectángulos. Los dos modelos A y B, representan principalmente las correlaciones existentes entre las principales variables ejecutivas, siendo las mismas la actualización, la inhibición de las respuestas y el cambio (Márquez *et al.*, 2013; Miyake *et al.*, 2000).

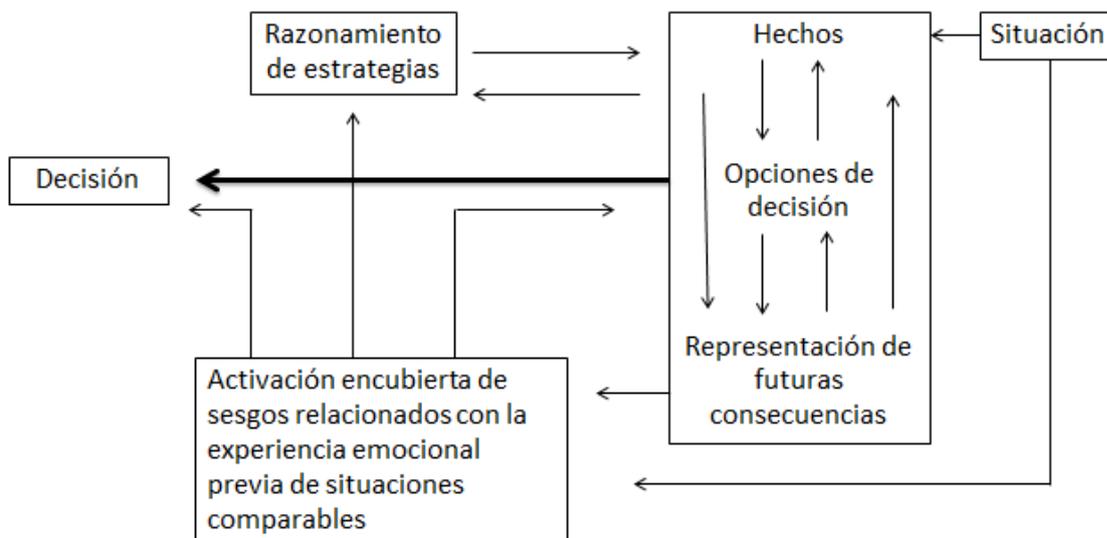
Según Miyake *et al.* (2000), en la actualización se dan elementos de monitorización y manipulación en la memoria funcional, en la inhibición de respuestas se controlan o inhiben las respuestas y decisiones automáticas, predominantes o impulsivas, mientras que en el

cambio se da la flexibilidad para cambiar las relaciones imperantes en las operaciones mentales. En el modelo B de la “figura 12”, solamente se añade la medida de la función ejecutiva compleja, teniendo distintas rutas desde las que las variables latentes interactúan y contribuyen al rendimiento de una tarea ejecutiva, como puede ser la toma de decisiones (Miyake *et al.*, 2000).

De esta forma, en la toma de decisiones, se establecen las funciones cognitivas para adaptar al organismo a las distintas alternativas que se poseen (Miyake *et al.*, 2000). En este sentido, Márquez *et al.* (2013) afirma: “Se trata por tanto de un proceso complejo en el que están implicados diversos aspectos, incluyendo la consideración de los aspectos cognitivos de la situación de decisión, de las contingencias de recompensa y castigo y de las señales emocionales” (p.18).

Figura 13.

*Diagrama de los pasos propuestos involucrados en la toma de decisiones.*



*Nota.* Adaptado y traducido de Bechara & Col (1997, p.1294)

Cómo se puede apreciar en la “*figura 13*”, la toma de decisiones ventajosas necesita de un razonamiento lógico del conocimiento declarativo, sobre los acontecimientos vinculados con premisas creadas a través de las funciones cognitivas del sujeto, las diferentes opciones de actuación y de los resultados previos de acciones anteriores (Bechara *et al.*, 1997).

La evaluación y el razonamiento cognitivo promueven estrategias de razonamiento necesarias para deliberar las futuras opciones de los hechos para tomar la decisión futura y para establecer imágenes cerebrales sobre los resultados futuros y por tanto, a qué situación llevara las acciones elegidas (Bechara *et al.*, 1997).

Las estrategias de decisión y las funciones intelectuales y cognitivas tienen un papel moderador dentro de la retroalimentación en la toma de decisiones, concediendo a los sujetos que poseen altas capacidades intelectuales, ventajas a la hora de tomar decisiones en ciertas circunstancias de riesgo, por el contrario, aquellos con menores capacidades intelectuales y cognitivas llevan a cabo elecciones erróneas. También, dentro de las funciones cognitivas se dan sesgos que dificultan la toma de decisiones o da lugar a elecciones que a corto y largo plazo pueden llegar a ocasionar verdaderos problemas (Cortada, 2008).

Los juicios intuitivos son denominados ideas heurísticas, los cuales se basan en un conocimiento sesgado formado mediante la experiencia del sujeto o las suposiciones que pueden o no ser correctas, por lo que es imposible obtener una absoluta seguridad de los mismos (Cortada, 2008). Según Cortada (2008), los autores Tversiy & Kahneman en 1970, elaboraron la teoría de los heurísticos y los sesgos, siendo pioneros en demostrar que las intuiciones formadas por las personas, van cargadas de distintos sesgos que dificultan una buena toma de decisiones. De esta manera, Cortada (2008) afirma:

Aunque la intuición heurística se distingue de los procesos de razonamiento formativo por pautas de juicios sesgados, los heurísticos en sí mismos son procedimientos de

estimación de que ningún modo son irracionales. Son respuestas intuitivas normales, no solo para los problemas de alta complejidad, sino para las más simples cuestiones de verosimilitud, frecuencia y predicción. (p.69)

Para Cortada (2008), los principales sesgos cognitivos formados por Tversiy & Kahneman son los siguientes:

- Sesgo de la ley de los pequeños números: Es una falacia relacionada con los jugadores, consistente en la creencia de que en una moneda la aparición repetida de cara se terminará compensando con la aparición de cruz en el futuro (Cortada, 2008). No obstante, el sesgo impera en que cada acción es independiente de las anteriores (Cortada, 2008).

- Juicios de incertidumbre: Se dan cuando el sujeto toma decisiones fundamentadas en la incertidumbre, dejando a un lado el azar o la ciencia estadística predictiva (Cortada, 2008). En este sesgo, la persona solamente tiene en cuenta cantidades limitadas de representaciones que pueden ser razonables o irracionales, llevándolo a cometer errores de decisión (Cortada, 2008).

- Elección riesgosa: Se produce cuando se toman decisiones sin un conocimiento previo de las posibles consecuencias que pueden tener las elecciones seguidas (Cortada, 2008). Un ejemplo de este sesgo propuesto por Cortada (2008), es el salir sin paraguas sin tener información previa sobre el estado del tiempo, aceptando una apuesta que producirá ciertos resultados con probabilidades diferentes.

- Teoría de la expectativa: El sesgo de la expectativa consiste en realizar un análisis de las consecuencias en términos de pérdidas y ganancias, obviando de esta forma los resultados totales y finales (Cortada, 2008).

- Sesgo de sobreconfianza: Es aquel en el que comete un error de decisión debido a una sobreestimación de las probabilidades de éxito en la elección pertinente (Cortada, 2008).

De esta forma, se dan elecciones de forma subjetiva debido a un exceso importante de confianza en las recompensas (Cortada, 2008).

- Falacia de conjunción: Para Cortada (2008): “La falacia de conjunción que consiste en que alguna vez se llega a estimar que la probabilidad de un hecho B pueda ser menor que la probabilidad de A y B juntos” (p.72). Por tanto, aunque los hechos A y B sean completamente independientes, el error del sujeto a elegir la intersección entre ambas se denomina falacia de conjunción (Cortada, 2008).

Los sujetos con sesgos y con defectos en la toma de decisiones, guían sus comportamientos a través de los prejuicios no conscientes y, por tanto, dando de lado a los conocimientos conscientes (Bechara *et al.*, 1997). Otro sesgo cognitivo se da, de forma irremediable, en pacientes con daños cerebrales, específicamente en la zona prefrontal, esclareciendo de esta manera la importancia que tienen las funciones ejecutivas en la toma de decisiones (Bechara *et al.*, 1997).

### 1.3.5 Modelos toma de decisiones

#### 1.3.5.1 Modelo Somático

Los componentes relacionados con la razón y la decisión se desarrollan dentro del cerebro de una manera fugaz, simultánea e instantánea, pasando demasiado rápido para definirlos, sin embargo, antes de un análisis de las consecuencias de elección de cada decisión, el posible resultado positivo o negativo desentraña en el cuerpo una especie de sentimiento del cual depende de dicha predicción (Damasio, 1996). Esto es denominado sistema somático, el cual incluye sensaciones viscerales y no viscerales producidas en el individuo (Damasio, 1996). Según Martínez-Selva *et al.* (2006):

Un marcador somático es un cambio corporal que refleja un estado emocional, ya sea positivo o negativo, que puede influir en las decisiones tomadas en un momento determinado. La anticipación de las posibles consecuencias de una elección genera respuestas somáticas de origen emocional que guían el proceso de toma de decisiones. Las respuestas surgidas de la anticipación de las posibles consecuencias de una elección tienen su origen en la reacción emocional producida por las decisiones que se tomaron anteriormente. El marcador somático facilita y agiliza la toma de decisiones, especialmente en la conducta social, donde pueden darse situaciones de mayor incertidumbre. (p.411)

De esta manera, el marcado somático conduce la atención sobre los posibles resultados negativos que puede llevar una elección y por tanto una determinada acción, funcionando como una señal de peligro (Damasio, 1996). Al centrar la atención en dicha señal de alarma, permitirá al individuo rechazar la opción y elegir otras opciones menos amenazantes (Damasio, 1996).

Los marcadores somáticos generan sentimientos a partir de emociones, estando conectados mediante el proceso de aprendizaje a posibles predicciones de futuros resultados (Damasio, 1996). La unión de un marcador somático negativo con un resultado futuro provocará un estado de alarma que hará que el sujeto centre su atención sobre las posibles consecuencias negativas (Damasio, 1996). Sin embargo, si se da una yuxtaposición entre un marcador somático positivo y un resultado positivo, se transformará en un incentivo de elección (Damasio, 1996).

No obstante, para la toma de decisiones se necesita los procesos de razonamiento y de la elección final de las distintas variables, pero el marcador somático incrementa la precisión y la eficacia de la decisión, por lo que en su ausencia provocaría su reducción (Damasio, 1996).

La función del marcador somático no es la de deliberar por el propio individuo, sino la de ayudar a la deliberación de distintas situaciones peligrosas o favorables (Bechara *et al.*, 1997; Damasio, 1996).

Los marcadores somáticos no solo operan de forma consciente, sino que también pueden aparecer desde el inconsciente de una manera encubierta (Bechara *et al.*, 1997; Martínez-Selva *et al.*, 2006). Los cambios producidos en el organismo a través de los marcadores contribuyen y facilitan impulsos inconscientes que favorecen a la toma de decisiones incluso sin que el sujeto sepa explicar o entender el motivo de esa elección (Bechara *et al.*, 1997; Damasio, 1996)

El trabajo inconsciente del marcador somático genera imágenes explícitas según su naturaleza positiva o negativa que bloquea el sistema neural del cerebro, siendo el encargado de mediar entre los comportamientos del sujeto (Damasio, 1996). La función propia de la inhibición es la de reducir las probabilidades de seleccionar una acción que conlleve a una situación negativa para el individuo y la de ganar tiempo para que se pueda deliberar diversas actuaciones más positivas y apropiadas (Bechara *et al.*, 2005; Damasio, 1996)

Por el contrario, los sujetos con daños cerebrales en la zona prefrontal del cerebro, desarrollan patrones anormales en la toma de decisiones, siendo las áreas sociales y personales las más afectadas, concretamente poseen mayores dificultades a la hora de realizar planes tanto a corto como a largo plazo, la elección de compañeros y amigos adecuados y ciertas actividades (Damasio, 1996; Márquez *et al.*, 2013). El marcador somático queda inhabilitado debido al bloqueo para expresar emociones y experimentar sentimientos producidos por diversas situaciones que normalmente habrían aparecido (Márquez *et al.*, 2013)

Damasio (1996), expone una serie de supuestos relacionados con los marcadores somáticos:

- El proceso de razonamiento y toma de decisiones opera a nivel neurobiológico, apareciendo de manera consciente los cuales son abiertos y cognitivos o de forma inconsciente (Damasio, 1996).
- Las operaciones mentales realizadas a través de los marcadores somáticos dependen de elementos cognitivos como la memoria de trabajo y la atención (Damasio, 1996).
- El conocimiento de las situaciones, de la variedad de opciones y de los resultados futuros son esenciales a la hora de razonar y tomar decisiones (Damasio, 1996).

De esta manera, la hipótesis se compone por distintos procesos de índole emocional, cognitiva y también a nivel neuroanatómico, el cual explica el nexo entre la habilidad de procesar emociones y la competencia de decisión orientada a las posibles consecuencias a corto y largo plazo (Márquez *et al.*, 2013). Otros de los elementos del marcador somático son los inductores primarios y secundarios (Bechara *et al.*, 2000). Los inductores primarios son aquellos estímulos que aparecen mediante el aprendizaje o de una forma innata, los cuales se han relacionado con condiciones aversivas o placenteras, siendo necesaria para su aparición la presencia de estímulos en el entorno del sujeto, provocando respuestas emocionales (Bechara *et al.*, 2000). En cambio, los inductores secundarios, para que sean generados necesitan evocar recuerdos emocionales mediante situaciones pasadas con la finalidad de recordar que tipo de estado emocional producía esa situación (Bechara *et al.*, 2000).

De esta forma, la cultura y los estados sociales intervienen en la adquisición progresiva del conocimiento previo, siendo un elemento a tener en cuenta a la hora de la adaptación somática (Damasio, 1996). Si la calidad de la cultura es defectuosa, dicha adaptación también

lo será, provocando un error a la hora de tomar decisiones negativas que afectarán a la vida del sujeto (Damasio, 1996). Un ejemplo de ello son las personas afectadas por malas condiciones socioeconómicas, en las que su dispositivo somático no tiene un funcionamiento óptimo (Damasio, 1996).

Por tanto, los marcadores somáticos van aumentando a través de las situaciones que viva el sujeto, pues según Damasio (2009): “los marcadores somáticos se adquieren con la experiencia, bajo el control de un sistema de preferencia interno y bajo la influencia de una serie de circunstancias externas” (p.171). Estas circunstancias externas están referida a las convicciones éticas y normas morales imperantes en las sociedades (Damasio, 1996).

Esto nos lleva a la posibilidad de recurrir al aprendizaje para aumentar las experiencias del marcador somático, posibilitando de esta manera conectar categorías de conocimiento y previsiones futuras con la toma de decisiones mientras también permitiría establecer y conocer sentimientos y emociones a diversas situaciones (Damasio, 1996).

#### 1.3.5.2 Paradigma Iowa Gambling Task

En el proceso de toma de decisiones se lleva a cabo estudios experimentales basados en la manejo de ciertas tareas, caracterizadas con mayor o menor complejidad, en las que el individuo va eligiendo distintas opciones (Bechara *et al.*, 1997; Martínez-Selva *et al.*, 2006). Este tipo de estudio de toma de decisiones denominado “*Tareas de Apuestas de Iowa*” en inglés “*Iowa Gambling Task*” a partir de ahora “*IGT*”, consiste en elegir un grupo de cartas de entre cuatro montones (Martínez-Selva *et al.*, 2006). El sujeto va seleccionado montones de cartas en diferentes ensayos, recibiendo recompensas o castigos económicos, (Martínez-Selva *et al.*, 2006). Además, según Martínez-Selva *et al.* (2006):

Dos de los montones se caracterizan por pérdidas frecuentes y reducidas, mientras que los otros conllevan perdidas menos frecuentes, pero más intensas. Los sujetos normales

comienzan eligiendo los montones más arriesgados, con recompensas y pérdidas más fuertes, para cambiar alrededor del ensayo 40 –de las 100 elecciones que componen la prueba- a elegir los montones ventajosos, que son los que aportan recompensas a largo plazo. (p.412).

De esta manera un montón de cartas llevarán a recompensas inmediatas pero castigos a largo plazo y muchos más intensos, mientras que los dos montones con menos riesgo tienen menos recompensa pero beneficios a largo plazo (Bechara *et al.*, 1997). Según Clark *et al.* (2003), la mayoría de las personas realizan sin ninguna dificultad esta prueba, no obstante, existe un porcentaje de sujetos que obtienen un mal rendimiento de la misma.

Figura 14

Un diagrama esquemático de la tarea de Juego de Iowa

**La Tarea de Juego de Iowa**

	«Mala» Baraja		«Buena» Baraja	
	A	B	C	D
Ganancias por cartas	\$100	\$100	\$50	\$50
Pérdidas por 10 cartas	\$1250	\$1250	\$250	\$250
Neto por 10 cartas	-\$250	-\$250	+\$250	+\$250

*Nota.* Adaptado y traducido de Bechara *et al.* (2005, p.160)

En la “figura 14”, se aprecia el diagrama esquemático de la “IGT”, representando 4 barajas de cartas en las que los mazos A Y B se obtienen una recompensa mayor e inmediata, mientras

que en las barajas C y D la recompensa inmediata es menor (Bechara *et al.*, 2005). Sin embargo, el giro de algunas cartas conducen a una penalización que en las barajas A y B es mayor y en los mazos C y D es menor, de esta manera se puede deducir que jugar con los mazos C y D permitirá obtener ganancias generales (Bechara *et al.*, 2005). Estos jugadores no sabrán en ningún momento cuando se producirá la penalización (Bechara *et al.*, 2005).

Principalmente, la prueba se desarrolló para cuantificar y evaluar ciertos defectos relacionados con la toma de decisiones en pacientes con problemas neurobiológicos a través de una prueba de toma de decisiones que simula situaciones cotidianas en la vida real del individuo (Bechara *et al.*, 2005). Tener un bajo rendimiento en la prueba de "IGT" puede deberse a diversos factores como tener deficiencia a la hora de evaluar distintas probabilidades de castigo o recompensa, problemas a la hora de controlar los impulsos, prioridad a la hora de elegir las variantes que conllevan un riesgo alto, una extremada sensibilidad a obtener recompensas o dificultades en las funciones ejecutivas (Clark *et al.*, 2003). Las lesiones en la parte derecha de la corteza prefrontal puede alterar de manera especial las decisiones cotidianas del individuo (Clark *et al.*, 2003).

Estadísticamente, un sujeto sin ninguna lesión o problema cerebral, empieza eligiendo cartas de aquellos montones considerados desventajosos y conforme va avanzando la tarea, empieza a elegir aquellos montones con menos riesgo (Martínez-Selva *et al.*, 2006). A partir de este momento, los marcadores somáticos entran en juego mediante el conocimiento previo de las experiencias de las elecciones anteriores, activando las respuestas conductuales anticipadora (Martínez-Selva *et al.*, 2006). Existen correlaciones en las que el marcador somático aparece antes de que un individuo elija el mazo de cartas ventajosas y la no aparición de este marcador antes de la elección del montón de cartas con mayor riesgo, dejando de lado las evaluaciones cognitivas y las emociones (Bechara *et al.*, 1997; Clark *et al.*,

2003). La no aparición de este marcador influye en la intensidad o inexistencia de las conductas anticipatorias a la hora de elegir cartas con una mayor ventaja, provocando peores resultados (Martínez-Selva *et al.*, 2006)

Existen investigaciones que afirman que las personas con daños cerebrales no son los únicos que tienen problemas a la hora de llevar a cabo la prueba "IGT", sino también aquellas personas que tengan situaciones problemáticas que afecten a su funcionamiento cognitivo, como por ejemplo sujetos drogodependientes, adictos a los social media o personas con un trastorno de la conducta alimentaria (Brogan *et al.*, 2010; Meshi *et al.*, 2018; Verdejo-García *et al.*, 2007). Esto es debido a que el "IGT" pone en funcionamiento a las funciones cognitivas, los dominios de atención y la resolución de problemas, siendo una tarea que involucra múltiples rasgos cognitivos (Gansler *et al.*, 2011).

Por último, el papel de las emociones se vuelve fundamental en la prueba, pues marca el tipo de elección que el sujeto va a llevar a cabo (Bechara & Damasio, 2004). De esta manera, se reafirma que la emoción puede cambiar las decisiones y marcar enormemente las situaciones futuras (Bechara & Damasio, 2004).

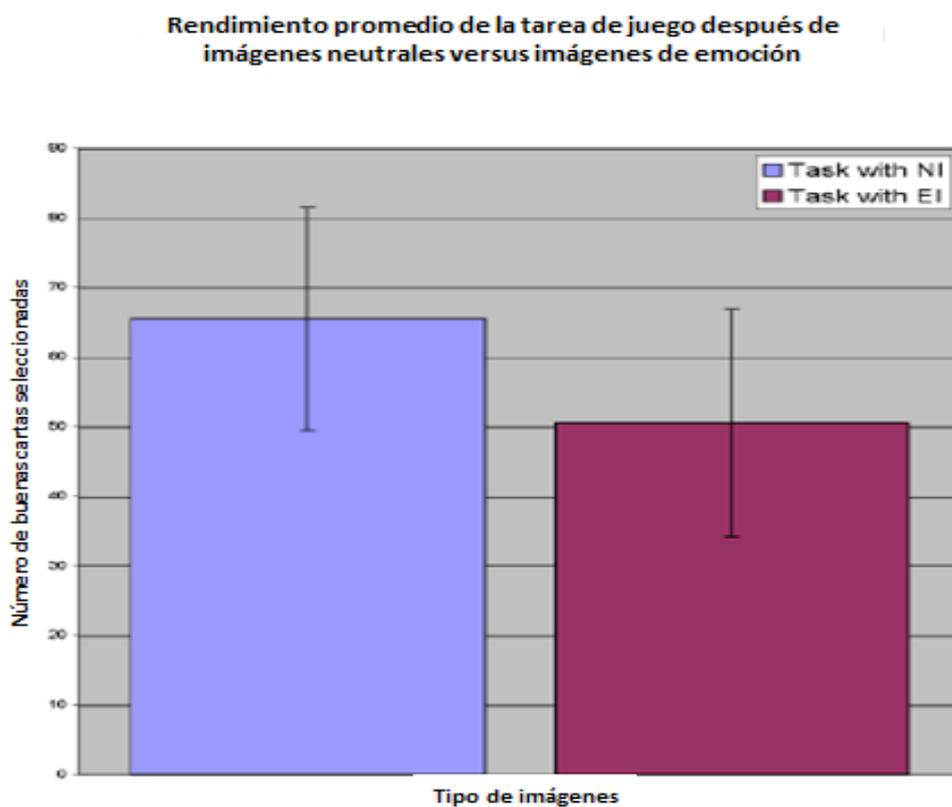
En la "figura 15" se puede observar el resultado de elección de la investigación llevada a cabo por Bechara & Damasio (2004), consistente en la comparación de un grupo de sujetos sanos que realizaron la prueba "IGT". Primeramente, el grupo empezó a realizar la tarea después de recordar eventos cargados de emociones neutrales, es decir, situaciones como cortar el césped o limpiar los platos (Bechara & Damasio, 2004). Estas primeras elecciones vienen representadas en la "figura 14", en color azul y denominado como Tareas con Imágenes Neutrales (NI). Sin embargo, en la siguiente fase de la prueba se le explico al grupo que recordaran eventos emocionales significativos, como la muerte de un ser querido

(Bechara & Damasio, 2004). Estas elecciones están representadas de color morado y definidas como Tareas con Imágenes Emocionales o “EI” (Bechara & Damasio, 2004).

Se puede observar en la “*figura 14*”, que las primeras elecciones marcadas por las imágenes neutrales tienen un mayor rango de elección de las cartas posicionadas en los mazos “buenos”, mientras que las elecciones posteriores que estaban influidas por emociones relevantes tienen un menor rango de elección de estas mismas cartas ventajosas (Bechara & Damasio, 2004).

Figura 15.

*Número promedio de selecciones de las barajas buenas de diez voluntarios*



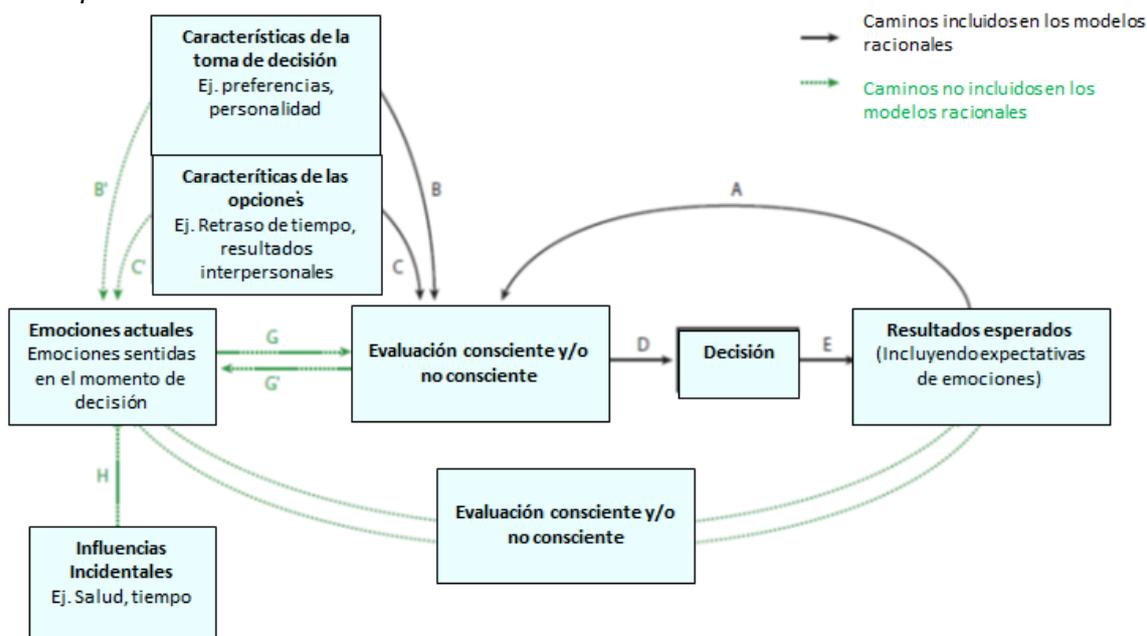
*Nota.* Adaptado y traducido de Bechara & Damasio (2004, p.352)

### 1.3.5.3 Modelo de elección Influido por la emoción

Existen multitud de teorías que conforman la toma de decisiones en las que la emoción tiene un papel primordial, en la que aborda la elección final del sujeto (Lerner *et al.*, 2015). Por este motivo, en el estudio realizado por Lerner *et al.* (2015), se formuló un modelo general que englobará todas las teorías anteriores, unificando de esta manera las teorías antiguas en las que la elección se guiaba solamente por la razón y las teorías modernas las cuales apoyan la influencia de la emoción en la toma de decisiones (Lerner *et al.*, 2015).

Figura 16.

*Hacia un modelo general de influencias afectivas en la toma de decisiones: el modelo de elección por emoción*



*Nota.* Adaptado y traducido de Lerner *et al.* (2015, p.815)

El modelo de decisión que se puede apreciar en la "figura 16", corresponde al modelo de Elección Imbuído de Emoción (Lerner *et al.*, 2015). Según este modelo de toma de decisiones unificado, las elecciones de un sujeto están influidas tanto por la razón como por la emoción, en el cual un sujeto se enfrenta a una sola elección entre una variedad de opciones,

terminando una vez que el individuo elija una decisión firmemente (Lernet et al., 2015). En diversas teorías se incluyen las influencias viscerales, pues determinan la forma de decisión, pero se da de lado al comportamiento reflexivo en las ocasiones que requieren de una elección instantánea (Lernet et al., 2015).

Lernet et al. (2015), comienzan explicando los aspectos compartidos por los modelos racionales y no racionales de la toma de decisiones. La teoría de la decisión, necesita de una evaluación por parte del individuo de las distintas opciones y de los resultados que conllevan cada tipo de elección, combinando de esta forma distintas características como pueden ser las probabilidades, los retrasos en el tiempo y las particularidades del sujeto, siendo estos factores combinados en la “figura 16”, por las líneas A, B y C, originando de esta manera una evaluación de las distintas opciones que se puedan originar y culminando en la elección de la mejor opción posible representado por la línea D (Lernet et al., 2015).

En esta primera parte de la toma de decisión de la teoría imbuida de la emoción, se agregan emociones de dos formas (Lernet et al., 2015). La finalidad del primer camino del modelo de elección racional es construir preferencias, lo cual permite predecir mediante respuestas emocionales creadas de los posibles resultados (Lernet et al., 2015). Estas emociones previstas entran dentro del proceso racional de la toma de decisión, pero se evalúan de acuerdo con el modelo de los marcadores somáticos” (Damasio, 1996; Lernet et al., 2015).

Las otras emociones que entran en juego son las que aparecen justamente en el momento de la toma de decisiones, en la “figura 16”, se denominan emociones actuales, estando las mismas libres de todos sistema racional del ser humano, representadas por los puntos verdes y estableciéndose cinco puntos fuertes emocionales (Lernet et al., 2015).

- El primero de ellos es mostrado en la línea B, donde las características de la toma de decisiones del sujeto pueden llevar a un nivel basal de emociones presentes, siendo la

ansiedad o la depresión crónica características de la personalidad que inciden en estas emociones (Lernet *et al.*, 2015).

- La línea C, representa el segundo punto en el que las distintas opciones de elección también pueden llegar también a interferir en los sentimientos o emociones presentes, como por ejemplo las probabilidades inciertas, la información confusa, pudiendo provocar ansiedad o retrasos en el tiempo que podrían conducir directamente a la ira del sujeto (Lernet *et al.*, 2015).

- En tercer lugar, las emociones predichas por el sujeto pueden influir positiva o negativamente sobre las emociones actuales, ejemplo de ello es cuando una persona anticipa una situación dolorosa lo cual le provoca un miedo irracional en el momento (Lernet *et al.*, 2015). En la “*figura 16*”, está representado por la línea F.

- El quinto punto representado por la línea G, se da cuando el individuo evalúa los resultados de las distintas opciones y contempla que ambas son casi equivalentes o pueden presentar distintas compensaciones, e incluso también podrían llegar a convertirse en tabúes (Lernet *et al.*, 2015). El resultado común que suele darse es la frustración de la persona debido a la indecisión producida por dicha evaluación (Lernet *et al.*, 2015).

- Finalmente, al contrario que las cuatro fuentes anteriores las cuales influyen en las emociones integrales, se encuentra la línea H, la cual se refiere a la influencia de las características incidentiales como puede ser el clima, el estado de ánimo o eventos aparentemente no relacionados (Lernet *et al.*, 2015).

Las dimensiones responsables de enfocar el método de procesamiento de información, es decir, si es un método analítico, heurístico o por objetivos motivacionales, son influidas directamente por la evaluación de las emociones actuales, línea G', (Lernet & Keltner 2000). Dichas influencias de índole afectiva, modifican el tipo de evaluación de los insumos

racionales como por ejemplo el aumento de importancia establecido a ciertas dimensiones nombradas anteriormente mediante las emociones específicas (Lernet & Keltner, 2000).

Un ejemplo propuesto por Lernet *et al.* (2015), ilustra el modelo de elección imbuido por la emoción: una persona está experimentando tristeza debido a la muerte actual de su perro y se le ofrece dos opciones monetarias que son recibir en el instante 50 \$ o 100 \$ en 1 mes. Cómo se ha hablado antes, la decisión de la persona puede estar influenciada por las características personales (línea B') como por ejemplo una tasa de descuento, por lo que la tristeza producida por la muerte de su mascota será un aliciente para elegir la recompensa más inmediata (Lernet *et al.*, 2015).

No obstante, los resultados positivos esperados creados por las influencias anticipatorias, podrían tener poder para suavizar su tristeza mediante un sentimiento futuro positivo, (línea F') derivado de conseguir más dinero (Lernet *et al.*, 2015). También puede ocurrir que la tristeza influya en todas las expectativas (línea I') produciendo que todos los resultados parezcan menos gratificantes (Lernet *et al.*, 2015).

La frustración producida por la espera de recompensas que se retrasan en el tiempo (línea C'), y la consecuencia de las discrepancias de las recompensas convertida en ansiedad (línea G'), producen las emociones actuales (Lernet *et al.*, 2015). Finalmente, la elección final será predicha a través de la combinación de su tristeza, la tasa de descuento, los objetivos monetarios y cómo evalúa las recompensas potenciales (Lernet *et al.*, 2015).

Para finalizar con este modelo de toma de decisiones, Lernet *et al.* (2015), enumera las distintas conclusiones de cómo la emoción influye en las elecciones diarias de las personas:

- “Las emociones son grandes impulsores que pueden ser dañinos o beneficiosos para la toma de decisiones.

- Los efectos emocionales pueden ser integrales o incidentales, procediendo estas últimas de influencias no deseadas e inconscientes.
- Las emociones influyen mediante múltiples mecanismos, pero los efectos ocurren a través de los contenidos del pensamiento, los contenidos de los objetivos y la profundidad del pensamiento.
- La mejora o degradación de una decisión o un juicio mediante una emoción depende de las varias interacciones producidas entre los elementos cognitivos y motivacionales generados por cada emoción.
- No necesariamente las emociones están relacionadas completamente al pensamiento heurístico, pues pueden ser provocadas de una forma rápida la cual desencadena una determinada acción, pero al ser activadas pueden llegar a formar pensamientos más sistemáticos.
- Existe la dificultad de reducir los efectos de las influencias emocionales que no son deseadas, pero hay estrategias para reducir el grado de esa influencia como por ejemplo la reducción de intensidad de la emoción, la reducción del uso de la emoción como base principal en las decisiones, o el contrarresto de sesgos cognitivos con otro sesgo completamente distinto” (Lernet *et al.*, 2015).

### 1.3.6 Procesos cerebrales en TD

Los estudios llevados a cabo en pacientes con daños cerebrales, señalan la corteza prefrontal y significativamente el entramado orbito frontal como la ubicación clave de la toma de decisiones en los sujetos (Martínez-Selva *et al.*, 2006). Por otro lado, las investigaciones realizadas con Neuroimagen, han informado sobre las dinámicas de los circuitos neuronales y sus entradas sensoriales traducidas como el comportamiento de las personas,

produciéndose entre estas entradas y salidas la toma de decisión, siempre relacionada con la corteza prefrontal (Pearson, 2012).

Según Bechara *et al.* (2000), dentro de la corteza prefrontal y su región ventromedial, se encuentran los diferentes elementos que posibilitan la toma de decisiones mediante la integración de los estados somáticos con la información adquirida y almacenada en la memoria funcional. La activación somática de la región está provocada por la información retenida en la corteza sensorial o también por una activación cortical (Bechara *et al.*, 2000). Otra investigación llevada a cabo por Bechara *et al.* (1999), sitúa la amígdala, el hipotálamo y parte del tronco cerebral como zonas cerebrales las cuales interactúan constantemente con la corteza prefrontal, cuya finalidad principal es integrar las informaciones sensoriales y funcionales para establecer marcadores somáticos que ayuden a la toma de decisiones. Dicha integración permite establecer relaciones que son aprendidas entre los estados internos y las situaciones complejas del individuo, en el que se pueden incluir también los estados emocionales aprendidos de experiencias pasadas (Bechara *et al.*, 1999). Martínez-Selva (2006) afirma: “Esta región cerebral interviene en la estimación de las consecuencias a largo plazo de las decisiones que se tomen, gracias a la integración de estados somáticos con información clave procedente de la propia situación o almacenada en la memoria”. (p.413).

Entrando en los procesos emocionales, la amígdala tiene una función primordial dentro de la toma de decisiones, pues como ya se ha hablado con anterioridad, la emoción es parte fundamental en las elecciones de los sujetos (Bechara *et al.*, 1999; Damasio, 1996; Lernet *et al.*, 2015).

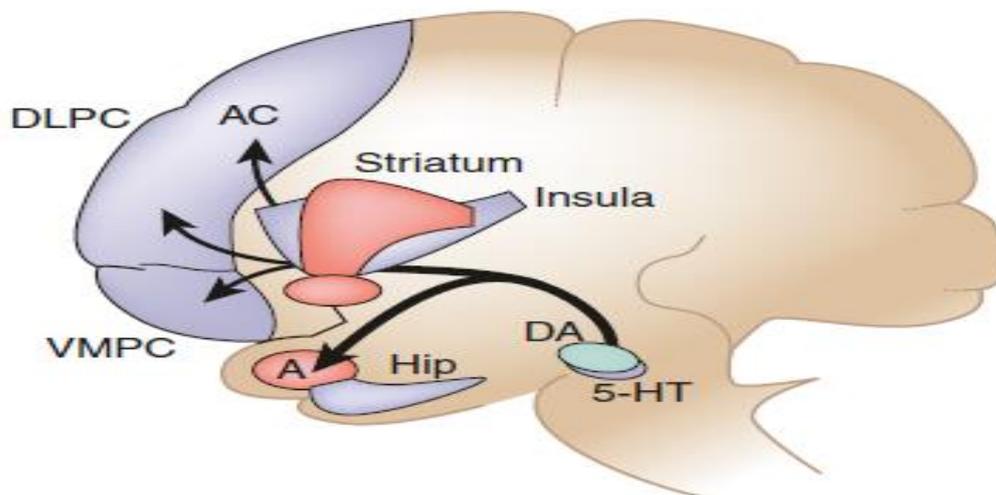
La investigación realizada por Bechara *et al.* (1999), consistía en realizar la “*Gambling Task*” en dos grupos diferenciados, uno con personas con daño en la amígdala y otro grupo con personas con daño cerebral pero no de amígdala. En el estudio, se midió la toma de decisiones

a través de la actividad electro dérmica para conocer el grado de activación del Marcador Somático (Bechara *et al.*, 1999). Ambos grupos estaban afectados por la “*Gambling Task*” y eran incapaces de desarrollar respuestas de conducta a través de la actividad electro dérmica, sin embargo, los pacientes con daño cerebral pero no de amígdala, generaron respuestas conductuales cuando recibían recompensas o castigos, mientras que los pacientes con daño cerebral no lo conseguían, originando la hipótesis de la amígdala como zona cerebral implicada en la toma de decisiones (Bechara *et al.*, 1999). Otra de las funciones que tiene la amígdala en la toma de decisiones es la descodificación emocional que procede de diversos estímulos externos, así como en los mecanismos de recompensa a través de las interacciones producidas en el estriado ventral (Haber & Knutson, 2010).

Según Bechara (2005), existen dos sistemas cerebrales que intervienen en las elecciones de los sujetos, las cuales interaccionan unas con otras y que en personas con lesiones cerebrales o con algún tipo de adicción se encuentran alteradas. El primer sistema es el impulsivo, vinculado a la amígdala, cuya función es señalar estados de placer o de sufrimiento inmediato de las elecciones disponibles (Bechara, 2005). El segundo sistema se denomina reflexivo, ubicado principalmente en la corteza prefrontal ventromedial, y en él se anticipan las consecuencias en el futuro de cada decisión tomada (Bechara, 2005).

Figura 17

Diagrama esquemático que ilustra las estructuras clave del sistema impulsivo (rojo) y sistema reflexivo (azul)



Nota. Adaptado y traducido de Bechara (2005, p.1459)

La "figura 17", ilustra las estructuras del sistema impulsivo (rojo) y del sistema reflexivo (azul) que intervienen en la toma de decisiones. (Bechara, 2005). Estas zonas implicadas en la toma de decisiones son: la ínsula y las cortezas somato sensoriales que son las encargadas de formar patrones afectivos y emocionales, la amígdala (A) y la corteza prefrontal en la región ventromedial, encargados de los estados afectivos, las zonas orbitofrontal lateral, el hipocampo y el cingulado anterior, vinculados a la memoria, el control, la atención y los impulsos, y por último el cuerpo estriado, y el área motora suplementaria, encargados de las acciones conductuales (Bechara, 2005).

Por otro lado, Broche-Pérez *et al.* (2015), destacan la importancia de las estructuras corticales y subcorticales en la toma de decisiones:

Las estructuras del neocórtex imprescindibles para el funcionamiento adaptativo de este proceso son la COF, el córtex cingulado anterior y la corteza prefrontal dorsolateral.

En el caso de las regiones subcorticales de importancia para la TD se encuentran

estriado ventral, los ganglios basales, la amígdala y el cerebelo, (...). Las interconexiones detectadas implican al córtex prefrontal dorsolateral (relacionado con la memoria de trabajo), la ínsula y el córtex cingulado posterior (asociado a la representación de estados emocionales), (...), y el córtex cingulado anterior (en la implementación de conductas de decisión propiamente dichas).

A modo de conclusión, se puede contemplar que las zonas cerebrales más implicadas en la toma de decisiones son la corteza prefrontal y el sistema límbico (Bechara, 2005). Lesiones producidas en estas áreas pueden limitar la ejecución óptima de elección, impidiendo de esta manera que el sujeto lleve a cabo una vida saludable (Broche- Pérez *et al.*, 2015).

### 1.3.7 Educación y formación en toma de decisiones

A través de la literatura científica vista en apartados anteriores, se puede observar que la toma de decisiones posee un entramado en el cual intervienen factores como el funcionamiento cognitivo o el sistema emocional entre otros (Bechara, 2005). La capacidad para elegir elecciones que conlleven un beneficio positivo en la persona, pasa a través de elementos cognitivos como la evaluación de la situación, o el sistema de recompensas y castigos (Márquez *et al.*, 2013; Miyake *et al.*, 2000).

Partiendo del funcionamiento cognitivo de la toma de decisiones, para que se dé el proceso de aprendizaje de esta habilidad, es necesario para que el sujeto llegue a dominarla con el objetivo de tomar elecciones que influyan positivamente en su calidad de vida (Álvarez, 1991). Para que las estrategias y destrezas implicadas en la toma de decisiones funcionen, se necesita un aprendizaje educativo previo que dote de herramientas suficientes al sujeto, siendo las simulaciones y las dinámicas educativas técnicas útiles para el entrenamiento de

esta habilidad, pues ofrecen experiencias al sujeto que en el futuro pueden ser recordadas y trasladadas a cualquier situación que se presente en la vida real (Álvarez, 1991).

En este sentido, la literatura científica muestra los beneficios que tienen las intervenciones educativas y formativas en la toma de decisiones en distintas poblaciones.

Una de estas investigaciones fue la de Ladin *et al.* (2023), cuya finalidad fue analizar una intervención educativa llamada “*Decision-Aid for Renal Therapy*”, orientada a la toma de decisiones con población mayor con enfermedad renal crónica avanzada. Esta población se caracteriza por enfrentar decisiones complicadas con respecto a su enfermedad, llegando a tener conflictos internos sobre las decisiones y su tratamiento (Ladin *et al.*, 2023). Los resultados del estudio evidenciaron que este programa educativo mejoró la eficacia de las decisiones de esta población no solo a corto plazo, sino también a los 6 meses y a los 18 meses (Ladin *et al.*, 2023).

Otro de los estudios muestra resultados positivos de un programa educativo y formativo en toma de decisiones en profesionales de la salud (Goto *et al.*, 2022). La finalidad del mismo fue analizar este programa a través de la impartición de talleres durante 8 meses en distintas comunidades médicas. Después de los talleres los profesionales mostraron mejoras en sus habilidades de capacitación, entre ellas la toma de decisiones (Goto *et al.*, 2022).

Siguiendo esta línea de investigación, el estudio de Wilcock & Strivens (2015), analizó la capacidad de toma de decisiones en estudiantes universitarios después de llevar a cabo una intervención breve orientada a la toma de decisiones y pensamiento crítico, obteniendo resultados positivos en la mejora de dichas capacidades.

Por tanto, los programas de entrenamiento orientados a la toma de decisiones contribuyen a la mejora de este proceso, pues aumentan las competencias de la persona dirigidas a los elementos cognitivos que están implicados (Álvarez, 1991). Para Gallego (2010),

en el ámbito educativo, la toma de decisiones está presente a la hora de llevar a cabo evaluaciones y asesoramiento pedagógico, orientando al sujeto mediante procesos de enseñanza-aprendizaje que le permita ser agente de sus propias decisiones y elecciones.

Dada su condición formativa, la toma de decisiones se concibe como un proceso de aprendizaje continuo y no un acto puntual, siendo de esta manera una actuación de que debe de prolongarse en el tiempo, siendo para Gallego (2010), una afirmación fundamentada por las siguientes características:

- La toma de decisiones se considera un proceso cognitivo y conductual el cual se fomenta a través de la formación profesional, educativa y académica (Gallego, 2010).
- Posee un carácter secuencial y necesita de una implicación por parte de la propia persona (Gallego, 2010).
- Requiere de un aprendizaje continuo a través de su entrenamiento (Gallego, 2010):
- La formación en la mejora de la capacidad de toma de decisiones permite a la persona conocer las diversas variables que influyen en el proceso, tener conciencia de las alternativas, hacer juicios valorativos y prever resultados futuros (Gallego, 2010).

Las competencias emocionales deben de estar presentes en la formación de toma de decisiones debido a la influencia que tiene en esta habilidad (Álvarez, 2009).

Según Álvarez (2009), dentro de todos los modelos educativos relacionados con la toma de decisiones hay uno que destaca entre todos, el programa “*DECIDES*” de Krumbolt, el cual para Álvarez (2009), posee las siguientes fases:

- I. Definición de la situación que presenta un problema: que es lo que se pretende conseguir y en qué tiempo (Álvarez, 2009).

- II. Crear un plan de acción en las que se describan todas las acciones implicadas para la toma de decisiones, planificando en qué momento se llevará a cabo la actividad y el tiempo que se dedicará en cada fase (Álvarez, 2009).
- III. Estimación de los valores y los beneficios (Álvarez, 2009).
- IV. Conocer y barajar las distintas alternativas (Álvarez, 2009).
- V. Detectar los resultados futuros a través de la comparación de las distintas opciones (Álvarez, 2009).
- VI. Descartar alternativas que no respondan a las necesidades anteriormente planteadas (Álvarez, 2009).
- VII. Puesta en marcha de la opción elegida (Álvarez, 2009).

Siguiendo esta línea se encuentra el “*Proyecto de Inteligencia Harvard*” (PIH), que es un programa de entrenamiento dirigido al entrenamiento de los procesos básicos de la cognición (Ramos, 2014). Entre los procesos destaca la solución de problemas y la toma de decisiones, por lo que el objetivo principal del programa es aumentar y facilitar las habilidades consideradas necesarias para que el sujeto pueda realizar toma de decisiones de calidad (Ramos, 2014).

La toma de decisiones en el PIH, se considera un elemento más dentro de la inteligencia del sujeto, de manera que al formar parte de su entramado puede ser enseñada y aprendida, a la vez que permitirá adquirir otras habilidades y ser transferibles a otras situaciones y contextos que necesiten de su aplicación (Ramos, 2014). La adaptación llevada a cabo por Viñuelas *et al.* (2002), de la serie V de toma de decisiones del Proyecto de Inteligencia Harvard, consta de 10 lecciones realizables:

- I. Las decisiones: parte teórica del programa donde se proporciona información sobre las decisiones.

- II. Decisiones difíciles de tomar: en esta sección se analiza el momento donde las decisiones se vuelven complicadas y el motivo que conlleva a ello.
- III. Selección de alternativas: repaso de los puntos anteriores relacionados con las decisiones.
- IV. Medir las posibilidades de un desenlace: la lección va encaminada a conocer los desenlaces de las distintas alternativas que se presentan en una decisión, con la finalidad de elegir aquella que conlleva a un desenlace más favorable. La adquisición de información es esencial para conseguir el objetivo que se propone.
- V. Buscando información pertinente: la finalidad de esta lección es conocer cuando la información que se ha adquirido anteriormente es pertinente o no es pertinente, es decir, ayuda o no ayuda a resolver un problema de decisión.
- VI. Concordancia de la información: el objetivo de este punto es aprender a reconocer la concordancia entre las distintas informaciones obtenidas.
- VII. Verosimilitud de la información: lección orientada a discernir cuando la información es verdadera o falsa.
- VIII. Repaso de la pertinencia, concordancia y verosimilitud: lección práctica de todos los puntos anteriores.
- IX. Expresar preferencias: caso práctico en las que el sujeto tendrá que construir una tabla de preferencias a través de unas variables proporcionadas.
- X. Ponderación de las variables: la finalidad de la última lección consiste en aprender a tener más precisión a la hora de elegir entre distintas opciones o variables mediante casos prácticos.

Otro de los programas educativos orientados a la toma de decisiones en el ámbito de educación formal es el *“Programa de Orientación Académica y Profesional”* (PROA),

compuesto de dos partes: “Tú decides” y “Conoce” (Coronado, 2004). Ambas partes del programa están orientados a actividades académicas y orientaciones profesionales, teniendo como objetivos primordiales aumentar la madurez en la toma de decisiones, conseguir capacidades y destrezas que faciliten la elección de distintas variables o adquirir ciertas actitudes positivas (Coronado, 2004).

La ejecución del PROA, se da a través de la combinación de tareas individuales y grupales, de esta manera se logra llegar a una reflexión individual y personal a la vez que se desarrollan habilidades sociales y de cooperación mediante un desequilibrio a nivel cognitivo esencial a la hora de resolver problemas (Coronado, 2004). La puesta en marcha de estas actividades se estructura en cuatro bloques según Coronado (2004): “Bloque 1: Conocimiento personal. Bloque 2: El sistema educativo. Bloque 3: El mundo laboral. Bloque 4: Toma de decisiones” (p.15).

Los anteriores programas formativos están vinculados al ámbito educativo formal, no obstante, existen otros orientados a todo tipo áreas, como por ejemplo *“Inteligencia XXI Programa de entrenamiento de las habilidades cognitivas: Resolución de situaciones y Toma de decisiones”* (Domínguez *et al.*, 2017). La metodología seguida por el programa permite transferir el aprendizaje a otras situaciones de la vida cotidiana, siendo la misma realizada mediante medios informáticos, actividades colectivas, utilización de la estrategia de discusión guiada o exploraciones de distintas problemáticas (Domínguez *et al.*, 2017).

El programa Inteligencia XXI de Domínguez *et al.* (2017), posee las siguientes innovaciones conforme a la realización de las actividades:

- La ejecución de los ejercicios no solamente se basan en las problemáticas propuestas por el programa, sino que se pueden introducir problemas reales de los sujetos,

proporcionando de esta manera una forma directa a abordar situaciones cotidianas relacionadas con la toma de decisiones.

- Los temas abordados pueden proceder de distintos recursos como prensa, internet, vídeos, artículos o lecturas, siempre iniciado por el experto o mediador.
- Existe la posibilidad de resolver problemas a través de la colaboración con otras personas externas vía internet. Una forma de llevarlo a cabo es resolver el problema de manera individual para después compararlo con los resultados de equipo.
- Según el caso, se puede proponer estrategias de razonamiento de índole analógico, accediendo a dividir por partes el caso o el problema en cuestión, lo que permitirá facilitar la búsqueda de soluciones al problema teniendo en cuenta diferentes puntos de vista.
- Utilización de diferentes estrategias de aprendizaje, como aproximaciones, empleo de la técnica tormenta de ideas o la manipulación con objetos.

Para Domínguez *et al.* (2017), la evaluación es parte del proceso metodológico en el programa Inteligencia XXI. Para dicha evaluación se propone diferentes tipos como autoevaluación de los resultados individuales, actividades en grupo donde se comentaran las conclusiones y los efectos que han producido cada una de ellas y la evaluación formativa supervisada por el mediador (Domínguez *et al.*, 2017).

Por otro lado, los programas formativos dirigidos a la mejora de la toma de decisiones, pueden complementarse con programas orientados a la educación emocional, pues como ya se ha comentado en puntos anteriores, las emociones forman parte del complejo entramado cognitivo necesario para conseguir llegar a tomar decisiones con calidad (Bechara *et al.*, 2000; Bisquerra, 2011; Damasio, 1996). A partir de esta afirmación, el programa de educación emocional propuesto por Cuadrado & Pascual (2012), tiene como finalidad llevar a cabo una mejora en cuanto a la gestión de las emociones que permita al individuo aumentar la

capacidad de afrontación de problemas, mejorar en las habilidades sociales, mejorar la autoestima o tomar decisiones importantes y satisfactorias (Cuadrado & Pascual, 2012).

Para lograr los objetivos anteriores, el programa emocional de Cuadrado & Pascual (2012), propone un proyecto educativo emocional creado a través del análisis de necesidades, el diseño de la intervención basado en los resultados del previo análisis de necesidades y la evaluación final y formativa. El programa consta de cinco bloques principales “Control emocional, habilidades de vida, autoestima, conciencia emocional y habilidades-socioemocionales” (Cuadrado & Pascual, 2012, p. 8). Las actividades están dirigidas para el contexto de educación formal, no obstante pueden ser aplicadas en distintos contextos de educación no formal cómo en Organizaciones No Gubernamentales (ONG’s), clínicas educativas, centros de actividades de tiempo libre, etc.

Para finalizar, es preciso remarcar la importancia que tiene los programas formativos orientados en cuanto a la mejora de las competencias de toma de decisiones, siendo las mismas un indicador de éxito dentro de este proceso (Álvarez, 1991). Hay que tomar en consideración el proceso cognitivo de las personas para crear métodos educativos que ayuden a interiorizar una serie de destrezas y procedimientos que harán más fácil las tomas de decisiones y con ello la calidad de sus resultados (Álvarez, 1991).

## 1.4 Trastornos de la Conducta Alimentaria

### 1.4.1 Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

La problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se remonta varios siglos en el pasado, siendo conocidos a través de literatura a lo largo de la historia de la humanidad, pues como menciona Baile & González (2010), se tiene conocimiento de multitud de casos de personas históricas con algún tipo de este trastorno, ejemplo de religiosas de la época medieval o del renacimiento, que utilizan la privación voluntaria alimentaria para expresar sus creencias religiosas o ideológicas.

Garrote (2009), nos cita uno de los primeros casos de anorexia, Santa Wilgefortis (1000 D.C.), hija del rey de Portugal, que voluntariamente llevo a cabo una privación alimentaria a la vez que rezaba a Dios con el objetivo de diluir su belleza para evitar de esta manera que los hombres se fijaran en ella. Esta acción fue seguida por muchas religiosas para transformar su cuerpo a través del ayuno. Otro caso histórico es el de Santa Catalina de Siena (1347-1380) de la que los relatos cuentan que sus padres querían casarla, pero que ella denegaba de ello para dedicar su vida a Dios. Para evitar este casamiento, se encerró en su dormitorio sin comer hasta que ingresó en una orden religiosa con la mitad de peso, aunque esto no sirvió para frenar esta conducta, pues siguió con la privación e induciéndose constantes vómitos mediante diversos artilújjios y mejunjes de hierbas, lo que le provocó la muerte a sus 28 años (Garrote, 2009).

Ya en el siglo XVII se cambia la condición social de “religiosas milagrosas” a “mujeres ayunadoras”, siendo consideraras brujas aquellas personas que practicasen el ayuno (León & Castillo, 2005). En 1615 un profesor francés detalla el color verde y blanco de algunas de sus

pacientes el cual relaciona con la disminución de la ingesta alimentaria, seguidos de periodos de atracones masivos (León & Castillo, 2005).

Otro caso llamativo de aquella época es el de una joven india que a sus 22 años sufre de amenorrea (perdida de la menstruación), a la vez que su peso estaba por debajo del índice de masa corporal debido a la privación intencional de alimentos, pues sus padres tenían concertado un casamiento a lo que se oponía rotundamente (Rusell, 2003).

Serrato (2000), nos habla de “los artistas del hambre” del siglo XIX. Estos denominados “artistas” practicaron el autocontrol extremo de su alimentación, buscando la perfección corporal en una sociedad en la que la avaricia y el consumo empiezan a hacerse notar en las sociedades occidentales. Serrato (2000), también apunta a la inanición voluntaria para expresar malestar e inconformidad, pretendiendo llamar la atención con el objetivo de lograr algún propósito.

La primera descripción médica según León & Castillo (2005) vino de manos de un médico inglés en 1689: Richard Morton, que detalló cuadros clínicos muy semejantes a los actuales, describiendo a una paciente como un esqueleto vivo, en la que solo tenía piel y huesos. Whitley Gull en 1875 realizó un trabajo de investigación el cual denominó “*aepsia hysterica, anorexia hysterica*” quedando marcada la designación de este trastorno (Cervera, 2005).

Pero el punto de inflexión para las investigaciones y tratamientos de esta enfermedad no llega hasta principios de los años 70, las cuales empiezan a pretender encontrar variedad de respuestas al incremento exacerbado de este trastorno (Serrato, 2000).

Un ejemplo de estas investigaciones es la de Lucas *et al.* (1991), los cuales llevaron a cabo una investigación en Rochester (Minnesota), probando el incremento de personas con anorexia de 7 por año en 1000 habitantes en 1950 a 26 personas en 1980.

No obstante, Saldaña (2001), afirma que: “La magnitud de la investigación y publicaciones sobre los TCA ha sido muy extenso, aunque todavía no se ha alcanzado el nivel óptimo de conocimiento sobre ellos” (p.381). Por esta razón son muchas las respuestas que todavía se deben de abordar a partir de investigaciones científicas.

Lo que no cabe duda es la convicción de que los TCA siguen un crecimiento exponencial debido al aumento de los casos en la mayoría de culturas y sociedades occidentales, y cada vez con más frecuencia en oriente. A finales de la década de los 60's, este tipo de trastorno era poco frecuente y raro, pero a partir de los 70's la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa arraigaron en el mundo occidental, provocando una intensa preocupación en el campo de la medicina y en los medios de comunicación llegando incluso a suplantar la obesidad como el primer trastorno de la conducta alimentaria (Polivy & Herman, 2002).

Según Swanson *et al.* (2011), los correlatos y la prevalencia de los TCA tiene una gran representación entre la población adolescente, teniendo una estimación de prevalencia de 0,3% en Anorexia Nerviosa, 0,9% en Bulimia Nerviosa y 1,6 % en trastorno por atracón.

Siguiendo el contexto actual, Behar (2010), nos afirma que la corporalidad siempre ha estado unida a la cultura de las diversas sociedades, específicamente en la occidental, pues la idea idílica de cuerpo se construye en base a normas y exigencias de nuestro contexto, otorgando al mismo un factor mediador en las relaciones interpersonales y llegando a crear una imagen corporal formada por creencias y cánones estéticos promovidos por la sociedad, desembocando de esta manera en un culto extremo al cuerpo.

Para Fairburn & Harrison (2003), esto ha generado un gran interés de investigación por conocer las características propias de este trastorno, pero por otro lado los medios han creado cobertura sensacionalista que ha contribuido a una “desinformación” global de los TCA. Siguiendo esta línea, la facilidad de acceso a los medios de comunicación ha propiciado

enormemente este aumento debido a la búsqueda de información errónea de esta enfermedad por parte de los jóvenes, guiándolos a través de una conducta poco saludable de su estilo de vida (Garrote, 2009).

Estos medios han desarrollado una comunicación masiva a través de diversos canales como puede ser internet, televisión y moda entre otros, generando una influencia cuya finalidad es la de unificar estándares estereotipados ligados a la delgadez. Por tanto son unos de los motores que impulsan a crear una cultura de imágenes corporales negativas, dietas restrictivas y trastornos de la alimentación, viéndose la “gordura” algo poco saludable e incluso llegando a ser inmoral (Kirschman & Salgueiro, 2002).

Esta presión social del culto al cuerpo ha llegado a convertirse en una poderosa religión que incita a realizar dietas milagro, provocando una amplia amalgama de conflictos psicosociales que encauzan resultados nefastos para la propia persona (Morandé *et al.*, 1999). “Nos enfrentamos a ideales imposibles, que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional” (Castillo, 2006, p. 224).

Toda esta suma de factores ha propiciado que actualmente los TCA se consoliden como la tercera enfermedad crónica entre la población adolescente y juvenil, prevaleciendo en las sociedades occidentales (Peláez *et al.*, 2005).

Pelaez (2003), en uno de sus diversos estudios epidemiológicos concluyó las siguientes afirmaciones:

- Las mujeres jóvenes y adolescentes son el perfil sociodemográfico predominante en riesgo de padecer TCA. Pues entre un 90 y 95% de los afectados son mujeres.
- Los países occidentales son los que aportan más casos de TCA (Norteamérica, Europa y Japón).

- Hasta la década de los años 70 la anorexia era casi inexistente, pero se ha incrementado en los últimos 30 años, afectando a un 0,5% de mujeres.
- La Bulimia Nerviosa es más frecuente que la Anorexia Nerviosa, pues actualmente afecta entre un 1% y 3% de mujeres.
- No obstante los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados afecta al 3% de las mujeres de los países occidentales.

#### 1.4.2 Definición y tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Una vez contextualizado este trastorno, se puede realizar la conceptualización del constructo. La frecuencia del TCA, se da mayor parte en población adolescente tardía, y en la madurez temprana, por lo que resulta muy importante su implicación para el individuo, su familia y la sociedad en general, siendo relevante poseer conocimientos psicosociales y biológicos para su tratamiento (Lobo, 2013). El DSM-V lo describe como una alteración mantenida en el comportamiento de la alimentación que lleva a un deterioro de la salud física y psicosocial, clasificando los criterios de diagnóstico para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones (American Psychiatric Association, 2014).

El CIE-10 diferencia y delimita los dos síndromes más importantes en los TCA, que son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además hace mención a otros trastornos bulímicos (World Health Organization, 1992). Becker *et al.* (1999), definen este trastorno como una perturbación importante en la alimentación, caracterizado por la restricción de la ingesta de alimentos o por atracones no contralados, incluyendo a estas características una preocupación irracional y excesiva sobre la forma o el peso del cuerpo, provocando de esta manera una voraz destrucción de la salud.

León & Castillo (2005), los definen como una conducta calificada por una alteración del comportamiento alimentario en la que el sujeto muestra una serie de conflictos psicológicos y sociales, estando su resolución relacionada con el logro de un estado corpóreo ideal.

Calado (2010), pone especial énfasis en dos núcleos centrales, el primero siendo la preocupación por la comida y el temor a ganar peso, seguido por graves comportamientos y consecuencias a largo plazo. Kirszman & Salguero (2002), nos precisan un breve resumen de los TCA:

Un trastorno alimentario es un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desordenados y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos. (p.45)

Otros comportamientos principales son las conductas compensadoras o no compensadoras purgatorias (Raich, 2011). Las primeras se llevan a cabo posteriormente de una sobre ingesta de alimentos, con el propósito de resarcirse de los efectos del atracón, por otro lado, el segundo de los casos está determinado por un obsesivo control rutinario de peso. Los síntomas que prevalecen los sujetos con TCA son diversos. Como ejemplos una dieta o ayuno extremo, excesiva preocupación por el peso y la talla, distorsión cognitiva del peso o la incapacidad para controlar las ingestas (Raich, 2011).

Es relevante señalar que tiende a ser crónico y que con el paso del tiempo y sin un buen tratamiento puede agravar su situación, terminando de un modo catastrófico incluso llegando a la muerte, sobre todo en sujetos con anorexia nerviosa (Lobo, 2013).

Los TCA más frecuentes y los que engloban más criterios de los mismos son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No

Especificados (TCANE) (León & Castillo, 2005), por lo que el marco teórico se centrará en estos tres elementos.

### 1.4.3 Anorexia Nerviosa

Anorexia (AN), proviene del griego “*a-lan*” que significa negación y “*órexis*” que es apetito, hambre o deseo. Por tanto su composición sería la negación del hambre.

La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta que busca un peso igual o inferior del que se debería tener en cuanto el sexo, edad o altura. Para conseguir este objetivo se utiliza la restricción severa y selectiva de la ingesta de alimentos, dejando a un lado los elementos percibidos como causantes del aumento de peso (Fairburn & Harrison, 2003).

El CIE-10, describe a la anorexia como un trastorno consistente en la presencia de una disminución deliberada de peso, que puede ser inducida y mantenida por la misma persona. Aparece con mucha más frecuencia en mujeres que en hombres, pero con una importante presencia en los mismos (World Health Organization, 1992). Para el CIE-10, las pautas para el diagnóstico son:

- Pérdida de peso por debajo del índice de masa corporal.
- Originada por el propio enfermo a través de la evitación de la ingesta de “alimentos engordantes”, vómitos provocados, ejercicio excesivo y la toma de fármacos diuréticos y anorexígenos.
- Distorsión cognitiva de la imagen corporal caracterizado por ser persistente.
- Presencia de amenorrea en la mujer y disminución del apetito sexual por parte del hombre.
- Si el trastorno es anterior a la enfermedad, se retrasan las manifestaciones de la pubertad o puede llegar a detenerse.

Por otro lado el CIE-10 diferencia la anorexia nerviosa atípica utilizada para los casos en los que falta algunas de estas causas, por ejemplo la presencia de amenorrea o la pérdida de peso significativa, pero que comporta unas características parecidas (World Health Organization, 1992).

El manual DSM-V presenta los siguientes criterios para diagnosticar la anorexia (American Psychiatric Association, 2014):

Tabla 8.

*Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM-V*

- 
- A.** Restricción de la ingesta conforme las necesidades energéticas de la persona, que lleva a un peso corporal muy por debajo del que se debería de tener conforme a la edad, el sexo, la época de desarrollo y la salud física.
  - B.** Temor irracional a ganar peso o a engordar, incluso si este es relativamente bajo.
  - C.** Distorsiones cognitivas en la forma en que uno mismo percibe su peso, o la constitución corporal en una autoevaluación, y también la ausencia de reconocer la gravedad de su situación.

**Especificar si:**

- **Tipo Restrictivo:** Durante los últimos tres meses el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Referido a representaciones en las que la pérdida de peso es debido a la dieta, el ejercicio físico o el ayuno.
  - **Tipo Atracones/Purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).
- 

*Nota.* Adaptado del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014, p. 338)

El “*sine qua non*” para Lobo (2013), de este trastorno, es la idea irracional y miedo a engordar, la pérdida de peso auto inducido, distorsión de la imagen corpórea, trastorno endocrino como puede ser la amenorrea o el incremento de la hormona del crecimiento, un retrasos de la pubertad y pudiendo ser de dos tipos; restrictiva, purgativa o mixta.

Estos criterios son aceptados por diferentes autores, como Russell (2003), el cual propone tres pautas para diagnosticar la anorexia, como puede ser las conductas destinadas a la

pérdida de peso, el miedo a engordar como un trastorno psicológico básico, y el desorden endocrino en las niñas evidenciado por la presencia de amenorrea.

Russell (1985), en su estudio afirma que los individuos con trastornos de la conducta alimentaria y específicamente diagnosticados con anorexia nerviosa, presentan una población vulnerable en la que anteriormente presentaron algunas de las muchas formas de enfermedad neurótica, como puede ser la histeria o la ansiedad estado. El autor considera que los mecanismos que subyacen tras las modificaciones de la conducta, pueden estar considerador factores patógenos (Russell, 1985).

En el DSM-V, se habla de la comorbidad de este trastorno, encontrando frecuentemente coexistencia con otros trastornos, como pueden ser la ansiedad, la depresión y los episodios bipolares (American Psychiatric Association, 2014). Algunos de los sujetos comentan la presencia de síntomas relacionados con la ansiedad antes del inicio de las conductas propias de la anorexia (American Psychiatric Association, 2014). También se han detallado casos de TOC, sobre todo de tipo restrictivo. Otros de los trastornos comórbidos de la anorexia son el trastorno por abuso del alcohol y drogas. Algunas conductas patológicas que pueden acompañar a los TCA es la hiperactividad, las conductas extravagantes y las manipulaciones (Lobo, 2013). También se incluye en la investigación llevada a cabo por Fairburn & Harrison (2003), el exceso de perfeccionismo en cualquier ámbito. Knightsmith (2016), la considera como uno de los peores trastornos mentales, pues el 10% de los enfermos mueren a causa de suicidio o por complicaciones en el corazón.

#### 1.4.4 Bulimia Nerviosa

Según el CIE-10, la Bulimia (BN), es un trastorno consistente en recurrir a repetidos episodios de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación irracional por el peso

corporal, llevando a la persona a utilizar conductas drásticas para mitigar el aumento de peso (World Health Organization, 1992). Este tipo de trastorno es más frecuente que la anorexia y se da con mayor proporción en las adolescentes femeninas, siendo difícil su diagnóstico debido a la ocultación de sus síntomas (Rava & Silber, 2004). La mayoría de los sujetos que padecen bulimia suelen presentar un peso normal, no obstante también se encuentran casos con sobrepeso (Raich, 2011).

El DSM-V en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales distingue los siguientes criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014):

Tabla 9.

*Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según DSM-V*

- 
- A.** Episodios recurrentes de atracones. Sus características son:
1. Ingestión, en un periodo concreto de una cantidad muy superior a lo que la mayoría de las personas ingieren en un periodo similar.
  2. Ausencia de falta de control sobre lo que ingiere durante ese periodo de tiempo.
- B.** Comportamientos compensatorios no apropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, por ejemplo el vómito auto provocado, uso de laxantes indebidamente, diuréticos, el excesivo ejercicio físico o el ayuno.
- C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D.** La autoevaluación se ve influenciada por el peso corporal y la constitución.
- E.** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
- Especificar si:**
- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, alguno pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.
  - **En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.
- 

*Nota.* Adaptado del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014, p. 345)

También se especifica en el DSM-V, el promedio de gravedad mediante la frecuencia de comportamientos compensatorios indebidos (American Psychiatric Association, 2014).

- Leve: Frecuencia de entre 1-3 episodios compensatorios a la semana.
- Moderado: Frecuencia de entre 4-7 episodios compensatorios a la semana.
- Grave: Frecuencia de entre 8-13 episodios compensatorios a la semana.
- Extremo: Frecuencia de 14 o más episodios compensatorios a la semana.

Las personas diagnosticadas con bulimia tienden a presentar ciertos rasgos característicos, como la incapacidad de controlar sus impulsos, su frecuencia de intento de suicidio y por tanto su comportamiento auto agresivo, situándonos en un déficit de las funciones ejecutivas (Herrera, 2011). Siguiendo esta línea, se postuló en la investigación llevada a cabo por Steiger *et al.* (1998), la hipótesis de que los atracones no controlados tienen que ver con los factores subyacentes a la impulsividad. Esta impulsividad es el principal factor de abandono en la terapia de las pacientes diagnosticadas con bulimia (Stewart *et al.*, 2000).

La comorbilidad en la bulimia según el DSM-V, es frecuente con otros tipos de trastornos de mentales, existiendo una alta frecuencia de síntomas depresivos como puede ser la baja autoestima y de trastornos bipolares (American Psychiatric Association, 2014). Otros trastornos psicopatológicos que conviven con la bulimia es la ansiedad, el estrés, la adicción al tabaco y al alcohol y los trastornos de personalidad (Baile & González, 2014).

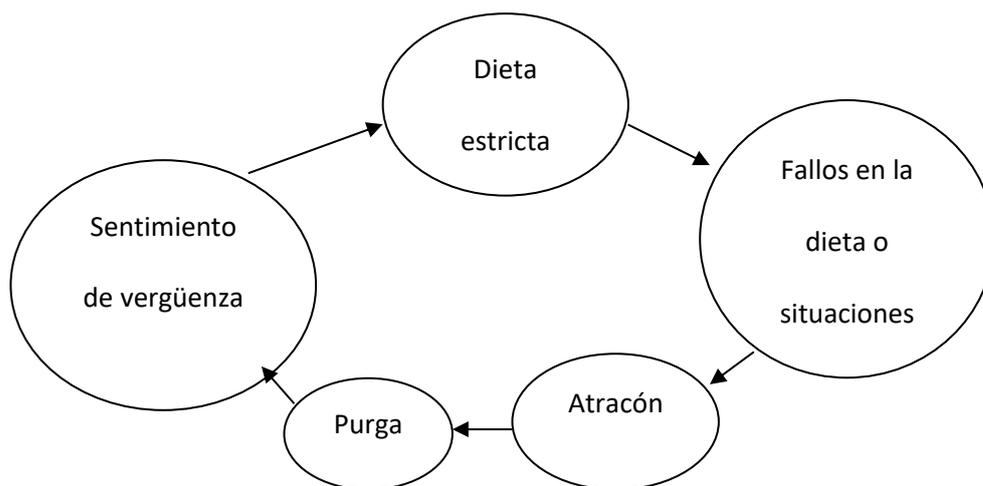
Las manifestaciones somáticas son muy particular en la BN, siendo el elemento más conocido el “*Signo de Russell*”, el cual trata de una manifestación de callosidades en la base de los dedos producido por la provocación del vómito (Lobo, 2013). De igual modo se podría apreciar las manifestaciones dentales y la hipertrofia de las glándulas salivales u algunas complicaciones relacionadas también con la “AN”, como puede ser la osteoporosis. Por último puede aparecer alteraciones electrolíticas, con riesgo de alteraciones cardíacas (Lobo, 2013).

No obstante, la característica más usual del trastorno son los periodos de purga, cuyo objetivo es “rectificar” la ingesta excesiva de alimentos, aliviando de esta forma la culpa por

el atracón previo y reducir el exceso de peso (Knightsmith, 2016). La purga es considerada más destructiva que la ingesta no controlada de alimentos debido a los peligros físicos y médicos asociados a la misma (Sherman & Thompson, 2005).

Figura 18.

*Ciclo de atracón-purga en personas bulímicas*



*Nota.* Adaptado de Knightsmith (2016, p. 17).

Se observa a partir de la “*figura 18*”, el ciclo conductual y emocional correspondiente al proceso bulímico, encontrando en ella los periodos de atracón y purga anteriormente citados, siendo de esta forma importante llevar a cabo intervenciones dirigidas a cortar el ciclo (Knightsmith, 2016).

#### 1.4.5 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados

En las últimas dos décadas se ha investigado sobre los síndromes atípicos de los trastornos alimentarios, definidos estos mismos a la similitud de las alteraciones y formas nutricionales que no se ciñen estrictamente a los patrones establecidos en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, lo cual se convierte en un obstáculo para su tratamiento (Behar, 2008).

El DSM-V, define a los Trastornos de la Conducta no Especificados (TCANE), como un TCA que no cumple todos los criterios de los trastornos clasificados anteriormente. Se utiliza en situaciones en las que el sujeto no cumple los criterios, quedando registrado como otro trastorno de la conducta alimentaria seguido del motivo central, por ejemplo “Anorexia nerviosa de baja frecuencia” (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 10.

*Ejemplos de presentaciones DSM-V*

- 
1. **Anorexia nerviosa atípica:** Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, aun con pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del peso ideal.
  2. **Bulimia nerviosa atípica:** Todos los criterios para la bulimia nerviosa se cumplen, menos el promedio de atracón y/o comportamientos compensatorios inapropiados, dándose una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
  3. **Trastornos de atracones:** Todos los criterios para el trastorno de atracones se cumplen, excepto el promedio de los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados, produciéndose menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
  4. **Trastorno por purgas:** Comportamiento de purgas recurrentes cuya finalidad es influir en el peso o la constitución en ausencia de atracones (vómito auto provocado, uso de laxantes indebidamente, diuréticos u otros medicamentos).
  5. **Síndrome de ingesta nocturna de alimentos:** Acontecimientos recurrentes de ingesta de alimentos en horario nocturno, manifestándose al despertarse del sueño o por un alto consumo de alimentos después de cenar.
- 

*Nota.* Adaptado del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014, p.353)

Fernández & Turón (1998), describen algunas características que poseen los sujetos con TANE relacionadas con el DSM-V:

- A. Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero que no muestran amenorrea, y poseen una menstruación regular.
- B. Cuando se cumplen todos los criterios para la AN, y existe una pérdida importante de peso, pero siguen estando en los estándares normales de su peso.
- C. Se consuma todos los criterios para la BN, menos la frecuencia de los atracones.

D. Se cumple la frecuencia de las conductas compensatorias indebidas después de tomar pequeñas cantidades de comida.

E. Masticar y luego expulsar sin llegar a ingerirlas.

F. Trastorno por atracón “*binge eating*”, caracterizado por repetidos atracones en ausencia de conductas compensatorias.

G. Miedo a la mayor parte de los alimentos, pero que sin embargo, no se halle un miedo fuerte a aumentar de peso.

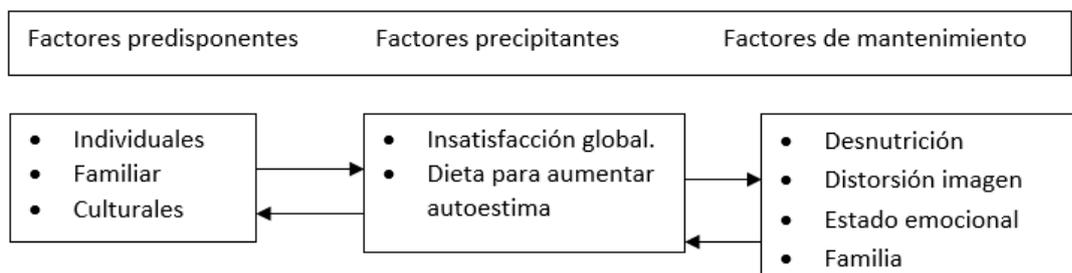
Behar (2008) revela la importancia de producir investigaciones acerca de este tipo de trastorno alimentario que proporcionen información variada y actualizada debido a su incremento en jóvenes y adultos.

#### 1.4.6 Factores propiciadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

A través de la literatura podemos observar la variedad de causas que favorecen la aparición de TCA en los sujetos, no obstante muchos de ellos concuerdan en la existencia de elementos base para esa proliferación. Polivy & Herman (2002), ponen el foco de atención en tres de ellos: las contribuciones socioculturales, las influencias familiares y los riesgos individuales como son la personalidad, el déficit de autoestima etc. Para Fairburn *et al.* (1999), las características individuales es el principal factor de la aparición de TCA, aunque también se tienen en cuenta el contexto sociocultural en el que se encuentran inmersos.

Behar (2010), destaca la importancia sociocultural y el ideal estético de belleza, englobando en este componente los medios de comunicación, la publicidad, el narcisismo y la feminidad. El factor biológico también es un elemento a tener en cuenta en estos trastornos (Lobo, 2013). Por otro lado, Rubio & Sebastián (1999), proponen una hipótesis multifactorial para la etiopatogenia de los TCA:

Figura 19.

*Hipótesis multifactorial*

*Nota.* Adaptado de Rubio & Sebastian (1999, p. 17).

A través de la literatura científica hemos podido conocer algunos de los factores principales que fomentan la aparición de los TCA, por tanto se han aglutinado en cuatro puntos que los engloban: socioculturales, individuales, familiares y biológicos (Behar, 2010).

#### 1.4.6.1 Factor sociocultural

Vivimos en una sociedad definida por el desarrollo desenfrenado del consumo y de la comunicación, el cual crea una situación que favorece un continuo bombardeo de mensajes cuya finalidad es crear necesidades en las que la mayoría de las veces son innecesarias. Dentro de este marco se enaltece la idea del arquetipo ideal de belleza que se pretende alcanzar, transformando el entorno social y por tanto la cultura en un contexto que prima la continua evaluación del aspecto físico (Behar, 2010).

Carrillo (2005), considera este factor como el pilar de los TCA, concretando como líneas generales las relaciones interpersonales, las exigencias sociales, el fácil acceso a la información, la publicidad o la moda, siendo necesarios adaptarse a los patrones conductuales que dicta la sociedad. La autora nos concreta que estas circunstancias no nos influyen de la misma forma a todos, sino por medio de micro-contextos individuales a través de los aspectos personales y familiares.

Los medios de comunicación tienden a uniformizar sus mensajes globalizadores, comunes a todo el mundo occidental, siendo los clientes jóvenes el blanco de sus objetivos. La finalidad de esta actividad es homogeneizar la cultura, estableciendo ideas poco realistas en aquella población con poco pensamiento crítico (Turón, 2003). A esto hay que agregarle la presión y los periodos largos de formación para acceder al ámbito laboral, llevando a una valoración personal en función de los logros relacionados en muchas ocasiones con la forma artificial (Turón, 2003).

Polivy & Herman (2002), nos hablan de la cultura de la abundancia, definida como aquella en la que hay profusión de cualquier recurso, y por lo general de alimentos. En la cultura occidental los casos de TCA son más abundantes que en aquellas que no lo son, por ejemplo en las culturas de escasez, pues la idea corporal es algo inimaginable debido a lo difícil que sería conseguir los alimentos necesarios. No obstante estos autores ponen énfasis no en los medios de comunicación como propiciadores de TCA, sino en las imágenes idealizadas y su exposición a ellas por parte de los individuos (Polivy & Herman, 2002)

En las culturas que prevalece la presión a la delgadez son en la que aparecen una mayor proporción de casos, pues en investigaciones recopiladas por Nasser (1988), en países no occidentalizados como el oeste de la India, Sudan, Egipto, Malasia o el algunos países latinoamericanos la frecuencia de la aparición de los desórdenes alimenticios era mucho menor, apoyando el argumento de que los trastornos alimentarios son extensiones de las conductas de comportamiento aceptables por la sociedad. Otra aportación curiosa de Nasser (1988), es el fenómeno de la transculturalidad, consistente en la adquisición de patrones de belleza occidentales por parte de personas provenientes de países que no lo son, llegando a crearse este trastorno en ellas cuando en su zona de origen no se recogen datos de existencia del mismo. Una de las investigaciones que corrobora esta afirmación "Transcultural" es la

llevada a cabo por Beato *et al.* (2004), la cual afirma que la exposición de valores culturales diferentes a los de su contexto de origen, aumentan los efectos patogénicos de esta enfermedad.

En la sociedad occidental, como afirma Calado (2010), el contexto social es la principal causa de vulnerabilidad para la proliferación de un TCA, pues es inherente la obsesión por la apariencia física, sobre todo ligada a la delgadez femenina, suscitando de esta forma de proceder una inseguridad desmesurada para adquirir esa apariencia establecida por los cánones sociales.

#### 1.4.6.2 Factor familiar

Se puede afirmar que las conductas familiares son amplificadores de las normas y valores establecidos en la cultura. Estas exhiben altas expectativas relacionadas con el funcionamiento individual en diversos aspectos, como los intelectuales, habilidades sociales, habilidades deportivas, etc. Por tanto se puede considerar que en la actividad familiar se dan también expectativas en cuanto el peso, dietas, delgadez y ejercicio (Kirszman & Salguero, 2002).

La familia como elemento singular de la cultura está influenciada por las características sociales de su entorno, contribuyen de esta manera al surgimiento de los TCA a través del continuo elogio de la forma corporal, en este caso a la delgadez, reforzando las medidas que toman los sujetos para lograr el estado ideal, incluso en las etapas en las que la enfermedad se vuelve más dañina, señalando que la actividad y la dinámica familiar no solo influye en la perpetuación de los TCA, también en el desarrollo de la enfermedad (Polivy & Herman, 2002).

Según Cerniglia *et al.* (2017), en su investigación descubrieron rasgos comunes de familias con algún miembro con TCA. Sus resultados mostraron que estas familias se caracterizaban por poseer problemas de funcionamiento familiar, con bajo nivel de cohesión y flexibilidad,

límites en las habilidades interpersonales, poca tolerancia a los conflictos y baja afectividad entre sus miembros. Para los autores, las características señaladas en el estudio son elementos motivadores de algún TCA incorporados y suscitados por la familia (Cerniglia *et al.*, 2017).

La investigación de Woodside *et al.* (2001), examinó la personalidad, el temperamento, la funcionalidad psíquica y los trastornos de la conducta alimentaria de familiares con individuos con este trastorno. Los resultados de la muestra trabajada mostraron como las madres de afectados por TCA tienden a un alto nivel de perfeccionismo, mientras que los padres lo eran menos. También se encontraron indicios en los que los padres se vieran afectados por el perfeccionismo de sus miembros con AN de una manera bidireccional.

Raich (2011), afirma que las familias llevan a cabo conductas para ayudar a la recuperación del miembro afectado, pero que estas a menudo son contraproducentes, dando lugar a discusiones generadas, desacuerdos y sobre todo se culpan los unos a los otros llevando el problema a una situación límite. La atención social en este caso es negativa, resultando un reforzador potentado sobre las conductas des adaptativas.

Una investigación interesante es la realizada por Stein *et al.* (1994), en la que se estudió las diferencias de madres primíparas y a sus hijos con y sin trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados fueron esclarecedores, pues las madres con alguna experiencia con TCA, llevaron a cabo acciones intrusivas durante las comidas, llevando a sus hijos a expresar emociones negativas relacionadas con la alimentación y propiciando la conflictividad de estos con las comidas.

No obstante hay investigaciones en las que no se predispone como una causa principal de aparición de la enfermedad. Grande *et al.* (2010), en su investigación, ofrecen su oposición de señalar a la familia como principio de la enfermedad, condenando declaraciones

generalizadas que susciten la idea de que los culpables de la enfermedad de sus hijos, puesto a que no hay un patrón consistente en las familias con miembros con este trastorno, pues se desarrolla múltiples contextos familiares.

#### 1.4.6.3 Factor individual

Con factores individuales propiciadores de TCA nos referimos a aquellos que están ligados y afectan directamente a la propia persona. Empezando por algunos de ellos, se encuentran los propuestos por Lobo (2013), en los cuales incluye a personas con rasgos de impulsividad, inestabilidad afectiva o con emociones fuertes. También mencionan los abusos sexuales como una singularidad muy importante a tener en cuenta.

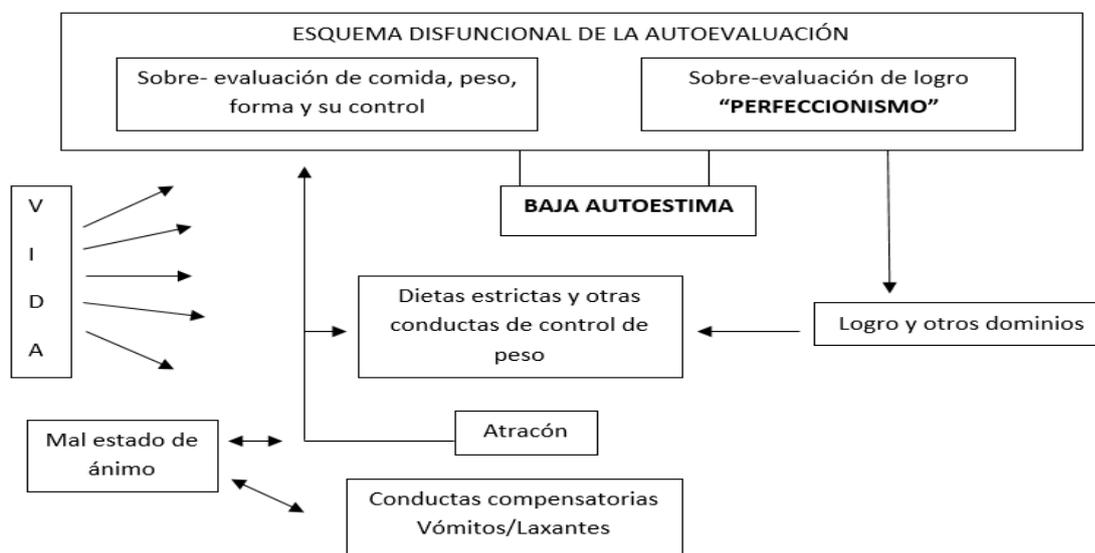
Polivy & Herman (2002), hablan de los rasgos de personalidad como pueden ser la falta de autoestima o experiencias personales. Estas últimas están referidas a aquellos problemas interpersonales que el sujeto con TCA ha podido sufrir, incluyendo abusos, burlas y traumas dirigidas a la figura corporal del mismo. También nos hablan sobre los pensamientos negativos rígidos hacia la insatisfacción corporal. Pero se pone énfasis a la obsesión por la obsesión de la persona por el perfeccionismo, no solo en el ámbito corpóreo, también en otros aspectos de la vida, siendo esta característica más predominante en las personas con AN. Por otro lado los sesgos cognitivos suponen al enfermo alteraciones a la hora de procesar la información, sobre todo en la comida, el peso y la figura (Polivy & Herman, 2002).

Para Keel & Forney (2013), un rasgo singular es la disforia, entendida ésta como lo opuesto a la euforia, como una peculiaridad habitual en estos trastornos. Ésta es una subcategoría de la personalidad, conviviendo en los pacientes con TCA con la autoevaluación negativa y la baja autoestima. También incluyen el perfeccionismo, coincidiendo con Polivy & Herman (2002), teniendo una tendencia a sobre esforzarse para lograr la perfección, a través del ejercicio físico o también en el ámbito académico. Otra circunstancia de riesgo a tener en

cuenta es la homosexualidad en hombres. Russel & Keel (2002), en su estudio se concluyó que los hombres homosexuales tienden a declinar por una mayor insatisfacción corporal, provocando un alto ratio de síntomas bulímicos y anoréxicos, en comparación con hombres heterosexuales. Además los hombres homosexuales son más propensos a reportar depresión, incomodidad con su orientación sexual y una baja autoestima, siendo síntomas de aparición de TCA (Russel & Keel, 2002).

Figura 20.

*Esquema disfuncional de la autoevaluación de personas con TCA*



*Nota.* Adaptado y traducido de Fairburn *et al.* (2003, p. 515)

Fairburn *et al.* (2003), nos explican en la "figura 20", el esquema mental de una paciente con TCA a la hora de realizar una autoevaluación, condicionada principalmente por un perfeccionismo exacerbado, siendo un elemento esencial para el mantenimiento de una baja autoestima. En este sentido, Cerverá (2005), afirma que los pacientes con AN, ocupan la mayor parte del día en temas alimenticios y corpóreos, convirtiéndose en una obsesión y lo más importante en sus vidas.

Centrándonos en temas conductuales, la persona anoréxica tiende a aislarse del mundo exterior, recluyéndose en su habitación y evitando mantener conversaciones con los demás (Cerverá, 2005). Mientras que las personas con Bulimia empeoran sus relaciones interpersonales sobre todo con los familiares, debido a su impulsividad (Cerverá, 2005). Otro factor a tener en cuenta relacionado con la conducta es la prevalencia de algún Trastorno Obsesivo-Compulsivo, en la que se puede asociar significativamente la comorbilidad del TOC a los TCA, e incluso aquellas personas que presenten algún tipo de TOC y TCA, tienden a alargar su tratamiento (Milos *et al.*, 2001).

#### 1.4.6.4 Factor biológico y genético

La fragilidad biológica es un factor necesario para que predominen los casos de TCA (Lahortiga & Cano, 2005). Lobo (2013), Empieza hablando por los antecedentes familiares, existiendo una concordancia en gemelos monocigotos relacionados con genes implicados con el metabolismo tanto en pacientes con AN y BN, estimando un rango de heredabilidad del 30-80%.

Tabla 11.

#### *Factores biológicos etiopatogénicos en la Anorexia Nerviosa*

- 
- Heredabilidad 30-80% (aumenta el riesgo en familiares; concordancia monocigotos 66% hasta 0% en dicigotos)
  - Genes implicados en la transmisión serotoninérgica (transportador) (Interés en cromosomas 1,2,3,13)
  - Otros genes
  - Antecedentes familiares de trastornos afectivos, trastornos de la conducta alimentaria
  - Posible implicación serotoninérgica.

- Vulnerabilidad del sistema nervioso central y neuroendocrina
- Edad de comienzo, sexo femenino
- Precipitantes/mantenedores biológicos
  - Delgadez: fundamental
  - Cambios corporales adolescentes/ cambios
  - Enfermedades adelgazantes
  - Aumento de la actividad física
  - Estado de inanición

---

*Nota.* Adaptado de Lobo (2013, p.469)

En la “*tabla 11*”, nos encontramos los factores biológicos de la AN propuestos por Lobo (2013), en los cuales se encuentran otros factores anteriores como puede ser los individuales, familiares o socioculturales.

Tabla 12.

*Factores biológicos en la Bulimia Nerviosa*

- 
- Obesidad y sobrepeso
  - Mayor agregación familiar y mayor concordancia monocigotos (30%) > dicigotos
  - Antecedentes personales (y familiares) de trastorno afectivo
  - Frecuente comorbilidad (y antecedentes familiares) de abuso de alcohol/drogas
  - Posible hipofunción serotoninérgica
  - Posible acción de neuropéptidos
  - Alteraciones en el mecanismo de saciedad (en trastorno no establecido)
- 

*Nota.* Adaptado de Lobo (2013, p.471)

En la “*tabla 12*” Lobo (2013), nos habla de algunos factores biológicos predominantes en las pacientes con BN, incorporando también factores anteriores (familiares, individuales, sociales y culturales).

Según el DSM-V, existe un mayor riesgo de presentar algún TCA, si entre los familiares biológicos se encuentre un miembro que padece este trastorno, si entre estos alguno padece trastornos depresivos y bipolares, especialmente en individuos que presentan purgas o atracones. También se ha observado anomalías cerebrales sobre todo en la AN a través de la neurociencia (American Psychiatric Association, 2014).

En concordancia con lo comentado en Lobo (2013), se están llevando a cabo investigaciones de gemelos monozigotos y dicigotos, revelando que los primeros están más emparentados con los TCA. Un ejemplo de estas investigaciones es el llevado a cabo por (Kipman *et al.*, 1999).

Treasure *et al.* (2010), afirma la vulnerabilidad a la que se somete el cerebro debido a las consecuencias de una pobre nutrición, dependiente de la ingesta de glucosa, estableciéndose como un factor predominante debido a la situación de un periodo vulnerable en la que la reorganización cerebral necesita nutrirse adecuadamente. Esta inanición disminuye el cerebro provocando variadas alteraciones conductuales y psicosociales, como pueden ser la inestabilidad emocional, la falta de habilidades sociales. La zona de control del apetito ayuda a explicar los TCA, pues se compone de 3 elementos (Treasure *et al.*, 2010):

- El sistema homeostático, localizado en el tronco cerebral y el hipotálamo, es el encargado de ofrecer información de los estados del hambre.
- El sistema de conducción neuronal dispuestos en la corteza mesolímbica y en el cuerpo estriado, encargados de las estructuras neuronales necesarias para los sentidos, implicando en el aprendizaje y la memoria, otorgando un valor de recompensa relacionado con la comida y la motivación.
- La autorregulación de los objetivos de la vida, localizado en el llamado "Top-Down".

Para Culbert *et al.* (2015), los procesos neurocognitivos se están consolidando como factores que marcan la diferencia en los riesgos de los TCA. Nos hablan de dos de estos procesos relacionados con estos trastornos; la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio.

Por otro lado, se pueden heredar los rasgos de personalidad de los familiares influyendo de esta manera la aparición de los TCA en alguno de sus miembros. Se tiene constancia de

que las madres y los padres que tienden a tener el perfeccionismo como un rasgo de personalidad, podrían mediar genéticamente en sus hijos con TCA (Woodside *et al*, 2001).

#### 1.4.7 Intervención psicoeducativa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Un buen tratamiento que lleve a la recuperación de los pacientes con TCA debe de conseguirse mediante un equipo multidisciplinar y a través de una diversidad de distintas disciplinas en los que se encuentren médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y educadores (Becker *et al.*, 1999).

Cómo métodos de prevención, Caplan (1966), distingue tres de ellos. Una prevención primaria consistente en reducir los factores que pueden originar la enfermedad, otra prevención secundaria cuya finalidad sería el minimizar el transcurso de la enfermedad y por último la prevención terciaria siendo su objetivo en evitar la recaída del sujeto, por lo que es de vital importancia establecer programas formativos y educativos centrados en la prevención de estos trastornos, en la formación de los profesionales, familiares, y en la intervención con pacientes.

En este sentido, la intervención psicoeducativa proporciona elementos teóricos y prácticos dirigidos a las personas implicadas desde una perspectiva sociocultural, psicológica y biológica, fomentando la comprensión de los pacientes sobre la manera que actúa este trastorno (Losada & Zavalía, 2019). De esta forma, se pueden trabajar elementos problemáticos definitorios de esta población, a la vez que mejoran habilidades como pueden ser la asertividad, la gestión del estrés, la comunicación, la relajación, las habilidades sociales o el afrontamiento (Losada & Zavalía, 2019).

#### 1.4.7.1 Prevención primaria educativa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

La prevención es una de las grandes armas con las que se cuenta para poder hacer frente a esta trastorno, pues su finalidad es eliminar ciertos factores que faciliten la aparición de los TCA, a la vez que mejoran las conductas y capacidades personales (Soldado, 2006). No obstante, en la prevención se pueden encontrar graves riesgos relacionados con la generación de un estado de alerta y pánico que conlleve a una mala actuación debido al desconocimiento del problema o por otro lado que acabe siendo una manera de aprender conductas inapropiadas (Crispo *et al.*, 2011).

Una buena detección temprana puede llegar a mejorar el pronóstico de la persona que lo padece, prevenir una evolución del trastorno para no llegar a cronificarse y evitar complicaciones de tipo psicológicas, sociales o somáticas (Kalindjian *et al.*, 2021).

Esta cuestión de prevención es aceptada en múltiples investigaciones, como en Carter *et al.* (1997), en la cual se estudió el impacto de larga duración de un programa de prevención de TCA en adolescentes, obteniendo como resultado un efecto contrario aumentando la restricción de la dieta. Para evitar este problema, los programas psicoeducativos dirigidos a la prevención primaria de los TCA deben de realizarse indirectamente a través de factores multicausales de riesgo, como pueden ser la auto exigencia, una baja autoestima, demasiada autocrítica, déficit de auto refuerzo, impulsividad, pobres relaciones sociales, mal comportamiento hacia la comida, requisito de aprobación, presión social o insatisfacción corporal (Casado & Helguera, 2008).

Casado & Helguera (2008) se refieren a la prevención primaria como aquellas acciones que se llevan a cabo previamente a la aparición del trastorno. Para estos autores las estrategias educativas a seguir deben de centrarse en los siguientes aspectos:

- Información a toda la población inclusive a aquellos grupos con alto riesgo.

- Actuaciones de intervención cuya finalidad sea transformar conductas que puedan favorecer a la aparición de la enfermedad, como pueden ser actividades dirigidas a mejorar la autoestima o la autorregulación.

- Actuaciones sobre la influencia cultural en los estereotipos de belleza y adelgazamiento.

Según Calcedo (2016), el objetivo primordial de la prevención primaria debe de versar sobre la identificación de los agentes que incrementen la vulnerabilidad de los sujetos. Para Turón (2003), su finalidad consiste en disminuir los casos de desarrollo de los TCA, apoyándose en una información integra de los mismos a través de multitud de programas que palien los riesgos desencadenantes de la enfermedad. Lobo (2013) identifica los procesos biológicos, psicológicos o sociales como aquellos factores a intervenir a través de programas psicopedagógicos para prevenir su aparición.

Es recomendable trabajar las actitudes intrapersonales e interpersonales de los sujetos a los que se les apliquen programas preventivos, abordando temas como la capacidad evaluativa de la importancia que tienen los factores sociales y cómo afectan a la conducta del individuo, educación de pensamiento crítico para hacer frente a los prejuicios y estereotipos inmersos en la cultura y la jerarquización y clarificación de los valores personales, otorgando de esta manera unas capacidades de resistencia ante la presión que la cultura inflige en las personas (Turón, 2003).

Un ejemplo de programa de prevención de los TCA es el propuesto por Gómez *et al.* (2012), dirigido a alumnado de Educación Secundaria Obligatoria el cual propone una serie de objetivos principales que posee dicho programa:

- Prevenir los TCA, como la anorexia, la bulimia y los TCANE, en la población adolescente.

- Promover estilos de vida saludable.
- Potenciar elementos de protección frente a este tipo de trastorno.
- Fomentar el pensamiento crítico dirigido a luchar contra los estereotipos corporales.

Para lograr estos objetivos, el programa de prevención de Gómez *et al.* (2012), se lleva a cabo las distintas actividades a través de 6 sesiones:

Tabla 13.

*Estructura de programa de prevención*

Sesiones	Contenido	Actividades
Sesión 1	Alimentación	Encuesta dietética de pequeño grupo
	Nutrición	Charla
	Ejercicio	Discusión
Sesión 2	Imagen Corporal	Dibujo figura humana “ideal”
	Sexualidad	Juego de roles “el gordito”
	Crítica del modelo estético	Imágenes de publicidad con crítica Dramatización de anuncio
Sesión 3	Auto concepto	Árbol de autoestima
	Autoestima	Anuncio publicitario
		Espejo “Caricias” interpersonales
Sesión 4	Asertividad	Juego de roles
	Habilidades Sociales	Expresión de emociones
		Dinámicas de grupo

Sesión 5	Medidas pos programa	Peso y Talla con cálculo de IMC
	Evaluación	Debate
Sesión 6	Trabajo con la familia	Charla informativa
		Folleto informativo

*Nota.* Adaptado de Gómez *et al.* (2012, p.54)

No obstante, como expone Casado & Helguera (2008), hay que ser conscientes de los peligros que puede tener estos programas educativos dirigidos a la prevención de TCA, pues puede suponer información “atractiva” para muchas personas, pues existe una tendencia de romantizar este tipo de enfermedad. También puede ocasionar obsesión a la hora de medir el peso y la talla del IMC, por lo que este elemento puede obviarse en los programas educativos (Casado & Helguera, 2008).

Por último, uno de los programas de prevención validado es el “*Everybody has a body*”, por lo que es una herramienta adecuada para el objetivo de prevenir la aparición de un TCA en la educación primaria (Alonso-Tena *et al.*, 2023). Este programa tiene resultados positivos en educación crítica orientada a los medios de comunicación, proporcionando herramientas al alumnado para evaluar los cánones de belleza (Alonso-Tena *et al.*, 2023).

Dicho programa posee tres módulos distintos: 1) alimentación y nutrición; 2) Salud y bienestar y; 3) modelo estético e imagen corporal (Alonso-Tena *et al.*, 2023). Los módulos no solo se centran en la alimentación, sino que intenta trabajar en el refuerzo de los factores de protección tales como la mejora de la autoestima, la imagen corporal, valores e intereses personales diferentes a la estética, el pensamiento crítico orientado a los medios de comunicación, los estereotipos sociales, mejores hábitos de vida saludables, gestión emocional entre otros (Alonso-Tena *et al.*, 2023).

#### 1.4.7.2 Psicoeducación a familiares

Anteriormente hemos hablado de la familia como un factor indispensable para la aparición de esta enfermedad, por lo que es recomendable trabajar con ellos a través de programas psicoeducativos. Casado & Helguera (2008), proponen que el trabajo con los padres debe de estar orientado en dos objetivos. El primero sería ofrecer información respecto a estrategias de detección temprana de aquellas conductas o hábitos de riesgo o factores directos del trastorno. El segundo objetivo sería ampliar el conocimiento de estos trastornos con la finalidad de llevar a cabo acciones preventivas ajustadas a las necesidades de la población. Como en las acciones preventivas, se debe de trabajar con los familiares en habilidades sociales para proporcionar herramientas necesarias para saber solventar situaciones entre padres e hijos, favoreciendo un estado de empatía mutua y comunicación para la detección precoz por parte de los padres (Casado & Helguera, 2008).

La actuación grupal es fundamental en los programadas psicoeducativos dirigidos a familiares, pues combinan diversos temas referidos a la enfermedad, como pueden ser su evolución, los tratamientos existentes, o la importancia de lograr una buena convivencia familiar, con las capacidades de resolución de problemas (Gutiérrez *et al.*, 2014). En un estudio realizado por Gutiérrez *et al.* (2014), se analizó el impacto que tuvo el “Programa de psicoeducación familiar para TCA”. Los resultados indicaron una serie de beneficios de aquellos familiares que participaron en el programa como la reducción del malestar grupal y las dificultades que se pueden encontrar cuando se cuida a un miembro de la familia con TCA, Asimismo esto repercutió positivamente en el estado emocional de la familia debido también al encuentro con otras personas en una situación parecida. Por otro lado, todo esto benefició en la recuperación de los pacientes, mejorando las conductas alimentaria disfuncionales de los mismos. Todos estos cambios se mantuvieron en el tiempo (Gutiérrez *et al.*, 2014).

El programa llevado a cabo por Gutiérrez *et al.* (2014), consta de 6 sesiones con objetivos diferentes:

Tabla 14.

*Programa de psicoeducación familiar para TCA*

<i>Módulo I. El TCA</i>	
<p>Sesión 1. Presentación de los TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es un TCA?</li> <li>• Diagnóstico y características generales</li> <li>• Subtipos. Externalizar la enfermedad (“falsa amiga”)</li> <li>• Prevalencia y epidemiología</li> <li>• Curso y pronóstico</li> </ul>	<p>Sesión 2. Consecuencias asociadas al TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias psicológicas</li> <li>• Consecuencias sociales/familiares</li> <li>• Consecuencias físicas y riesgos para la salud</li> </ul>
<i>Módulo II. Cómo se produce el TCA</i>	
<p>Sesión 3. ¿Cómo se explica? (I): causas asociadas al TCA</p> <p>Modelo multicausal del TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitos y realidades sobre el TCA</li> <li>• Factores precipitantes</li> <li>• Factores mantenedores</li> </ul>	<p>Sesión 4. ¿Cómo se explica? (II): factores de mantenimiento del TCA</p> <p>Modelo transdiagnóstico del TCA</p> <p>Perspectiva psicoanalíticas y relacional sistémica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupaciones extremas sobre el cuerpo y el peso</li> <li>• Dieta extrema</li> <li>• Comer compulsivamente</li> <li>• Función del síntoma del TCA: regulación emocional a través de los síntomas</li> </ul>
<i>Módulo III. Tratamiento del TCA</i>	
<p>Sesión 5. ¿Cómo puedo ayudar yo? Hijos y padres frente a la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceso de motivación al cambio</li> <li>- Líneas generales de afrontamiento</li> </ul> </li> <li>• Hijo enfermo ante el TCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vómitos auto inducidos</li> <li>- Mal uso de diuréticos y laxantes</li> <li>- El ejercicio físico en el TCA: sobre ejercicio vs ejercicio supervisado</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sesión 6. ¿Cómo pueden ayudar los profesionales?</p> <p>Recursos públicos para el tratamiento del TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto de tratamiento</li> <li>• Coordinación multidisciplinar</li> <li>• Red de tratamiento</li> <li>• Niveles de cuidado</li> </ul>

- 
- Relación entre padres e hijos ante el TCA
    - Ciclos de interacción en torno a la emoción expresada
  - Niveles de atención
  - Hospitalización
  - Unidad de TCA
  - Tratamiento ambulatorio
  - Tratamiento psicofarmacológico
  - Tratamiento psicoterapéutico
- 

*Nota.* Adaptado de Gutiérrez *et al.* (2014, p.138)

Otro de los programas pioneros es el llevado a cabo por Holtkamp *et al.* (2005), denominado “*The Aachen*”, el cual consta de cinco sesiones con una duración de 90 minutos cada una, cuyo objetivo principal es incidir en la comprensión del trastorno por parte de los familiares. La comprensión de los familiares en estos casos es esencial para que el tratamiento de sus hijos se eficaz (Holtkamp, 2005).

Siguiendo esta línea, para Jauregui (2005) el buen funcionamiento de las intervenciones con familiares tiene su causa en la reducción de la hostilidad y de la excesiva crítica, en el aumento del conocimiento de la enfermedad y por ende de su tratamiento y por proporcionar un alivio que sufren los familiares debido a la sobrecarga de problemas.

En definitiva, con la intervención familiar se pretende generar conciencia del problema que consiga motivarlos para que intervengan y se impliquen en todo el proceso de recuperación del paciente, tratando cómo deben de actuar en situaciones problemáticas y aumentando sus habilidades que posibilite un buen entorno familiar (Jorquera, 2015).

#### 1.4.7.3 Intervención psicoeducativa a pacientes

La intervención psicoeducativa directa con pacientes es de vital importancia para conseguir el alta completa de los mismos, pues un programa de este tipo facilita el proceso de recuperación debido al impacto indirecto del mismo (Pettersen *et al.*, 2010).

En los programas psicoeducativos dirigidos a los TCA, se puede distinguir dos tipos: informativos y conductuales. Los primeros se centran, como su nombre indica, en proporcionar información al paciente sobre cómo funciona el trastorno, mientras que el

segundo tipo está orientado a priorizar la adquisición de habilidades por parte del paciente en su comportamiento, como puede ser la gestión del estrés, el cambio de actitud, el cuidado personal, la detección de síntomas que puedan originar recaídas en el tratamiento o la identificación de conductas desencadenante (Losada & Zavalía, 2019). Los programas informativos suelen tener una corta duración y su eficacia es limitada, mientras que los programas dirigidos al cambio conductual tienden a mantenerse en el tiempo, aunque los dos son igual de importantes en las distintas etapas de evolución del TCA (Losada & Zavalía, 2019).

Cómo ya se ha comentado, un rasgo característico de los pacientes con TCA es la idea errónea que poseen sobre su conducta alimentaria y la autopercepción de la imagen corporal, por lo que es de vital importancia la creación de grupos formativos e informativos denominados psicoeducativos dirigidos expresamente a los pacientes de este trastorno (Fernández & Turón, 1998). Para estos autores, los pacientes deben ser informados al principio de la intervención de los siguientes aspectos:

Tabla 15.

*Temáticas a abordar en pacientes a través de programas psicoeducativos*

- 
1. Ideales de belleza e influencia sociocultural.
  2. Consecuencias negativas del uso de conductas purgativas.
  3. Importancia de la normalización de la ingesta como primer mecanismo para detener el círculo vicioso de atracones-vómitos.
  4. Multicausalidad de la bulimia nerviosa.
  5. Repercusiones físicas y psicológicas de la desnutrición.
  6. Teoría del set-point, regulación fisiológica del peso corporal y determinación de un peso adecuado.
- 

*Nota.* Adaptado de Fernández & Turón (1998, p.162).

En la “*tabla 15*”, se puede observar que todos los temas propuestos son problemáticas inherentes a los TCA, por lo que para Calado (2010), la finalidad de estos programas es educar a aquellas personas que sufren de este trastorno en el entendimiento y actuación de la

enfermedad. Para ello se trabajan las fortalezas y las habilidades de cada paciente que hagan cambiar esas malas costumbres por actitudes más saludables.

Tabla 16.

*Ventajas de proyectos psicoeducativos*

- 
- Aplicación Grupal.
  - Cambios en la motivación de aquellas personas que se resisten a la terapia individual.
  - Sentimientos de Autoeficacia que lleven a la mejoría.
  - Progresión en la autonomía, poniendo énfasis en la participación y responsabilidad del individuo como agente proactivo.
  - La información otorgada a los pacientes es muy valorada por los mismos.
  - La Psicoeducación puede llevarse a cabo por distintos profesionales.
- 

*Nota.* Adaptado de Calado (2010, p. 84)

Para las cuestiones definidas en la “*tabla 16*”, los programas psicoeducativos con pacientes con TCA se llevan a cabo una serie de técnicas en las que destaca es la terapia cognitivo-conductual, pues es el tratamiento más aceptado en casos de AN y BN, debido a que la psicopatología de estas enfermedades como es la sobrevaloración de la forma y peso corporal es puramente de naturaleza cognitiva (Murphy *et al.*, 2010).

Según Flores (2020), en su estudio a través de un programa psicoeducativo dirigido a personas con TCA, una intervención educativa incide en la disminución de la insatisfacción de la imagen corporal y la ansiedad que esta provoca en todos los ámbitos, específicamente cuando suceden relaciones sexuales. También se destacaron cambios positivos importantes en la estima corporal y la autoestima de las personas a las que se les aplicó el programa (Flores, 2020).

Dicho programa se basa en el desarrollo educativo de los siguientes objetivos (Flores, 2020):

- Explicar el desarrollo de la imagen corporal positiva o negativa en las distintas etapas.

- Identificar situaciones negativas que activan diversos pensamientos, interpretaciones o emociones desadaptativas sobre la imagen corporal.
- Entender sus propias experiencias.
- Monitorizar sus pensamientos y conductas.
- Evaluación de pensamientos, creencias, emociones, comportamientos, etc.

Por otro lado, uno de los programas novedosos de prevención de los TCA es el llevado a cabo por Breithaupt *et al.*, (2019), llamado “REbeL”, en el cual se utiliza modelos de autoselección voluntaria dentro de la etapa escolar de secundaria y se centra en una metodología de empoderamiento y disonancia cognitiva. En ellos, el profesorado y el alumnado colaboran conjuntamente en actividades grupales que critican ideales que puedan hacer proliferar un TCA y potenciar cambios a nivel macro en las escuelas y en la comunidad. Los hallazgos del estudio piloto mostraron sentimientos de empoderamiento, disminución de conductas y cogniciones propias de los TCA y los sentimientos de empoderamiento (Breithaupt *et al.*, 2019).

#### 1.4.8 Autocontrol, estrés y toma de decisiones en los TCA

Cómo ya se ha hablado con anterioridad, los TCA conllevan diversas dificultades tanto a nivel físico como a nivel cognitivo. Uno de ellos es el autocontrol, pues influye en los TCA desde diferentes perspectivas dependiendo de la tipología con la que se encuentre la paciente, sugiriendo un perfil de tipo restrictivo como la AN, un sobre control obsesivo y desadaptativo, mientras que perfiles de BN obtienen rasgos más impulsivos, y por tanto, evidencian una falta de autocontrol adaptativo (Claes *et al.*, 2006).

En este sentido, para Hollander (1998), las personas con perfil obsesivo, tienden a mantener conductas hipervigilantes con la finalidad de reducir su malestar y ansiedad, o

simplemente para estar alerta sobre elementos que puedan influir en las ideas irracionales producidas por el trastorno. Por otro lado, en el extremo opuesto se encuentran las personas con TCA con tendencias impulsivas que buscan la recompensa inmediata (Hollander, 1998).

No obstante, algunas evidencias científicas han demostrado que los perfiles de sintomatología AN, también tienen ciclos más impulsivos como pueden ser los subtipos de atracones-purgas, a la vez que personas con BN, en algunos casos presentan síntomas obsesivo-compulsivos con respecto al autocontrol (Aragona & Vella, 1998). De esta forma, las pacientes diagnosticadas con AN con rasgos de impulsividad, muestran una mayor relación con las pacientes diagnosticadas con BN (Butler & Montgomery, 2005; Aragona & Vella, 1998).

Sin embargo, la tendencia principal de la misma, muestra que las personas con AN tienden a tener un autocontrol obsesivo, y por tanto, no adaptativo, que conlleva consecuencias negativas para la persona que lo padece, mientras que la BN conlleva la problemática de la impulsividad (Claes *et al.*, 2006; Hovrud *et al.*, 2020; Pauligk *et al.*, 2021). Ambas opciones crean consecuencias desadaptativas para el individuo, en las que se encuentran entre ellas el estrés (Ngan *et al.*, 2017), ya que desde que Holmes y Rahe (1967), crearan un cuestionario de los sucesos estresantes más comunes, el ámbito alimentario y sus variables indirectas, se ha establecido como uno de los más importantes y a tener en cuenta a la hora de investigar e intervenir.

Para Behar & Valdés (2009), los eventos estresantes son elementos predisponentes para la aparición de un TCA, sobre todo el año previo a la aparición del mismo.

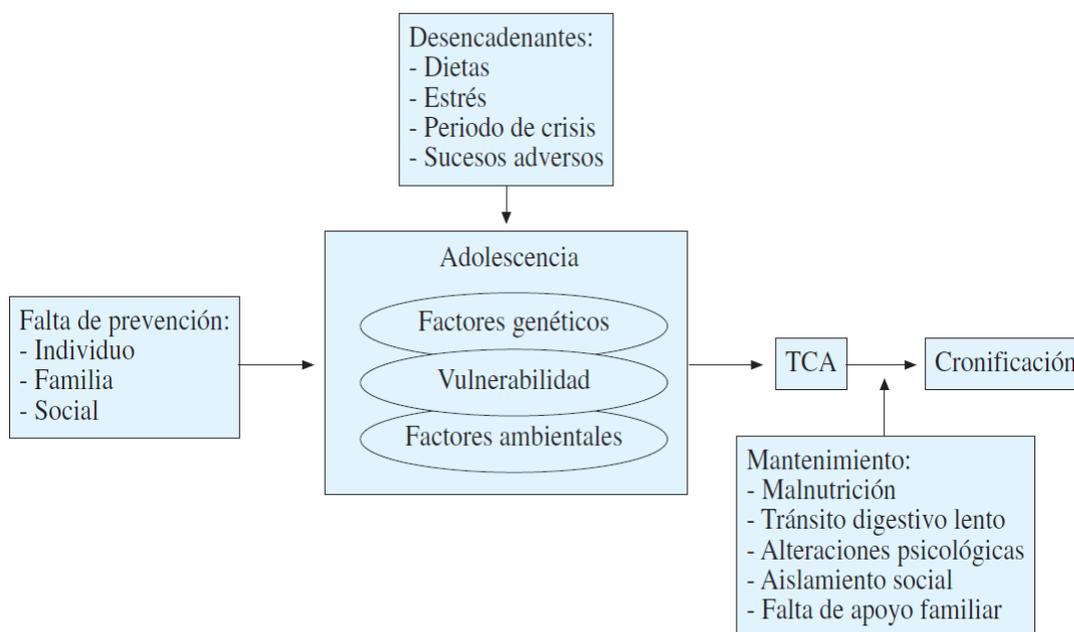
Según Welch *et al.* (1997), ciertas circunstancias propician el desarrollo de Bulimia Nerviosa, como puede ser las disputas familiares, habilidades sociales disruptivas, enfermedades física, amenazas sobre la integridad, abusos sexuales, embarazos, etc. Por otro

lado, los factores estresantes desencadenantes de la AN, están relacionados con la exigencia académica, las separaciones familiares, conflictos sociales o enfermedades físicas, estableciéndose más en personas con baja autoestima, perfeccionistas y con problemas interpersonales (Behar & Valdés, 2009; Slade, 1982).

En el estudio llevado a cabo por Behar & Valdés (2009). Las pacientes con TCA experimentan un mayor grado de estrés y de eventos que hacen mantener el trastorno y por ende dificultar su tratamiento, siendo las discusiones familiares el factor más frecuente. También se encontraron factoras como el temor a madurar, alexitimia, baja autoestima, motivación para la disminución de peso o la distorsión de la imagen corporal.

Figura 21.

*Modelo casual de los trastornos del comportamiento alimentario*



*Nota.* Adaptado de Madruga *et al.* (2013, p. 326)

En la “figura 21”, se observa como el estrés es uno de los principales desencadenantes de la aparición de un TCA, incluso un agravante en los periodos de crisis y los sucesos adversos (Madruga *et al.*, 2013). En esta característica agravante del estrés, se produce un efecto

debilitador sobre la persona que padece el trastorno, lo que precipita la aparición de otros tipos trastornos comórbidos como puede ser la ansiedad (Behar & Valdés, 2009; Doumit *et al.*, 2017; Madruga *et al.*, 2013).

Por otro lado, en ciertas etapas de la vida del sujeto, el estrés tiene una mayor incidencia para provocar o favorecer un TCA, como puede ser en la adolescencia y en la etapa universitaria (Doumit *et al.*, 2017; Zapata, 2019). En estas etapas se produce cambios a niveles psicológicos y físicos, siendo también muy importantes la gestión emocional, lo que significa que depende de la trayectoria del individuo, puede ser propenso a tener problemas alimentarios (Zapata, 2019). El estrés social en esta población y en estas etapas, se agudiza, especialmente en la preocupación con el aspecto físico, las exigencias en todo tipo de ambientes como en el ámbito académico, grupo de iguales, familia, etc. (Zapata, 2019).

Por tanto, el ámbito académico se posiciona como un factor estresante, aún sin padecer un TCA, propiciando problemas en el aprendizaje como trastornos de la concentración, problemas de memoria o la disminución en el rendimiento académico (Doumit *et al.*, 2017; Lahortiga & Cano, 2005; Ngan *et al.*, 2017). Estos problemas académicos influyen en la conducta y el afrontamiento de estas personas, pues su elección es aumentar el empeño académico, en muchas ocasiones obsesivo e ineficaz, lo que a su vez genera mayor ansiedad, angustia y estrés, agudizando más el bajo rendimiento académico y creándose un círculo vicioso negativo (Lahortiga & Cano, 2005).

Es conveniente considerar una de las fuentes de estrés más comunes en un TCA, la cual está orientada a la fijación de metas exigentes debido al grado de perfeccionismo (Lahortiga & Cano, 2005). Al establecer objetivos no realistas, la imposibilidad de conseguirlos es mayor, lo que provoca el fracaso de los mismos y un aumento del estrés y la ansiedad (Lahortiga & Cano, 2005). Este factor también es causante de una valoración personal basada en el “todo

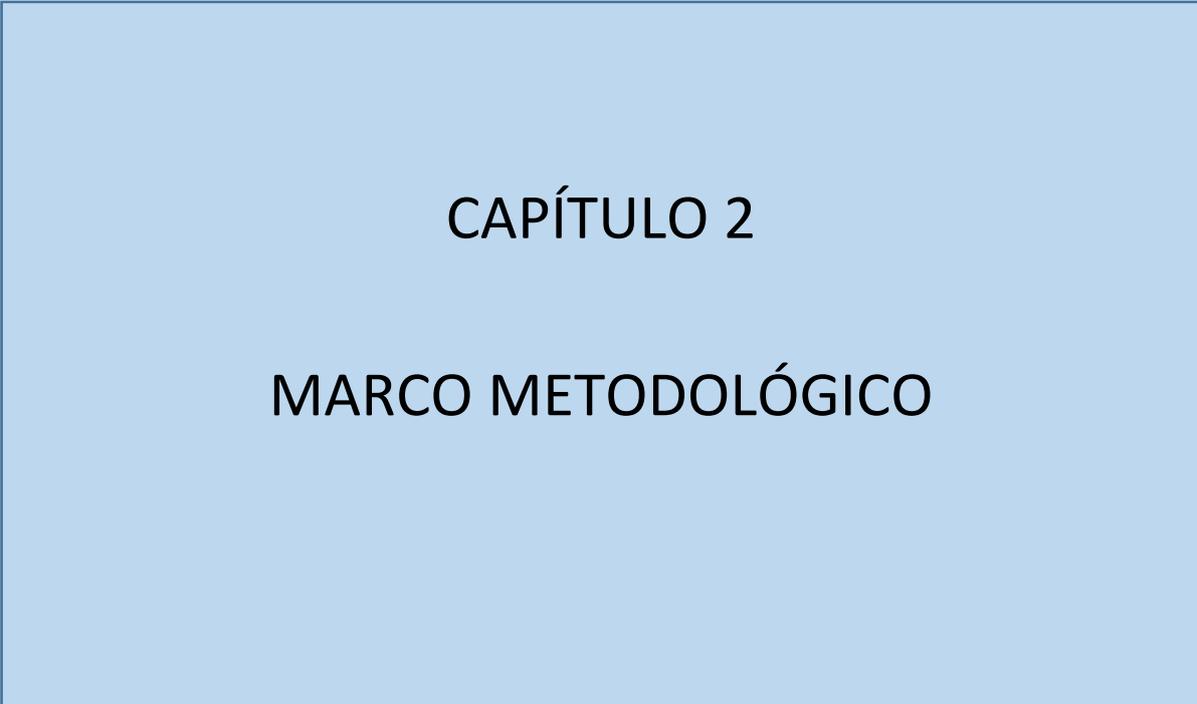
o nada” para valorar los logros en cualquier ámbito, creando estrés al aparecer sentimientos de inferioridad y de minusvaloración (Lahortiga & Cano, 2005).

Es por tanto la exigencia y el perfeccionismo en cualquier ámbito de las personas con TCA, los elementos relacionados con el estrés, aunque resulta complicado consolidar si el estrés los propicia o es consecuencia de ellos, por lo que dependerá de cada tipo de personalidad (Lahortiga & Cano, 2005). De igual forma, algunas personas con TCA, el estrés está relacionado con la aparición de cambios en el hábito de la conducta alimentaria, pero también se relaciona la ocurrencia del estrés debido a la aparición primero de esas conductas alimentarias (Behar & Valdés, 2019).

Por último, otro de los elementos cognitivos que más problemáticas presentan los TCA es la toma de decisiones, puesto que las pacientes con este tipo de trastorno prefieren las recompensas inmediatas en detrimento a las recompensas a largo plazo y más beneficiosas (Lucas *et al.*, 2021; Tchanturia *et al.*, 2012).

Esta dificultad en la toma de decisiones se debe en gran parte a la impulsividad que las pacientes con TCA muestran a lo largo de sus acciones cotidianas, pues impiden llevar a cabo un plan de acción eficiente que asegure una toma de decisiones positiva para la persona, por lo que tienden a tomar las elecciones menos ventajosas y las que más pérdidas o elementos negativos se obtienen (Tchanturia *et al.*, 2012).

Los resultados de una mala toma de decisiones en pacientes con TCA, pueden llevar a originar niveles altos de ansiedad y depresión, siendo elementos comórbidos con los TCA (Euchan *et al.*, 2018).



**CAPÍTULO 2**

**MARCO METODOLÓGICO**

## 2. MARCO METODOLÓGICO

### 2.1 Problema de investigación

Desde el análisis del marco teórico, se vislumbra la problemática que supone los TCA en las personas que lo sufren, surgiendo la necesidad de abordar esta situación a través de acciones formativas y de intervención educativa creadas mediante una investigación educativa previamente diseñada.

Cómo ya se ha hablado con anterioridad, este trastorno afecta a la gestión del estrés (Charfi *et al.*, 2015; Doumit *et al.*, 2017; Grüttner, 2018; Ngan *et al.*, 2017; Zapata, 2019) y la toma de decisiones del sujeto con TCA (Euchan *et al.*, 2019; Fagundo *et al.*, 2012; Lucas *et al.*, 2021; Perpiña *et al.*, 2017; Tchanturia *et al.*, 2012), por lo que resulta imprescindible encontrar soluciones para mejorar la calidad de estas habilidades. Por ello se propone el autocontrol como un elemento a tener en cuenta para futuras intervenciones educativas que contribuya a una mejora significativa en la toma de decisiones o que incremente la adquisición del conocimiento ya existente y las relaciones que existen entre las variables estudiadas (Butler & Montgomery, 2005; Fisher *et al.*, 1994).

No obstante, también se han encontrado problemáticas de autocontrol en las personas que sufren este trastorno a la hora de limitar el polo opuesto impulsivo o de la tenencia de un autocontrol obsesivo, y por tanto, desadaptativo (Butler & Montgomery, 2005; Claes *et al.*, 2006; Hovrud *et al.*, 2020; Pauligk *et al.*, 2021).

De esta problemática surge de la importancia de proyectos de intervención educativa, comprobada en la bibliografía revisada de manera independiente a través de los constructos que se van a analizar. Primeramente, se ha detallado la eficacia del autocontrol adaptativo en otras áreas problemáticas y en las que son objeto de este estudio, como la gestión del estrés

y la toma de decisiones (Cheung *et al.*, 2014; Muraven *et al.*, 1998; Tangney *et al.*, 2004; Uziel; 2018). Por otro lado, se conoce que la población con TCA sufre un déficit en el abordaje del estrés, siendo uno de las variables que influyen en el deterioro tanto a nivel psíquico y físico (Behar & Valdés, 2009). Por último, también se ha comprobado la problemática que tienen las personas con TCA en cuanto a tomar decisiones eficientes en su vida diaria (Euchan *et al.*, 2019; Fagundo *et al.*, 2012; Lucas *et al.*, 2021; Perpiña *et al.*, 2017; Tanchuria *et al.*, 2012).

De esta manera, el autocontrol, la gestión del estrés y la toma de decisiones correctas por parte de las personas con TCA se posicionan como el área problemática de esta investigación, por lo que todos los esfuerzos irán dirigidos a conocer y paliar los efectos perjudiciales que produce en el individuo y para mejorar sus decisiones.

En base a estos planteamientos, se han generado un problema de investigación con el que se trabajará a través de distintas hipótesis y objetivos:

- ¿Existen relaciones entre el autocontrol, estrés percibido y la toma de decisiones en personas con TCA? ¿Se puede diseñar un proyecto de intervención educativa para personas con TCA y un proyecto formativo para profesionales de distinta índole en base a las relaciones de las variables seleccionadas?

En la formulación de este problema, se ha tenido en cuenta las características y los recursos con los que dispone la investigación, así como la relevancia que podría tener en la comunidad científica.

## 2.2 Objetivos de la investigación

Partiendo de la problemática del apartado anterior, se formularán objetivos destinados a conseguir las respuestas de las mismas. Para conseguir este resultado, se ha propuesto 1 objetivo general y 5 específicos

Objetivo general:

- Conocer las relaciones y cómo interactúan las variables del autocontrol, el estrés percibido y la toma de decisiones en personas con TCA con la finalidad de diseñar un proyecto de intervención educativa y formación.

Objetivos específicos:

- Objetivo específico 1: Conocer si las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA.
- Objetivo específico 2: Conocer si las personas con TCA tienen más niveles de estrés percibido que las personas sin TCA.
- Objetivo específico 3: Conocer si el estrés percibido predice negativamente los niveles de autocontrol.
- Objetivo específico 4: Conocer las relaciones del autocontrol entre el estrés percibido y la toma de decisiones mediante la entrevista y grupo de discusión.
- Objetivo específico 5: Detectar otras variables influyentes en los TCA mediante las entrevistas y grupo de discusión.

### 2.3 Hipótesis de la investigación

A partir de los objetivos anteriores y del análisis de la revisión sistemática de la literatura científica de todas las áreas implicadas en la investigación, se especificará la hipótesis de los objetivos propuestos. Todas estas acciones han proporcionado información suficiente para establecer hipótesis de los objetivos específicos, y por tanto, responder a los objetivos generales:

Ante el primer objetivo de la investigación “Conocer si las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA.”, se formula la siguiente hipótesis:

- 1) Las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA.

Conforme el segundo objetivo *“Conocer si las personas con TCA tienen más niveles de estrés percibido que las personas sin TCA”* se formula la siguiente hipótesis:

- 2) Las personas con TCA tienen más niveles de estrés percibido que las personas sin TCA.

Según el tercer objetivo específico *“Conocer si el estrés percibido predice negativamente los niveles de autocontrol”* se crea la siguiente hipótesis:

- 3) El estrés percibido predice negativamente los niveles de autocontrol.

Para el cuarto objetivo específico *“Conocer la retroalimentación del autocontrol en el estrés percibido y la toma de decisiones mediante la entrevistas y grupo de discusión”* se formula la siguiente hipótesis:

- 4) La mejora del autocontrol retroalimenta positivamente al estrés percibido y la capacidad de tomar decisiones en personas con TCA.

Conforme el quinto objetivo específico *“Detectar otras variables influyentes en los TCA mediante las entrevistas y grupo de discusión”*, se realiza la siguiente hipótesis:

- 5) Se encuentran otras variables influyentes en personas con TCA como la gestión emocional, el ámbito académico y las relaciones familiares y sociales.

## 2.4 Planteamiento metodológico

Para que una determinada realidad educativa pueda ser analizada de forma exhaustiva y eficaz, deben darse una serie de procedimientos que permitan abordar el contexto al que es referido mediante el método científico (Buendía *et al.*, 1998). En este sentido *“Cualquier definición de investigación ha de hacer referencia al fenómeno o campo de estudio al que se refiere (...), a los métodos, procedimientos y técnicas adecuadas (métodos y metodología), y al propósito que desea resolver”* (Buendía *et al.*, 1998, p.3).

El método, del griego "*Methodos*", es referido al camino que se debe de seguir para lograr una finalidad previamente establecida. No obstante, para conseguir este objetivo, el método debe de tener un determinado orden tanto en la forma de proceder como en el procedimiento elegido (Buendía *et al*, 1998). Para Buendía *et al* (1998), una buena definición de método sería la siguiente: "Conjunto de procedimientos que permiten abordar un problema de investigación con el fin de lograr unos objetivos determinados" (p.6).

La metodología de investigación educativa está centrada en diversos paradigmas de los cuales los más difundidos son el positivista, el interpretativo y el socio crítico, aunque su criterio clasificatorio en educación es amplio (Gil Álvarez *et al.*, 2017).

A modo general, el positivista, o también llamado cuantitativo, predomina en una gran parte de las comunidades científicas, asumiendo "Una concepción única, objetiva y tangible, que puede ser fragmentada en partes, para su estudio" (Gil Álvarez *et al.*, 2017, p. 73). La finalidad de este paradigma es controlar, predecir y explicar los fenómenos a través del método hipotético-deductivo, permitiendo llegar a un novedoso conocimiento (Gil Álvarez *et al.*, 2017).

La metodología cuantitativa resulta conveniente si existe un cuerpo teórico firme que fundamente los constructos y los conceptos que se van a investigar desde una perspectiva mensurable y concreta (Ugalde & Balbastre, 2013). Esta afirmación da consistencia a la implicación de la investigación cuantitativa como método para contrastar hipótesis basadas en el cuerpo teórico (Ugalde & Balbastre, 2013). De esta forma, el pensamiento del paradigma positivista va desde lo general del conocimiento a lo particular, es decir, es un tipo de pensamiento deductivo, pues emplea como ya se ha comentado, herramientas de recogida de información y análisis con el objetivo de comprobar las hipótesis previamente detalladas

a través del uso de la medición y la estadística sin llegar a profundizar en la precisión de las causas (Gil Álvarez *et al.*, 2017).

En el lado opuesto se encuentra el paradigma interpretativo o cualitativo, aunque también es llamado por diversos nombres como etnográfico, naturalista o humanista, pues se centra primordialmente en los estudios relacionados con el significado de las conductas humanas y sociales las cuales se encuentran en un ambiente holístico y dinámico (Gil Álvarez *et al.*, 2017). Como en el aspecto cuantitativo, el campo de la educación ha cogido los procedimientos de otras disciplinas como la psicología, antropología o la sociología para tratar de abordar los distintos problemas educativos (Buendía *et al.*, 1998).

Para Cerron (2019), el paradigma cualitativo permite llevar a cabo la aplicación continua en la estructura de la realidad educativa, a través de las distintas realidades del objeto de investigación. Esto es posible gracias a la síntesis de distintas metodologías de índole interpretativa como puede ser la hermenéutica, la etnografía, la investigación-acción o la fenomenología, las cuales cuentan con multitud de herramientas siendo algunas de las más importantes la teorización, la estructuración, la categorización o la conceptualización (Cerron, 2019).

Se requiere de ciertas habilidades para que la investigación cualitativa sea eficaz y válida, Cerron (2019), propone algunas de las mismas:

Requiere de habilidades como el autocontrol, flexibilidad, transferencia, solidez, precisión, economía, simulación, realización, virtualización. Además de cinematográficas, fotométricas, grabaciones, elaboración de mapas, toma de notas, diálogo fluido, elaboración de diseños gráficos (flechas y tipos de nexos, relaciones, etc.) para integrar, relacionar y conectar simultáneamente los fenómenos. (p.4)

Por otro lado, el paradigma socio crítico surge con la finalidad de solventar las dificultades presentadas por los anteriores paradigmas, uniendo la teoría y la práctica en un binomio inseparable (Gil Álvarez *et al.*, 2017). La metodología de este paradigma se centra en la búsqueda de una comprensión profunda de la realidad que se pretende investigar, partiendo de esta forma de circunstancias reales y cotidianas. De esta manera, el objeto primordial es la transformación de las prácticas mediante la un proceso de cuestionamiento de esa realidad de la que se parte (Gil Álvarez *et al.*, 2017).

Según (Gil Álvarez *et al.*, 2017), para la recogida de datos del paradigma socio crítico, se utiliza elementos cualitativos y cuantitativos, pero teniendo los primeros un especial énfasis en la metodología. “El análisis de interpretación de datos se realiza con la participación del grupo, mediante la discusión e indagación, con alto nivel de abstracción. Los criterios de rigurosidad se encuentran en la validez consensual obtenida en la práctica” (Gil Álvarez *et al.*, 2017, p. 74).

Sin embargo, también existe la posibilidad de combinar ambos paradigmas de investigación dando lugar a una complementariedad metodológica. Esta metodología es nombrada por diferentes formas: multimétodo, ecléctica, métodos múltiples o mixta, valorizando principalmente la sumativa de fuerzas de distintas estrategias de investigación para potenciar los resultados obtenidos (Anguera *et al.*, 2018; Sarrot *et al.*, 2013). Actualmente, este tipo de investigación es una práctica habitual en la mayoría de las ciencias sociales (Forni & Grande, 2020).

Para Ruíz (2008), esta metodología está presente en todos los procesos de una investigación social, ya que se profundiza en el objeto de estudio de una forma complementaria. Los procesos implicados en este método citando a Ruíz (2008), son los siguientes:

- a) El concepto de la investigación y las preguntas ligadas al mismo.
- b) Elección del enfoque de investigación que se utilizará.
- c) La selección de la recogida y análisis de la información.
- d) Forma de interpretar los resultados.

Según Arteaga (2016), esta metodología de investigación resulta eficiente para comprender las realidades pedagógicas y sociales, permitiendo un acercamiento más exhaustivo y ordenado del elemento de estudio. La combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas permitirá llegar a una complementariedad técnica de investigación, siempre y cuando sea un procedimiento secuencial y estructurado, permitiendo observar la realidad desde distintas perspectivas (Arteaga, 2016; Forni & Grande, 2020).

La adopción de un paradigma multimétodo, involucra un enfoque híbrido y complementario que para Granados (2016), en su esencia puede contemplar infinidad de valoraciones de distinto carácter, tanto objetivo como intersubjetivo. De esta manera, Granados (2016) afirma lo siguiente:

Estamos en presencia de la investigación cualitativa como complemento de la cuantitativa y viceversa, con la variante de la utilización de diversos procedimientos metodológicos más allá de los identificados como cualitativo y cuantitativo, que permitan el logro de un conocimiento completo y preciso. (p.191)

Durante los últimos 20 años, la literatura científica sobre este tipo de enfoque complementario ha ido creciendo en número en diferentes campos de estudio, creándose un nuevo paradigma de investigación alterno al cuantitativo o cualitativo (Anguera *et al*, 2018; Feria *et al.*, 2019; Forni & Grande, 2020).

No obstante, esta aplicación multi metodológica, no solamente genera ideas de aceptación, pues para algunos autores como Lincoln & Guba (1985), citado por Blanco (2016),

consideran un error la posibilidad de integrar varias metodologías dentro de una investigación, ya que cada enfoque está relacionado con diferentes perspectivas, lo que imposibilita de esta manera una integración completa de los métodos utilizados.

Según Martínez (2011), la elección de determinado enfoque de investigación viene dado directamente a través de su fundamentación desde el punto de vista ontológico y epistemológico, lo que conlleva a una variedad de derivaciones relacionadas con la metodología, los instrumentos y las técnicas propias de cada paradigma, aunque considera posible su vinculación a través de determinadas técnicas de triangulación.

Este principio exige un esfuerzo intelectual que permita “captar la superposición e imbricación de unos sistemas en otros” (Martínez, 2011, p.74). Desde esta posición Blanco & Johann (2016), afirman lo siguiente: “Se ha desarrollado un punto de vista que fundamenta su empleo conjunto con propuestas de tipo operativas conciliatorias a través de diferentes prácticas para la integración, estrategia definida como complementariedad metodológica” (p.99). Siguiendo esta línea, Anguera *et al.* (2018), afirman que el uso de los métodos múltiples consolida una mejor comprensión del objeto de estudio que cualquier otro enfoque llevado a la práctica por separado, agregando que este tipo de modelo constituye una metodología por sí sola.

A este paradigma emergente, se le conoce como “*Paradigma Dialéctico Materialista*”, el cual se apoya en el enfoque multidisciplinar y multimétodo, integrando paradigmas cuantitativos y cualitativos (Gil Álvarez *et al.*, 2017). Las características principales de esta nueva referencia en investigación son: la compenetración de la teoría y la práctica, el análisis de los fenómenos sociales y su historia, y la dinamización del sujeto, objeto y proceso de estudio (Gil Álvarez *et al.*, 2017).

No obstante, para que este paradigma y su metodología resulte efectivo es necesario que se produzca una triangulación en el mismo estudio, la cual Blanco & Johann (2016), la definen de la siguiente forma:

La triangulación se produce cuando en un mismo estudio el investigador utiliza, por ejemplo, diferentes instrumentos de recolección de datos relacionados con cada enfoque, diferentes unidades de análisis, fuentes de información; es decir, sujetos o informantes, diseños, técnicas e incluso investigadores a medida que transcurren las distintas fases o momentos de la investigación para buscar posteriormente consonancia en los resultados. (p.108)

Dentro de la triangulación existen dos variantes principales diferentes, la primera llamada triangulación intramétodo y la segunda la triangulación entre métodos (Blanco & Johann, 2016; Forni & Grande, 2020; Ruíz, 2008). En la triangulación intramétodo, el investigador elige un enfoque y a partir del mismo elige distintas estrategias y técnicas con la finalidad de llegar a una validez y fiabilidad más robustas (Ruíz, 2008). Por otro lado, la triangulación entre métodos es la referida cuando se aplican distintas técnicas y estrategias elegidas de varios enfoques paradigmáticos al problema de estudio y al diseño posterior de la investigación (Ruíz, 2008). Ambas triangulaciones están ligadas a la validez de criterio, específicamente a la validez concurrente obtenido mediante un instrumento de recogida de datos comparado con diferentes criterios externos que comúnmente son otros resultados recogidos de otras técnicas de recogida de información (Blanco & Johann, 2016). Por último, se relacionan todas las comparaciones dando lugar a la solidez de los resultados obtenidos y por ende a la investigación (Blanco & Johann, 2016). No obstante, para Feria *et al.* (2019), la triangulación necesita indagar más en su estructura teórica y conceptual, ya que el concepto

“triangulación” genera confusiones, por lo que resulta propicio denominarla “*metodología de contrastación*” requiriendo de esta manera su aplicación intermétodo e intramétodo.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en la metodología multimétodo es la importancia de los instrumentos tecnológicos, los cuales deben de tener una confluencia entre los análisis de información cualitativa mediante análisis de contenido y códigos, el análisis social y la visualización de datos provenientes de elementos cuantitativos y cualitativos (Sánchez-Gómez *et al.*, 2018). De esta forma, la tecnología de análisis de datos están en consonancia con las características de dicho enfoque, lo que otorgará fiabilidad y validez a los resultados (Sánchez *et al.*, 2018)

En la investigación presente, se utilizará el enfoque multimétodo, por lo que toda la metodología estará en consonancia con las características que se han comentado con anterioridad. Tanto el problema de investigación, los objetivos, las hipótesis, los instrumentos de recogida de datos y su posterior análisis, partirán desde criterios de complementariedad metodológica y paradigmática, posibilitando conocer el problema y su posterior intervención desde diferentes perspectivas. Para conseguir este objetivo, se llevará a cabo una triangulación de técnicas y métodos, triangulación de datos provenientes de múltiples fuentes de información y población, y triangulación multidisciplinar a través de distintos profesionales, aumentando la confiabilidad y la validez de la investigación (Borjas, 2020).

## 2.5 Muestra

En el punto actual, se determinará las características principales de los individuos sobre los que se basará la investigación, así como la muestra elegida. Se ha elegido un muestreo no probabilístico intencional u opinático para conseguir un mayor grado de representatividad en la muestra.

Tabla 17.

*Muestra de la investigación*

	Mujeres con TCA			Trabajadores/voluntarios		Población sin TCA	Total
	Cuestionario	Entrevista	Grupo de discusión	Entrevista	Grupo de discusión	Cuestionario	
Muestra	58	3	7	4	1	68	141

*Nota.* Elaboración propia

Todas las participantes con TCA fueron mujeres, pues resultó complicado encontrar varones con un diagnóstico de TCA que quisieran participar.

Por otro lado, las instituciones conformadas en la muestra y donde proviene gran parte de la población son Unidad Elca y Adaner Granada. A partir de ellas se han elegido la muestra representativa de las personas con TCA y de los profesionales y voluntarios para la realización de las entrevistas, el grupo de discusión y los cuestionarios.

A continuación se detallarán los contextos institucionales desde donde será elegida la muestra.

### 2.51 Adaner Granada

Adaner Granada es una “Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa”, es decir, una ONG sin ánimo de lucro que ha sido declarada Utilidad Pública vigente desde 1998, la cual tiene un compromiso con la lucha de los TCA (Adaner Granada, 2021).

Fue creada en 1991 por un grupo de familiares con hijos/as con TCA, y su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas que sufren este trastorno, pues su salud se ve afectada por el mismo, a la vez que se pretende sensibilizar a la población general sobre sus consecuencias (Adaner Granada, 2021).

Algunas de las actividades que llevan a cabo son:

- Citas de valoración: Las citas de valoración van dirigidas a las personas afectadas por el TCA y a sus familiares que van a la asociación pidiendo ayuda, constituyéndose como el reconocimiento del trastorno (Adaner Granada, 2021).
- Grupos de autoayuda: Son grupos de origen terapéutico dirigidos a las personas implicadas y afectadas por el trastorno. Su objetivo principal es facilitar herramientas emocionales para la ayuda interpersonal entre los participantes y otros profesionales (Adaner Granada, 2021).
- Grupos de autoayuda para familiares: Su función es parecida a los grupos de autoayuda anteriores, pero dirigidos para familiares de las personas afectadas (Adaner Granada, 2021).
- Talleres de prevención y conferencias: Charlas y talleres de prevenciones orientadas a jóvenes escolarizados, educadores, docentes y familiares cuyo objetivo principal es informar sobre el TCA, las áreas afectadas y sus consecuencias (Adaner Granada, 2021).
- Stand y espacios informativos: Lugar de información sobre las actividades que se llevan a cabo por la asociación (Adaner Granada, 2021).
- Escuela Terapéutica de padres y familiares: Cursos de formación y divulgación sobre el papel de la familia en los TCA (Adaner Granada, 2021).
- Talleres terapéuticos para personas con TCA: Talleres educativos dirigidos a personas con TCA y que se encuentran en tratamiento, sirviendo como apoyo al mismo (Adaner Granada, 2021).
- Campamentos dirigidos a personas con TCA de índole terapéutica.

Adaner Granada es uno de los principales promotores que ayudará en la presente investigación, proporcionando recursos humanos y materiales que mejoren la calidad de la

misma. Para ello, la asociación ha sido la encargada de proporcionar población de los cuestionarios.

### 2.5.2 Unidad Elca

Unidad Elca es una unidad multidisciplinar de la conducta alimentaria de carácter privado-concertado que se crea en Granada en 2010 por una serie de motivos (Unidad Elca, 2021):

- Vacío asistencial en pacientes con TCA que necesitan un mayor grado de atención debido a su gravedad, posibilitando tratamiento de ambulatorio y unidad de día.
- Mal pronóstico de recuperación para pacientes que podrían tender a la cronificación del trastorno.
- Problemas económicos en las familias que se ven afectadas monetariamente por el gasto de unidades completamente privadas.
- Incremento epidemiológico de TCANE, que requieren un grado de especificación y de diagnóstico debido a sus dificultades de detección.
- Dificultades y rechazo a seguir un tratamiento efectivo con pacientes con responsabilidades tanto familiar, laboral o académicas.
- Estancamiento en los modelos de tratamiento actuales que no cubren la totalidad de sus necesidades.
- Aumento de la población con otros tipos de TCA, como la obesidad.

Debido a estos motivos, Unidad Elca se propone los siguientes objetivos a conseguir (Unidad Elca, 2021):

- Ofrecer tratamiento intensivo y específico dirigido a las necesidades de cada paciente a través de protocolos de actuación.

- Ofertar tratamientos flexibles adaptados a las diversas necesidades reales de los pacientes, en ambulatorio y unidad de día.

- Demostrar la existencia de una recuperación total y completa de los TCA.
- Utilizar nuevos modelos de tratamiento y nuevos recursos que incidan en todos los ámbitos problemáticos del paciente.

- Crear nuevas líneas de investigación dirigidas a los TCA.
- Formación teórica y prácticas de las distintas disciplinas orientas a la mejora de los TCA: Psicología, Nutrición, Enfermería, Psiquiatría, Pedagogía, Educación social, etc.

Dentro de Unidad Elca, se encuentran diversos departamentos, siendo esencial en esta investigación el departamento de Educación Terapéutica. Este departamento es el encargado de llevar a cabo todo lo relacionado con un el tratamiento educativo que requieren las pacientes y que complementa el tratamiento tradicional (Unidad Elca, 2021).

A través del mismo se realiza la recogida de información cualitativa (entrevistas y grupo de discusión).

## 2.6 Cronología de la investigación

El proceso de investigación ha contado con los tiempos académicos comprendidos entre 2018-2023. Durante este tiempo se trabajó a mediante los objetivos marcados, incorporando una prorroga debido a la situación laboral.

Durante el curso 2018-2019, se llevó a cabo el desarrollo y la defensa del plan de investigación, así como el comienzo de la revisión sistemática de la literatura científica. En el curso 2019-2020, se elaboró el primer borrador del marco teórico realizado a través de la literatura científica. En el curso 2020-2021, se diseñó el marco metodológico, especificándose la metodología que iba a llevar la investigación acorde a los objetivos marcados. En el curso

2021-2022, comenzó el trabajo de campo con la recogida de información y su posterior análisis. Durante el curso 2022-2023, se creó el marco analítico y el diseño del borrador del proyecto de intervención y formación. Por otro lado, se realizaron dos artículos científicos.

Tabla 18.

*Cronograma de la investigación*

1º FASE		2019											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Defensa del plan de investigación										X			
Revisión sistemática de la literatura científica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comienzo Marco Teórico											X	X	X
2º FASE		2020											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración Marco Teórico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Inicio de la elaboración Marco Metodológico												X	X
3º FASE		2021											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración Marco Metodológico		X	X	X	X	X	X	X					
Inicio Recogida de Información								X	X	X	X	X	X
3º FASE		2022											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recogida de Información		X											
Análisis de la información			X	X	X	X	X						
Creación Marco Analítico								X	X	X	X	X	X
Creación artículos					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración Proyecto de intervención							X	X	X	X			
4ª FASE		2023											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Creación Marco Analítico		X	X	X	X	X	X						
Correcciones Tesis doctoral								X	X	X	X	X	X

## 2.7 Instrumentos de recogida de información

En este apartado, se detallará los instrumentos de los cuales se va a servir la investigación para recoger la información necesaria con el objetivo de analizarla y crear, con base a los resultados obtenidos, el proyecto de intervención formativo. Como ya se ha comentado con anterioridad, al ser una investigación multimétodo, es necesario utilizar herramientas complementarias de cada paradigma si las mismas están en consonancia con su validez y fiabilidad (Blanco & Johan, 2016; Forni & Grande, 2020).

Partiendo desde este paradigma, se han creado los siguientes instrumentos de recogida de información:

- Cuestionarios destinados a personas con TCA y a personas sin este tipo de trastorno.
- Entrevistas semiestructuradas dirigidas a personas con TCA y trabajadores y voluntarios de Unidad Elca y Adaner Granada.
- Grupo de discusión orientado a personas con TCA, voluntarios y trabajadores, complementando de esta forma los datos obtenidos en los anteriores instrumentos de recogida de información.

A continuación, se detallará específicamente el proceso metodológico seguido para la elaboración de los instrumentos de recogida de información.

### 2.7.1 Cuestionarios

Antes de comenzar a detallar la elección de los cuestionarios para analizar los distintos constructos que se pretende estudiar, se conformarán las características que debe de tener un cuestionario, dotando de esta manera información relevante para la elección del cuestionario idóneo. Para Ander-Egg (1995): “Un cuestionario es por definición un instrumento de recopilación de datos, rigurosamente estandarizados, que traduce y

operacionaliza determinados problemas que son objetivo de investigación. Esta operacionalización se realiza mediante la formulación escrita de una serie de preguntas” (p.273).

Según Buendía *et al.* (1998), el cuestionario resulta eficaz a la hora de recoger información social a un gran número de población, obteniendo datos de índole cuantitativa que pueden servir de base para futuras acciones a gran o mediana escala. Para Rodríguez *et al.* (1996), los mismos pueden ser usados para llegar a contrastar conocimiento nomotético de la población, es decir, pueden enunciar leyes generales con cierta validez universal.

Dichos cuestionarios varían según la finalidad que se desee conseguir, por lo que es necesario establecer la finalidad del mismo mediante el análisis de la distinta diversidad atendiendo a su finalidad, a su función y al análisis estadístico que va a realizarse (Azofra, 1999). De esta manera, para Azofra (1999), es necesario tener en cuenta las siguientes características de las preguntas:

- Preguntas dicotómicas.
- Preguntas cerradas, abiertas o semicerradas.
- Preguntas de escala ordinal o categorizadas.
- Preguntas directas o indirectas.
- Preguntas de respuesta múltiple o de respuesta única.
- Preguntas de escala numérica.

Según Villavivenció-Caparó *et al.* (2016), en el proceso de elaboración de un cuestionario, resulta esencial que el mismo sea válido y confiable, pues es un pilar fundamental en la investigación científica que el instrumento mida una variable a partir de una consistencia interna y estabilidad. En este sentido, los cuestionarios elegidos deben de cumplir con dos requisitos fundamentales: la validez y la fiabilidad (Ander-Egg, 1995).

La validez es la capacidad que posee un instrumento para constatar que la variable que deseamos medir cumpla con la función por la que ha sido creada (Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016). Existen 3 dimensiones de validez comúnmente aceptadas: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo (Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016), aunque también existen otras como la validez factorial, validez convergente-discriminante o validez lógica (Escobar-Pérez, 2008; Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016)

La primera de ellas es la validez de contenido, la cual consiste en la prueba llevada a cabo para validar si las variables e ítems propuestos muestran adecuadamente los contenidos que se van a evaluar (Prieto & Delgado, 2010). “Se refiere a la medida en que el instrumento representa todas las dimensiones de la variable (ITEMS)” (Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016, p.76).

Esta se evalúa a mediante el juicio de expertos que es una opinión creada por diversos profesionales altamente cualificados en la materia que se pretende estudiar, otorgando información, juicios, evidencias y valoraciones a tener en cuenta en la creación del cuestionario (Escobar-Pérez, 2008).

Otra de las dimensiones dentro de la validez es la validez criterio, aplicándose cuándo se valida un instrumento mediante la generación de un nuevo marco teórico que englobe todos los elementos del fenómeno con la finalidad de crear un instrumento para su medición, por lo tanto debe de existir una correlación positiva entre las puntuaciones del criterio y las puntuaciones obtenidas en los test (Prieto & Delgado, 2010). Por último, la validez de constructo, engloba los procedimientos de la validez de criterio y contenido, formándose un marco integral para la creación de pruebas que validen herramientas de medición (Prieto & Delgado, 2010).

El segundo elemento esencial que legitima la eficiencia y calidad del cuestionario es la fiabilidad, entendida esta como “La consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite” (Prieto & Delgado, 2010, p. 67). Otra de sus propiedades es la constancia invariable en el tiempo en las mismas condiciones, brindando los mismos resultados independientemente de las veces que se repita la medición (Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016). Para llegar a esta finalidad se pueden utilizar diversas estrategias como la estabilidad, consistencia interna, equivalencia de dos cuestionarios o la armonía interjueces (Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016).

La estabilidad es correspondida a la propiedad que tiene el instrumento para obtener el mismo valor en distintos periodos de tiempo (Villavivencio-Caparó *et al.*, 2016). Para conseguir este valor se utilizan técnicas como:

Test-retest (aplicación de un test a una muestra de personas en dos ocasiones entre las que el atributo se mantiene estable), formas paralelas (aplicación a una muestra de personas en la misma ocasión o en distintas ocasiones de dos versiones del test equivalente en contenido, dificultad, etc.), consistencia entre las partes de una prueba (división del test en dos subconjuntos equivalentes de ítems o estimación a partir de las covarianzas entre los ítems de la prueba) y consistencia de las puntuaciones de distintos calificadores (evaluación de una muestra de conducta por calificadores independientes. (Prieto & Delgado, 2010, p.68)

Por otro lado, para Villavivencio-Caparó *et al.* (2016), la consistencia interna del cuestionario se refiere a la homogeneidad que tiene cada ítem o dimensión con respecto a todo el conjunto del instrumento utilizando las siguientes pruebas estadísticas: Alpha de Crombach, Mitad y mitad, Kuder Richardson KR-20 y Correlación interrenunciados.

### 2.7.1.1 Elección de los cuestionarios

Una vez tenido en cuenta estos aspectos, la elección de los cuestionarios se hará mediante una serie de etapas diferenciadas cuya finalidad principal será dar validez y fiabilidad a lo que se pretende medir:

- 1) Revisión teórica sobre el diseño de cuestionarios y los constructos estudiados.
- 2) Objetivo del cuestionario.
- 3) Selección de los cuestionarios.
- 4) Selección de las dimensiones y los indicadores de medición.

Antes de la elección de los cuestionarios, se recopiló información teórica suficiente de los distintos constructos que forman la investigación con la finalidad de elegir el instrumento más conveniente para la consecución de los objetivos. Para ello se indagó en las principales bases de datos, revistas y autores/as de las ideas investigadas.

Una vez recopilada la información teórica de la literatura científica y de los diferentes cuestionarios de diversos/as autores/as, se procedió a la elección de los cuestionarios y las dimensiones válidas para la finalidad de la investigación:

- Impulsividad (opuesto autocontrol): a causa de la escasez de cuestionarios fiables y validados que midan el autocontrol, se ha elegido un cuestionario que mide la impulsividad, puesto que según Hofmann *et al.* (2009), es una de las variables que pugnan por dominar el comportamiento junto con la variable autocontrol. Debido a esta aclaración teórica, se seleccionaron 13 ítems del factor impulsividad general (Cognitiva, atencional y motora) del *Barrat Impulsiveness Scale for early adolescents* (BIS-11-A), y su adaptación al español por Martínez-Loredo *et al.* (2015). Uno de los ejemplos de los ítems es “Digo cosas sin pensarlas”, con una escala Likert con 4 opciones que van desde “1-Rara vez o nunca” hasta “4-Siempre”.

La validación original del cuestionario posee buenas características psicométricas, teniendo una consistencia interna en su alfa de Crombach de 0,87, y en el factor de impulsividad general (utilizados en la presente investigación) de 0,91. En este caso, para convertir las medidas de impulsividad en autocontrol, se llevó a cabo una puntuación media global de los ítems una vez se invirtieron los ítems utilizados, por lo que las mayores puntuaciones indican un menor autocontrol, ya que la puntuación inversa del cuestionario original es para medir la impulsividad.

- Estrés: con el objetivo de medir el estrés, se utilizó la versión corta de 10 ítems de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Remor (2006). Dicha versión, se responde en una escala Likert de 5 opciones que van desde “0-Nunca” hasta “4-Muy a menudo”. Un ejemplo de ítem es el siguiente “En el último mes, ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?”. El cuestionario, igual que el anterior, muestra buenas propiedades psicométricas al tener un alfa de Cronbach igual a 0,82.

Cómo ya se estableció en los objetivos, se eliminó el constructo de “Toma de decisiones” en los cuestionarios debido a la falta de test validados que midieran esta habilidad cognitiva, por lo que se investigaría mediante las entrevistas y el grupo de discusión.

Por último, se crearon dos Google Forms, uno para personas con TCA y otro para personas sin TCA, donde se detallaban aspectos como la información del cuestionario, la protección de datos, correo electrónico del participante, datos sociodemográficos, tipo de TCA en el caso de las personas con TCA, y los cuestionarios de autocontrol y estrés (ver anexo 1).

Una vez acabado los dos enlaces Google Forms, se procedió a publicarlos por redes sociales y realizar contactos en el caso de las personas sin TCA, y por otro lado, se accedió a enviar el enlace a población con TCA con la aceptación del mismo a través de un muestreo no probabilístico intencional.

### 2.7.2 Entrevistas personales

La entrevista es el método más extendido y utilizado en las técnicas de autoinforme, además de estar considerada como un sistema de interacción de todo el proceso diagnóstico, presentando situaciones ligadas a la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado (Anaya, 2003). Para Buendía *et al.* (1998), las entrevistas recogen información fundamental con el objetivo de conocer y comprender la propia visión del mundo de los sujetos estudiados, es decir, sus propias experiencias y perspectivas.

Según Anaya (2003), una entrevista interpersonal de al menos dos personas debe plantear las siguientes características:

- Propósito de intercambio de información entre las distintas personas que intervienen.
- Es realizada a través de un acuerdo mutuo entre ambas partes.
- Se desarrolla mediante un marco regulado y formal fundamentando por normas que deben de ser aceptadas por los agentes que intervienen.
- El marco formal es el encargado de otorgar el papel a los distintos intervinientes: entrevistador y entrevistado.
- Al entrevistador le corresponde una mayor responsabilidad: conducir la entrevista, fijar los objetivos y controlar las circunstancias de esa interacción.

Se ha elegido esta herramienta de recogida de información cualitativa debido a sus muchas virtudes, como pueden ser la diversidad de información obtenida, la motivación suscitada por el contacto interpersonal, su gran flexibilidad para enfocar los asuntos de interés o su capacidad de contrastación de información a través de sus conductas verbales y no verbales (Anaya, 2003; Piza *et al.*, 2019). No obstante, hay que tener en cuenta sus limitaciones, siendo las más notables la dificultad de esclarecer su nivel de calidad y validez y el costo en tiempo que supone para el entrevistador y para los entrevistados (Anaya, 2003).

Para este tipo de recogida de información se utilizará la entrevista semiestructurada, pues permitirá seguir un guion previamente establecido en el que se detallará el tipo de información que se pretenden encontrar, las pautas y normas generales a seguir y su posterior registro (Piza *et al.*, 2019). Este tipo de entrevista posibilitará una flexibilización y una capacidad de maniobra para orientar la entrevista a una recogida de información más relevante para la investigación (Anaya, 2003).

Una vez elegido el tipo de entrevista, se ha de llevar a cabo el diseño de la misma a través de su planificación. Para Oláz (2016), la creación de la entrevista debe de realizarse mediante la definición o respuesta de una serie de cuestiones como son: los contenidos que se van a preguntar, el perfil del entrevistado, el lugar elegido para llevar a cabo la entrevista, el intervalo de tiempo, que técnicas se utilizarán y los objetivos de los mismos.

Por otro lado, Anaya (2003), afirma que una entrevista debe de contemplar diversos aspectos esenciales:

- Motivo de la entrevista: clarificar por el profesional lo que se pretende lograr.
- Identificación de la persona entrevistada: decidir a quien se tiene que entrevistar.
- Fijación del lugar físico donde se lleve a cabo la entrevista: el lugar elegido debe de reunir los requisitos fundamentales para asegurar que la entrevista sea productiva.
- Preparación de las preguntas, el orden y presentación de las mismas.
- Cómo se va a registrar la información.

Además, la planificación de la entrevista debe de contestar a una serie de cuestiones si se pretende conseguir una información de calidad. Estas son las siguientes: ¿Qué se pretende preguntar? ¿A qué población va a ir dirigidas? ¿Dónde será el lugar de la entrevista? ¿En qué momento se llevará a cabo? ¿Qué técnicas se utilizarán en la misma? Y ¿Cuáles serán los objetivos? (Olaz, 2016, Piza *et al.*, 2019).

Hay que tener en cuenta en la creación de la entrevista el desarrollo de la misma, anticipando posibles errores y eligiendo las estrategias más acertadas (Anaya, 2003; Piza *et al.*, 2019). En este sentido es importante fomentar el “*rapport*”, que significa fomentar un ambiente de confianza, aceptación y respeto entre entrevistador y entrevistado, siendo un elemento que asegura la calidad y el éxito de la entrevista (Anaya, 2003). Para ello se insistirá en acciones como el mantenimiento del interés durante toda el periodo de la entrevista, contacto visual adecuado a las circunstancias, ambiente relajado, hablar de forma expresiva, clara y amistosa, no juzgar al sujeto o facilitando el control de la ansiedad del sujeto (Anaya, 2003).

Otras técnicas que ayudaran a mejorar la calidad de la información de la entrevista son: un buen manejo de los silencios, cambio de tema o realizar preguntas en el momento oportuno, utilizar la retroalimentación, control emocional mutuo, alentar respuestas que sean apropiadas, la aclaración de dudas o la utilización de un empleo adecuado (Anaya, 2003; Olaz, 2016).

#### 2.7.2.1 Creación entrevistas

Una vez terminada la triangulación teórica del diseño de entrevistas de diversos autores, se pone en marcha el proceso de creación de la entrevista de la investigación marcada por las directrices anteriores y a través de las siguientes fases:

- 1) Fijación del objetivo.
- 2) Elección de las dimensiones y de los ítems de cada área.
- 3) Diseño de las entrevistas.
- 4) Elección del lugar y el momento.
- 5) Identificación de los entrevistados.
- 6) Técnicas que se tendrán en cuenta en las entrevistas.

7) Método de registro de la información.

En la fase, se tuvo en cuenta los objetivos específicos de la investigación:

- Objetivo específico 4: Conocer las relaciones del autocontrol entre el estrés percibido y la toma de decisiones mediante la entrevista y grupo de discusión.
- Objetivo específico 5: Detectar otras variables influyentes en los TCA mediante las entrevistas y grupo de discusión.

Teniendo en cuenta los objetivos anteriores, se comienza a diseñar el primer borrador de las entrevistas, empezando con una búsqueda de la literatura científica de los constructos que se pretendían indagar y el diseño de entrevistas, formando una triangulación teórica para dar validez a las mismas.

A partir de la triangulación teórica, se decide crear dos entrevistas semiestructuradas: una para los pacientes con TCA de Unidad Elca y Adaner Granada, y otra para los profesionales y voluntarios de Unidad Elca y Adaner Granada. Cada entrevista se diseñó con sus respectivas dimensiones y preguntas teniendo en cuenta la teoría encontrada en la revisión bibliográfica y el cuestionario.

En la entrevista dirigida a personas con trastornos de la conducta alimentaria, se han elegido 6 dimensiones con sus preguntas correspondientes: introducción a la entrevista, dimensión autocontrol, dimensión estrés, dimensión toma de decisiones, dimensión Unidad Elca y Adaner Granada y preguntas de conclusión (ver anexo 2). Para la entrevista orientada a los profesionales y voluntarios de Unidad Elca y Adaner Granada se establecen 6 dimensiones: preguntas iniciales, dimensión Unidad Elca y Adaner Granada, dimensión autocontrol, dimensión estrés, dimensión toma de decisiones y preguntas conclusión (ver anexo 3).

Una vez diseñado las dos entrevistas se procede a elegir el lugar adecuado y a identificar a los participantes que más información podrían aportar. Para ello, se eligió las instalaciones de Unidad Elca, ya que proporcionan lugares tranquilos y sin mucho ruido, lo que benefició la recogida de datos. Para la elección de muestra de los participantes, se tuvo en cuenta las valoraciones de los/as profesionales de Unidad Elca y Adaner Granada. De esta manera se constató que la muestra de la población elegida para realizar las entrevistas fueran perfiles con información relevante para la investigación.

Siguiendo estas valoraciones, se han elegido a las participantes que más información podrían ofrecer. Para ello se seleccionó a 3 participantes, cada una con un diagnóstico diferente de TCA: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y TCANE, asegurando de esta manera información relevante desde distintos puntos del trastorno.

La elección de la muestra de los/as profesionales y voluntarios/as para las entrevistas ha seguido los estándares explicados anteriormente, siendo estos elegidos, 2 psicólogas, 1 nutricionista y 1 persona en prácticas y voluntaria pedagoga.

Tabla 19.

*Características de la muestra de entrevistas (total N=7)*

Pacientes (n=3)	Profesionales (n=4)
Paciente AN (n=1)	Psicólogos (n=2)
Paciente TCANE (n=1)	Nutricionista (n=1)
Paciente BN (n=1)	Pedagoga voluntaria (n=1)

*Nota.* Elaboración propia. AN = 1; TCANE = 1; BN = 1.

Una vez identificado a los participantes y elegido el lugar más apropiado para llevar a cabo las entrevistas, se procedió a la realización de las mismas teniendo en cuenta las consideraciones registradas en el punto anterior para conseguir un buen “*rapport*” y un clima

de confianza que promoviese la adquisición de información válida y fiable por parte de los entrevistados. Toda la entrevista se registró a través de una grabadora y se procedió a transcribir las mismas al programa de análisis cualitativo “MAXQDA 2020” (Software Verb, 2019).

Una vez transcrito las entrevistas, se crearon una serie de categorías significativas con la finalidad de mejorar la validez y la confiabilidad y se constató los resultados del estudio con la teoría del problema de investigación, tal como propone la revisión bibliográfica (Borjas, 2020).

### 2.7.3 Grupos de discusión

Otra de las técnicas cualitativas de recogida de información utilizadas en la investigación son los grupos de discusión. Esta herramienta, al igual que las entrevistas personales, son consideradas predominantes en este paradigma debido a la importancia proporcionada por el lenguaje y la comunicación desarrollados en los intercambios verbales que se producen en un espacio personal y grupal (Pérez-Sánchez, 2010). Para ello resulta necesario poner en práctica estrategias que permitan atesorar información de la comunidad que se está investigando (Pérez-Sánchez, 2010). Suárez (2005) se refiere a los grupos de discusión de la siguiente forma:

- Un grupo de personas.
- Reunión con una finalidad específica.
- Según las características de la población el máximo y el mínimo de personas variaran.
- La población debe de poseer elementos y rasgos comunes.
- Otorgan información relevante al tema estudiado.
- Se lleva a cabo en un espacio y tiempo determinado.

- Puramente corte cualitativo.
- La conversación debe de ser guiada a través de una persona denominada “moderador”.

Esta herramienta cualitativa da la posibilidad de recoger pensamientos, creencias, opiniones o motivaciones que tienen los participantes, es decir, su importancia estriba en lo subjetivo y en la parte humana de su significado al pertenecer a una corriente relativista e interpretativa fundamentada en el procedimiento inductivo (Hernández, 2005).

Para conformar el grupo de discusión se han de tener en cuenta características externas que son las referidas a las decisiones que el investigador tomará conforme los requisitos propios del estudio, y características internas, siendo estas últimas dirigidas al análisis que se hará posteriormente a la recogida de datos (Suárez, 2005).

Por otro lado, según Pérez-Sánchez (2010), es recomendable que el grupo sea compuesto por mínimo 3 personas y máximo 12 personas, teniendo en cuenta las características y el grado de complejidad, la habilidad del moderador y su experiencia previa. También es preciso discernir el nivel de sensibilidad del tema que se va a tratar así como la profundidad y los objetivos que se pretenden conseguir para conformar el tamaño del grupo (Pérez-Sánchez, 2010).

Durante el transcurso de un grupo de discusión se ha de tener un buen equipo de grabación, aunque no es lo único que se debe de poner especial atención, pues hay que asegurarse que el moderador se sienta seguro con el material. La toma de notas así como las reflexiones que surjan durante la discusión pueden ser anotadas en un diario de campo que en su análisis puede resultar enriquecedor a la hora de buscar conclusiones (Barbour, 2013).

Hay que tener en cuenta a la hora de diseñar, recoger y analizar los datos proporcionados la triangulación del grupo de discusión, afirmando Barbour (2013), que la calidad de la misma

se origina en las discrepancias y las diferencias, al contrario de los elementos cuantitativos en los que se busca un punto fijo de confirmación y corroboración. Por otro lado, se pueden establecer la saturación como otro punto de fiabilidad, convirtiéndose en un componente fiable para terminar con el trabajo de grupo al obtener los datos necesarios (Rodríguez *et al.*, 1996).

Una vez tenido la suficiente información sobre los grupos de discusión y establecido su triangulación teórica, es conveniente diseñar un guion flexible donde se encuentren los temas que se abordaran, asegurando de esta manera la obtención de información de calidad (Suarez, 2005).

#### 2.7.3.1 Creación del Grupo de Discusión

Para crear el grupo de discusión acorde con lo revisado en la revisión bibliográfica, se ha creado una serie de fases con la finalidad de lograr una herramienta válida:

- 1) Fijación del objetivo del Grupo de Discusión.
- 2) Elección de las dimensiones y los ítems.
- 3) Creación del guion final del Grupo de Discusión.
- 4) Elección del lugar y el momento.
- 5) Identificación de los integrantes del Grupo de Discusión.
- 6) Técnicas que se tendrán en cuenta.
- 7) Método de registro de la información.

Antes de empezar se debe de tener en cuenta los objetivos específicos anteriores que se pretenden conseguir con la investigación:

- Objetivo específico 4: Conocer las relaciones del autocontrol entre el estrés percibido y la toma de decisiones mediante la entrevista y grupo de discusión.

- Objetivo específico 5: Detectar otras variables influyentes en los TCA mediante las entrevistas y grupo de discusión.

A partir de estos objetivos, se comenzó a diseñar el guion del grupo de discusión en base a la literatura científica y las dimensiones de los anteriores instrumentos de recogida de información, el cuestionario y las dos entrevistas (pacientes con TCA y profesionales), con la finalidad de buscar concordancia en los datos obtenidos. De esta forma, se estructuró el guion en las siguientes 7 dimensiones con sus ítems correspondientes: preguntas iniciales, dimensión estrés, dimensión toma de decisiones, dimensión autocontrol, dimensión Unidad Elca y Adaner Granada dimensión actuaciones formativas y conclusión (ver anexo 4).

Diseñado el guion, se eligió el lugar donde se iba a llevar a cabo el grupo de discusión. Para ello, se escogió una de las instalaciones de Unidad Elca, debido a su amplitud para estar varias personas y también por ser un lugar tranquilo y con poco ruido, beneficiando de esta forma la recogida de datos. Por otro lado, se propuso llevar a cabo el grupo de discusión una mañana debido a la disponibilidad de horario.

Como en las entrevistas, para la elección de la muestra de los participantes, se pidió una valoración personal a los profesionales de Unidad Elca y Adaner Granada, explicando los objetivos que pretendía cubrir la investigación. De esta forma, se eligieron a los participantes del grupo de discusión cuyos perfiles proporcionaran información útil para la investigación. En cuanto a los profesionales, se pidió voluntarios para participar en el grupo de discusión, principalmente en el ámbito de educativo.

En la siguiente tabla se recogen la población final elegida para el grupo de discusión.

Tabla 20.

*Características de la muestra de grupo de discusión (total N=7)*

Pacientes (n=7)	Profesionales (n=1)
Paciente AN (n=3)	Pedagogo (n=1)
Paciente TCANE (n=1)	
Paciente BN (n=3)	

*Nota.* Elaboración propia. AN = 3; TCANE = 1; BN = 3.

Una vez elegido la población, el lugar y la fecha, se establecieron las estrategias pertinentes para tener una buena fluidez de comunicación y recoger el máximo de información fiable. Para ello, el guion creado cumple las expectativas, pues permite ser flexible en cuanto su utilización, a la vez que permite al entrevistador recoger notas de la situación del grupo de discusión.

Toda la información, será grabada mediante una grabadora para la posterior transcripción y análisis de los datos.



**CAPÍTULO 3**

**MARCO ANALÍTICO**

### 3. MARCO ANALÍTICO

#### 3.1 Resultados cualitativos

En el siguiente apartado, se configuraran los elementos necesarios para el análisis de la parte cualitativa de la investigación. Para conseguir este objetivo, se ha diseñado una estructura analítica que permitirá conseguir datos válidos y fiables.

Primeramente se ha diseñado una serie de categorías a través de la revisión sistemática de la literatura científica y de una primera revisión de las entrevistas y del grupo de discusión. Estas categorías permitirán la comprensión de ideas influyentes dentro de las entrevistas y del grupo de discusión mediante las relaciones de frecuencia entre las mismas.

En una segunda fase, se mostrarán fragmentos de oraciones de las entrevistas y del grupo de discusión orientadas a los resultados obtenidos en el análisis de frecuencias anterior entre categorías.

Cómo ya se ha comentado en el punto anterior, el programa de análisis cualitativo que se ha elegido es el MAXQDA 2020.

A continuación, se mostrarán las categorías creadas para su análisis.

Tabla 21.

*Codificación de las categorías principales*

<b>AUTO</b>	<b>Autocontrol:</b> Categoría dirigida a los aspectos relacionados con la variable autocontrol.
<b>ESTRÉS</b>	<b>Estrés:</b> Categoría relacionada con los aspectos dirigidos a la variable estrés.
<b>TD</b>	<b>Toma de Decisiones:</b> Categoría orientada con la variable cognitiva toma de decisiones.
<b>TCA</b>	<b>Trastornos de la Conducta Alimentaria:</b> Categoría dirigida a los aspectos relacionados con los TCA.
<b>ACTI</b>	<b>Actividades:</b> Categoría orientada a las actividades educativas terapéuticas.

<b>FORMA</b>	<b>Formación:</b> Categoría dirigida a las características de formación de profesionales o a ámbitos relacionados con la formación de TCA.
<b>RS</b>	<b>Relaciones Sociales:</b> Categoría emergente relacionada con los aspectos dirigidos a las relaciones sociales.
<b>RF</b>	<b>Relaciones Familiares:</b> Categoría emergente orientada a la relación existente entre familiares.
<b>AA</b>	<b>Ámbito Académico:</b> Categoría emergente dirigida a la relación académica

*Nota.* Elaboración propia.

En la tabla “*tabla 21*”, se muestran las categorías principales que se van a analizar dentro del programa de análisis MAXQDA 2020. Dichas categorías se crearon antes de comenzar el análisis integral de las entrevistas mediante la revisión bibliográfica y unas primeras lecturas de las transcripciones. No obstante, se crearon tres categorías emergentes en el proceso de análisis, ya que se percibe una gran influencia y relación dentro de las entrevistas y del grupo de discusión. Estas categorías emergentes fueron las siguientes:

- Relaciones Sociales.
- Relaciones Familiares.
- Ámbito Académico.

Las categorías anteriores sirven como matriz para la creación de las siguientes subcategorías.

Tabla 22.

*Codificación de las subcategorías*

<b>AUTOCONTROL (AUTO)</b>	
<b>NPAUTO</b>	<b>Necesidades percibidas en autocontrol:</b> Consideraciones de las debilidades en torno al autocontrol.
<b>FPAUTO</b>	<b>Fortalezas percibidas en autocontrol:</b> Consideraciones de los puntos fuertes en la variable de autocontrol.
<b>AUEMO</b>	<b>Autocontrol emocional:</b> Subcategoría dirigida a la gestión emocional y su influencia en la conducta.
<b>TECAUTO</b>	<b>Técnicas de autocontrol:</b> Valoraciones orientadas a las técnicas de autocontrol utilizadas.

<b>ESTRÉS (ESTRÉS)</b>	
<b>NPESTRÉS</b>	<b>Necesidades percibidas en el estrés:</b> Valoraciones sobre las debilidades orientadas a la gestión del estrés
<b>FPESTRÉS</b>	<b>Fortalezas percibidas en el estrés:</b> Consideraciones positivas aparecidas en la gestión del estrés.
<b>GESTRES</b>	<b>Gestión del estrés:</b> Subcategoría ligada a la forma de enfrentar las situaciones estresantes.
<b>SINTOFI</b>	<b>Sintomatología física del estrés:</b> Valoraciones de la sintomatología física producida por el estrés en pacientes con TCA.
<b>TOMA DE DECISIONES (TD)</b>	
<b>NPTD</b>	<b>Necesidades percibidas en la toma de decisiones:</b> Subcategoría dirigida a localizar necesidades en la toma de decisiones en pacientes con TCA.
<b>FPTC</b>	<b>Fortalezas percibidas en la toma de decisiones:</b> Subcategoría orientada a encontrar fortalezas en la toma de decisiones en pacientes con TCA.
<b>TECTD</b>	<b>Técnicas utilizadas en la toma de decisiones:</b> Registros sobre diferentes técnicas de tomar decisiones.
<b>EMOTD</b>	<b>Emociones en la toma de decisiones:</b> Subcategoría relacionada con el conocimiento de las emociones a la hora de tomar decisiones.
<b>RAZOTD</b>	<b>Razonamiento en la toma de decisiones:</b> Subcategoría dirigida a evaluar la parte racional de la toma de decisiones.
<b>TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)</b>	
<b>SINAN</b>	<b>Sintomatología Anorexia Nerviosa</b>
<b>SINBUL</b>	<b>Sintomatología Bulimia Nerviosa</b>
<b>SINTCANE</b>	<b>Sintomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado</b>
<b>ACTIVIDADES (ACTI)</b>	
<b>NPACTI</b>	<b>Necesidades percibidas en las actividades educativas:</b> Subcategoría orientada a percibir necesidades a evaluar conforme a las posibles actividades educativas presentes y futuras del proyecto de intervención.
<b>FPACTI</b>	<b>Fortalezas percibidas en las actividades educativas:</b> Subcategoría orientada a percibir fortalezas en las acciones educativas presentes y futuras del proyecto de intervención.

<b>FORMACIÓN (FORMA)</b>	
<b>NPFORMA</b>	<b>Necesidades percibidas en la formación de profesionales:</b> Subcategoría orientada a percibir necesidades a evaluar conforme a las posibles actividades educativas presentes y futuras del proyecto de formación.
<b>PFFORMA</b>	<b>Fortalezas percibidas en la formación de profesionales:</b> Subcategoría orientada a percibir fortalezas en las acciones educativas presentes y futuras del proyecto de formación.
<b>RELACIONES SOCIALES (RS)</b>	
<b>FPRS</b>	<b>Fortalezas percibidas en las relaciones sociales:</b> Subcategoría dirigida a la percepción de elementos positivos en las relaciones sociales.
<b>NPRS</b>	<b>Necesidades percibidas en las relaciones sociales:</b> Subcategoría creada para señalar los elementos negativos existentes en las relaciones sociales.
<b>Relaciones Familiares (RF)</b>	
<b>FPRF</b>	<b>Fortalezas percibidas en las relaciones familiares:</b> Subcategoría diseñada con el objetivo de señalar los elementos positivos en las relaciones entre familiares.
<b>NPRF</b>	<b>Necesidades percibidas en las relaciones familiares:</b> Subcategoría orientada a localizar ciertos elementos negativos relacionados con las relaciones familiares.
<b>Ámbito Académico (AA)</b>	
<b>FPAА</b>	<b>Fortalezas percibidas en el ámbito académico:</b> Subcategoría diseñada con el objetivo de encontrar fortalezas ligadas al ámbito académico de las personas con TCA.
<b>NPAA</b>	<b>Necesidades percibidas en el ámbito académico:</b> Subcategoría creada para señalar los elementos negativos existentes en el ámbito académico de las personas con TCA.

*Nota.* Elaboración propia.

En la “*tabla 22*”, se muestran las subcategorías creadas para el análisis de frecuencias. Como en las categorías anteriores, se crearon subcategorías emergentes debido a la importancia observada. Las subcategorías emergentes son las siguientes:

- Fortalezas percibidas en las Relaciones Sociales.
- Necesidades percibidas en las Relaciones Sociales.

- Fortalezas percibidas en las Relaciones Familiares.
- Necesidades percibidas en las Relaciones Familiares.
- Fortalezas percibidas en el Ámbito Académico.
- Necesidades Percibidas en el Ámbito Académico.

A continuación se procederá al análisis cualitativo de las entrevistas y del grupo de discusión a través de las categorías y subcategorías anteriormente citadas.

### 3.1.1 Análisis entrevistas

El análisis de las entrevistas se realizará mediante dos formas de análisis cualitativo. Por una parte, se creará un análisis exploratorio cuantitativo dentro de un plano cualitativo, orientado a las frecuencias de los conceptos y palabras clave que se han observado en las transcripciones de las entrevistas mediante técnicas como la nube de palabras, la matriz de categorías de las entrevistas y la matriz de categorías entre entrevistas.

En un segundo apartado, se detallará el análisis cualitativo a través de la narración biográfica de las entrevistas, teniendo en cuenta la relación con el análisis cuantitativo de frecuencias de las mismas. De esta manera se presentarán fragmentos que orienten a buscar elementos significativos en la investigación cualitativa.



- Pacientes.
- Situación.
- Instituciones.
- Emociones.
- Tratamiento.
- Enfermedad.
- Importante.
- Actividades.
- TCA.

La nube de palabras muestra un esbozo inicial sobre la importancia de los conceptos más importantes para orientar el siguiente análisis cuantitativo de las entrevistas mediante las distintas matrices de categorías.

Figura 23.

*Matriz de categorías de las entrevistas*

Sistema de códigos	Psicóloga 1	Psicóloga 2	Nutricionista 1	Voluntaria Pedagoga 1	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	SUMA
RS								0
FPRS	1		1				3	5
NPRS					2	9	9	20
RF								0
FPRF	1				1	1	1	4
NPRF						2	3	5
AA								0
FPA			1	1	3	1		6
NPA					10	4	2	16
AUTO								0
TECAUTO	1	3	7		12	11	8	42
AUEMO	3	4	2	2	11	9	8	39
FPAUTO	6	4	9	5	10	9	2	45
NPAUTO	5	6	10	4	29	16	30	100
ESTRÉS								0
SINTORI	1		2	1	5	2	1	12
GESTRES	3	5	7	4	15	5	10	49
FPESTRÉS	4	3	4	4	3	1	1	20
NPESTRÉS	4	4	7	4	13	9	16	57
TD								0
RAZQTD	1	3	2		7	2	5	20
EMOTD	1	2	2	1	3	1	2	12
TECTD	1	1	3	1	9	3	3	21
FPTD	4	2	3	3	7	3	6	28
NPTD	3	4	4	1	11	11	9	43
TCA	3	3	5	3	15	20	4	53
SINTCANE	1							1
SINBUL	1	3	1				11	16
SINAN	1	3			3	2		9
ACTI								0
FFACTI	5	5	10	3	12	12	6	53
NFACTI	2	1	3				1	7
FORMA								0
FFORMA	6	10	4	11	6	1		38
NFFORMA	3	5	5	8	1	1	2	25
SUMA	61	71	92	56	188	135	143	746

*Nota.* Elaboración propia a partir del software MAXQDA 2020.

En la anterior “figura 23”, se muestran las frecuencias de las categorías de cada entrevista analizada de forma individual, tanto de profesionales como de pacientes ingresadas por TCA.

En el eje vertical se encuentran codificadas las categorías anteriormente definidas, mientras que en el eje horizontal se muestran las entrevistas. Por otro lado, se encuentran las sumatorias totales e individuales de cada una de ellas. Dentro de cada categoría, se detalla la frecuencia que ha obtenido en la entrevista correspondiente. El color muestra una mayor o menor frecuencia, siendo la tonalidad azul la que defina a una categoría con una frecuencia menor y en el otro extremo, con más frecuencia, se encuentra el color rojo.

Las categorías ordenadas de mayor a menor frecuencia de las categorías se encuentran en la “tabla 23”:

Tabla 23.

*Sumatoria de categorías/subcategorías de mayor a menor frecuencia en las entrevistas*

<b>Categoría/Subcategorías</b>	<b>Frecuencia</b>
Necesidades Percibidas en Autocontrol	100
Necesidades Percibidas en Estrés	57
Trastornos de la Conducta Alimentaria	53
Fortalezas Percibidas en Actividades Educativas	53
Gestión del Estrés	49
Fortalezas Percibidas en el Autocontrol	45
Necesidades Percibidas en la Toma de Decisiones	43
Técnicas de Autocontrol	42
Autocontrol Emocional	39
Fortalezas Percibidas en la Formación de Profesionales	38
Fortalezas Percibidas en la Toma de Decisiones	28
Necesidades Percibidas en la Formación de Profesionales	25
Técnicas en la Toma de Decisiones	21
Necesidades Percibidas en las Relaciones Sociales	20
Razonamiento en la Toma de Decisiones	20
Necesidades Percibidas en el Ámbito Académico	16
Sintomatología Bulimia Nerviosa	16
Sintomatología Física del Estrés	12
Emociones en la Toma de Decisiones	12
Sintomatología Anorexia Nerviosa	9

Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas	7
Fortalezas Percibidas en el Ámbito Académico	6
Necesidades Percibidas en las Relaciones Familiares	5
Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales	5
Fortalezas Percibidas en las Relaciones Familiares	5
Sintomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado	1

*Nota.* Elaboración propia.

Como ya se ha especificado, en la “*tabla 23*”, se muestran las sumatorias de las frecuencias de cada categoría, es decir, el número de veces que se ha hablado de las temáticas investigadas.

Las categorías con mayores frecuencias son: Necesidades Percibidas en Autocontrol, Necesidades Percibidas en Estrés, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Fortalezas Percibidas en Actividades Educativas, Gestión del Estrés, Fortalezas Percibidas en el Autocontrol, Necesidades Percibidas en la Toma de Decisiones y Técnicas de Autocontrol.

Mientras que las categorías con menos frecuencia son: Sintomatología Anorexia Nerviosa, Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas, Fortalezas Percibidas en el Ámbito Académico, Necesidades Percibidas en las Relaciones Familiares, Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales, Fortalezas Percibidas en las Relaciones Familiares y Sintomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

Figura 24.

*Matriz de categorías de las entrevistas a profesionales*

Sistema de códigos	Psicóloga 1	Psicóloga 2	Nutricionista 1	Voluntaria Pedagoga 1	SUMA
RS					0
FPRS	1		1		2
NPRS					0
RF					0
FPRF	1				1
NPRF					0
AA					0
FPAA			1	1	2
NPAA					0
AUTO					0
TECAUTO	1	3	7		11
AUEMO	3	4	2	2	11
FPAUTO	6	4	9	5	24
NPAUTO	5	6	10	4	25
ESTRÉS					0
SINTOFI	1		2	1	4
GESTRES	3	5	7	4	19
FPESTRÉS	4	3	4	4	15
NPESTRÉS	4	4	7	4	19
TD					0
RAZOTD	1	3	2		6
EMOTD	1	2	2	1	6
TECTD	1	1	3	1	6
FPTD	4	2	3	3	12
NPTD	3	4	4	1	12
TCA					0
SINTCANE	1				1
SINBUL	1	3	1		5
SINAN	1	3			4
ACTI					0
FPACTI	5	5	10	3	23
NPACTI	2	1	3		6
FORMA					0
FPFORMA	6	10	4	11	31
NPFORMA	3	5	5	8	21
Σ SUMA	61	71	92	56	280

*Nota.* Elaboración propia a partir del software MAXQDA 2020.

En la “figura 24”, se muestran las sumatorias de las frecuencias existentes de las entrevistas a los profesionales, sin tener en cuenta las de las pacientes.

Las categorías que con un mayor alto grado de frecuencia son: Fortalezas Percibidas en la Formación de Profesionales, Necesidades percibidas en el Autocontrol, Fortalezas Percibidas en el Autocontrol, Fortalezas percibidas en Actividades Educativas y Necesidades Percibidas en la Formación de Profesionales, entre otras.

En contraste, las categorías con menos frecuencia en las entrevistas de los profesionales son: Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas, Necesidades Percibidas en las Relaciones Familiares y Necesidades Percibidas en las Relaciones Sociales, entre otras.

Figura 25.

*Matriz de categorías de las entrevistas a pacientes*

Sistema de códigos	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	SUMA
RS				0
FPRS			3	3
NPRS	2	9	9	20
RF				0
FPRF	1	1	1	3
NPRF		2	3	5
AA				0
FPA	3	1		4
NPA	10	4	2	16
AUTO				0
TECAUTO	12	11	8	31
AUEMO	11	9	8	28
FPAUTO	10	9	2	21
NPAUTO	29	16	30	75
ESTRÉS				0
SINTOFI	5	2	1	8
GESTRES	15	5	10	30
FPESTRÉS	3	1	1	5
NPESTRÉS	13	9	16	38
TD				0
RAZOTD	7	2	5	14
EMOTD	3	1	2	6
TECTD	9	3	3	15
FPTD	7	3	6	16
NPTD	11	11	9	31
TCA	15	20	4	39
SINTCANE				0
SINBUL			11	11
SINAN	3	2		5
ACTI				0
FPACTI	12	12	6	30
NPACTI			1	1
FORMA				0
FPPFORMA	6	1		7
NPPFORMA	1	1	2	4
SUMA	188	135	143	466

Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

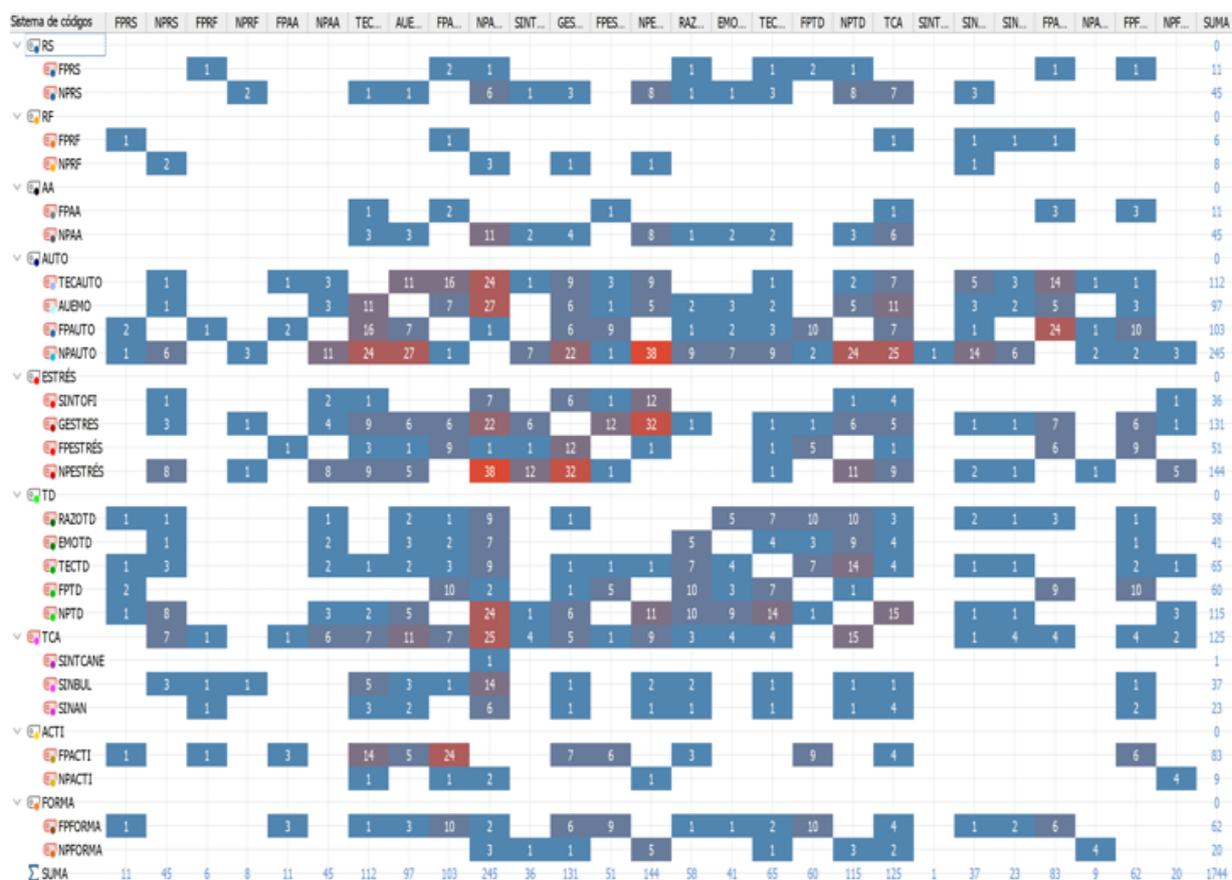
Por otro lado, en la "figura 25", se detalla la sumatoria de las frecuencias obtenidas de las categorías existentes en las entrevistas realizadas a las pacientes con TCA.

Las categorías con mayor frecuencia de las entrevistas a pacientes son: Necesidades Percibidas en el Autocontrol, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Necesidades Percibidas en el Estrés, Técnicas de Autocontrol, Gestión del Estrés y Necesidades Percibidas en la Toma de Decisiones.

Por otro lado, las categorías con menor frecuencia mostradas en la “figura 25” son: Sintomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales, Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas, Fortalezas Percibidas en las Relaciones Familiares y Fortalezas Percibidas en el Ámbito Académico.

Figura 26.

Matriz de relaciones de categorías



Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

Conforme la “figura 26”, se muestran las relaciones entre las distintas categorías diseñadas para el análisis cualitativo. Siguiendo el procedimiento de la “figura 26”, los códigos se encuentran en los ejes “X” e “Y”, estableciendo el número de frecuencia en las relaciones con otros códigos. Los colores más azulados muestran frecuencias más bajas, mientras que los colores rojizos indican una mayor frecuencia en su relación.

Figura 27.

Matriz de relaciones de categorías entre profesionales

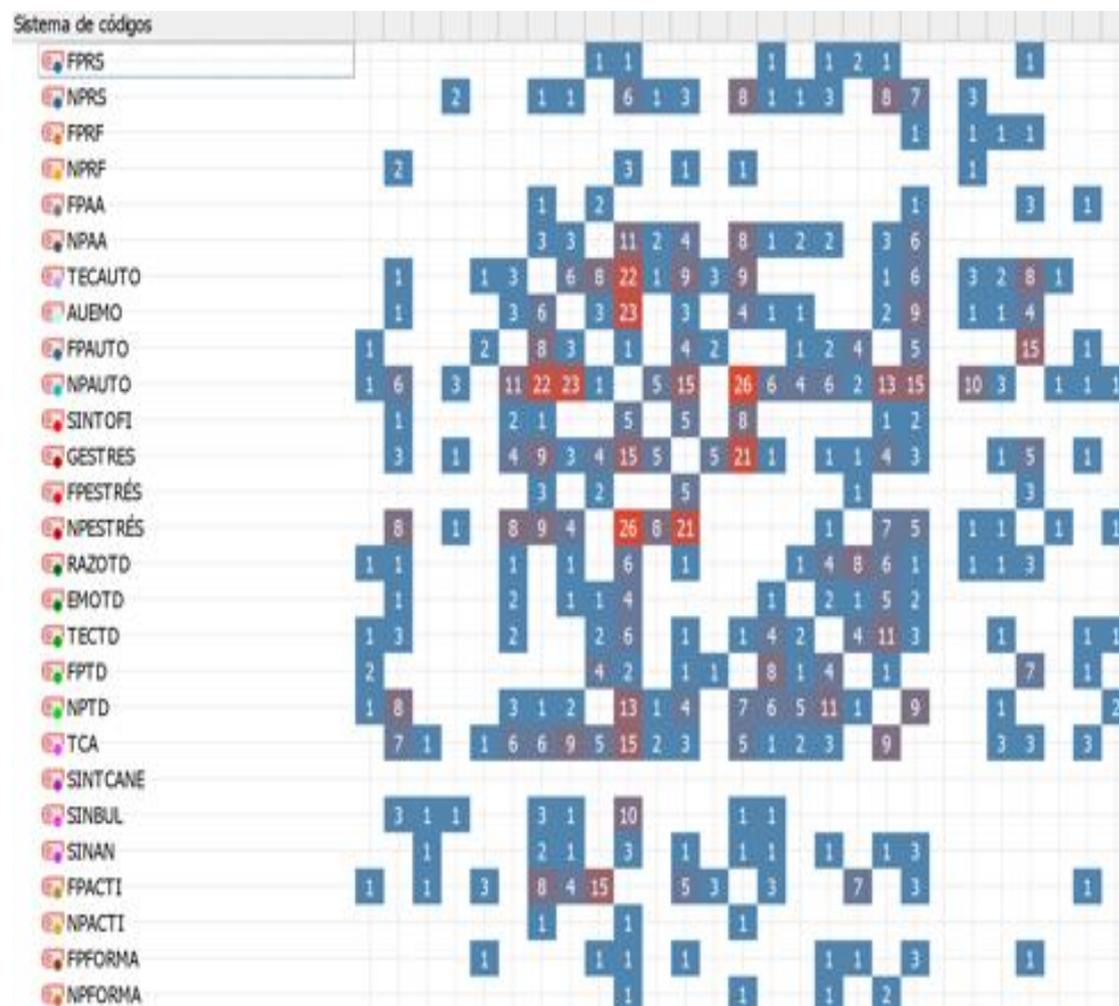
Sistema de códigos	FPRS	NPRS	FPRF	NPRF	FPA	NPA	TECA...	AUEMO	FPAUTO	NPAU...	SINTOFI	GEST...	FPESTR...	NPES...	RAZO...	EMOTD	TECTD	FPTD	NPTD	SINBUL	SINAN	FPACTI	NPACTI	FPFO...	NPFO...	SUMA
Relaciones sociales																										0
FPRS									1							1		1				1	1	2		7
NPRS				8				1	1	1	1	6	2	4	3	2	1	3	2	5	2	3	1	1		47
Relaciones familiares																										0
FPRF																										0
NPRF		8						1	2	3	2	5	2	3	3	2	1	3	2	3		1	2	1		44
Ámbito académico																										0
FPA								1	1	2													2	2		10
NPA		1		1									1													2
AUTO																										0
TECALTO	1			2	1			15	17	14	1	6	2	6	5	3	5	3	4	5	2	10			4	106
AUEMO		1		3	1			15		14	14		5	2	3	4	5	5	2	4	3		8		7	97
FPAUTO	1	1		2	2			17	14		1	3	7		5	6	4	11	1	2	1	16			13	107
NPAUTO		6		5				14	14	1		6	14	1	21	8	5	7		15	10	6	2	1	2	142
ESTRÉS																										0
SINTOFI	2			2				1			6		6	1	10											29
GESTRES	4			3				6	5	3	14	6		7	21					1	3	1	4	1	5	89
FPESTRÉS					1			2	2	7	1	1	7		1					1	3		3		9	38
NPESTRÉS	3			3				6	3		21	10	21	1		1				1		5	2	1	1	86
TD																										0
RAZOTD		2		2				5	4	5	8				1		10	9	3	11	4	2	2		2	70
EMOTD	1	1		1				3	5	6	5					10		6	5	8	2	1	2		2	58
TECTD		3		3				5	5	4	7				1	1	9	6		5	12	5	2	2		73
FPTD	1	2		2	1			3	2	11					1	3		3	5	5		1	1	2	6	58
NPTD		5		3				4	4	1	15				3		5	11	8	12	1		8	2		87
TCA																										0
SINBUL		2						5	3	2	10				1		2	4	2	5	1	8		2	1	50
SINAN		3		1				2		1	6						1	2	1	2	2	2	2		2	30
ACTI																										0
FPACTI	1	1		2	2			10	8	16	2				4	3	1	2	2	2	6		1	2		77
NPACTI	1	1		1							1				1											14
FORMA																										0
FPFORMA	2				2			4	7	13	2				5	9		2	2	2	9	1	1	3	12	76
NPFORMA								1			4	1	5		6						2	2	2		8	31
Σ SUMA	7	47	0	44	10	2	106	97	107	142	29	89	38	86	70	58	73	58	87	50	30	77	14	76	31	1428

Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

La “figura 27”, muestra las relaciones existentes entre categorías producidas en las entrevistas a los profesionales.

Figura 28.

## Matriz de relaciones de categorías entre pacientes

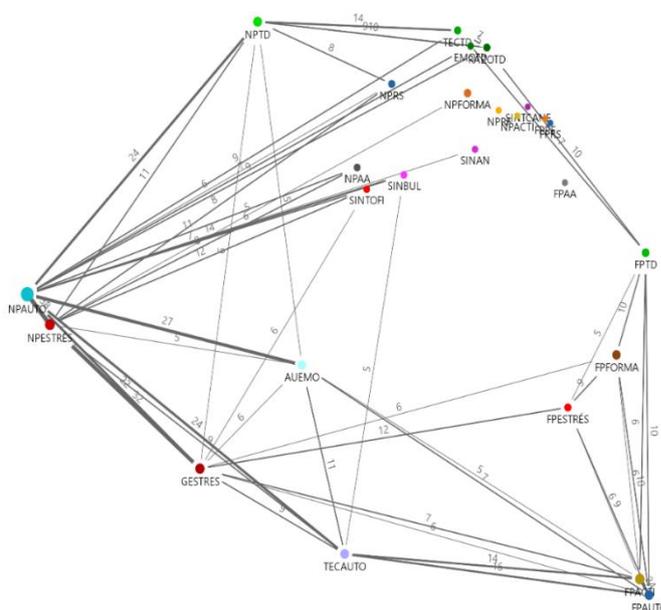


Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020

Por otro lado, la "figura 28", detalla las relaciones existentes entre las categorías de las entrevistas a las pacientes.

Figura 29.

Mapa de código entre categorías con frecuencia de más de 5



Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

En la “figura 29”, completa de una forma visual las relaciones de frecuencia “5” entre categorías, por lo que cuanto mayor es el grosor de la línea y el tamaño del punto, mayor es su relación de frecuencia con las demás categorías.

A simple vista se observa las relaciones que más veces han surgido en las entrevistas como “Necesidades Percibidas en el Estrés”, “Necesidades Percibidas en el Autocontrol”, “Gestión del Estrés”, “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, “Necesidades Percibidas en la Toma de Decisiones”, “Técnicas de Autocontrol” o “Autocontrol Emocional”

Por otro lado, las categorías significativas que han obtenido puntajes bajos o nulos han sido “Fortalezas Percibidas en el Ámbito Académico”, “Síntomatología Anorexia Nerviosa”, “Necesidades Percibidas en las Relaciones Familiares”, “Necesidades Percibidas en la Formación de Profesionales”, “Síntomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No

Especificado”, “Fortalezas percibidas en las Relaciones Familiares” Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas” o “Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales”.

A continuación, se mostrará de una forma sintética los fragmentos más significativos de las respuestas de los distintos entrevistados, teniendo en cuenta las relaciones de frecuencias cuantitativas previamente analizadas. Al mismo tiempo, se comentará distintos aspectos que pueden ser importantes para la investigación. . En “anexo 5” y “anexo 6”, se encuentran las entrevistas semiestructuradas transcritas.

Tabla 24.

*Fragmentos significativos de las entrevistas y comentarios de pacientes con TCA*

FRAGMENTOS DE ENTREVISTAS A PACIENTES Y	ANÁLISIS REALIZADO BASADO
PROFESIONALES	EN LAS RESPUESTAS
	PROPORCIONADAS
<p>✚ <b>Entrevistador: Cuéntame algo acerca de ti y cómo influye el TCA en tu vida diaria.</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Es verdad que yo al principio no era muy consciente, no quería aceptarlo, y al final fui yo la que le dije a mis padres que me buscaran una psicóloga (...). La sensación más grande que tengo yo con el TCA es que me he alejado de todo, de la vida. El TCA te aísla, es lo más grande que he notado.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Yo me di cuenta, o me quise dar cuenta, ya cuando estaba al límite y me encontraba en el hospital ingresada. También fue parte porque fue un proceso súper rápido, y también no teníamos ni mis padres ni yo de estas situaciones, porque nadie nos informe de esto en la vida actual (...) (influye) Sobre todo en la alimentación, que es lo que se ve, lo externo. Lo interno es como pensamientos que no son lo más normales o racionales (...) pero que te la terminas creyendo.</p> <p>❖ <b>Paciente 3:</b> En verdad no quería darme cuenta, o sea, estoy hace ya 5 años, y yo decía que tenía una rama de la anorexia (...), luego ya cuando empecé a tontear con la bulimia. Ahí es donde mi madre ya me pilló (...), A día de hoy muchas veces pienso que no lo padezco (...). Sobre todo influye en el ámbito social, porque ahora no tanto, pero antes evitaba mucho el comer con mis amigas o irme de cervezas con mis amigas.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPRS, NPAUTO, AUEMO, NPAUTO, FPACTI, RAZOTD y FPRF.</p> <p>➤ Se observa un bajo nivel consciencia de los pacientes con respecto al TCA al inicio del trastorno.</p> <p>➤ Necesidad percibida en ámbito social. Sobre todo en las relaciones sociales con los iguales, pero también en familiares.</p> <p>➤ Pensamientos y emociones alterados, como comenta la “Paciente 2”.</p>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Te irritas con bastante facilidad?</b></p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO,</p>

- 
- ❖ **Paciente 1:** Sí, la verdad que le doy demasiada importancia a las cosas (...), por ejemplo los estudios, si estamos acostumbrados a sacar siempre de 9 para arriba, pues a ti te dicen a lo mejor un 5 o un 7 y se te viene el mundo encima. Y más que nada como es lo de blanco o negro, pues parece que es eso, o 10 o nada.
  - ❖ **Paciente 2:** Sí, en mi caso ver algo que no funciona y llevándolo a mí culpa.
  - Paciente 3:** Muchísimo, he tenido que ir controlando también con mis padres porque ya veía que era que me hablase o me rosasen y ya me ponía furiosa y ya estaba fatal. Hasta que ya estando en ambulatorio, hablando con Juan Carlos y demás me decía que tenía que ser más asertiva y por lo menos intenté que a mi familia no le salpicara eso, aunque es muy difícil porque a veces me sale la ira, y la furia pero nunca lo quiero hacer contra ellos.
- NPRF, TCA, NPRS, FACTI, AUEMO, y RAZOTD.
  - Alto nivel de exigencia que conlleva a un alto nivel de irritabilidad, donde también se contempla la frustración, culpabilidad y furia.
  - Tema académico como propiciador de irritabilidad.
  - Comunicación y relaciones familiares negativas.
  - Con actividades psicoeducativas se mejora. Habla de la asertividad.

- 
- ✚ **Entrevistador: Y si las cosas no salen como quieres ¿Te desanimas?**
  - ❖ **Paciente 2:** Porque yo llevo trabajando mucho el tema del perfeccionismo y siempre a lo largo de mi vida, he estado corrigiendo mis errores, y cuando los corregía sacaba de ahí todavía más errores, entonces te das cuenta en un contexto, que tú eres un error y tienes que corregirte entera. Entonces eso te hace estresarte, eso te hace que quieras controlar todo, porque si no eso te hace... si no ves algo bien, tienes que controlarlo para hacerlo bien.
  - ❖ **Paciente 3:** Sí, es que me desánimo y a la vez tengo un tapón en la cabeza y no me deja avanzar. Ya me quedo ahí y es que "que no que no y que no"
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TEACUTO, NPESTRES, GESTRES, AUEMO y TCA.
  - Tema autocontrol desadaptativo orientado al control extremo por "Paciente 2". Origina perfeccionismo negativo.
  - Evaluación negativa y perfeccionista de los resultados. Falta de autocontrol adaptativo que lleva al estrés
  - Falta de autocontrol e inteligencia emocional en la "Paciente 3". No deja cumplir objetivos.

- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Te consideras una persona impulsiva o por el contrario con un autocontrol des adaptativo?**
  - ❖ **Paciente 1:** También eso es propio del TCA. O mucho control o ninguno.
  - ❖ **Paciente 2:** Sí, con autocontrol insano. Lo llevo todo... estamos trabajando ahora el tema de la balanza, no utilizarlo todo. Pero claro, los extremos son malos, pues yo llevo todo al extremo. Un autocontrol negativo.
  - ❖ **Paciente 3:** Sí, muy impulsiva. No era consciente pero sí, soy impulsiva
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TECAUTO y TCA
  - Análisis de autocontrol desadaptativo en pacientes 1 y 2. Control extremo.
  - Impulsividad y falta de autocontrol.
-

- 
- ✚ **Entrevistador: Cuando las cosas no están yendo como lo esperas ¿Puedes dejar de pensar en ello?**
- ❖ **Paciente 1:** pero yo lo que hago ahora es intentar hacer meditación, es una tontería, pero el otro día, por ejemplo, cada vez que pensaba en el examen, de haber estado meditando antes me decían que los pensamientos tenían que fluir como troncos en un río, pues es una tontería, pero cuando pensaba en el examen me venían a la cabeza los troncos y me relajaba. Poco a poco se va trabajando.
  - ❖ **Paciente 2:** No, aunque si fuera como "esperas" nunca te vas a quedar satisfecha. Bueno, yo nunca me quedo satisfecha porque siempre quiero llegar a más y más y más. Hasta que te das cuenta de que ese más, es infinito y nunca te vas a quedar conforme (...), Cuando ya lo trabajas en consultas y tal, es cuando dices "vale" y ahí lo registras con esos pensamientos racionales y cada vez te das cuenta que hay ciertos límites, que no eres una máquina, y que hay otras perspectivas.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, FPAA, FPAUTO, FPACTI, TECAUTO y AUEMO
  - La paciente 1 relaciona el ámbito académico como un problema al relacionar una solución a un problema de exámenes.
  - Paciente 2 exigente y perfeccionista, llevado a un autocontrol extremo y desadaptativo.
  - Mejora a través de consultas y actividades educativas.

- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Qué cosas pueden hacer que tú pierdas el control?**
- ❖ **Paciente 1:** Que no salgan las cosas como yo esperaba. Eso es debido a la necesidad de controlarlo todo (...), cuando veo a alguien en mi casa que está mal, al principio me sentía fatal, porque yo quería hacerlo sentirse bien y pensaba que eso dependía de mí.
  - ❖ **Paciente 2:** Cuando algo no me entra por los ojos, si tú lo ves algo mal, ya me pongo súper histérica, con mucho estrés y ansiedad, como que te falta que ese aire, te entra hasta la mitad y te falta el aire. Entonces es una sensación muy rara.
  - ❖ **Paciente 3:** Pues eso, que no salgan bien las cosas, que no pueda hacer yo lo que me dé la gana y tenga limitaciones como puede ser aquí en unidad, o puede ser en mi casa o tal. Y en verdad eso, lo que saca de mis casillas es eso.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, AUEMO, TECAUTO, GESTRES, NPESTRES y SINTOFI.
  - Necesidad de controlar todo lo que le rodea para no perder el control.
  - Evaluación negativa de lo que es tener autocontrol.
  - Culpabilidad externa errónea.
  - Limitaciones externas positivas provocan pérdida de control.

- 
- ✚ **Entrevistador: En una situación de tentación no beneficiosa, ¿enfrentas el conflicto o complaces esa tentación? ¿Por qué la complaces?**
- ❖ **Paciente 3:** Complazco, ahora mismo complazco a eso. Y ahora mismo pienso que si ya lo tengo en la cabeza, ya lo tengo que hacer. Sí o sí (...) Porque es algo que me satisface (...) si a lo mejor ya tengo limitaciones y tal y lo puedo evadir, es muy difícil que pase.
- En el fragmento analizado se relaciona la categoría NPAUTO.
  - Falta de autocontrol debido a la impulsividad de elegir la conducta de recompensa muy inmediata pero con consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo.
  - Limitaciones externas como mejora inicial

- 
- ✚ **Entrevistador: Antes cuando caías en la tentación, ¿cómo lo resolvías?**
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TECAUTO y NPAA.
-

- 
- ❖ **Paciente 2:** estoy trabajando el tema de los estudios, pues yo cuando estoy estudiando siempre, siempre he sido exigente, de estas veces que dices "estamos en época de exámenes y no puedes parar" entonces pues a lo mejor tienes que quedar con tus amigas y no quedas porque tienes que estudiar. Entonces eso, el TCA, hace autoexigirte mucho y no es tema de que estés perdiendo el tiempo porque no estas estudiando, es también que el TCA dice "tienes que estudiar, tienes que estudiar" pero en verdad, ¿Te va a servir ese tiempo de estudio como si vas con tus amigas y después rindes más estudiando?
  - Autocontrol obsesivo y desadaptativo. Orientado a la exigencia y el perfeccionismo.
  - Relacionado con los estudios.

- 
- ✚ **Entrevistador ¿Te consideras una persona con fuerza de voluntad?**
  - ❖ **Paciente 2:** Interés y voluntad tengo, quiero salir de esto, quiero disfrutar y aprender a hacerlo, pues mucha gente me dice que como no sé disfrutar, pues no, no sé. Y le pongo todo el interés, aunque hay recaídas y bajones, porque es muy duro, pero voluntad tengo.
  - ❖ **Paciente 3:** Me consideraba, una persona con voluntad. Ahora mismo creo que no tengo fuerza de voluntad. No sé, antes era una persona más... No sé, me daba igual levantarme a cierta hora, nunca me iba a meter en la habitación, con lo que no tenía que tener fuerza de voluntad para salir de ella. Pero ahora veo que no la tengo, que la he perdido completamente.
  - En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO y TCA.
  - Voluntad pero con dificultades en la paciente 2.
  - Paciente 3 con pérdida de autocontrol.
  - Habla de conductas desadaptativas por falta de autocontrol como el aislamiento.

- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Llevas una planificación sobre objetivos que quieres conseguir?**
  - ❖ **Paciente 1:** Antes como quería abarcar tanto, pues es que era imposible organizar eso. Ahora ya me he dado cuenta de que si tengo que abarcar menos, pues, me pongo los objetivos...quizás todavía no sea objetiva con mis objetivos, pero ya voy viendo que abarcarlo todo es imposible.
  - ❖ **Paciente 2:** Yo lo planifico todo. Por el tema de la perfección. A mí me gusta mucho organizarme, planificar todo, tenerlo bajo control. Entonces el tema de...quiero hacerlo todo bien porque quiero avanzar. Me cuesta tener confianza (...) yo estoy en contra de todo el mundo, hasta de mi familia y ellos, pero me ayudan y es el TCA.
  - ❖ **Paciente 3:** Sobre todo a corto plazo (...), yo no sé descansar, mi mente va todo el rato "pum pum" avanzando y va a lo mejor yo intento descansar como era el verano pasado, intentaba ponerme en la hamaca así tumbada y pensaba "Voy a ponerme tumbada con el solecico y la piscina y con tal" pero nunca, porque era tumbarme y decir, "ahora tengo que hacer esto, tengo que limpiar que viene mi madre (...), Es algo a muy corto plazo (...).
  - En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TCA, TECAUTO, FPACTI, NPRF, NPAUTO, TCA, TECAUTO, FPACTI, NPRF y AUEMO.
  - Paciente 1, mejora del autocontrol y la autorregulación al mejorar la planificación realista.
  - Paciente 2 autocontrol desadaptativo al querer tener todo controlado. Problemas sociales y familiares.
  - Paciente 3, impulsividad y rumiación de pensamientos. Recompensas inmediatas desadaptativas.

- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Evalúas los resultados de lo que planificas?**
  - En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, AUEMO, TCA, SINBUL y TECAUTO.
-

- 
- ❖ **Paciente 2:** Es que los resultados yo los veo como notas, y esas notas le pongo como valoración a lo que yo soy. Entonces no son realistas. También me martirizo mucho si digo, "joer le he hecho caso al TCA" y ya ahí me rayo un montón diciendo que ya la he cagado y pierdo el control de mis pensamientos.
  - ❖ **Paciente 3:** No, no los evalúo porque creo que la mayoría de veces van a estar al gusto mío y que recordar algo que no se ha sido buen resultado para mí, pues me jode (...) pregunta sobre realismo del objetivo: Efectivamente. A lo mejor pueden... si han sido exámenes o algo de eso no, pero si es algo que en cuanto al trastorno, no lo quiero pensar porque sé que lo he hecho mal.
- Evaluación como un resultado final, no como proceso. No realistas y en base a resultados académicos o resultados de constructos negativos.
  - Pérdida del control de pensamientos.
  - Paciente 3 no evalúa los resultados para la mejora. Visto la evaluación como algo negativo y no como algo de mejora.

---

**Entrevistador: ¿Cuáles son los motivos por los que crees que no consigues algunos objetivos?**

- ❖ **Paciente 1:** Porque me centro en la meta directamente. Parto del que ya lo tengo... es como siempre es el mismo ejemplo, si siempre sacas el mismo 10, en el siguiente examen, por sistema vas siempre a sacar un 10, y eso es mentira porque en el examen tienes que empezar de 0 otra vez. Pero como te has montado en eso, y ya lo tienes, lo que sea bajar de ahí es quitar, y no estás poniendo nada ni mejorando.
  - ❖ **Paciente 2:** Porque soy muy insegura conmigo misma (...) esa aceptación yo no la siento.
  - ❖ **Paciente 3:** Pues en verdad no lo sé, porque como no diferencio a Miriam del trastorno, no te puedo decir que es culpa del trastorno. Te diría que es más culpa mía.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, NPAA, TECAUTO, AUEMO NPAUTO y SINBUL.
  - Falta de autoevaluación y metas no realistas.
  - Falta de autocontrol y autorregulación, supone el no ver las necesidades y los fallos.
  - Inseguridad y culpabilidad

---

**Entrevistador: ¿Piensas que eres una persona que sabe controlar sus emociones?**

- ❖ **Paciente 1:** Regular, ahora mejor, pero bastante mal. Porque yo pensaba que esa parte del ser humano no era importante, entonces yo no la trabajé. Yo pensaba que lo importante es trabajar, estudiar, esforzarse y la parte emocional no era una parte del ser humano, y por tanto no importante.
  - ❖ **Paciente 2:** : No, porque ahora mismo las emociones que tengo...no son reales, mucha gente le ponen un trozo de tarta y se ponen súper contenta, y yo a lo mejor pues me entra miedo, me entra tristeza, me da ansia, o ya no solo la comida, con el tema de una nota me pongo súper mal. Con la palabra suspenso, me entra estrés, ansiedad... de todo. Pero es como impulso involuntario.
  - ❖ **Paciente 3:** Ahora mismo no. Porque tengo unos días... es que no me entero ni yo. A lo mejor me levanto y estoy aquí con las niñas (en ELCA), y llega un momento que no sé por qué, y ya empiezo a llorar, me empiezo a aislar y no quiero hacer actividades (...) A lo mejor me acuesto de lujo y me levanto y no sé qué pasa por mi cabeza para que mi cuerpo ni siquiera se quiera levantar.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TECAUTO, AUEMO, NPAA, NPESTRES y TCA.
  - Falta de inteligencia emocional y por tanto de autocontrol emocional en las pacientes.
  - Falta de información previa sobre la importancia de las emociones en el autocontrol.
  - Emociones desadaptativas ligadas al ámbito académico y también al estrés.
  - Miedo atroz al suspenso. Genera emociones desadaptativas.
  - Paciente 3, autocontrol emocional impulsivo hace llevar conductas negativas de aislamiento y desgana.
-

---

<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Eres una persona que sabe definir sus sentimientos?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Para trabajar eso, hay que hacer los registros, y una vez que ello te lo rebates y sabes lo que estás sintiendo, ya es cuando te vas dando cuenta. Cuando haces más y más registros, te sale automático, aunque me cuesta todavía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPACTI y AUEMO.</li> <li>➤ Mejora del autocontrol emocional a partir de actividades psicoeducativas.</li> <li>➤ Se puede educar para mejorar esta parte.</li> </ul>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Cuándo estas enfadada intentas cambiar tu ánimo?</b></p> <p>➤ <b>Paciente 1:</b> Antes me dejaba llevar o lo reprimía.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> He intentado sobre todo con el tema de la familia porque, aunque quieras o no, son las personas que más tienes a tu lado. Entonces todos esos impulsos involuntarios, se los echas a contestaciones con tu familia y tal y dices "no tienen culpa y tal" o un comentario que te dicen....Pues ahora intento tranquilizarme y después hablar con ellos.</p> <p>❖ <b>Paciente 3:</b> No. Me incito yo más a estar enfadada, a que salte toda la ira y cuando ya me doy cuenta y cuando bajo pues veo si he hecho mal a alguien o yo misma se me ha ido en algún momento la olla, pero no puedo en ese momento si estoy arriba no puedo bajar. Al rato cuando ya he subido del todo, y no puedo subir más, ya es cuando tengo que bajar si o si. Pero si estoy subiendo, en ningún momento voy a parar y voy a decir, "A ver Miriam, párate y tal" Si me has encontrado, me has encontrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, AUEMO, TCA, TECAUTO, NPRF, FPRF y FPACTI.</li> <li>➤ Paciente 1, falta de autocontrol al actuar de forma pasiva o agresiva.</li> <li>➤ Impulsividad agresiva en contestaciones con la familia. Falta de autocontrol.</li> <li>➤ Paciente 2 mejora a través de las actividades psicoeducativas.</li> <li>➤ Paciente 3, falta de autocontrol absoluto al incitarse a estar más enfadada.</li> <li>➤ No puede parar en el momento que está enfadada, por lo que aumenta en el tiempo sus conductas negativas.</li> <li>➤ Evaluación nula en el momento del enfado.</li> </ul>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Para ti, que es el estrés?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Hay muchos tipos de estrés, está el de los exámenes, el que sale cuando no te sale nada bien, está el de cuando ves algo que no te entra por los ojos. Estrés como sensación, esa válvula que te entra en los pulmones y que hace que no te entre aire y esa angustia que tú tienes. Algo como si estuvieras...como lo vieras todo negro. Te da claustrofobia.</p> <p>❖ <b>Paciente 3:</b> Tener que planificar muchas cosas que no dependen de mí (...), me estresan mucho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRES, NPAA, SINTOFI, NPRS, NPRF, GESTRES y NPAUTO.</li> <li>➤ Afectación del estrés por varias vías en la paciente 2, como lo académico o la alimentación.</li> <li>➤ Sintomatología latente.</li> <li>➤ En paciente 3, origina estrés el tener que planificar cosas que dependan de otras personas.</li> </ul>

---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Percepción negativa del autocontrol y no realista que origina estrés.</li> </ul>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué sientes cuando tienes estrés?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Me siento acelerada, con mucha necesidad de resolver e ir quitando cosas de en medio y todo al instante.</li> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Que no voy a poder con todo eso, pero es lo que antes decía, que si evitaba un poco el pensamiento y demás de cuando me estaba estresando, ahí evadía los pensamientos, pero claro, es algo que va a pasar, que tengo que planificar que tengo... y luego sale bien (...). Mi cabeza piensa de más (risas).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRES, NPAUTO, SITOFI y NPRS.</li> <li>➤ Sintomatología propia del Distress.</li> <li>➤ Sobre pensamiento y autocontrol desadaptativo origina estrés.</li> <li>➤ Querer planificar todo.</li> </ul>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Con qué frecuencia tienes o has tenido situaciones estresantes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Ahora en época de exámenes más, antes curiosamente lo había dejado, pero ahora ha empezado la época de exámenes y estoy más atacada.</li> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Todos los días y raro es el día que no me pase. Ya depende del nivel, pero si tengo bastante.</li> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Ahora mismo, con la facultad, he estado con la asignatura de Historia y demás (...) En esos sitios tenga algo nuevo o algo que no conozca, ahí ya sí. Si es alguna fiesta, o es algún puente o los viajes...</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TCA, NPESTRES, GESTRES, SINTOFI y NPAA.</li> <li>➤ Estrés por parte del ámbito académico en el paciente 1.</li> <li>➤ Época de exámenes origina estrés y ansiedad.</li> <li>➤ Paciente 3, miedo a lo desconocido y a lo que se escapa del control desadaptativo, origina estrés.</li> </ul>
<p>✚ <b>Entrevistador: Cuéntame en qué grado las posibles desgracias te hacen estar estresada.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Pues que no estoy disfrutando de con quien esté y si estoy sola, me llega a tener síntomas, descontroles y es algo que no puedo parar. Si estoy sola, y si no, se ve que estoy teniendo ansiedad y estrés, que no dejo de moverme... y es porque estoy pensando, todo el rato en eso y no me deja tranquilizarme, no me deja disfrutarlo de verdad.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías SINBUL, NPESTRES, NPRS y NPAUTO.</li> <li>➤ Descontrol y falta de autocontrol provoca descontroles y síntomas propios de Bulimia.</li> <li>➤ Provocado por sobre pensamiento.</li> <li>➤ Provoca no disfrutar del momento y de las actividades presentes.</li> </ul>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Cuándo estás en una situación estresante, haces algo para aliviarlo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Paciente 1:</b> Lo que hice ayer fue organizarme (...), hice un planing y si sale bien y si no veremos lo que pasa (...). Me arranco los padrastrs para aliviarme.</li> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Sí, intento tranquilizarme y cuando tengo esa situación de estrés, los registro, primero todos los pensamientos irracionales, porque esos tipos de estrés son con pensamientos irracionales. Y ya cuando se me haya pasado el estrés y me haya tranquilizado y distraído. Cuando haya asimilado la situación, te rebates esos pensamientos. Pues ya ese estrés no era para tanto.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías TECAUTO, FPESTRES, GESTRES, SINTOFI y AUEMO. Por otro lado, encontramos también FPAUTO, FFACTI y GESTRES.</li> <li>➤ Paciente 1 se organiza para afrontar situaciones estresantes. Autocontrol adaptativo. Sin embargo, si no sale bien tiene síntomas de estrés como morderse los padrastrs.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> La mayoría de veces no(...), cuando me acaba de dar y estoy estresada y llego por la tarde con alguna noticia aunque no sea mala, en ese momento me hundo yo más en la mierda y me estreso más (...) pregunta ¿Sientes que pierdes el control cuando la situación es muy estresante? Respuesta: Sí, de hecho es por eso, por lo que no controlo los sentimientos ni tengo fuerza de voluntad, porque ni siquiera yo mismo controlo lo que puedo llegar a hacer, por lo que cundo estoy estresada tampoco soy yo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Paciente 2 intenta tranquilizarse, autocontrol adaptativo. Utiliza registros psicológicos para mejorar.</li> <li>➤ Paciente 3 no utiliza nada para mejorar el estrés. No utiliza el autocontrol.</li> <li>➤ Evaluación negativa y catastrofista.</li> <li>➤ No controla sus emociones ni sentimientos, llevando al descontrol y al estrés.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Te dan resultados positivos?</b></li> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Sí, aunque hay otros que cuesta más interiorizarlos y no te entra el porqué de las cosas. Si eres incapaz de rebatírtelos, pido ayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías GESTRES, FPESTRES, FPAUTO, TECAUTO y FPACTI.</li> <li>➤ Técnica de autocontrol al pedir ayuda.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿A menudo sientes que las pequeñas dificultades que puedan aparecer, se hayan acumulado tanto que te sea imposible gestionarlas o enfrentarla?</b></li> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Si, porque como es eso, lo vas dejando una cosa y otra y otra, pues porque no tienes ganas de nada, porque estas estresada o estas en que hago con la vida, pues en ese momento es cuando ya dejas una cosa y dejas otra, y cuando te ves envuelta en todo lo que tienes que hacer... que a lo mejor no es lo que tienes que hacer, pero es lo que tú misma te lo has impuesto, pues ahí es cuando te viene todo. Y ahí ya no sabes gestionar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRES, NPAUTO y GESTRES.</li> <li>➤ Procrastinación relacionado con el estrés.</li> <li>➤ No existe autocontrol para posponer impulsos del momento, lo que genera estrés al acumularse las tareas u objetivos.</li> <li>➤ Metas no realistas que generan estrés.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué cosas te originan estar más estresada?</b></li> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> El estudio, totalmente, al 100%. Con la familia también mucho, pero me preocupa mucho todavía el verlos mal, la verdad que sí. En mi grupo de iguales hay un ambiente más distendido porque ahora no veo mucho a las de la facultad, ayer las vi, y bueno...no sé, no comparto apenas tiempo con ellos.</li> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Ahora mismo, que no me salgan bien las cosas, que no vea yo los resultados positivos (...). Imagínate que tienes un examen en un día y todavía te queda por leerte 70 trabajos, pues es inhumano, pues eso da estrés porque lo quieres tener todo perfecto y controlado (...) cuando no te entra algo de alguna toma alimentaria en la clínica y sobre todo en casa pues es cuando estás más insegura porque sales de la zona de confort (...). Y te crea la percepción de cambio físico, de que te van a rechazar por tal... es un globo muy grande de todos los ámbitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPRS, NPRF, GESTRES, NPAA y NPESTRES.</li> <li>➤ Ámbito académico, familia y relaciones sociales como fuente de estrés en paciente 1.</li> <li>➤ Paciente 2 que no tenga resultados positivos irreales.</li> <li>➤ Autocontrol desadaptativo y el querer controlar todo origina estrés en personas con TCA.</li> <li>➤ Alimentación como fuente de estrés. La percepción de los alimentos.</li> <li>➤ Distorsión imagen corporal origina estrés.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Sientes que pierdes el control sobre ti, cuando la situación estresante es muy grande?</b></li> <li>➤ <b>Paciente 1:</b> Antes, tengo la sensación de que tiraba mucho la toalla, como que decía "voy a estudiar todo el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAA, NPAUTO, NPESTRES, GESTRES y TECAUTO.</li> </ul>

<p>día y lo que sea será y si no, no" al final no tenías límite ni un buen control, solo era estudiar.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Sí, porque cuando tienes estrés es sobre todo por el miedo al descontrol. El miedo al descontrol...la perfección lleva a controlar todo, para que todo sea perfecto. Entonces si hay descontrol, hay algo que no va bien, por lo que no está perfecto. Entonces eso te crea ese estrés y esa...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de autocontrol que origina a conductas desadaptativas.</li> <li>➤ Relacionado con falta de objetivos realistas.</li> <li>➤ Miedo al descontrol lo que origina estrés. Querer todo controlado. Perfeccionismo y exigencia.</li> </ul>
<p>🚦 <b>Entrevistador: Cuéntame si antes de sentirte estresada, identificas algún pensamiento o emoción.</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Siempre hay algo que me hace pasar a ese estado. Puedo imaginarme que no me salgan las cosas bien. Sobre todo admito que a mi ahora me da un poco de... cuando no estoy tan fina y me dan muchas ideas... por ejemplo, cuando escuchamos las altas, ellas cuenta situaciones complicadas con el estudio, pero el problema es que algunas de las que yo no he experimentado, pues me dan ideas, me entiendes, pero digo "María esto no te ha pasado, y si te pasa bueno..." el bloqueo al final es casi que voluntario, pues no le hago caso y sigo, pero me resulta difícil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, AUEMO, NPESTRES y NPAA.</li> <li>➤ Falta de identificación de pensamientos cuando se origina estrés.</li> <li>➤ Comparaciones con otras personas. Falta de control en esas comparaciones.</li> </ul>
<p>🚦 <b>Entrevistador: ¿Sientes que gestionas bien los pequeños problemas irritantes de la vida?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Antes peor, pero regulinchi. Por el tema del control no realista, el creer que está todo en tu mano.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Me cuesta porque estoy en un principio. En el proceso de rebatir pensamientos irracionales y cambiarlos a que sean racionales. Ha habido una mejora si echo la vista atrás, porque antes nada lo veía bien, nada 0, ahora tolero por ejemplo... antes no salía cuando estudiaba a la calle a despejarme, ahora sí.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, TECAUTO, NPESTRES y GESTRES. FPAUTO, AUEMO, TECAUTO, FACTI y FPAA.</li> <li>➤ Falta de control en las situaciones estresantes. Originado por evaluaciones no realistas de la realidad.</li> <li>➤ Mejora de esa gestión de situaciones y estrés gracias a las actividades educativas, psicológicas y nutricionales.</li> </ul>
<p>🚦 <b>Entrevistador: En este mes, ¿Con qué frecuencia has estado pensando las cosas que tienes pendiente por realizar?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Siempre, pues siempre tienes tu planificación, a la hora de los estudios sobre todo, cuando dices "venga, de 4 a tal tienes que hacer esto, pero lo tienes que hacer, tienes que terminarlo" o también con los retos que te pone la nutricionista de que "este sábado tienes que irte de tapas "pero es que lo tienes que hacer sin excusas, es un reto, y lo tengo que hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, GESTRES y NPESTRES.</li> <li>➤ Autocontrol desadaptativo en metas irreales origina el estrés.</li> <li>➤ Ámbito académico.</li> <li>➤ Retos en el tratamiento origina estrés. En este caso, nutricionales.</li> </ul>
<p>🚦 <b>Entrevistador: ¿Llevas a cabo técnicas de autocontrol para aliviar este estrés?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Sobre todo meditación y escribir mucho. Las hago sobre todo porque me las han enseñado y realmente funcionan.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Los registros sobre todo me han hecho mucho, y también... la lectura, me hace despejar la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPESTRES, GESTRES, TECAUTO, FFACTI y FPAUTO.</li> <li>➤ Meditación como método de autocontrol para mejorar el estrés.</li> <li>➤ Anotaciones escritas como diarios o registros.</li> </ul>

<p>mente, distraerme y no pensar tanto... sino irte a otro mundo (...)</p>	<p>➤ Lecturas.</p>
<p><b>Entrevistador: ¿Cómo te afecta el estrés a la hora de tomar decisiones?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Noto como que no, como lo racional se ha perdido. Cuando tengo estrés realmente no, no tengo esa capacidad para razonar y ver las cosas con claridad y cuadrar todo en su sitio. Me cuesta ser objetiva la verdad.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Pues mal, porque yo he sido una niña que no ha sabido tomar decisiones, porque tengo muchas inseguridad en mi misma y no me he aceptado como tal. Entonces, si tengo una inseguridad, como voy a ser capaz de tomar una decisión sin saber que la estoy tomando bien. Entonces siempre he necesitado ayudado u opinión de otra gente, o que básicamente decida la gente por mí, es muy difícil. Me cuesta tomar decisiones.</p> <p>❖ <b>Paciente 3:</b> No era consciente, de cómo afectaba, pero me afecta bastante porque no puedo tomar decisiones, como si no tuviera solución, que para que voy a perder el tiempo en eso si total, ya lo he hecho mal y no voy hacer nada bien.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías RAZOTD, NPAUTO, AUEMO, NPTD, NPESTRES, GESTRES, TECTD y NPRS.</p> <p>➤ Estrés influye en la capacidad de tomar decisiones en paciente 1, sobre todo en el aspecto racional y objetivo.</p> <p>➤ Falta de aprendizaje de toma de decisiones.</p> <p>➤ Inseguridad a la hora de tomarlas o derivar la decisión en otras personas externas.</p> <p>➤ En paciente 3, el estrés afecta a su toma de decisión. Evalúa desde una perspectiva negativa las opciones y las soluciones.</p> <p>➤ Falta de autoestima en la TD.</p>
<p><b>Entrevistador: ¿Ante cualquier problema con alto grado de dificultad, te cuesta tomar decisiones?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 3:</b> Sí, sobre todo si son cambios más gordos, por ejemplo, el volver otra vez la facultad y coger Historia. Luego cuando tenga más coger el ciclo superior, inglés y demás... como es un cambio bastante gordo y me puede limitar en bastantes otras cosas. A menos que ya me diga alguien como tú, como lo tengo que hacer (risas).</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAA, NPTD, TECTD, RAZOTD, FPACTI, TECTD, RAZOTD y FPTD.</p> <p>➤ Falta en la toma de decisiones importantes para la persona con TCA.</p> <p>➤ Evaluación negativa.</p> <p>➤ Mejora en las consultas pedagógicas la capacidad de TD.</p>
<p>❖ <b>Entrevistador: Descríbeme el proceso que utilizas para tomar decisiones.</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Lo primero a ver, admito por ejemplo si estoy haciendo algo que no quiero dejar, pues lo primero que hago es intentar pasar y dejarlo para el rato de después. Apunto en una libreta a algo que me recuerde a eso, y luego cuando he terminado lo que estaba haciendo pues me pongo y digo "a ver, tenía que hacer esto esto y esto" y lo hago. También intento esperar a estar más tranquila y si es algo que me bloquea ya me paro e intento resolverlo escribiendo.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> De siempre me han dicho "que preferirías" y yo he dicho "me da igual o no sé" Ahora si tengo que decir sí o no, otra cosa es que me tengo que tomar mi tiempo, tengo que analizarlo, tengo que... primero que es lo que</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías RAZOTD, FPTD, EMOTC, FPAUTO, NPTD, NPRS, NPAUTO y NPESTRES.</p> <p>➤ Paciente 1 realiza técnica de apuntar decisiones para hacerlo más tarde cuando está haciendo algo importante.</p> <p>➤ Delegación de TD a otras personas por paciente 2. Mejorado a través de actividades psicoeducativas.</p> <p>➤ Dificultad en la TD por parte de paciente 3. Obligada a tomar las decisiones.</p> <p>➤ Originado por el miedo y la confrontación de consecuencias.</p>

<p>quiero y que es lo que me gustaría y que es lo que más me va a rendir en un futuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exigencia y perfeccionismo como elementos desadaptativos para tomar decisiones. Miedo al fracaso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Ahora mismo, no hay posibilidad, ni siquiera lo pienso y es cuando me tienen que obligar. Ya te digo que he estado dos años sin ir a la facultad y yo tampoco era consciente de que estaba dejando pasar...porque me da miedo, entonces ni siquiera hay toma de decisiones.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Consideras todas las alternativas posibles antes de decidir algo?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Categoría NPTD.</li> <li>➤ Falta anterior de considerar y razonar todas las alternativas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Ahora mismo no, antes sí.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Procrastinas a la hora de tomar decisiones?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPTD y NPAUTO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Paciente 2:</b> Sí, porque estás insegura de ti misma y no quieres tomarla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Procrastinación en la TD debido a la falta de autocontrol debido a la inseguridad, miedo y elección de la decisión negativa a corto plazo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Paciente 3:</b> Ahora un montón. Por eso te digo que no tengo fuerza de voluntad ni autocontrol.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Tienes en cuenta tus emociones a la hora de tomar decisiones?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías TCA, NPAUTO, NPAA, NPTD, EMOTD, NPRS y AUEMO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Regular, porque claro, yo creo que en este ámbito no existen las emociones. Claro, yo pienso que las emociones las dejo para el rato en el que no estoy estudiando, o trabajando o en el rato que no estoy ayudando a lo que sea en mi casa. Entonces yo entiendo que las emociones tienen su rato y lo otro tiene otro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No tienen en cuenta las emociones a la hora de tomar decisiones, lo que origina necesidades en dicha capacidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> No, porque también te fijas mucho si repercute a los demás y lo que van a pensar de ti los demás. Lo que opinen los demás de esa decisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fijación por lo que dirán los demás, más que en las emociones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> No. Ahora mismo no porque parece que mis emociones van cada una por... que es de su madre y de su padre, pues no... no soy consciente.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Cuándo tomas una decisión, anticipas las posibles consecuencias?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías SINAN, NPTD, RAZOTD, TECTD, EMOTD y NPRS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Sí, pero son catastrofistas por la propia enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anticipación negativa e irreal, por tanto, no objetiva. Perfeccionismo y exigencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 2</b> Sí, porque no quieres que nada salga mal. Entonces si algo sale mal... tu buscas la perfección, tanto como los demás lo vean para ti, como tú lo veas para ti. Entonces si algo sale mal ya no es perfecto. Entonces te agobias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de autocontrol adaptativo al querer controlar todo en la decisión.</li> <li>➤ Opinión de los demás en esas consecuencias.</li> <li>➤ Origina estrés y agobio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Evalúas el resultado de esas estrategias?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPTD, TECTD, NPRS, NPAUTO y RAZOTD.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Sí claro, porque el resultado es lo que buscas después de una toma de decisión. En plan primero el resultado que acepten los demás, que digas pues, al tomar una decisión dices, "voy a coger este bote de gel" y ahora se te cae y dicen "ouu que tonta eres", pues ese es el resultado. Pues me ciño mucho en lo que piensen los demás y también como me vaya a sentir yo y de autorechazo hacia mí misma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluación negativa centrada en resultados y no en los procesos.</li> <li>➤ Evaluaciones catastrofistas e irreales. No objetivas.</li> <li>➤ Evaluaciones en opiniones externas.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Sí, anticipo muchísimo. Porque siempre anticipo las consecuencias que yo misma me genero en la cabeza, ahora mismo no es que sea realista. Pues ya lo que me afecte a mí, es lo que voy a pensar y céntrate, no voy a ver otras alternativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No centradas en alternativas adaptativas, si no en desadaptativas que afectan al estado de ánimo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿En una situación de estrés, en el que tienes que tomar una decisión, te bloqueas o reaccionas?</b></li> <li>➤ <b>Paciente 1:</b> Depende de la situación. Cuando ya se me juntan muchas cosas, ya es muy difícil que no me bloquee. Pero cuando el estrés es algo que estoy preparada para afrontar, si consigo reaccionar. Cuando me veo demasiada desbordada, me bloqueo.</li> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Pues yo me bloqueo. Porque no sé tomar decisiones por mí misma. Soy súper insegura. Entonces me bloqueo y digo, "tú qué harías si fueras yo" entonces ya me ayudan a que esa decisión sea la que tomo.</li> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Me bloqueo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPTD, SINTOFI, NPESTRES, GESTRES, FPTD, NPAUTO, NPRS y TECTD.</li> <li>➤ Si el estrés es grande, afecta a la TD mediante el bloqueo.</li> <li>➤ Relación de estrés con la inseguridad y la TD.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Confías en tu capacidad para tomar decisiones?</b></li> <li>➤ <b>Paciente 1:</b> Sí, de vez en cuando dudo un poco, pero hombre, hay cosas en las que no confío en mí y lo que hago es decirle a otras personas que la tomen por mí, cuando veo que no tengo capacidad por el propio TCA.</li> <li>➤ <b>Paciente 2:</b> No, porque soy insegura.</li> <li>➤ <b>Paciente 3:</b> No, ahora mismo no (risas). Supongo que esto cambie, espero, pero ahora mismo no soy capaz, me cuesta mucho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías TECTD, NPTD y TCA.</li> <li>➤ Falta de confianza en la TD.</li> <li>➤ Delegación externa de la TD.</li> <li>➤ Inseguridad afecta a la TC.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Te han enseñado alguna vez a tomar decisiones?</b></li> <li>➤ <b>Paciente 1:</b> Así como manera directa no, pero si es verdad que con el simple hecho de hacer, de decirte "bueno, haz lo que quieras" eso es darte confianza ¿no? A mí me ha faltado un poco eso, porque tengo, quizás yo me he dejado mucho en ese sentido seguramente, pero me he sentido muy sobreprotegida, y ha habido muchas elecciones que no he tenido la oportunidad y que realmente en algunas de ellas si habría dicho "jolín, es que quiero tomarla yo" pero bueno es que ha sido esa mi experiencia.</li> <li>➤ <b>Paciente 2:</b> No, nunca lo han hecho.</li> <li>➤ <b>Paciente 3:</b> No, creo que no. Puedes poner en el curriculum que sé tomar decisiones, pero nunca me lo han enseñado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPTD Y NPRF.</li> <li>➤ Falta de formación o formación negativa en la capacidad de TD.</li> <li>➤ Sobre protección familiar a la hora de tomar las decisiones. Origina falta de esta habilidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué puntos fuertes ves en las instituciones?</b></li> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Es increíble el conocimiento que tienen de la enfermedad (...). Me he dado cuenta de que aquí sí que tratáis a las personas y si os importamos de verdad.</li> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> La hora de hacer registros me ha ayudado mucho, todas las normas (...) hace mucho cambiar, hace muchísimo ver las cosas de otra manera y controlar sobre todo la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, TCA, FPACTI, FPAUTO y FPRS.</li> <li>➤ Elementos positivos en las actividades psicoeducativas.</li> <li>➤ Elementos personales y afectivos por parte de los profesionales.</li> <li>➤ Normas adaptativas.</li> <li>➤ Actividades de educación.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Tienen una gran diversidad de actividades (...) se te hace muy fácil al tener actividades por la mañana de todo tipo, que si tienen grupos para hablar en más profundidad y te pueden ayudar también alas otras niñas que han pasado por esto.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en Elca y Adaner?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPACTI, FPAUTO y FPTD.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> A mí me encantaría probar terapia con animales (...) sería bueno que estudiásemos algo de la evolución del cuerpo a lo largo de la etapas de la vida, (...), en mi caso, lo que falló notablemente desde la primera vez y falla todavía era el miedo a crecer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Autocontrol como habilidad para trabajarla.</li> <li>➤ Habilidades sociales y autorregulación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Con lo que hemos hablado, el autocontrol sería un tema interesante a la hora de practicarlo, tanto en el ámbito psicológico, en el ámbito nutricional y el pedagógico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mejora de la toma de decisiones.</li> <li>➤ Orientación laboral y vocacional</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Creo que lo que se hace, habilidades sociales, saber regularnos, que pues mira que podamos tomar decisiones, que podamos también saber cómo es el mundo laboral fuera y como lo tenemos que entablar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Y en el departamento de Educación Terapéutica?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPAUTO, FPAA y FPACTI.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Aquí, técnicas de estudio ya nos dais, también planificas objetivos, y luego en cuanto al tema, es verdad que no.... Quizás otros modos de enseñanza de otros sitios, porque a mí la sensación que tengo en el sistema educativo de aquí, es que es mucho de siempre, estudiar de memoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se proporcionan técnicas de estudio y planificación académica. Relacionado con las necesidades encontradas en este ámbito.</li> <li>➤</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué opinas de la formación profesional?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, TCA, FPACTI, FPFORMA, FPTD, FPAUTO.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Es súper importante, es la base que si no anda eso, el resto nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 2:</b> Es importante. Porque aparte de las consultas, también están las actividades terapéuticas. Que digas "vaya rollo, o no sé para qué sirve esto" todos los días aunque te pongan hacer un dibujo de la cenicienta es algo terapéutico y te va a enseñar algo. Entonces a la hora de tomar decisiones, también entra el tema de la vergüenza... todo todo todo. Y el autocontrol de por ejemplo a la hora de abrir las taquillas, controlar todo lo que hacen, es muy bueno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Importancia de las pacientes en la formación profesional orientado a las variables investigadas.</li> <li>➤ Formación en actividades educativas en las variables investigadas.</li> <li>➤ Formación en autocontrol, ansiedad y estrés.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 3:</b> Creo que es muy necesario y tampoco se ve como la ansiedad, que al igual que tú no lo ves, te piensas que no la sufre todo el mundo. Los trastornos tampoco se ven, pero la ansiedad y el estrés que están a la orden del día, se piensan que tiene tres de mil, y la verdad que no hay y es necesario saber. El estrés y el autocontrol es todo lo tenemos pero como no se toca, no se tiene información de la mayoría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de formación externa por autocontrol y estrés en personas con TCA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Piensas que se deben de formar a profesionales en técnicas para reducir el estrés y mejorar la TD?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, TECTD y GESTRES.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Paciente 1:</b> Totalmente, porque es necesario. Al final creo que tocamos mucho el problema de la mayoría de aquí, que nos centramos en un aspecto de nuestra vida y los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pensamiento de importancia de formar a profesionales para reducir</li> </ul>

<p>demás los dejamos todos de lado. Entonces la concepción final del equilibrio... y yo creo que al final es un problema que tenemos en toda la sociedad, porque yo luego voy a tener pacientes y no voy a tener libros delante.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Es que estos profesionales ya lo están haciendo. En las instituciones públicas creo que eso no se trabaja.</p>	<p>estrés y mejorar la TD en personas con TCA a través del autocontrol.</p> <p>➤ Falta de formación en las instituciones públicas.</p>
<p>🚩 <b>Entrevistador: ¿Hay algo que me quieras contar sobre este tema u otro?</b></p> <p>❖ <b>Paciente 1:</b> Nada, que me gustaría seguir aprendiendo más técnicas. Todo lo que pueda y relacionado con estas variables que estás estudiando.</p> <p>❖ <b>Paciente 2:</b> Pues que sobre todo, que aunque todo esté relacionado con el AUTO, el estrés y la toma de decisiones. Todo eso lleva a todos los ámbitos de la vida, no solo el ámbito de los estudios o la nutrición, que es lo que lleva la enfermedad. Lleva al ámbito social, al ámbito de ocio, al ámbito de salud, al de los amigos, la familia el trabajo. Entonces aquí lo estamos trabajando todo poco a poco.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPACTI, FPAA y FPAUTO.</p> <p>➤ Aspecto holístico en los TCA para trabajarlo.</p>

*Nota.* Elaboración propia

A continuación, se expondrán aquellos fragmentos significativos sacados de las entrevistas de los profesionales y voluntarios.

Tabla 25.

*Fragmentos significativos de las entrevistas y comentarios por profesionales y voluntarios*

FRAGMENTOS DE ENTREVISTAS A PACIENTES Y PROFESIONALES	ANÁLISIS REALIZADO BASADO EN LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS
<p>🚩 <b>Entrevistador: ¿Qué puntos fuertes crees tú que tiene o encuentras en Unidad Elca?</b></p> <p>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Ofrece un tratamiento individual y grupal de las áreas frecuentemente afectadas por este trastorno (...), contando para ello con un equipo interdisciplinar especializado, dedicado y coordinado.</p> <p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Que es un tratamiento multi e interdisciplinar, que cuenta con un horario intensivo que recoge todas las tomas alimentarias de las pacientes y que hay muy buena comunicación entre profesionales al final.</p> <p>❖ <b>Nutricionista:</b> Elca los puntos fuertes son la parte multidisciplinar porque, sobre todo por la integración de los profesionales en el mismo sitio, eso sería interdisciplinar. En la mayoría de centros hay psiquiatras, psicólogos, enfermeros... Pero por ejemplo un nutricionista o educador no existe.</p> <p>❖ <b>Voluntaria:</b> Son instituciones que trabajan juntas y se aportan mucho la una con la otra. Que en Elca se trabaja de forma multidisciplinar (...).</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA y FPACTI.</p> <p>➤ Puntos fuertes observados: tratamiento individual, equipo interdisciplinar de calidad, horario intensivo.</p> <p>➤ Punto fuerte: apartado educación. Actividades terapéuticas</p>

<p><b>Entrevistador: ¿Y los puntos débiles?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Psicóloga 1:</b> Falta de personal y tiempo para organizar, revisar y cubrir los objetivos terapéuticos desahogadamente y sin estrés. (...). Hay profesionales que se forman e intervienen dentro del equipo, lo que supone que en esas etapas el equipo de trabajo está desequilibrado en cuanto a experiencia o formación.</li> <li>➤ <b>Psicóloga 2:</b> (...) Al ser un centro de interior, hay veces que muchas veces, tanto los profesionales como las pacientes, influye en el estado de ánimo al estar tantas horas en un sitio sin ventanas.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> En unidad puntos débiles que para mí que no... a nivel de formación de nuevos profesionales cuando entran, como que la formación se delega con el que hay anterior, y te formas un poco por la experiencia propia, pero no hay nadie que te diga lo que tienes que hacer así. No existe un protocolo que te diga cómo actuar si ocurren ciertas incidencias. Hay muchas personas con dificultades y no siempre sabes cómo actuar, y lo que no puede ser es que no haya nadie que te diga y te guíe. Siento que falta un coordinador.</li> <li>➤ <b>Voluntaria:</b> Quizás el tema de a nivel educativo y social, haría falta más personal, desde mi punto de vista. Tema de pedagogos y educador (...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPFORMA y NPACTI</li> <li>➤ Limitaciones: estrés por parte de los profesionales.</li> <li>➤ Limitación de formación a nuevos trabajadores y prácticos.</li> <li>➤ Falta de personal en el aspecto educativo.</li> <li>➤ Falta de apoyo educativo en los TCA</li> </ul>
<p><b>Entrevistador: ¿Cómo crees que es la formación que ofrece Unidad Elca y/o Adaner Granada? ¿Qué cambiarías?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Creo que es una formación muy buena en cuanto a la posibilidad de observación y contacto directo (...). Supondría una mejora a esa formación que la misma estuviera más protocolizada, contara con una base de recursos establecida (bibliografía, casos prácticos, materiales de evaluación, o intervención, nuevas corrientes según las evidencias, etc.); y en general, fuera más amplia en el tiempo y la supervisión.</li> <li>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Creo que es escasa, porque cuando llegamos aquí nos ponemos a trabajar de prácticas, la única información que tenemos es lo que hace el compañero de al lado (...), creo que se debería dar ese protocolo, y una parte teórica de formación, aunque sea mínima.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Que la formación es lo que te enseña otro compañero y... lo cambiaría en base a un protocolo.</li> <li>❖ <b>Voluntaria:</b> Yo creo que es adecuado (...) pero sí que es verdad que también a veces no sé, el tema... como quizás se queda un poco escaso porque a lo mejor no se llega a tanto, y con el tema de la pandemia, pues un poco más complicado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA y NPFORMA en algunos casos.</li> <li>➤ Buena formación ya que coinciden en dar oportunidad para observar de primera mano el tratamiento.</li> <li>➤ Falta de protocolos, referencias de investigación, materiales de evaluación y supervisión.</li> <li>➤ Falta de una formación teórica y práctica más exhaustiva.</li> </ul>
<p><b>Entrevistador: ¿Qué metodología de formación suelen utilizar en Unidad Elca y/o Adaner Granada?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Una metodología activa y práctica. Es un aprendizaje vicario en su mayoría, ya que se tiene la oportunidad de observar las intervenciones de un gran número de profesionales desde el primer momento en el campo de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formación vicaria y práctica.</li> <li>➤ Talleres y charlas formativas de psicología y nutrición.</li> <li>➤ Falta de formación desde el ámbito educativo.</li> </ul>

- 
- ❖ **Voluntaria:** Talleres formativos y creo que charlas y conferencias como psicólogos y nutricionistas. Es verdad que también como he dicho antes como el pedagogo y el educador, solamente el pedagogo ha participado en uno, creo que también es importante tratar esos aspectos, no solo tema nutricional y psicológico, sino también educativo y social.
- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en Unidad Elca /o Adaner Granada?**
    - En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA por un lado, y por otro NPRF y NPFORMA.
    - Educación emocional como trabajo prioritario en personas con TCA. Ligado al autocontrol emocional.
    - Trabajo educativo con las pacientes positivo. Innovación en este ámbito desde Unidad Elca.
    - Falta de formación e intervención en las familias y allegados de las pacientes.
  - ❖ **Psicóloga 1:** Sería interesante tener un tiempo destinado a revisar la actualidad científica sobre la intervención con estos trastornos y su relación con otras patologías o factores que implican a la persona que lo padece o su entorno.
  - ❖ **Psicóloga 2:** Psicoeducación emocional, que de hecho se hace con las actividades terapéuticas.
  - ❖ **Nutricionista:** En realidad es que, por la parte de educación se trabaja un montón, en el aspecto nutricional metemos mucha naturalidad a la hora de las comidas, eh... no sé, esto lo he pensado alguna vez pero no caigo ahora... No sé... las habilidades sociales sé que las trabajan (en educación), pero siempre hay muchos déficits (...)lo que veo que hace falta o notamos que hace mucha falta, es trabajo familiar, con los padres, hermanos. Los padres les cuesta mucho poner los límites, no saben imponerse o piensan que van a hacerle daño, o les da miedo poner límites por la consecuencia o el rebote que pueden pillar sus hijos, o también la confusión entre "pobrecita está enferma y ahora no podemos hacerle esto.." entonces, igual un hueco, se podría abrir por ahí. Hacer un trabajo más específico e intensivo a nivel familiar, que no solo se trabaje al hijo, sino también a familias y amigos. Se hace con los grupos de autoayuda, pero, de vez en cuando tenemos que hacer consultas individuales, y creo que eso podría ser una parte.
- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Cómo es el trato a los trabajadores y voluntarios de Unidad Elca /o Adaner Granada?**
    - En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA y FPACTI.
    - Buen ambiente y trato a los trabajadores y voluntarios por ambas instituciones investigadas.
    - Poca gestión del estrés en los trabajadores hace que al principio no se le preste mucha atención a los prácticos y voluntarios.
  - ❖ **Psicóloga 2:** El trato es bueno, pero al principio no sé si será por las demandas de trabajo o porque hay mucho lío, siempre vamos con poca gestión del estrés por falta de tiempo. Pues creo que al principio cuando una persona llega nueva aquí, no se le presta la atención que se necesita.
  - ❖ **Nutricionista:** Muy bueno, siempre muy cercano, muy familiar, entre nosotros.
  - ❖ **Voluntaria:** Yo el trato que he recibido es muy bueno, no tengo ninguna queja, a mí me han tratado como si fuera una más. Me han dado libertad cuando ha pasado un tiempo, para que yo pudiera actuar como si fuera una más del equipo, así que, en ese sentido bien.
-

<p><b>Entrevistador: ¿Qué conoces acerca del autocontrol?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Es una habilidad que nos permite regular nuestros pensamientos, emociones o conductas al interactuar con el medio. Implicada en el ajuste o desajuste de la mayoría de los patrones de comportamiento humano.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Lo que yo entiendo es la capacidad de pararte a pensar y reaccionar frente a una situación que no esperas, eso es lo que yo entiendo por autocontrol. Pararte y a pensar.</li> <li>❖ <b>Voluntaria:</b> Lo básico, tampoco es algo que haya trabajado mucho, conozco nociones básicas, control emocional, no, tampoco conozco mucho la verdad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, NPFORMA Y NPAUTO.</li> <li>➤ Autocontrol ligado a la regulación de pensamientos, emociones y conductas.</li> <li>➤ Autocontrol como interacción con el medio social.</li> <li>➤ Autocontrol como afrontación a las necesidades. Forma de reflexionar.</li> <li>➤ Necesidad de falta de formación en nociones de autocontrol en voluntarias.</li> </ul>
<p><b>Entrevistador: ¿Conoces algunas técnicas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Sí, existen algunas técnicas para potenciar el autocontrol en el corto plazo, que posponen la respuesta al estímulo o cambian el foco de atención del mismo, para dar tiempo a una mejor regulación emocional y cognitiva. Y existen técnicas que mejoran y entrenan nuestro autocontrol a medio y largo plazo, relacionadas con unos hábitos de vida física y psicológicamente sanos.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Una paciente que tiene bulimia con tendencia a los descontroles y tal, le damos estrategias de autocontrol, "pues venga, cuando te empieces a notar nerviosa, salte a la calle, llama por teléfono, darte una ducha, ponte música, pinta, haz actividades de manualidades. Creo que lo que siempre le decimos que lo que más ayuda, por lo menos yo, que tenga las manos ocupadas. Que utilicen mucho las manos, porque cuando utilizas las manos, tu mente tiene que estar concentrada en lo que están haciendo las manos. Hay algo que siempre lo digo, que hay que ponerse más actividades de costura (risas). (...), Hay que tener paciencia en el autocontrol y nos frustramos con las cosas y se nos ha olvidado a esa ciencia, porque antes si tu sembrabas y venía una riada, y te echaba perder la comida, tenías que tener la capacidad para buscar comida por otro lado y esperarte y volver a sembrar y no frustrarte y eso hoy en día no lo saben. Lo quieren todo inmediato y ya. Y por eso creo que falta ese autocontrol. Asocio al autocontrol a impulsividad, justo lo contrario, soy impulsivo porque no tengo autocontrol y quiero las cosas ya.</li> <li>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Hacer auto registros que nosotros también lo utilizamos en las consultas de psicología y nutrición. Para que la persona aprenda a identificar pensamientos e interpretaciones que hace de una situación determinada, las emociones y la forma de comportarse, eso es el primer paso, identificar para luego cambiarlo, controlar esas situaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se encuentra la categoría FPACTI.</li> <li>➤ Técnicas proporcionadas por la psicóloga 1: inhibición de la respuesta, posponer la respuesta, cambiar el foco de atención, regulación emocional y cognitiva.</li> <li>➤ Se les proporciona técnicas de autocontrol a pacientes con Bulimia según la nutricionista, cuando están nerviosas o con problemas. Algunas son cambiar el foco de atención como llamar por teléfono, darse una ducha, escuchar música, pintar, manualidades, etc.</li> <li>➤ Dan importancia a las manualidades para gestionar la frustración y mejorar el autocontrol personal.</li> <li>➤ Temáticas de jardinería.</li> <li>➤ Querer todo de forma automática por parte de las pacientes, asocia a impulsividad y falta de autocontrol.</li> <li>➤ Registros como forma de mejorar el autocontrol. Forma de aprendizaje para identificar pensamientos, relacionado con el control personal, así como las emociones.</li> </ul>
<p><b>Entrevistador: ¿Piensas que las personas con TCA padecen una falta de autocontrol?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Sí, padecen una falta de autocontrol o mala regulación comportamental. Es decir, podemos encontrar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, AUEMO, TECAUTO, TCA. Por otra parte, NPAUTO y FPACTI.</li> </ul>

<p>sujetos con una falta de autocontrol comúnmente reconocible (impulsividad, conductas desafiantes, negacionistas, autolesivas, etc.), y podemos encontrar esa misma carencia en perfiles excesivamente controladores con su medio (obsesivos, comprobadores, inhibidos, etc.), o en perfiles que combinan ambas respuestas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de autocontrol imperante en las personas con TCA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Sí, en general sí, pero si es cierto que se podría dividir en dos perfiles: uno en la anorexia nerviosa y otro en la bulimia nerviosa, aunque sabemos que hay muchos tipos de TCA. Pero por dividirlo de manera general en esos dos bloques pues sí. Hay falta de autocontrol en las personas con bulimia, pues tienden a la impulsividad, y en las personas con anorexia, se da el extremo contrario, demasiada exigencia y demasiado autocontrol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tres perfiles en carencias de autocontrol: personas con una falta de autocontrol e impulsividad, personas con perfiles extremadamente controladores con el medio (obsesivos, comprobadores, etc.), y perfiles que sostienen características de uno y otro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Y un exceso (de autocontrol), en según qué caso. Más que falta de autocontrol, tienen la sensación de no saber controlarse. Es verdad que en pacientes que son muy con síntomas de más de atracones y vómitos y demás, sí que tienen esa falta de autocontrol porque hay una mala gestión de una ansiedad o estrés previo (...), con la alimentación al principio se le enseña a una cantidad adecuada a sus necesidades y si o si, tienen que terminárselo todo. Entonces, pasan por una fase en que "comería más, o desearía comer más" y le enseñas que no, que esa es su cantidad (...), el paciente en el momento en que ve que es capaz de dejarse que no le genera ningún deseo, luego, que no nota su sensación de saciedad, que se ha quedado bien, creo que le reconforta mucho el hecho de decir que puede dejarse, lo que mejora su sensación de autocontrol (...), y en pacientes muy restrictivas, ese autocontrol lo veo muy difícil de quitar, porque es lo que la enfermedad le ha dado (...) ese autocontrol no es suyo, es de la enfermedad (...) Yo tengo una pequeña teoría. Yo tengo una pequeña teoría. Toda paciente restrictiva si no pasa por un punto de descontrol, ni siquiera tiene que ser atracones, como un periodo más pequeño o más grande me pase, y tenga que ser yo la que tenga que ser quien le diga que recorte por allí o por aquí. Si no pasa por ahí, eso muy difícil, porque se le va a quedar ese punto de medida, si no se dejan llevar y su recuperación total. Si no se dejan llevar y no aprenden a pasarse, no van a saber cuál es el punto de equilibrio. Yo siempre le enseño que entre la restricción y el control, está el punto medio. Y le digo que está la virtud (risas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se denota autocontrol adaptativo y desadaptativo.</li> <li>➤ Desadaptativo orientado a los 3 perfiles anteriormente citados, o falta de autocontrol o un autocontrol obsesivo, exigente, perfeccionista e insano.</li> <li>➤ Impulsividad orientada a Bulimia. Sobre control relacionado con Anorexia.</li> <li>➤ Falta de autocontrol provoca síntomas como vómitos, atracones. Previamente se da "ESTRÉS" y "ANSIEDAD".</li> <li>➤ Relación estrés con falta de autocontrol y autocontrol desadaptativo, propio de la enfermedad y no de la persona.</li> <li>➤ Para las pacientes restrictivas y por tanto con fuerte autocontrol desadaptativo, tienen que pasar por punto de descontrol para saber regular hasta dónde puede llegar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Voluntaria:</b> Depende de en qué, de que estamos hablando. Si hablamos de temas alimenticios, creo que muchas de ellas tienen un control excesivo, si hablamos sobre otros ámbitos, carecen de autocontrol.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>🔗 <b>Entrevistador: ¿Piensas que la mejora específica del autocontrol mejoraría la situación de esta población? ¿Por qué?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPAUTO, FPFORMA, TECAUTO</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Sí, ya que es una parte fundamental en la construcción de una sana autoestima y de una convivencia adaptativa con el resto de esferas de la persona. Por ejemplo, aumentaría su confianza, estado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coincidencia en cada entrevistada de que la mejora específica del autocontrol mejoraría la situación de las pacientes con TCA.</li> </ul>

<p>anímico, valía personal y su pronóstico de futuro experimentar que se ha regulado de manera exitosa ante una determinada situación. Y cuando aumentamos dichos aspectos, nos alejamos del comportamiento patológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 2:</b> En el caso de las pacientes con Bulimia, sí. Porque se reduciría esos niveles de impulsividad y podrían controlar mucho mejor sus pensamientos, sus emociones y conductas, y eso le evitaría gestionar las dificultades del día a día con su alimentación (...) sí que es verdad que las pacientes con Anorexia tienen demasiado autocontrol, pues tampoco es un autocontrol real, bueno, adaptativo, en ese sentido. Porque es una exigencia y al final no están gestionando situaciones realmente. A ambos perfiles les sería muy útil.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Sí, totalmente. Pero claro, en que paciente, que cuadro clínico, que síntomas son los principales en una paciente. Enseñarle que no ha perdido el autocontrol, que el control de uno mismo va generalmente en frenarte, y en el caso contrario es como, aprende a dejarte llevarte y eso no significa perder el control. Es como tan contradictorio en una misma enfermedad, entonces hay que conocer bien el caso.</li> <li>❖ <b>Voluntaria:</b> Sí, porque ayudaría también a mejorar los procesos de toma de decisiones, el nivel de ansiedad que tienen. Yo creo que si mejoran en ese aspecto, podrían mejorar en otras áreas de su vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mejora de su confianza, seguridad, autoestima, etc.</li> <li>➤ Pronóstico de recuperación se vería mejorado al regular positivamente su situación.</li> <li>➤ Saber diferencias los tres perfiles de autocontrol en pacientes con TCA.</li> <li>➤ Mejora del autocontrol específica en cada situación.</li> <li>➤ Mejora del estrés, la ansiedad y la toma de decisiones de personas con TCA.</li> </ul>
<p> <b>Entrevistador: ¿En qué ámbitos o áreas mejorarían?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> En todas las áreas (personal, afectiva-sexual, académica, laboral, familiar, social, etc.), (...), Dentro del propio proceso de recuperación del trastorno, una de las mejores más visibles y que a su vez les permite continuar avanzando, es el cumplimiento de sus propias pautas terapéuticas más iniciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPAUTO Y TCA.</li> <li>➤ Se visualiza mejora en distintos ámbitos en la vida de las pacientes con la mejora del autocontrol:</li> <li>➤ Personal, afectiva-sexual, académica, laboral, familiar, social, etc.</li> <li>➤ Mejora de las pautas iniciales del tratamiento</li> <li>➤</li> </ul>
<p> <b>Entrevistador: ¿Existirían beneficios si en Unidad Elca /o Adaner Granada se llevaran a cabo formación en autocontrol a personas con TCA?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Sí, la realización específica de talleres sobre autocontrol sería una pieza tan importante como los que realizan de habilidades sociales (...). Los primeros beneficios que observaríamos en pacientes graves sería la adherencia a permanecer en el propio tratamiento y cumplir con las normas básicas de convivencia o estancia o las pautas iniciales de tratamiento que les resulta muy difícil. En segundo lugar, se refleja en la mejora al relacionarse con los profesionales de su tratamiento, y poco a poco son capaces de extrapolarlo a la relación socio o familiar, donde suelen disminuir los conflictos y agresiones (...)</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Sí, pero habría que saber que se le enseña, porque si le va a enseñar... si la paciente tiene mucho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPAUTO, FPRS, FPRF, FPACTI y TECAUTO.</li> <li>➤ Para la psicóloga 1, existiría beneficios como la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de normas de convivencia en las estancias de ingreso en unidad de día u hospital. Otros beneficios sería la mejora de la relación familiar o social, incluyendo también la mejora de la relación terapeuta-paciente.</li> <li>➤ Se reducirían los conflictos y las agresiones físicas.</li> <li>➤ Según la nutricionista, existirían beneficios pero se tendría que</li> </ul>

<p>autocontrol con la enfermedad y le enseñas más autocontrol, en ese caso no. Pero dividiendo bien la población, sí. Pero para no solo TCA, sino para millones de cosas más.</p> <p>❖ <b>Voluntaria:</b> Yo creo que sí, que sería una muy buena herramienta para que ellos tuvieran más recursos a la hora de enfrentarse a la problemática y poder ir resolviendo los distintos problemas que tengan en su día a día.</p>	<p>tener en cuenta los tres perfiles anteriormente citados. Dividiendo la población.</p> <p>➤ Según la voluntaria, mejoraría la resolución de problemas.</p>
<p>🚦 <b>Entrevistador: ¿Cuáles serían los inconvenientes o puntos negativos de este tipo de formación?</b></p> <p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Si lo hubiera, pues a lo mejor, a la hora de la formación en dos perfiles (anorexia y bulimia), pueden estar más atentos por esa parte de autocontrol en la parte de la anorexia y otros menos atentos en los perfiles de bulimia. Y a lo mejor en ese sentido habría que trabajarlo, pero en principio todo serían beneficios.</p> <p>❖ <b>Nutricionistas:</b> el inconveniente sería no separar a las personas (sobrecontrol o nada de control)</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados aparece la categoría FPFORMA.</p> <p>➤ Formación futura teniendo en cuenta los perfiles de autocontrol extremo, impulsivo u oscilante.</p>
<p>🚦 <b>Entrevistador: ¿Qué resultados crees que obtendría la mejora del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones en esta población?</b></p> <p>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Disminuiría el estrés de las pacientes y les permitiría tener una toma de decisiones más exitosa.</p> <p>❖ <b>Nutricionista:</b> Pues si vas a reducir el estrés y mejorar la toma de decisiones, le ayudaría a seguir más con su vida (calidad de vida) y resolver los problemas de otra manera y a ver las cosas desde otro punto de vista, sobre todo. En el momento que reduces estrés y ansiedad... es como decimos aquí, en el momento que reducimos pensamientos negativos, mejoras a ti mismo y al resto, ganas en autonomía, en autoestima, ganas en seguridad en ti mismo, en decir, "ostia, se controlar la situación y no tengo que exigirme en tener todo controlado" Yo siempre digo que la clave de la felicidad es que no hay nada bajo control, y sabes que venga lo que venga lo voy a enfrentar y soy capaz de enfrentar lo que venga, pues que venga lo que venga. Y eso en el fondo también es tener autocontrol.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, FPESTRES y FPTD.</p> <p>➤ Para la psicóloga 1 se reduciría el estrés, lo que implicaría la mejora de la toma de decisiones en personas con TCA.</p> <p>➤ Según la nutricionista, el autocontrol mejoraría el estrés y la toma de decisiones, lo que supondría una mejora de la calidad de vida.</p> <p>➤ Se podría reducir el estrés.</p> <p>➤ Mejorar la autoestima y autoeficacia.</p> <p>➤ Tolerancia a la frustración.</p> <p>➤ Habla de gestión de pensamientos como mejora.</p>
<p>🚦 <b>Entrevistador: ¿Qué consecuencias puede tener un alto grado de estrés?</b></p> <p>❖ <b>Nutricionista:</b> Uff, de todo. Desde a nivel psicológico, ehh.... no saber afrontar y no valorar el resto de cosas de tu vida, a te puede llevar a problemas personales y familiares e incluso... porque salga la parte física. Creo que te puede generar una enfermedad física si no se gestionar bien el estrés. Una persona con estrés tiene más posibilidades de tener un accidente de tráfico que una persona que va conduciendo tranquila.</p> <p>❖ <b>Voluntaria:</b> Pues creo que las consecuencias son negativas porque, es verdad que muchos casos, es inevitable tener un poco de estrés, pero claro, si tú tienes técnicas de autocontrol, no tiene por qué ser perjudicial,</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRES y GESTRES.</p> <p>➤ Hablan de consecuencias graves tanto a nivel físico como psicológico en personas con TCA.</p> <p>➤ Posibilidad de sufrir accidentes indirectamente relacionado con el estrés.</p> <p>➤ Según la voluntaria, las técnicas de autocontrol mejoraría las consecuencia que pudiera causar un alto grado de estrés.</p>

---

pero si no tienes esas técnicas pueden perjudicarte en muchos sentidos. Por ejemplo en el sentido laboral, académico, en muchísimos aspectos.

---

**Entrevistador: ¿Crees que las personas con TCA padecen de estrés? ¿Por qué y en qué grado?**

❖ **Psicóloga 1:** Sí, y en un grado muy intenso y prolongado en el tiempo, provocado por las implicaciones en su identidad y forma de vida de las cogniciones, emociones y conductas del propio trastorno.

❖ **Psicóloga 2:** (...) cuando ese estrés supera esos límites, se vuelve desadaptativo también. Y si las personas con TCA pues tienen situaciones de estrés. Las personas con Bulimia los presentan igualmente, pero ni siquiera llegan a ser conscientes en muchos momentos. Es como que están acostumbrados a ese ritmo de vida, a esa impulsividad, el no ser capaz de pensar en consecuencias, cuando tengo que hacer ciertas cosas, entonces creo que se diferencia, pero es una población a la que le afecta.

❖ **Nutricionista:** Sí, mucho todas. Un estrés muy alto pero por precisamente por eso. Como siempre, desde la parte nutricional siempre piensan, como su mente se les va al cuerpo y al peso, que todo lo que comen les va a engordar, pues esa incertidumbre le genera estar todo el tiempo nerviosa y con estrés. Es decir, si tú le pones un plato y empieza el análisis que hace en su cabeza es "me lo como o no me lo como, esto me engordará, ayer comí tal, si me lo como me voy a sentir culpable y me voy a agobiar, mañana tengo no sé qué" es decir, una serie de decisiones o cosas adivinatorias que no lo sabe y ante la incertidumbre y la duda de decir "voy a comer y me voy a sentir mal, pues directamente no como" es su manera de reducir el estrés es con el manejo de la comida. o bien estoy muy nerviosa, me doy el atracón y me da una sensación de alivio, muy pequeña y momentánea y poco tiempo, que luego tengo que compensar con vómito o restricciones, pero ese pequeñito momento de liberación, en el caso del vómito o en el caso de los descontrolados, le sienta genial. Y creo que eso es por el cúmulo del estrés

➤ **Voluntaria:** Sí y en un alto grado. Porque también si tienen... si las personas con TCA muchas de ellas tienen conductas obsesivas, el nivel de estrés por seguir esas conductas obsesivas, es muy alto, entonces... es que... Al tener esas conductas obsesivas, siempre quieren mantenerlo y en muchas ocasiones, se les escapa de las manos ese control.

---

**Entrevistador: ¿Qué suelen hacer las personas con TCA para reducir su estrés?**

❖ **Psicóloga 1:** En su mayoría suelen pretender aliviarlo con evasiones o postergación de las demandas del medio (utilizando por ejemplo conductas propias de su sintomatología como "vía de escape"), o con un aumento excesivo de sus exigencias, vigilancia o rendimiento para descansar en un futuro. Técnicas totalmente ineficaces.

➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías GESTRES, NPESTRÉS y NPAUTO.

➤ Según los entrevistados, las personas con TCA poseen un alto grado de nivel de estrés a lo que se le suma su mantenimiento en el tiempo.

➤ Consecuencias a nivel cognitivo, emociones y conductas propias del TCA.

➤ Según psicóloga 2, las personas con Bulimia les cuesta percibir su nivel de estrés debido a la impulsividad.

➤ Nutricionista explica que una parte del estrés en población con TCA, es originado por los pensamientos relacionados con la distorsión de la imagen corporal. Genera incertidumbre.

➤ También percibe la culpabilidad como elemento a tener en cuenta en la aparición de estrés.

➤ Toma de decisiones ligada a la generación de estrés en personas con TCA. Sesgos cognitivos adivinatorios.

➤ Conductas compensatorias desadaptativas para reducir el estrés, sobre todo con la comida (restricciones, atracones, vómitos autoinducidos, etc.).

➤ Conductas obsesivas que pueden generar estrés.

---

➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRÉS, NPAUTO, NPTD, FPFORMA, NPAUTO, NPESTRÉS y GESTRES.

➤ Según la psicóloga 1 suelen aliviarlo a través de evitación de la toma de decisiones, o mediante conductas de elección evasivas. Por otro lado,

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Tienen situaciones complicadas emocionalmente, o con falta de recursos, pues la parte negativa es que lo suelen gestionar a través de la comida y con conductas de control del peso en general. Por eso creo que una formación en todo este ámbito sería muy buena y a tener en cuenta.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Algo desadaptativo siempre. La conducta compensatoria es lo que más va a reducirle ese estrés momentáneo. Que es lo que se trabaja. Incluso hay personas que cogen como vía de escape el deporte, que a nivel de salud está muy bien, pero cuando como lo utilizo como vía única de escape o como método compensatorio, pues también hay que trabajarlo.</li> </ul>	<p>aumentan sus exigencias irreales para mejorar su rendimiento futuro, pero son técnicas ineficaces.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Para la psicóloga 2, tienen complicaciones emocionales y falta de recursos, lo que hace que lo gestionen de una forma negativa con los síntomas propios del TCA.</li> <li>➤ Destaca el papel clave de la formación en esta área.</li> <li>➤ Para la nutricionista, siempre suelen reducir su estrés de una forma compensatoria que le reportaras beneficios negativos a corto plazo, pero desadaptativos a medio y largo plazo.</li> <li>➤ Mencionan el exceso de deporte como vía de escape y compensatorio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Existe una formación en la organización donde directa o indirectamente mejore la gestión del estrés?</b></li> <li>❖ <b>Psicóloga 2:</b> En las actividades terapéuticas de educación (...), pero haría falta muchas más cosas, como lo que hemos hablado de una formación específica a esto, con una parte teórica con una parte práctica, porque se queda corto en muchas situaciones.</li> <li>❖ <b>Nutricionista:</b> Formación como tal no. Ahora, de forma indirecta, con el día a día y el trabajo vas viendo que cosas le ayudan más a una paciente y que cosas más le ayudan menos. Por ejemplo, yo tenía una paciente que hacía todas las comidas, todo bien, pero el peso iba bajando y no sabíamos el motivo, sospechábamos, pero no había restricción, no había exceso de deporte, la paciente comía aparentemente bien, a nivel psicológico bien, y lo que le estaba haciendo bajar de peso era el ESTRÉS.</li> <li>❖ <b>Voluntaria:</b> En mi caso no lo conozco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPFORMA y NPAUTO.</li> <li>➤ Se trabajan algunos aspectos en actividades terapéuticas de educación, pero no hay una base teórica y una estructura de formación con fundamento.</li> <li>➤ Falta de formación e intervención en la gestión del estrés según las entrevistadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Una formación específica en gestión del estrés podrías llevar a beneficios a personas con TCA?</b></li> <li>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Sí, les dotaría de manera más intensiva y pronta de una mejor regulación emocional, que les permitiría mejorar en su propio tratamiento de recuperación, y en el resto de ámbitos de la persona. Por ejemplo, cuando disminuye un poco el estrés en las pacientes la comunicación con los profesionales es más eficaz, su comprensión de los objetivos de trabajo es mayor, aumenta por tanto su compromiso terapéutico, su ejecución de pautas, y su avance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, FPESTRES y GESTRES.</li> <li>➤ Según la psicóloga 1, la gestión del estrés mejoraría el aspecto emocional y por tanto, su recuperación.</li> <li>➤ Al mejorar la gestión del estrés, se puede llegar a observar la mejora de la comunicación con los profesionales.</li> <li>➤ Otro beneficio de esta formación es la comprensión de los objetivos y su compromiso terapéutico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Entrevistador: ¿Cómo sería el proceso a seguir para tomar decisiones importantes?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPTD, TECTD, EMOTD y RAZOTD.</li> </ul>

- 
- ❖ **Psicóloga 1:** Acercarnos lo máximo posible a un estado físico, emocional y cognitivo de equilibrio y sosiego, y valorar los pros y contras a medio y largo plazo (aspectos más globales), dando menor peso al corto plazo (aspectos más anecdóticos). Conociendo o trabajando para aceptar que habrá desventajas o pérdidas en cualquier toma de decisiones, así como posibilidad de que en un futuro reconozcamos que no fue acertada, y aprendamos de ello.
  - ❖ **Psicóloga 2:** Lo primero, identificar como de importante es la decisión que hay que tomar, buscar alternativas, buscar pros y contras de una decisión y otra, consecuencias de los contras que puedan tener (...), Siempre teniendo en cuenta que una decisión conlleva un riesgo. Nunca vamos a tener la certeza de que va a ser la decisión más acertada.
  - ❖ **Voluntaria:** Primero ver las opciones que tienes, analizarlas, priorizarlas para que tu veas que... conforme tus preferencias personales, no sé, tus intereses. A partir de ahí cuando hayas hecho un proceso reflexivo, pues tomar la decisión, pero no de manera impulsiva.
- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Crees que las personas con TCA tienen dificultades a la hora de tomar decisiones?**
  - ❖ **Psicóloga 1:** Sí, su baja estima personal, su alterado estado emocional y experiencias previas negativas les hace partir de la creencia irracional de que no son capaces de realizar un buen análisis de pros y contras al elegir, de que "no cambiará nada" o de responsabilizarse de lo que pueda implicar. Por ello, se reiteran excesivamente en el proceso, ponen sus decisiones en manos ajenas, lo posponen, lo niegan, lo realizan impulsivamente, etc.
  - ❖ **Psicóloga 2:** Sí, muchísimas, porque no hacen esa planificación, tampoco tienen... muchas personas generalizando la capacidad de diferenciar si es una decisión de vida o muerte o no lo es, si es una decisión cotidiana. No tienen esa capacidad de separar por cosas que son urgentes, con otras cosas que pueden esperar un poco, o ya te digo, diferenciar si las situaciones son más o menos importantes. Entonces, esa primera parte ya les falla, y luego por la autoestima, la inseguridad a nivel personal, pues siempre creen que la decisión que ellas van a tomar va a ser la peor, porque va a ser la peor, porque no tienen la confianza en sí mismo. Por eso hay muchos casos de dependencia de otras personas, de incluso terapeutas, piden ayuda para absolutamente todo en muchos casos, por esa falta de confianza.
  - ❖ **Nutricionista:** Todos los del mundo. Lo que te he explicado antes, es decir, esa lluvia y ese bombardeo que tienen. Cuando tú tienes una carta de un menú, que les cuesta muchísimo, cuando tú vas a pedir en un bar, tú dices, "venga qué queréis, pues venga yo prefiero esto" tú crees que tu prefieres eso, pero tu cabeza ha hecho un bombardeo de recuerdos y de análisis que tú no eres consciente, pero ha dicho "esta comida no me apetece, esta sí, esta de pequeño no me gustaba y por eso no lo elijo, está en este sitio no me lo han recomendado, esta
- Para las entrevistadas, una toma de decisiones adaptativa debe de tener en cuenta el aspecto físico, emocional y cognitivo.
  - Valorar el razonamiento al buscar elementos positivos y negativos.
  - Dar prioridad en beneficios a medio y largo plazo y no a corto plazo.
  - Aceptación de consecuencias de las elecciones y sus riesgos.
- 
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO, NPTD, RAZOTD y EMOTD.
  - Para la psicóloga 1, existe una necesidad en la TD en personas con TCA debido a su baja autoestima, problema emocional y situaciones pasadas. Pensamientos irracionales como elementos negativos en la TD.
  - Falta de análisis en las ventajas y desventajas.
  - Origina la postergación de la TD, elección por personas externas, impulsividad a la hora de la elección, etc.
  - Según la psicóloga 2, no existe una planificación ni una reflexión.
  - Falta a la hora de dar prioridad.
  - Coincide con la baja autoestima y la inseguridad.
  - Problemas a la hora de decidir en temas alimentarios debido al sobre análisis que hacen en torno a la comida, originado por la inseguridad.
  - Ante esto, no toman decisiones.
  - Opiniones externas pueden afectar a la TC en personas con TCA.
  - Problemática a aceptar consecuencias positivas o negativas.
  - Para la voluntaria, no se lleva a cabo un proceso reflexivo, lo que
-

<p>es más caro, vas por el precio, por el dinero, por el color, por la carta" (...), ante esa inseguridad y a la hora de decidir, prefiero no comer, no toma la decisión. Y luego la inseguridad que le genera, cualquier decisión que toma por lo que pueda pensar los demás, es falta de seguridad en ti mismo (...), Yo siempre digo, toma decisiones y acata consecuencias. Las consecuencias pueden ser buenas, regulares, malas o ningunas pero las decisiones hay que tomarlas. Y le cuesta muchísimo, lo que más le cuesta.</p> <p>❖ <b>Voluntaria:</b> Sí, veo que ese proceso reflexivo no se lleva a cabo, en muchas ocasiones se dejan llevar por el ahora, por la impulsividad "ahora me apetece hacer esto, pues esto, mañana me apetece hacer otra cosa pues lo hago y dejo lo otro".</p>	<p>genera en tomar decisiones impulsivas.</p>
<p>✚ <b>Entrevistador: A nivel general ¿Cuál es el proceso que llevan a cabo las personas con TCA para tomar decisiones?</b></p> <p>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Encontramos con mayor frecuencia que lo evitan (negándose la importancia de decidir, posponiéndolo, aumentando la atención y ocupación en otros aspectos, crisis sintomáticas, evasiones...); lo realizan de manera impulsiva guiado por los beneficios en la inmediatez, o lo eligen según algún referente.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPAUTO y NPTD.</p> <p>➤ Evitación de tomar decisiones.</p> <p>➤ Procrastinación en la TD.</p> <p>➤ Impulsividad a la hora de la elección de beneficios inmediatos.</p>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Se conseguirían beneficios si se llevarán a cabo formación específica para la mejora de la toma de decisiones?</b></p> <p>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Sí, mejoraría su autoestima y seguridad personal al mejorar o renovarse su sistema de creencias personales, su capacidad de análisis, autonomía, compromiso e implicación con su vida y objetivos de futuro (...).</p> <p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Sí, totalmente, y tendría muchos beneficios de cara a un futuro y a corto plazo también, en el día a día.</p> <p>❖ <b>Nutricionista:</b> Sí, por supuesto. Mucho más porque les va a generar seguridad en sí mismo a las pacientes.</p> <p>❖ <b>Voluntaria:</b> Sí, considero que si porque por ejemplo, el tema académico, a la hora de escoger cualquier tipo de coger cualquier rama o carrera, no habría tantos problemas porque un día dicen que les gusta una cosa, otro día otra, entonces, si llevaran a cabo un proceso de toma de decisiones lógico y racional, pues tendrían más beneficios porque no les causaría estrés. Si no lo llevan a cabo, eso al final te crea frustración y malestar.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPACTI, FPAA, FPESTRES y FPTD.</p> <p>➤ Coincidencia en los beneficios de una formación para la TD en personas con TCA.</p> <p>➤ Mejora autoestima debido al avance en pensamientos racionales.</p> <p>➤ Mejora en su capacidad de análisis conforme sus objetivos futuros.</p> <p>➤ Mejora en el tema académico y vocacional, al elegir formación académica que más convenga a la paciente.</p> <p>➤ Mejora de la gestión del estrés.</p>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué puntos tendríamos que tener en cuenta para esta formación?</b></p> <p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> La organización de cómo sería el taller, como se podría hacer esa parte práctica de lo que hemos hablado, y tener en cuenta cada perfil de cada paciente. Si es más cerca de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, a lo mejor hacerlo por grupos con perfiles también parecidas, pero en principio, costes beneficios ganarían.</p>	<p>➤ En el fragmento seleccionado se encuentra la categoría FPFORMA.</p> <p>➤ Elementos a tener en cuenta a la hora de crear la formación, como tener en cuenta cada perfil del paciente.</p>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Qué actividades hacéis en Unidad Elca /o Adaner Granada en las que indirectamente o</b></p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPACTI y FPFORMA.</p>

<p><b>directamente trabajéis el proceso de toma de decisiones en esta población?</b></p>	<p>➤ Falta de formación en las variables que se están investigando.</p>
<p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Sí, a parte de las consultas psicológicas, pues también en las actividades terapéuticas se va poniendo en práctica ese tipo de cosas, pero igualmente, falta mucho y más contenido específico e intensivo.</p>	<p>➤</p>
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Piensas que se deberían de formar a los profesionales en técnicas de autocontrol, gestión del estrés y mejora en la toma de decisiones?</b></p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, GESTRES, AUEMO y FPAUTO.</p>
<p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Sí, totalmente. Porque al final en los centros educativos, pues es donde el niño pasa la mayor parte del tiempo, entonces si desde ese núcleo que es una de las principales figuras de referencia que es el profesor no se tiene esa gestión, no se sabe lo que es el autocontrol, ya no es que no tengas técnicas para controlar el estrés y la toma de decisiones, es que no sabes lo que significa eso.</p>	<p>➤ Formación en las variables investigadas no solo en pacientes ya ingresados, sino también de cara a una prevención o evaluación de posibles TCA en profesionales y alumnado.</p>
<p>❖ <b>Nutricionista:</b> Sí, por supuesto, en todo. Formación para profesionales, niños, pacientes, etc.</p>	<p>➤ En distintos ámbitos: sistema educativo, clínicas especializadas en TCA, ONG, etc.</p>
<p>❖ <b>Voluntaria:</b> Sí, porque unos profesionales que estén formados en estos temas, pueden ayudar a las chicas a mejorar el control emocional, los niveles de estrés y frustración que tengan, creo que sí que es necesario.</p>	
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Hay algo que quieras contar acerca de este tema o de cualquier otro que pienses que es importante?</b></p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRES, TCA, NPAUTO, SINBUL y FPFORMA.</p>
<p>❖ <b>Psicóloga 1:</b> Subrayar la importancia del estrés como principal factor disparador en muchas patologías</p>	<p>➤ Estrés como principal elemento de diagnóstico de patologías.</p>
<p>❖ <b>Psicóloga 2:</b> Sí, en los perfiles de bulimia la concepción de a largo plazo en la toma de decisiones, ni siquiera está, por falta de autocontrol, de toma de decisiones, de organización de su vida en general. Hay muchísima impulsividad y no son capaces de ver objetivos a largo plazo para seguir. Me centraría más en cosas a corto plazo, porque al final las personas con bulimia buscan la recompensa inmediata.</p>	<p>➤ En personas con bulimia, no tienen la concepción de toma de decisiones debido a la falta de autocontrol y organización. Centrarse en elementos a corto plazo, debido a la recompensa inmediata.</p>
<p>❖ <b>Voluntaria:</b> solamente que es muy necesario que se lleve a cabo esta formación porque mejoraría la calidad de vida de estas personas y en las distintas áreas que inciden en la problemática y creo que sí que es importante.</p>	<p>➤ Necesaria la formación para mejorar la calidad de vida de pacientes con TCA.</p>

*Nota.* Elaboración propia.

### 3.1.2 Análisis grupo de discusión

En el siguiente apartado, se procederá al análisis de los datos destacados del grupo de discusión a través del programa MAXQDA 2020. Siguiendo la línea del análisis de las entrevistas, se realizará un análisis exploratorio a través de elementos cuantitativos como la frecuencia de las categorías y palabras clave y un análisis profundo de fragmentos representativos del grupo de discusión.



- Formación.
- Elca.

Desde otra perspectiva, se aprecian otros de los conceptos con menor frecuencia que los anteriores, pero con muestra de representatividad:

- Gente.
- Pienso.
- Situaciones.
- Terapeutas.
- TCA.
- Información.
- Formación.
- Pedagogo.
- Emociones.

La nube de palabras del grupo de discusión, muestra una aproximación inicial de los conceptos clave a la hora del análisis cualitativo y cuantitativo y su posterior discusión en el siguiente apartado.

A continuación se comenzará con la parte cuantitativa del análisis cualitativo del grupo de discusión relacionado con las frecuencias y sus conexiones:

Figura 31.

*Matriz de categorías del Grupo de Discusión*

Sistema de códigos	Grupo de Discusión	SUMA
RS		0
FPRS	3	3
NPRS	12	12
RF		0
FPRF		0
NPRF	13	13
AA		0
FPA	2	2
NPA	1	1
AUTO		0
TECAUTO	25	25
AUEMO	25	25
FPAUTO	20	20
NPAUTO	36	36
ESTRÉS		0
SINTOFI	9	9
GESTRÉS	22	22
FPESTRÉS	4	4
NPESTRÉS	17	17
TD		0
RAZOTD	11	11
EMOTD	9	9
TECTD	12	12
FPTD	11	11
NPTD	19	19
TCA	29	29
SINTCANE	6	6
SINBUL	8	8
SINAN	5	5
ACTI		0
FPACTI	27	27
NPACTI	8	8
FORMA		0
FPFORMA	14	14
NPFORMA	15	15
SUMA	363	363

Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

La “figura 31”, muestra la frecuencia de aparición de las categorías del grupo de discusión. También se observa la sumatoria de final de las categorías, teniendo la misma una frecuencia de “363” entre todas las categorías.

Las categorías representadas con un color más rojizo dentro del número de la frecuencia, indican una mayor frecuencia, mientras que las de tonalidad azul muestran un índice de frecuencia más bajo. En la siguiente tabla se ordenarán las frecuencias de las categorías de mayor a menor.

Tabla 26.

*Sumatoria de categorías/subcategorías del Grupo de Discusión*

<b>Categoría/Subcategorías</b>	<b>Frecuencia</b>
Necesidades Percibidas en Autocontrol	36
Trastornos de la Conducta Alimentaria	29
Fortalezas Percibidas en Actividades Educativas	27
Técnicas de Autocontrol	25
Autocontrol Emocional	25
Gestión del Estrés	22
Fortalezas Percibidas en el Autocontrol	20
Necesidades Percibidas en la Toma de Decisiones	19
Necesidades Percibidas en Estrés	17
Necesidades Percibidas en la Formación de Profesionales	15
Fortalezas Percibidas en la Formación de Profesionales	14
Necesidades Percibidas en las Relaciones Familiares	13
Técnicas en la Toma de Decisiones	12
Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales	12
Razonamiento en la Toma de Decisiones	11
Fortalezas Percibidas en la Toma de Decisiones	11
Sintomatología Física del Estrés	9
Emociones en la Toma de Decisiones	9
Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas	8
Sintomatología Bulimia Nerviosa	8
Sintomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado	6
Sintomatología Anorexia Nerviosa	5

Fortalezas Percibidas en Estrés	4
Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales	3
Fortalezas Percibidas en el Ámbito Académico	2
Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas	1

*Nota.* Elaboración propia.

La “*tabla 26*”, enumera las categorías de mayor a menor frecuencia de aparición. Las categorías con mayores frecuencias son: Necesidades Percibidas en Autocontrol, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Fortalezas Percibidas en Actividades Educativas, Técnicas de Autocontrol, Autocontrol Emocional, Gestión del Estrés y Fortalezas Percibidas en el Autocontrol.

Por otro lado, las categorías con menos frecuencia son: Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas, Fortalezas Percibidas en el Ámbito Académico, Fortalezas Percibidas en Estrés, Sintomatología Anorexia Nerviosa, Sintomatología Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, Sintomatología Bulimia Nerviosa y Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas.

La única categoría que no ha tenido ninguna aparición dentro del grupo de discusión ha sido “Fortalezas Percibidas en las Relaciones Familiares”.

Figura 32.

## Matriz de relaciones de categorías del Grupo de Discusión

Sistema de códigos	FPRS	NPRS	FPRF	NPRF	FPA	NPA	TEC...	AUE...	FPA...	NPA...	SINT...	GES...	FPES...	RAZ...	EMO...	TEC...	FPTD	NPTD	SINT...	SIN...	SIN...	FPA...	NPA...	FPF...	NPF...	SUMA
RS									1					1		1						1	1	1		0
FPRS														2	1	3	2	5	2	2	3	1	1			6
NPRS				8		1	1	1	1	6	2	4														46
RF																										0
FPRF																										0
NPRF			8			1	3	4	1	6	2	3		2	1	4	2	5	1	2	2	1	1		1	50
AA																										0
FPA						1	1	2								1						2				7
NPA		1		1																						2
AUTO																										0
TECAUTO		1		3	1			11	9	13	1	6	2	5	3	4	3	3	3	4	2	4		3		81
AUEMO		1		4	1			11		11	11	3	2	3	3	3	2	1		2		7		5	1	71
FPAUTO		1	1	1	2			9	11		1	1	2	4	5	3	6	1	1	1	1	8		5		64
NPAUTO		6		6				13	11	1		4	8	5	2	4		7	5	7	4	2		1	2	88
ESTRÉS																										0
SINTOFI		2		2			1			4		6														15
GESTRES		4		3			6	3	1	8	6	1					1	1				2	1	1	4	42
FPSTRÉS							2	2	2			1										1		2		10
TD																										0
RAZOTD		2		2			5	3	4	5				7	7	2	7	4	3	2	2			1		56
EMOTD		1	1	1			3	3	5	2				7		5	4	4	3	2	1	2			1	45
TECTD		3		4			4	3	3	4				2	5		3	9	5	4	2	2			1	60
FPTD		1	2	2	1		3	2	6			1		2	4	3		1	1	1	2	5			2	39
NPTD		5		5			3	1	1	7		1		7	4	9	1		7	7	2				1	64
TCA		1	6	7	1	1	4	7	1	12	3	6		2	1			4	2	2	3	11	2	6	2	84
SINTCANE		2		1			3		1	5				4	3	5	1	7		4	2	1				39
SINBUL		2		2			4	2	1	7				3	2	4	1	7	4		2	1				43
SINAN		3		2			2		1	4				2	1	2	2	2	2	2	2				1	28
ACTI																										0
FRACTI		1	1	1	2		4	7	8	2			2	1	2	2	2	5			1	1	2		9	53
NPACTI		1	1	1								1													5	9
FORMA																										0
FFORMA		1					3	5	5	1			1	2	1	1	2	1				1	9			34
NIFORMA				1				1		2			4			1		3			1			5		18
SUMA	7	52	0	57	8	3	85	70	65	100	18	40	10	58	46	60	39	68	41	45	31	64	11	40	20	1054

Nota. Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

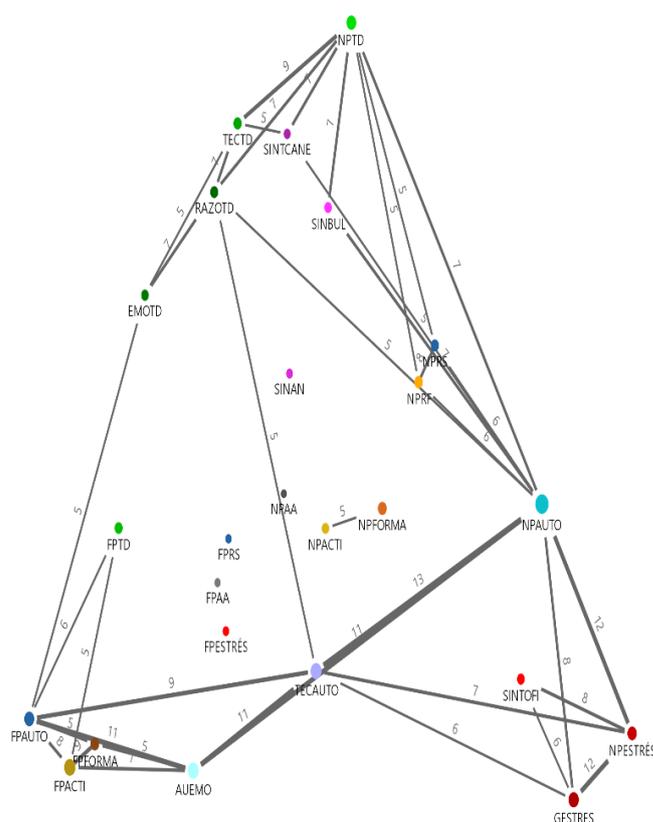
En la "figura 32", se observa las relaciones de frecuencia entre las distintas categorías sacadas en el grupo de discusión. El número de la frecuencia marca el tamaño de la frecuencia de cada relación entre categorías. Por otro lado, los colores más rojizos muestran frecuencias más altas, mientras que los colores más azulados indican frecuencias más bajas.

Algunas de las relaciones con mayor frecuencia se dan entre las siguientes categorías: Necesidades Percibidas en Autocontrol, Técnicas de Autocontrol, Necesidades Percibidas en Estrés, Autocontrol Emocional y Fortalezas Percibidas en el Autocontrol entre otras.

Por otro lado, las categorías con menor frecuencia de relación son: Necesidades Percibidas en la Formación de Profesionales, Necesidades Percibidas en las Actividades Educativas y Fortalezas Percibidas en las Relaciones Sociales entre otras.

Figura 33.

Mapa del código de Grupo de Discusión entre categorías



*Nota.* Elaboración propia a partir de MAXQDA 2020.

En la “figura 33”, se observan las relaciones de frecuencia más destacables del grupo de discusión mediante un mapa de código, completando de una forma más visual la “figura 32”. En el mismo se puede contemplar las relaciones de las categorías con mayor frecuencia, donde el grosor de la línea indica el tamaño de la relación. Cuanto mayor es el grosor de las líneas que une cada categoría, mayor es su relación.

Como se ha comentado en la “figura 33”, las categorías con más relación han sido Necesidades Percibidas en Autocontrol, Técnicas de Autocontrol, Necesidades Percibidas en Estrés, Autocontrol Emocional y Fortalezas Percibidas en el Autocontrol, todas ellas mostradas en la parte baja del mapa. Por otro lado, también se observan mayores relaciones en la parte alta del mapa en las categorías Necesidades Percibidas en la Toma de Decisiones, Técnicas en la Toma de Decisiones y Razonamiento en la Toma de Decisiones.

Una vez finalizado la parte objetiva del análisis cuantitativo mediante las frecuencias de categorías, se procederá a mostrar los fragmentos significativos del grupo de discusión, analizando cada uno de ellos y detallando las categorías existentes en cada fragmento. En el “anexo 7”, se encuentra el grupo de discusión transcrito.

Tabla 27.

*Fragmentos significativos del Grupo de Discusión y su análisis*

FRAGMENTOS DEL GRUPO DE DISCUSIÓN	ANÁLISIS REALIZADO BASADO EN LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS
<p>✚ <b>Entrevistador: ¿Cómo influye a vosotras el TCA a la vida diaria?</b></p> <p>❖ <b>P1GD:</b> En el tema de sociabilizar con la gente repercute mucho porque limitas tu vida en el tema de sociabilizarte, porque hoy día se basa en temas delante de la comida, y eso al tener tanto miedo hacia cierto tipo de alimento, acabo restringiendo la salida con los amigos y poco a poco te vas aislando.</p> <p>❖ <b>P2GD:</b> (...) en esa parte de no sociabilizar, considero que el perfeccionismo influye bastante, porque siempre solemos intentar dar el máximo de nosotras, sobre todo a nivel académico y laboral.</p> <p>❖ <b>P3GD:</b> Yo quiero añadir que me sorprende la capacidad que tiene este trastorno para influir en todos los ámbitos de tu vida (...), socializar, estudios, relaciones familiares, relación contigo misma, hobby, pareja, tranquilidad...</p> <p>❖ <b>P5GD:</b> (...) sobre todo emocionalmente, te deja destrozada, porque intentas expresar tus sentimientos y llega un momento en el trastorno, que no eres capaz de expresar lo que sientes y lo único que eres capaz de</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías TCA, NPRS, NPTD, NPRF, SINAN, SINBUL, NPAA, AUEMO y NPAUTO.</p> <p>➤ Problemas a la hora de sociabilizar con la gente, puesto que los planes suelen girar en torno a la comida.</p> <p>➤ Influye en muchos otros ámbitos, como en el académico, laboral, relaciones sociales y familiares,</p>

<p>demostrar es esa ira y frustración hacía la otra persona y te hace sentir más fuerte, pero en verdad lo que te está es jodiendo básicamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P6GD:</b> (...) Creo que no eres consciente de lo que el trastorno de te quita. Cuando no eres del todo consciente de que tienes la enfermedad, sabes que te pasa algo, pero no eres absolutamente consciente de todo lo que se ha visto dañado, hasta que no echas la vista atrás y además empieza a limitarte las relaciones sociales (...). No solo las relaciones con los demás, también contigo misma. Se vuelve una relación de inseguridad continua, incluso contigo misma</li> <li>❖ <b>P1GD:</b> (...) llega un momento que ni tu propia mente te entiende y no sabe lo que siente, no sabes identificar emociones, ni tus sentimientos, empieza por la comida, pero es todo en tu vida, aunque no te des cuenta.</li> <li>❖ <b>P7GD:</b> (...) Todo el tiempo que he estado con el TCA, llevo obsesionada conmigo misma, a todo lo que se refiere a mí, me he olvidado del mundo. Solo existo yo, es como un trastorno muy egoísta por así decirlo.</li> </ul>	<p>relación intrapersonal, emociones, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perfeccionismo y exigencia como característica común.</li> <li>➤ Falta de inteligencia emocional.</li> <li>➤ Baja tolerancia a la frustración.</li> </ul>
<p> <b>Entrevistador: Javi ¿Cuál es tu rol en Unidad Elca?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Pedagogo:</b> Yo soy el educador, estoy con las pacientes 4 o 5 horas al día, haciendo actividades terapéuticas, y como han dicho ellas, el TCA afecta a todos los ámbitos de su vida y bueno, la labor que yo tengo y me impongo, es que sean capaces de ver la capacidad de mejora de cada ámbito de su vida, que gracias a al tratamiento y todo lo terapéutico que se hace aquí, pueden llegar a tener una formación en temas que no tenían antes: habilidades sociales y emociones, toma de decisiones y demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías TECTD, FPAUTO, FPACTI y FPFORMA.</li> <li>➤ Rol del educador o pedagogo como actividades terapéuticas educativas.</li> <li>➤ Orientado a todos los ámbitos de la vida.</li> <li>➤ Habilidades sociales, toma de decisiones, etc.</li> </ul>
<p> <b>Entrevistador: ¿Cómo lleváis el estrés ante este tipo de trastorno?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P5GD:</b> Yo me despierto y estoy súper relajada y súper tranquila, y conforme va pasando el día, voy generando estrés y ansiedad. Es decir, me levanto y estoy sola, y una vez se empiezan a levantar mi familia, es como, ya me tengo que exponer delante de ellos. Es decir, si a la hora que me ponen el desayuno estoy yo sola, estoy relajada, porque sé que bueno, pero si hay más gente ya sea tanto en Elca o en casa o en otro sitio, como me están mirando, tengo que enfrentarme a ello, pero me genera estrés. Pero a la hora de la comida como a lo mejor cuando los terapeutas también nos llaman para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías GESTRES, NPAUTO, SINTOFI, NPESTRÉS, NPRS, NPRF, NPACTI, TECAUTO y FPESTRÉS.</li> </ul>

---

<p>pesarnos, cuando hacemos actividades y no sé por dónde coger la actividad, para mí es muy difícil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P3GD:</b> (...) El problema en nuestro caso, es que ese estrés está multiplicado por mil, lo tienes en todos los ámbitos de tu vida, porque como todo se te dificulta, todo se va a la mierda. Tienes que gestionar no solo un examen, tienes que gestionar cada cosa de tu día a día y todo se te hace un mundo (...) No he hecho nada físicamente, pero como la tralla mental que conlleva esto, te deja agotada.</li> <li>❖ <b>P6GD:</b> (...), se intensifica en todos los ámbitos de tu vida, y te sientes incapaz de abordar cosas de tu vida cotidiana que parecen insignificantes, pero tú piensas que no voy a ser capaz. A parte, yo lo que he notado es que tengo muchísima poca cuerda, en plan a raíz del TCA, como que me estreso muy rápido y tengo muy poca paciencia, muy irascible, pues así.</li> <li>❖ <b>P4GD:</b> Estás como a la defensiva todo el rato.</li> <li>❖ <b>P5DG:</b> Vamos, que todo el mundo es culpable, que tú siempre llevas la razón. Y si te dicen algo, pues es porque tú tienes la culpa y a la defensiva siempre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incidencia en estrés relacionado con las relaciones sociales y familiares.</li> <li>➤ Influencia en todos los ámbitos de la vida de las personas con TCA.</li> <li>➤ Consecuencias fisiológicas importantes.</li> <li>➤ Incapacidad para la resolución de problemas.</li> <li>➤ Estrés a la hora de enfrentar los alimentos.</li> <li>➤ Afecta al autocontrol y fomenta la impulsividad, volviendo irascibles a las pacientes.</li> </ul>
--	--

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>🚦 <b>Entrevistador: ¿Con qué frecuencia sentís ese estrés?</b></li> <li>❖ <b>P5GD:</b> Yo a diario, las 24 horas. Yo personalmente ya te digo, empiezo relajado y al final del día, es como ha dicho Lucía, me siento agotada mentalmente por el estrés que genero a diario.</li> <li>❖ <b>P2GD:</b> En mi caso dependo también de las circunstancias. Por ejemplo, como ha mencionado antes María, estoy más sola y tal, más relajada y bien. Pero si me tengo que exponer a una situación nueva, tengo muchísimo estrés. También me he dado cuenta que cuando ha ido avanzando un poco el tratamiento, ese estrés a final acabas controlándolo de cierta forma y entiendes que o luchas con él, o te va a hundir. Si pasas el día entero luchando contra él, al final acabas muerta literal, llegas a casa y quiero dormir.</li> <li>❖ <b>Pedagogo:</b> (...) sí que es verdad que hay situaciones que le generan mucho estrés, pero entiendo que hay dos cosas que son importantes y que intensifican el estrés. Lo primero es que se están recibiendo estímulos constantes durante todo el día, que hace recordar que tienes un TCA, y cuando sales de Elca se intensifican (...). Otra cosa que creo que es importante, es la poca formación que tiene la gente externa al trastorno, y puede generar la sensación en vosotras de que estáis incomprendidas, que nadie os entiende, y eso genera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías GESTRES, NPAUTO, SINTOFI, NPESTRÉS, TCA, NPRS, NPRF, NPACTI, NPFORMA, TECAUTO y FPESTRÉS.</li> <li>➤ Aparición recurrente a lo largo del día. En muchas ocupa casi las 24 horas del día.</li> <li>➤ Dependiendo de las circunstancias: alimentación, ámbito académico, relaciones sociales y familiares las más importantes</li> </ul>
---	---

---

---

<p>muchísimo estrés y por eso también puede ser que estéis más irascibles (...). La poca formación o la poca información que se le da a la sociedad y a los profesionales sobre el TCA.</p> <p>❖ <b>P6GD:</b> Estas ya todo el día intentando luchar contigo misma, con ciertos pensamientos y es como tan sacrificado, tan duro y tan cansado, que cualquier estímulo externo ya es como saltas y te da estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consecuencias fisiológicas adversas que favorecen la irascibilidad y la impulsividad.</li> <li>➤ Al avanzar en el tratamiento, se mejora la gestión del estrés.</li> <li>➤ Poca información y formación externa de personas ajenas al trastorno al no comprender la enfermedad.</li> <li>➤ También la poca formación a distintos profesionales como pueden ser educadores y profesores.</li> </ul>
<hr/>	
<p> <b>Entrevistador: ¿Y cómo es vuestra toma de decisiones? ¿Os han enseñado a como tomarlas?</b></p> <p>❖ <b>P5GD:</b> Yo la verdad es que no pienso antes de actuar. Yo lo hago y luego me arrepiento. Es como, todo a la ligera. Luego ya gracias a los terapeutas en Elca, tengo herramientas para saber que antes de tomar una decisión tengo que pensarlo, tengo que ver lo que va a ocurrir a mi favor, si hay algo que me vaya a perjudicar. Gracias a ellos he aprendido mucho, pero sigo cometiendo errores y muchas veces actúo, y luego ya que se vea después lo que pasa.</p> <p>❖ <b>P7GD:</b> Yo en cuanto a toma de decisiones, lo único que me han enseñado desde pequeña es si tomas una decisión que vas a hacer algo mal, pues te castigas. Pero no te enseñan cómo analizar una situación para tomar una decisión.</p> <p>❖ <b>P2GD:</b> Yo le doy muchísimas vueltas a las cosas antes de tomar una decisión, siempre voy a pensar que me voy a equivocar siempre como que necesito la aprobación externa y si esa aprobación externa está en contra un poco de lo que yo pensaba o me dan argumentos diferentes, me estreso más, y me agobio y por eso mismo evitaba tomar decisiones.</p> <p>❖ <b>P3GD:</b> Sobre todo en este trastorno está prevalente el pensamiento dicotómico, entonces comparto los dos casos.</p> <p>❖ <b>P4GD:</b> Y que esa decisión, a mí sobre todo, me saliese bien. Si me salía mal la decisión, durante ese día o más, yo no tomaba más decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPAUTO, NPTD, EMOTD, RAZOTD, TECTD, FPTD, FPAA, SINBUL, SINTCANE, NPAUTO, NPFORMA, NPRF, NPRS y NPESTRES.</li> <li>➤ Necesidad en la toma de decisiones en pacientes con TCA.</li> <li>➤ En cuadro clínico de Bulimia, falta de razonamiento a la hora de tomar decisiones. Impulsividad en algunas pacientes, teniendo una falta en el autocontrol.</li> </ul>

---

- 
- ❖ **Pedagogo:** Este trastorno tiene unas consideraciones que te dificultan muchísimo estas tomas de decisiones, como la rigidez cognitiva, impulsividad, baja autoestima, auto exigencia, no te permites el error (...) diferencio dos extremos para tomar decisiones. Por un lado le pueden dar mil vueltas a una situación y acabar tomando una decisión y no estar contentas, y por otro caso la impulsividad, no pensar en las consecuencias y antes de pensarlo hacerlo.
- En cuadro clínico Anorexia, excesivo razonamiento y por tanto autocontrol desadaptativo. Sobre control y sobre razonamiento.
  - Aparición de conductas y pensamientos dicotómicos, oscilando entre el sobre pensamiento y la impulsividad
  - Falla en la enseñanza de toma de decisiones por parte de los familiares y sistema educativo.
  - Falta de autoestima y autoeficacia por la necesidad de aprobación externa y no personal.
  - Estrés a la hora de tomar la decisión.
  - Evitación de toma de decisión.
  - Consecuencias utilizadas en forma de castigo personal.
  - No aceptación de las consecuencias agradables o desagradables.
  - Necesidades en la toma de decisiones: rigidez cognitiva, impulsividad, baja autoestima, auto exigencia.
-

- 
- Entrevistador: ¿Cómo creéis que podría influir el autocontrol en vuestra vida y que pensáis del control emocional?**
- ❖ **P2GD:** (...) no tienes autocontrol, y es como “esto me apetece hacerlo pero no lo voy hacer” le das muchas vueltas a las cosas, y al contrario, no tienes autocontrol ninguno y el mínimo comentario te pone nerviosa.
  - ❖ **P4GD:** Como que el autocontrol adaptativo te hace estar más segura de lo que haces y después no sentir esa culpa, porque es como lo que dice Elena.
  - ❖ **P5GD:** Yo creo que el autocontrol, como ha dicho Marta, si es solo para nosotros, en plan para cosas que nos van a pasar a nosotras, es como que lo llevamos mejor (...). Cuando estamos con gente, ya sea amigos o familia, si tienes algo en mente y a la hora de realizarlo algo te frena (...) pues ya como que explotas y lo pagas contigo mismo y con la persona que tienes alrededor y el autocontrol está perdido totalmente.
  - ❖ **P3GD:** Yo quería añadir otro aspecto, que me parece difícil alcanzar ese autocontrol puede convertirse en una exigencia extrema. Llevamos tanto tiempo controlándolo todo que de repente pasas al extremo contrario.
  - ❖ **P6GD:** Yo en el tema del autocontrol soy de extremos. Soy pasiva o agresiva, así que negro o blanco. Yo con encontrar el gris me conformo.
  - ❖ **P1GD:** Para llegar al autocontrol y que no se te convierta en auto exigencia, tienes que trabajarlo muchísimo, no se hace de la noche a la mañana.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías AUEMO, TECAUTO, FPAUTO, FPFORMA, FFACTI, NPAUTO, SINAN, NPESTRES, SINBUL, NPRS y NPRF.
  - Necesidades surgidas en el autocontrol.
  - Dos tipos: sin autocontrol o con impulsividad y con autocontrol desadaptativo al llevarlo al extremo.
  - No tienen en cuenta las emociones debido a una falta de consciencia de ellas.
  - Dicotomía.

- 
- Entrevistador: ¿Creéis que el autocontrol está relacionado con el estrés y la toma de decisiones?**
- ❖ **Pedagogo:** El autocontrol para que sea adaptativo y bien gestionado, aparte de tiempo, necesita un trabajo previo en otros factores que son síntoma del trastorno. Tu aprendes a controlarte de manera adaptativa siempre cuando te estés dando el valor, como la autoestima que tienes que tener (...), si no trabajas eso, no vas a llegar nunca a tener un autocontrol adaptativo y bien gestionado (...). Si tú tienes un autocontrol, concepto de emociones, empezar a escuchar esas emociones, pues ahí empiezas a entender lo que estás sintiendo.
  - ❖ **P3GD:** Tienes que exponerte a esos ámbitos y a raíz de eso estés segura de ti misma y decir “siento que tengo autocontrol en mi misma”.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, TECAUTO, FFACTI, FPAUTO, AUEMO, FPESTRES, NPAUTO, NPFORMA y NPESTRES.
  - Para llegar a un buen autocontrol, hay que trabajar también otros
-

- 
- ❖ **P2GD:** Me parece esencial lo que ha dicho. Conocer y saber lo que estás sintiendo. Se debería enseñar desde pequeños, desde el colegio, desde la guardería, y que no se tiene en cuenta, porque realmente esta gestión emocional que nos están enseñando ahora, se enseñase cuando éramos pequeños.
  - ❖ **P4GD:** Que lean el emocionario desde pequeño. Muchas veces sientes rabia, sientes enfado, y te cabrea más. Me da agobio tener agobio, me da rabia tener rabia, entonces eso también es una forma de no tener autocontrol ni autogestión. Maximizo ese círculo y la emoción no dura 10 minutos, me dura 5 horas.
  - ❖ **P2GD:** Hay que ponerle nombre a que te pasa y conocer por ejemplo, lo que es mala gestión, la responsabilidad afectiva, es como “ostras, ya sé que me pasa”.
  - ❖ **P6GD:** A ver es que yo que haya tenido que con 20 años venir aquí para que me expliquen la diferencia entre una emoción o un sentimiento. Literalmente tuve que venir aquí para que me explicaran que era la ansiedad, o que era una emoción o sentimiento.
  - ❖ **P1GD:** La gente de fuera no tiene estas herramientas y estas cosas, sobre todo las personas con TCA sin tratamiento. Hay una falta de formación en general.
- elementos como las emociones o la autoestima.
  - Emociones importantes a la hora de mejorar en un autocontrol adaptativo.
  - Conocer las emociones y los sentimientos, gestión emocional.
  - Maximización de las emociones desadaptativas, perdurando en el tiempo.
  - Importancia de la formación de los profesionales en la gestión y control emocional.
  - Falta de formación en inteligencia emocional en profesionales.
  - Las personas con TCA no tienen herramientas de gestión emocional.
- 
- 🚩 **Entrevistador: ¿Cuál creéis que son los puntos fuertes de Unidad Elca o Adaner?**
  - ❖ **P2GD:** La difusión que hacen sobre el TCA y darlos a conocer al a sociedad (...). El hecho que sea multidisciplinar, que haya terapeutas en todos los ámbitos, y fuera en otros tratamientos, yo que sé, no lo hay.
  - ❖ **P4GD:** El hecho de tener una unidad multidisciplinar como ha dicho ella, y de decir “tienes esto y tienes que venir te guste o no” en plan es lo que hay y es lo que te ha tocado (...). Tener a todo el mundo a tu disposición por si te pasa algo (...).
  - ❖ **P6GD:** Creo que la vocación de los trabajadores que tienen aquí, hacen muchísimo, tanto en formación, desde el enfermero, educador, pedagogo, creo que al fin y al cabo el buen funcionamiento se debe gracias a los trabajadores y el hecho de que seáis la gran mayoría personas joven, creo que a todas nos ayuda muchísimo.
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPFORMA, TCA, FPACTI y FPAA.
  - Difusión de información verídica a la sociedad sobre los TCA.
  - Multidisciplinarietà a la hora de tratar el TCA.
  - Vocación profesional.
-

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P3GD:</b> La información que te dan y el conocimiento del TCA es muy importante en Elca. Yo también quería decir que un punto positivo, las normas que se han creado porque hacen que la convivencia te motive. Tener a tus compañeras y el que se haya creado con un ambiente de respeto. Te motiva ver que hay personas como tu luchando, que se puede, que tienes compañía y que no es una cárcel.</li> <li>❖ <b>P5GD:</b> (...) A mí lo que me gusta de Elca, es la progresividad. Estamos todo el día encerradas porque al fin y al cabo estamos encerradas, y nos quitan entre comillas, libertad para tener una tarde libre. Entonces los terapeutas conformen va avanzando nuestro tratamiento, si respondemos bien, nos van dando libertades, permisos, para poder ir recuperando tu vida normal.</li> <li>❖ <b>P6GD:</b> Otro punto fuerte es que hagamos cosas a parte de nuestras consultas terapéuticas. Las actividades que hacemos por las mañanas, los talleres que organizáis, creo que eso de las mejores cosas que hace Elca y nos dan vidilla dentro.</li> <li>❖ <b>Pedagogo:</b> (...) Se crea un espacio seguro en el que se pueda fallar y poner a prueba todo lo que se aprende en las consultas. Si tu estas aprendiendo a gestionar la frustración o el miedo al ridículo, aquí se genera un espacio que se puede hacerlo, y si fallas no va a pasar nada y preparándote para la vida de fuera. A medida que vayas avanzando en este espacio seguro, y lo vayas haciendo con éxito, entonces estás preparándote para hacerlo fuera de Elca (...). Un punto fuerte y que nos diferencia de otros centros, es el tema de seguir con tu ritmo académico. Pienso que muchos pacientes entran aquí, en edad de estudio, adolescentes o universidad. Eso ligado a la auto exigencia, el perfeccionismo y demás, te puede llegar a tener frustración y esto te puede dar más si abandonas tus estudios, entonces junto con la nutrición, consultas psicológicas y esa continuación académica, es lo que nos hace más fuertes.</li> <li>❖ <b>P2GD:</b> Yo quería hacer una puntuación de lo que ha dicho Javi, es que si al entrar aquí se nos quitara directamente el ámbito académico, sería una frustración más y algo echarnos encima, por así decirlo. Y que desde el principio se nos deja claro que primero somos nosotras y que el estudio es secundario, sí que es cierto que gestionarlo y hablar con profesores y estar con todo es mucho más fácil a través de nuestro pedagogo, es que nos enseña muchas cosas. Yo sin él no habría sabido hacer el TFG, te lo juro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Información ofrecida a los pacientes.</li> <li>➤ Normas establecidas.</li> <li>➤ Progresividad en la recuperación y en las recompensas cuando el tratamiento es favorable.</li> <li>➤ Actividades terapéuticas educativas y grupales (habilidades sociales, autoestima, inteligencia emocional, etc.). Permite poner en práctica lo aprendido en las consultas individuales.</li> <li>➤ Adaptación curricular en las pacientes con TCA, lo que permite compaginar su tratamiento con los estudios de una forma adaptativa.</li> <li>➤ Intervención psicopedagógica orientada al ámbito académico.</li> <li>➤ Adherencia al tratamiento debido a las adaptaciones curriculares.</li> </ul>
<p> <b>Entrevistador: ¿Cuáles creéis que son los puntos débiles de Unidad Elca y Adaner Granada?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P3GD:</b> Los dos grupos por tema Covid, per los separaría por edades. Porque entiendo que se hace fomentar para que nos conozcamos todos, pero pienso que no puedes explicar lo mismo a la persona de 10 años, o se lo puedes explicar de otra forma. Nos perjudicamos ambos, la gente más pequeña porque no entiende el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPACTI y NPFORMA.</li> </ul>

<p>vocabulario que podamos utilizar los grandes, y nosotros los grandes porque nos enlentece eso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P6GD:</b> Tanto que haya más grupos de autoayuda, como hay veces que están de relleno. Diciéndolo bastantemente eso, pero si no hay nadie que no saque un tema profundo, se queda ahí un poco el grupo como... de que hablamos.</li> <li>❖ <b>P1GD:</b> Con respecto al grupo, echaría en falta que las terapeutas lleven como algo de base preparado, tratarlo si no salen temas (...). Y después otro punto débil, es que a lo mejor, los terapeutas por la parte psicológica como que tienen demasiadas pacientes. Somos muchos y a lo mejor, yo creo que en unidad hay dos psicólogos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Convivencia de grupos de edades muy dispares.</li> <li>➤ Más grupos de autoayuda y mejora de la calidad de los mismos.</li> <li>➤ Masificación del número de pacientes, lo que baja la calidad del tratamiento.</li> </ul>
<p><b>Entrevistador: ¿Y con respecto a la formación de profesionales?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Pedagogo:</b> La formación que se nos da a los profesionales previamente a trabajar en Elca o con este trastorno. En mi caso fue inexistente. Todo lo que he aprendido ha sido por mi cuenta o apuntándome a cursos o leyendo o incluso cuando empiezas a trabajar aquí. Es totalmente necesario que las personas se formen, sobre todo los profesionales, y no solo los profesionales. No solo formación, si no información. Si nos centramos en formación, en la toma de decisiones se necesitaría hacerlo desde una forma más intensa, pues se dificulta cuando tienes este tipo de trastorno, pero hay muchísimas más que te pueden dificultar esa toma de decisiones. Creo que si no se forma a la personas que tienen que formar a la gente que tratara a estas personas, pues creo que vamos mal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPFORMA y NPTD.</li> <li>➤ Falta de formación consciente a profesionales.</li> <li>➤ Falta de una formación continua y actualizada.</li> <li>➤ Revisión de la actualidad científica.</li> </ul>
<p><b>Entrevistador: ¿Qué opináis sobre la formación del autocontrol como mejora del estrés y la toma de decisiones?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>P2GD:</b> Se está trabajando de forma indirecta conveniente en algunos casos. Realmente creo que se trabaja a un nivel intenso y que como ya hemos dicho nos ayuda a la toma de decisiones y sobre todo a la gestión del estrés.</li> <li>❖ <b>P1GD:</b> (...) En los colegios si se enseñara a auto controlarnos y a controlar emociones, se evitarían ciertos trastornos.</li> <li>❖ <b>Pedagogo:</b> (...) Pienso que en este trabajo se dan situaciones de estrés y en ningún lado se preocupan por los trabajadores como gestionar ese estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPTD, FPACTI, GESTRES, NPFORMA, NPESTRES y NPAUTO.</li> <li>➤ La formación del autocontrol para la mejora del estrés y la TD se trabaja de forma directa e indirecta conforme lo hablado anteriormente.</li> <li>➤ El pedagogo ofrece información diferente al indicar el estrés</li> </ul>

---

	<p>producido a los profesionales de este ámbito, siendo conveniente llevar a cabo formación también a los profesionales para la gestión del estrés.</p>
<p><b>Entrevistador: ¿Este trabajo fomenta el estrés en los trabajadores?</b></p> <p>❖ <b>Pedagogo:</b> Sí, yo pienso que sí. Bajo mi experiencia, sí que te dan experiencias diaria en las que tienes que controlar impulsos. Sí que es verdad que te esfuerzas en controlar las circunstancias en las que está cada una de las pacientes, sí que es cierto que muchas situaciones te generan estrés. No digo que las pacientes no cumplan las pautas o desobedezcan, que también puede generarte estrés las situaciones tan duras y complicadas en las que se encuentran las personas con las que trabajan. Llegas a casa y no es plato de buen gusto verlo de manera tan directa, te provoca estrés.</p> <p>❖ <b>P4GD:</b> Hace falta mucho personal para todas las pacientes que estamos. Son pocos y necesitan más para distribuirse a la gente que estamos aquí.</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPFORMA, GESTRES Y NPESTRES.</p> <p>➤ Fomento del estrés a profesionales del ámbito del TCA debido a situaciones complejas y emocionalmente devastadoras.</p> <p>➤ Falta de personal. Más recursos mitigaría ese estrés.</p>
<p><b>Entrevistador: ¿Se puede transmitir ese estrés?</b></p> <p>❖ <b>P2GD:</b> Normalmente no, pero lo notamos y se entiende. Porque si tienes gente gritando en un grupo y al otro grupo la gente durmiéndose... Muchas veces por cabezonería por nosotros mismos, pero otras veces por el trastorno, se dan respuestas fuera de tono, y claro, tener que tragarte tu impulso para decir “pues vete” tiene que ser complicado. También con respecto a la falta de personal que comentaba antes Ana, el pedagogo en épocas de exámenes es como “te necesitamos, oye Iván ven, oye no sé qué” lo ves y dices, ¿Pero le faltan horas a ese hombre? ¿Vive?</p>	<p>➤ En los fragmentos analizados se relacionan las categorías NPESTRES, TCA y NPAUTO.</p> <p>➤ Según la paciente, no es frecuente esa transmisión del estrés, pero resulta complicado gestionar diariamente los problemas de las pacientes con TCA.</p>
<p><b>Entrevistador: ¿Para terminar, queréis comentar algo?</b></p> <p>❖ <b>Pedagogo:</b> Quiero decir que lo que menos estrés me genera son las malas contestaciones. Muchas veces es falta de autocontrol. Son las circunstancias.</p>	<p>➤ En el fragmento analizado se relacionan las categorías TCA, NPAUTO y NPRS.</p>

---

- 
- ✚ **Entrevistador: ¿Qué pensáis que podéis hacer para mejorar vuestra situación?**
- ❖ **P1GD:** Yo creo que fuerza de voluntad, mucha. Para salir de nuestra situación. Hacerle caso a los terapeutas. No rendirse. Intentar forzarse cuanto estés mal y no tirar la toalla, intentar aunque sepas que lo estás pasando mal, ve que el futuro merece la pena.
  - ❖ **P4GD:** Yo hay veces que se te olvida, pues los últimos días de unidad, muchas veces lo seguía pensando. Y ahora que he salido, lo echo de menos. Me gustaría haberme quedado un tiempo más. Cuando sales no lo ves tan malo.
  - ❖ **P6GD:** Recordarte el objetivo y recordarte el motivo por el que entraste. No solo a donde quiero llegar, sino porque. Muchas veces pasas por un momento estable en el tratamiento que piensas que “que hago aquí y no sé qué”, y de repente te pegas la bajona del siglo, y dices “ostia, estaba aquí por esto” o cuando piensas que no puedes tirar más del carro dices “yo por qué entré aquí”.
  - ❖ **P7GD:** Yo iba a comentar algo, y es que me parece super importante cuando llegas a unidad, no sé si es a todas las tareas de “¿qué hago aquí, porque he venido? Yo tardé meses en hacer esa tarea. Me negaba hacerla porque me han obligado
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías FPTD, TECAUTO, FPAUTO, NPAUTO y TCA.
  - Hablan de consideraciones que ellas mismas necesitan para mejorar su situación.
  - Mejora de la fuerza de voluntad.
  - Correspondencia en el tratamiento y confianza en los terapeutas.
  - Consciencia de la enfermedad, pues muchas veces se olvida o las que empiezan el tratamiento no la tienen.
  - Recordar el objetivo.

- 
- ✚ **Entrevistador: Para terminar, ¿Qué conclusiones podemos sacar? ¿Alguna pregunta?**
- ❖ **P1GD:** Creo que este trastorno es muy desconocido por la sociedad y se debería de dar más información y también información real, pues está muy estigmatizado y la gente se cree cosas que en verdad no son.
  - ❖ **P2GD:** También creo que ha quedado bastante claro que no es un trastorno solo conductual, que la conducta viene después del desgaste psicológico y que si desde pequeños en colegios y guarderías y tal, se tratará el aspecto emocional, el autocontrol, la gestión del estrés y el conocimiento de tus emociones, se reduciría no solo el TCA, sino también trastornos mentales. Sería realmente un avance social.
  - ❖ **P4GD:** La educación es muy importante, si no, no vamos a ningún lado. Y más ahora la sociedad con las redes sociales, los tiktoks y la tele...
- En los fragmentos analizados se relacionan las categorías TCA, NPAUTO, AUEMO, FPAUTO, TECAUTO, FPESTRES, GESTRES, FPFORMA y NPFORMA.
  - Hacen hincapié en la información ofrecida a la sociedad sobre este trastorno.
-

- 
- Información para desestigmatizar el TCA.
  - Formación en el sistema educativo para prevenir los TCA y diversos trastornos mentales.
  - Énfasis en la formación sobre redes sociales.

---

*Nota.* Elaboración propia.

### 3.2 Análisis cuestionarios

En la parte cuantitativa a través del cuestionario, participaron 123 mujeres con una edad media de 20,15 años (DT = 3,75). De estas mujeres, una muestra de (n = 68) formaron parte del grupo de control con una edad media de 20,01 años (DT = 3,96), y el resto (n = 55) conformaron el grupo experimental (grupo TCA) con una edad media de 20,33 años (DT = 3,49).

En cuanto al nivel educativo, en el grupo control hubo 17,64% de personas con estudios de secundaria, 30,88% de personas con estudios de bachillerato, 7,33% personas con estudios de formación profesional media, 4,41% de personas con formación profesional superior, 29,91% con grado universitario, 8,82% con máster y 1,47% de doctorado. Por otra parte, el grupo experimental estuvo compuesto por un 18,18% de estudios de secundaria, 29,09% de estudios de bachillerato, 1,18% con formación profesional media, 3,63% con formación profesional superior, 38,18% con estudios de grado, 7,27% con máster y 1,18% con doctorado.

En la “*tabla 28*”, se muestran otros datos sociodemográficos de ambas muestras por separado, que no presentan diferencias significativas y, por lo tanto, están correctamente

igualados. Para la edad, se llevó a cabo una prueba de T de Student para muestras independientes, pues esta variable es numérica. Para comprobar la equidad en cuanto a nivel educativo, se llevó a cabo un análisis Chi cuadrado.

Corroborado que los dos grupos están igualados en estas variables sociodemográficas, se procedió a comparar su rendimiento en impulsividad, siendo lo contrario de autocontrol como ya se habló en el marco metodológico, y en estrés mediante una prueba de T de Student para muestras independientes. Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto de Cohen para cuantificar la magnitud de las diferencias, siendo un tamaño pequeño entre 0,20 y 0,50, medio entre 0,50 y 0,80, grande a partir de 0,80, y muy grande a partir de 1,20 (Cohen, 1992).

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27 para Windows (IBM Corp., 2020)-

A continuación, se mostrarán los datos sociodemográficos y los análisis de contraste para ambos grupos.

Tabla 28.

*Análisis sociodemográfico de cuestionarios*

	Grupo control	Grupo experimental	Total	Estadístico de contraste
<b>Tamaño maestral</b>	<i>n</i> = 68	<i>n</i> = 55	<i>N</i> = 123	
<b>Edad (M, DT)</b>	20,01 (3,96)	20,33 (3,49)	20,15 (3,75)	$t(121) = -,458, p = ,648$
<b>Nivel educativo (%)</b>				
<b>Secundaria</b>	17,64 %	18,18 %	17,88 %	
<b>Bachillerato</b>	30,88 %	29,09 %	30,08 %	$\chi^2(6) = 2,806, p = ,833$
<b>FPM</b>	7,35 %	1,18 %	4,87 %	

<b>FPS</b>	4,41 %	3,63 %	4,06 %
<b>Grado</b>	29,41 %	38,18 %	33,33 %
<b>Máster</b>	8,82 %	7,27 %	8,13 %
<b>Doctorado</b>	1,47 %	1,18 %	1,62 %

*Nota.* Elaboración propia. FPM = Formación Profesional Media; FPS =m Formación Profesional Superior

Por un lado, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad,  $t(121) = -458, p = ,68$ , ni tampoco en cuanto a nivel educativo,  $\chi^2(6) = 2,806, p = ,833$ .

Tabla 29.

*Estadísticos descriptivos del cuestionario impulsividad en grupo experimental*

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>	<b>Varianza</b>
<b>Grupo TCA</b>	55			
1.Hago las cosas sin pensarlas	55	1,9818	,84964	,722
2.Soy una persona despreocupada	55	1,4182	,73764	,544
3.No presto atención a las cosas	55	1,8545	,80319	,645
4.Mis pensamientos van demasiado rápido	55	3,2182	,73764	,544
5.Soy una persona que se controla bien	55	2,3273	,90379	,817
6.No puedo estar quieto en el cine o en la escuela	55	2,2909	1,01238	1,025
7.Digo cosas sin pensarlas	55	2,2000	,82552	,681
8.Actúo según el momento	55	2,6909	,87924	,773
9.Cambio de amigos	55	1,5273	,63405	,402
10.Compro cosas por impulso	55	1,9636	,99933	,999
11.Gasto más de lo que debería	55	2,1091	1,16544	1,358

12. Cuando pienso en algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente	55	3,2000	,73030	,533
13. Estoy inquieto en los cines y en las clases	55	2,4909	1,03410	1,069
N válido (por lista)	55			

*Nota.* Elaboración propia.

En la *"tabla 29"*, se encuentran algunos estadísticos descriptivos del cuestionario de autocontrol elegido del grupo experimental, tales como la media, la desviación típica y la varianza. Se puede observar como la media de respuestas de las pacientes con TCA oscilan entre *"1,4182"*, con respuesta *"Rara vez o Nunca"* de la pregunta *"Soy una persona despreocupada"*, y *"3,2182"* con respuesta *"Frecuentemente"* en la pregunta *"Cuando pienso en algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente"*. Siendo respuestas etiquetadas como desadaptativas en cuanto a la impulsividad, y por tanto, al bajo autocontrol o autocontrol desadaptativo.

En cuanto la desviación típica, solo tres preguntas se posicionan por encima de *"1"*, *"Gasto más de lo que debería"* con un *"1,16544"*, *"Estoy inquieto en los cines y en las clases"*, con un *"1,03410"*, y por último, *"No puedo estar quieto en el cine o en la escuela"* con un *"1,01238"*. Aunque siguen siendo desviaciones pequeñas.

Por el contrario, la pregunta con una desviación típica más pequeña es *"Cambio de amigos"*, con un *"0,63405"*, teniendo por tanto una dispersión de respuestas más concentradas en la media.

Por otro lado, la varianza, oscila entre el valor más bajo en la pregunta *"Cambio de amigos"*, con un *"0,402"*, y el valor más alto en la pregunta *"Gasto más de lo que debería"* con un *"1,358"*.

Tabla 30.

*Estadísticos descriptivos del cuestionario impulsividad en grupo control*

Estadísticos descriptivos				
	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
<b>Grupo Control</b>	68			
1.Hago las cosas sin pensarlas	68	1,8529	,69679	,486
2.Soy una persona despreocupada	68	1,6176	,77324	,598
3.No presto atención a las cosas	68	1,6176	,71298	,508
4.Mis pensamientos van demasiado rápido	68	2,4118	,95002	,903
5.Soy una persona que se controla bien	68	2,7500	,77988	,608
6.No puedo estar quieto en el cine o en la escuela	68	1,7500	,88731	,787
7.Digo cosas sin pensarlas	68	2,0147	,80098	,642
8.Actúo según el momento	68	2,4118	,81470	,664
9.Cambio de amigos	68	1,4559	,63325	,401
10.Compro cosas por impulso	68	1,8676	,89617	,803
11.Gasto más de lo que debería	68	1,9265	,95129	,905
12.Cuando pienso en algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente	68	2,3382	,98663	,973
13.Estoy inquieto en los cines y en las clases	68	1,7647	,88297	,780
N válido (por lista)	68			

*Nota.* Elaboración propia.

En la “*tabla 30*”, se encuentran datos estadísticos descriptivos sacados de las respuestas del cuestionario de impulsividad en el grupo de control.

Las medias de respuesta de la “*tabla 30*”, oscilan entre “1,4559” “*Cambio de amigos*” siendo la más baja, y “2,7500” “*Soy una persona que se controla bien*”, que es la más alta. Por otro lado, en términos generales, la desviación típica se muestra pequeña en las respuestas, siendo “*Cambio de amigos*” la más baja con “0,63325”, y “*Cuando pienso en*

*algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente*” la más alta con “0,98663”. No obstante, siguen siendo valores muy poco dispersos, por lo que las respuestas tienen un alto rango de proximidad a la media.

En cuanto a la varianza de las respuestas de las preguntas, oscila entre el valor más bajo con un “0,401” en la pregunta “Cambio de amigos”, y el valor más alto con un “0,973” en la pregunta “Cuando pienso en algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente”.

Tabla 31.

*Estadísticos descriptivos del cuestionario estrés percibido en grupo experimental*

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>	<b>Varianza</b>
<b>Grupo TCA</b>	55			
1. ¿Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	55	3,0182	,91269	,833
2. ¿Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	55	3,2364	,74445	,554
3. ¿Se ha sentido nervioso o estresado?	55	3,3818	,70687	,500
4. ¿Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar problemas personales?	55	2,4364	,99561	,991
5. ¿Ha sentido que las cosas le van bien?	55	2,6909	,92040	,847
6. ¿Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	55	3,1636	,87694	,769
7. ¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?	55	2,0545	,91121	,830
8. ¿Se ha sentido al control de todo?	55	2,5818	1,01271	1,026
9. ¿Ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	55	2,9636	,98062	,962
10. ¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	55	3,0000	1,13855	1,296
N válido (por lista)	55			

*Nota.* Elaboración propia.

En la “*tabla 31*”, se muestran análisis descriptivos del cuestionario de estrés percibido en la población experimental. Algunos de ellos son la media, la desviación típica y la varianza.

Se puede observar que el rango de la media oscila entre “2,0545” en la pregunta “*¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?*” con respuesta “*Casi nunca*”, y “3,3818” en la pregunta “*¿Se ha sentido nervioso o estresado?*” con respuesta “*De vez en cuando*”.

En cuanto a la desviación típica, en general se muestra pequeña, por lo que la elección de respuestas se muestran concentradas en alrededor de la media. En este sentido, la desviación típica más pequeña es “0,70687”, en la pregunta “*Se ha sentido nervioso o estresado*”, mientras que la más alta, aunque sigue siendo baja, es “1,13855” en la pregunta “*¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*”.

Por otro lado, la varianza oscila entre el valor “1,296” en la pregunta “*¿Has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*”, siendo el valor más alto, y el valor “0,500” en la pregunta “*¿Se ha sentido nervioso o estresado?*”.

Tabla 32.

*Estadísticos descriptivos del cuestionario estrés percibido en grupo de control*

Estadísticos descriptivos				
	N	Media	Desv. Desviación	Varianza
Grupo Control	68			
1. ¿Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	68	2,0294	,94586	,895
2. ¿Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	68	2,0294	1,03622	1,074
3. ¿Se ha sentido nervioso o estresado?	68	2,7206	,99018	,980
4. ¿Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar problemas personales?	68	1,6912	1,04034	1,082
5. ¿Ha sentido que las cosas le van bien?	68	1,5588	,87045	,758

6. ¿Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	68	2,1765	1,07816	1,162
7. ¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?	68	1,4706	,83703	,701
8. ¿Se ha sentido al control de todo?	68	2,1176	1,00044	1,001
9. ¿Ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	68	2,0882	1,14260	1,306
10. ¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	68	1,8088	1,24897	1,560
N válido (por lista)	68			

*Nota.* Elaboración propia.

Por otro lado, la “*tabla 32*”, muestran los resultados descriptivos del cuestionario de estrés percibido de la población control de la investigación.

La media de respuestas oscila entre “1” y “2”, oscilando entre “1,4706” con respuesta “*Nunca*” en la pregunta “*¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?*”, y “2,7206” con respuesta “*De vez en cuando*” en la pregunta “*¿Se ha sentido nervioso o estresado?*”.

En cuanto la desviación típica, se mantiene en valores pequeños alrededor de la media, por lo que las respuestas están más concentradas. La desviación típica oscila entre “0,83703” en la pregunta “*¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?*” siendo la más pequeña, y “1,24897” en la pregunta “*¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*”.

Centrándose en la varianza, los valores oscilan entre “1,306” en la pregunta “*¿Ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?*”, y el valor “1,560” en la pregunta “*¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*”

Tabla 33.

*Diferencias en estrés percibido e impulsividad*

	Grupo control (M, DT)	Grupo experimental (M, DT)	t	d de Cohen
<b>Impulsividad</b>	1,99 (.41)	2,27 (.35)	$t(121) = -3,979^*$	,38
<b>Estrés percibido</b>	19,69 (6,78)	28,53 (5,58)	$t(121) = -7,77^*$	6,27

Nota. Elaboración propia. \*  $p < ,001$

Por último, encontramos diferencias significativas tanto en impulsividad como en estrés percibido “*tabla 33*”. El grupo experimental mostró mayor impulsividad general que el grupo control,  $t(121) = -3,979$ ,  $p < ,001$ , con un tamaño del efecto pequeño de  $d = ,38$ . Además, el grupo experimental, presentó mayor estrés percibido que el control,  $t(121) = -7,77$ ,  $p < ,001$ , con un tamaño del efecto muy grande de  $d = 6,27$ .

Por último, la regresión lineal fue estadísticamente significativa ( $R^2 = ,306$ ,  $F(1, 121) = 53,404$ ,  $p < ,001$ ), mostrando que el nivel de estrés percibido predijo significativamente los niveles de impulsividad ( $\beta = 18,27$ ,  $DT = 1,304$ ,  $p < ,001$ ). De esta forma, el estrés percibido explica en un 30,60% la varianza de la impulsividad.

## CAPÍTULO 4

# INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

## 4. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente apartado, se procederá a interpretar los resultados obtenidos tanto cuantitativos como cualitativos, con su respectiva triangulación intrametodológica, con la finalidad de proporcionar información relevante que sirva como base sólida para la discusión y la conclusión.

### 4.1 Triangulación entre métodos

Cómo ya se habló en el capítulo 2, el planteamiento metodológico de la presente investigación es el multimétodo o ecléctico, caracterizado por la combinación de paradigmas cuantitativos y cualitativos (Anguera *et al.*, 2018; Sarrot *et al.*, 2013).

Por tanto, se llevará a cabo una triangulación entre los resultados obtenidos de las técnicas cualitativas y cuantitativas con la finalidad de dar respuesta al problema de la investigación y consolidar la aceptación de las hipótesis de los distintos objetivos específicos desde una perspectiva multimetodológica, aunando las interpretaciones de los resultados y consiguiendo información válida y fiable para la creación del proyecto de intervención y formación.

Para ello, se ha de tener en cuenta una parte del objetivo general de la investigación, que es conocer las relaciones entre las variables estudiadas y cómo interactúan entre ellas.

Partiendo de la nube de palabras mostradas, se puede observar los distintos conceptos que más se han repetido en las entrevistas, siguiendo el proceso de la lista de las palabras vacías o “*Stopwords*”. Los conceptos de las variables investigadas (autocontrol, estrés y toma de decisiones), son las más destacadas.

No obstante, hay que señalar conceptos con menos tamaño, pues implica una conexión entre las variables principales. Entre ellos, se encuentran el concepto “*Emociones*”, siempre

presente en todas las entrevistas realizadas y el grupo de discusión, y relacionadas con otras categorías. También se puede observar la importancia del concepto de *“Formación”*, ya que la finalidad de esta investigación es diseñar proyectos formativos y educativos dirigidos a todos los agentes involucrados en este trastorno, como son los *“Profesionales”*, *“Pacientes”*, *“Familia”* o *“Instituciones”*, también presentes en la nube de palabras. Por otro lado se puede destacar la palabra *“Información”*, pues su importancia radica en fomentar información válida y fiable respecto a los TCA.

Todos los conceptos establecidos en la nube de palabras se pueden apreciar en las relaciones entre categorías y los fragmentos analizados. En este sentido, se examina como las dificultades ligadas al autocontrol se encuentran no solo en la frecuencia, sino también en los fragmentos de las entrevistas. Por ejemplo, las *“Necesidades percibidas en autocontrol”* es la frecuencia más alta y la que más se ha relacionado con otras dificultades como es el caso del estrés y la toma de decisiones en todas sus subcategorías. En este aspecto, una de las pacientes comenta lo siguiente: *“He tenido que ir controlando también con mis padres, porque ya veía que era que me hablase o me rozasen y ya me ponía furiosa y ya estaba fatal”* *“Sí, muy impulsiva. No era consciente pero sí, soy impulsiva”*.

Siguiendo estas dificultades en el autocontrol, se han encontrado necesidades ligadas al *“Autocontrol Emocional”*, las *“Técnicas de autocontrol”*, las *“Necesidades percibidas en el estrés”*, o en *“Gestión del estrés”*. Dichas dificultades en el autocontrol, están ligados a una falta de gestión emocional, y por tanto, a un desconocimiento de diversas técnicas para regular el control personal, apreciándose en uno de los diversos fragmentos: *“Yo pensaba que lo importante es trabajar, estudiar, esforzarse y la parte emocional no era una parte del ser humano, y por tanto no importante”* *“Me incito yo más a estar enfadada, a que salte toda la ira y cuando ya me doy cuenta y cuando bajo, pues veo si he hecho algo mal a alguien, o yo*

*misma (...)*". Estas dificultades afectan a otros ámbitos como el académico y las relaciones familiares y sociales, relacionados extremadamente con las dificultades del autocontrol.

Sin embargo, es preciso destacar la categoría *"Fortalezas percibidas en el autocontrol"*, sobre todo en el grupo de discusión, ya que se aprecian altas relaciones de frecuencia con categorías orientadas a las técnicas y emociones en el autocontrol y a las *"Fortalezas percibidas en las actividades educativas"*, estableciendo de esta forma vínculos positivos a tener en cuenta.

No obstante, un denominador común a destacar en los fragmentos analizados del autocontrol, es su tipología dicotómica: falta de autocontrol y autocontrol con características perfeccionistas y exigentes. Por tanto, ambos se engloban en un autocontrol desadaptativo. Esto se puede observar en el siguiente fragmento del grupo de discusión: *"(...) no tienes autocontrol, y es como "esto me apetece hacerlo pero no lo voy hacer" le das muchas vueltas a las cosas, y al contrario, no tienes autocontrol y el mínimo comentario te pone nerviosa" "Llevamos tanto tiempo controlándolo todo que de repente pasas al extremo contrario" "Yo en el tema del autocontrol soy de extremos. Soy pasiva o agresiva, así que negro o blanco"*

Y en algunos fragmentos de la entrevista realizada a la *"paciente 2"*: *"Sí, con autocontrol insano. Lo llevo todo... estamos trabajando ahora el tema de la balanza, no utilizarlo todo. Pero claro, los extremos son malos, pues yo llevo todo al extremo. Un autocontrol negativo."* Mientras que la *"paciente 1"* responde *"que es propio del TCA tener mucho control o ninguno"*. Ambas poseen un diagnóstico ligado a AN o al TCANE. Por el contrario, la *"paciente 3"* responde lo siguiente: *"Sí, muy impulsiva. No era consciente pero sí, soy impulsiva"*, denotando una parte impulsiva, y por tanto, una dificultad de controlarse a sí misma, ya que su diagnóstico es BN.

Esto es corroborado en las entrevistas a los profesionales, pues coinciden en que las pacientes con un cuadro clínico de AN, tienden a poseer un autocontrol desadaptativo orientado a la exigencia y perfección, mientras que las pacientes con sintomatología BN suelen tener una falta de autocontrol y tendencia a la impulsividad: *“Padecen una falta de autocontrol o mala regulación comportamental. Es decir, podemos encontrar sujetos con una falta de autocontrol comúnmente reconocible (impulsividad, conductas desafiantes, negacionistas, auto lesivas, etc.), y podemos encontrar esa misma carencia en perfiles excesivamente controladores con su medio (obsesivos, comprobadores, inhibidos, etc.), o en perfiles que combinan ambas respuestas”*.

Ambas poseen resultados negativos para las pacientes que se reflejan en distintos aspectos como el bienestar intrapersonal, las relaciones sociales y familiares, el ámbito académico, la gestión del estrés o la toma de decisiones. No obstante, se pueden apreciar algunos atisbos de fortalezas en el autocontrol, sobre todo en el aspecto formativo y de actividades educativas destacadas en las relaciones entre categorías de ambas técnicas cualitativas.

Estos hallazgos cualitativos, van en sintonía con la interpretación de los resultados obtenidos en los cuestionarios sobre el autocontrol en personas con TCA, ya que el grupo experimental mostró una mayor impulsividad (opuesto autocontrol), que el grupo de control.

Continuando con el estrés percibido investigado en las entrevistas y el grupo de discusión, se puede observar, como ya se ha comentado antes, una gran relación entre las *“Necesidades percibidas en el estrés”* y las *“Necesidades percibidas en autocontrol”*, y menor medida pero siendo su relación elevada, con las *“Necesidades percibidas en la toma de decisiones”*. Otro aspecto importante a considerar tanto en las entrevistas como en el grupo de discusión, es la falta de afrontación del estrés en las pacientes de TCA, pues se ha producido una alta

frecuencia de relación entre la *“Gestión del estrés”* y las *“Necesidades percibidas en el estrés”*, vinculado a su vez con la falta de un autocontrol adaptativo.

En este sentido, los datos cuantitativos arrojan dos elementos esenciales para comprender los resultados cualitativos. Por un lado, muestran que las personas con TCA tienen un mayor estrés percibido que las personas sin TCA, y por otro lado, la regresión lineal muestra que el nivel de estrés percibido causa la varianza de la impulsividad, por lo que se puede aceptar que el estrés influye en el autocontrol en la muestra de la presente investigación.

Continuando la interpretación cualitativa, nos encontramos un ejemplo de ello detallado en una de las pacientes en el grupo de discusión: *“Yo me despierto y estoy súper relajada y súper tranquila, y conforme va pasando el día voy generando estrés y ansiedad” “El problema en nuestro caso, es que se estrés está multiplicado por mil, lo tienes en todos los ámbitos de tu vida, porque como todo se te dificulta, todo se va a la mierda”*.

El estrés fomenta la dificultad de poner freno a los impulsos, a la vez que incapacita el razonamiento para buscar soluciones a los problemas que se presentan. Esta situación fomenta la aparición de consecuencias negativas emocionales, conductuales y fisiológicas. Por otro lado es necesario destacar la existencia de circunstancias que favorecen la aparición y prolongación en el tiempo del estrés, siendo las más recurrentes la alimentación, el ámbito académico, las relaciones sociales y familiares y la exposición a situaciones nuevas: *“Ahora en época de exámenes más, antes curiosamente lo había dejado (estrés), pero ahora, ahora que ha empezado la época de exámenes y estoy más atacada” “(frecuencia estrés) Ahora mismo, con la facultad, he estado con la asignatura de Historia y demás (...). En esos sitios tenga algo nuevo o algo que no conozca, ahí ya sí. Si es alguna fiesta, o es algún puente o los viajes”*.

Otros elementos que originan estrés en las pacientes serían la rumiación de pensamientos negativos sobre la alimentación y la distorsión de la imagen corporal o los ciclos de atracón-

purga. Para reducir ese estrés, las pacientes suelen llevar a cabo algunas herramientas que se les proporciona en la terapia o en las actividades educativas como pueden ser los registros, la meditación, la gestión emocional, o algunas técnicas de autocontrol. Sin embargo, la mayoría de veces utilizan herramientas desadaptativas, como lo explica una de las psicólogas entrevistadas: *“En su mayoría suelen pretender aliviarlo con evasiones o postergación de las demandas del medio (utilizando por ejemplo conductas propias de su sintomatología como “vía de escape”), o con un aumento excesivo de sus exigencias, vigilancia o rendimiento para descansar en un futuro. Técnicas totalmente ineficaces”*.

En cuanto a las percepciones de los profesionales, destaca la importancia que dan a una intervención específica orientada a la gestión del estrés en esta población, pues las consecuencias que provocan tanto a nivel físico como psicológico son preocupantes, ya que suelen mantener este nivel de estrés en el tiempo. Por otro lado, desde una perspectiva nutricional, esta variable afecta en gran medida a la consecución de los objetivos alimentarios propuestos por los nutricionistas. Esta situación lleva a las pacientes a tener conductas desadaptativas para aliviar la tensión originada por el estrés como evitación de toma de decisiones, conductas evasivas, aumento de exigencias irreales, autolesiones, atracones y su posterior purga, exceso de deporte compensatorio, etc: *“Como siempre desde la parte nutricional siempre piensan, como su mente se les va al cuerpo y al peso, que todo lo que comen les va a engordar, pues esa incertidumbre le genera estar todo el tiempo nerviosa y con estrés”*

Todos estos hallazgos obtenidos tanto en la parte cuantitativa como en la cualitativa, retroalimenta las dificultades de estas pacientes para tomar decisiones, siendo una de las categorías que mayor frecuencia ha tenido en las entrevistas y el grupo de discusión. Al igual que el estrés y el autocontrol, su mayor relación ha sido con *las “Necesidades percibidas en*

*el autocontrol*” y con las *“Necesidades percibidas en el estrés”*, todo ello acrecentado por lo anteriormente comentado. Dentro de la categoría de la toma de decisiones, se observa un déficit en el razonamiento lógico, en la gestión emocional y en las técnicas para tomar decisiones implícitas en las entrevistas y en el grupo de discusión.

Con respecto a la toma de decisiones, existen diferencias entre los cuadros clínicos de *“AN”* y BN. Por un lado, se distingue una falta de razonamiento a la hora de tomar decisiones en las pacientes diagnosticadas con BN, creando conductas impulsivas, lo que se traduce como una falta en el autocontrol. Un ejemplo de fragmento sacado del grupo de discusión, sería el siguiente: *“Yo la verdad es que no pienso antes de actuar. Yo lo hago y luego me arrepiento. Es como todo a la ligera”*.

Sin embargo, y como ya pasa con lo analizado anteriormente en las entrevistas con el autocontrol, las pacientes diagnosticadas con AN, tienden a tener un excesivo, y por tanto desadaptativo, autocontrol a la hora de tomar una decisión, como lo explica este fragmento: *“Yo le doy muchísimas vueltas a las cosas antes de tomar una decisión, siempre voy a pensar que me voy a equivocar”*. Aunque también existen pacientes en el que la dicotomía está presente, por lo que la actuación desadaptativas de una forma u otra, dependerá de diversas circunstancias.

No obstante, en ambos casos, se aprecian déficits en el proceso de toma de decisiones, donde la exigencia, el perfeccionismo, la falta de autoestima y el miedo al fracaso, se posicionan como elementos negativos que influyen en el mismo, por lo que tienden a delegar las decisiones a otras personas o procrastinar la decisión: *“He sido una niña que no ha sabido tomar decisiones, porque tengo mucha inseguridad en mi misma y no me he aceptado como tal. Entonces, si tengo una inseguridad, ¿Cómo voy a ser capaz de tomar una decisión sin saber*

*que la estoy tomando bien? Entonces, siempre he necesitado ayuda un opinión de otra gente, o que básicamente decida la gente por mí, es muy difícil”.*

Otro aspecto a tener en cuenta es la falta de gestión emocional, pues a menudo, las pacientes con TCA no tienen en cuenta las emociones a la hora de elegir una decisión, como el ejemplo del siguiente fragmento: *“Yo creo que en este ámbito no existen las emociones. Claro, yo pienso que las emociones las dejo para el rato que no estoy estudiando, o trabajando o en el rato que no estoy ayudando a lo que sea en mi casa. Entonces yo entiendo que las emociones tienen su rato y lo otro tiene otro”.* Todo esto lleva a no anticipar posibles consecuencias, o si lo hacen, son negativas, irreales y por tanto, no objetivas. Esto implica evaluaciones centradas en los resultados y no en los procesos, donde impera el catastrofismo de las consecuencias. Igualmente, no existe un proceso reflexivo ni organizativo por parte de las pacientes que ayude a avanzar en la mejora de esta variable: *“(Referido a la anticipación de consecuencias) Sí, pero son catastrofistas por la propia enfermedad” “no quieres que nada salga mal. Entonces si algo te sale mal... tus buscas la perfección, tanto como los demás lo vean para ti, como tú lo veas para ti. Entonces si algo sale mal ya no es perfecto. Entonces te agobias”.*

Por otra parte, hay que apreciar algunos elementos significativos ligados a las dificultades anteriores. La primera es la baja autoestima, pues influye negativamente en esta variable a la hora de elegir una decisión. La segunda es la no aceptación de las consecuencias que tendrán las decisiones que tomen, es decir, consecuencias agradables o desagradables. La última tiene que ver con la rigidez cognitiva, aspecto fundamental a la hora de analizar y adaptarse a las nuevas circunstancias.

Todo este análisis confluye en el aspecto formativo y educativo de las categorías investigadas desde una perspectiva holística de las variables estudiadas. En este sentido,

existen altas relaciones de fortalezas tanto en las actividades educativas terapéuticas como en la formación de profesionales de distinto ámbito, sobre todo en la variable autocontrol y en menor medida, aunque significativamente importante, en las *“Fortalezas percibidas en el estrés”* y las *“Fortalezas percibidas en la toma de decisiones”*, mientras que las necesidades y debilidades son mínimas en la relación con otras categorías.

Los datos obtenidos en la metodología cuantitativa, van en consonancia con la importancia de dicha intervención educativa y formativa, ya que muestran dificultades que tienen las pacientes con TCA en su autocontrol y estrés percibido, por lo que dicha intervención y formación podría ser beneficiosa para lograr objetivos deseados.

No obstante, en los resultados cualitativos, se percibe una necesidad importante a la hora de llevar a cabo una formación consciente, continua y actualizada de los distintos profesionales, como por ejemplo lo comentado por el pedagogo del centro: *“La formación que se nos da a los profesionales previamente a trabajar con este trastorno. En mi caso fue inexistente.”* A su vez, se ha detectado falta de personal y recursos para la intervención en los casos de TCA. Tanto los profesionales como las pacientes con TCA, coinciden en la importancia que tiene la intervención educativa y la formación de profesionales en las variables estudiadas. Por tanto, ven necesario trabajar desde el aspecto educativo y formativo dichas variables como el autocontrol, el estrés y la toma de decisiones, pero también tratar otros temas como las habilidades sociales, la gestión de la ira, la autoestima, autorregulación, orientación vocacional y profesional, etc.

Igualmente, los profesionales entrevistados coinciden en tener en cuenta los perfiles de las pacientes a la hora del diseño del proyecto educativo con el objetivo de adecuarse a las características propias de cada cuadro clínico, es decir, pacientes con AN, BN o TCANE. Al igual

que ponen el acento no solo en centrarse en una intervención clínica-educativa, sino en la prevención para disminuir diagnósticos por TCA.

## 4.2 Discusiones y conclusiones

### 4.2.1 Discusión

Una vez elaborada, analizada e interpretada la presente investigación, se procederá a llevar a cabo la discusión de la misma con la finalidad de evaluar los resultados obtenidos y analizar la consecución del objetivo general y sus objetivos específicos, a la vez que se propondrán implicaciones educativas futuras que sigan esta línea de investigación, y las limitaciones que se han encontrado a lo largo de todo el proceso.

Comenzando con los objetivos, se puede afirmar que el objetivo general *“Conocer las relaciones y cómo interactúan las variables del autocontrol, el estrés percibido y la toma de decisiones en personas con TCA con la finalidad de diseñar un proyecto de intervención educativa y formación”*, se ha conseguido gracias a los resultados obtenidos de ambas metodologías, y por tanto, debido a la consecución de los objetivos específicos y sus hipótesis. En este caso, se han conocido las relaciones que tienen las distintas variables, y se ha podido reconocer cuales son los puntos fuertes y débiles de cada una de ellas, creando a su vez un proyecto de intervención educativa y formativa con base a los resultados.

En el objetivo específico 1, *“Conocer si las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA”* y su respectiva hipótesis *“Las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA”*, se han encontrado resultados satisfactorios en la muestra investigada, que demuestran que las personas con TCA tienen menos autocontrol que las personas sin TCA. Por tanto, se acepta la hipótesis planteada y el logro del objetivo específico 1, todo ello demostrado en el capítulo 3 y 4.

El logro del objetivo específico 1, pone de manifiesto la dificultad que tienen las personas en esta variable y las consecuencias que acarrearán dicha dificultad. Estando en sintonía con otras investigaciones en poblaciones con y sin TCA con muestra y metodología parecidas a la presente investigación (Butler & Montgomery, 2005; Claes *et al.*, 2006; Hovrud *et al.*, 2020; Pauligk *et al.*, 2021).

Siguiendo al objetivo específico 2, *“Conocer si las personas con TCA tienen más niveles de estrés percibido que las personas sin TCA”* y su hipótesis *“Las personas con TCA tienen más niveles de estrés percibido que las personas sin TCA”*, se han encontrado que las pacientes con TCA tienen un mayor nivel de estrés percibido comparado con personas que no tienen este problema, por lo que la hipótesis señalada quedaría aceptada, y por tanto, el objetivo específico 2.

En este sentido, al igual que en el autocontrol, el estrés supone una variable importante a la hora de tenerla en cuenta desde una perspectiva educativa y formativa, con la finalidad de capacitar a las personas que sufren este trastorno con herramientas eficaces para gestionarlo. Los resultados obtenidos, muestran muchas similitudes con otras investigaciones relacionadas con el estrés y los TCA (Doumit *et al.*, 2017; Grüttner, 2018; Ngan *et al.*, 2017; Zapata, 2019).

Se puede decir que los objetivos específicos 1 y 2, están ligados al objetivo específico 3, *“Conocer si el estrés percibido predice negativamente los niveles de autocontrol”* y su hipótesis *“El estrés percibido predice negativamente los niveles de autocontrol”*, pues como ya se ha analizado, las personas con TCA no solo tienen dificultades en el autocontrol y el estrés, sino que se puede afirmar con base a los resultados obtenidos de la muestra de la presente investigación, que el estrés influye en el autocontrol. Este dato resulta importante a la hora

de llevar prácticas de intervención y formación futuras, pues ayuda a entender mejor cómo actúa el estrés en esta población.

Dicha causalidad, expuesta en la consecución del objetivo específico 3, es replicada en estudios parecidos tanto con muestra de población sin TCA (Bertelsen & Ozer, 2020; Boisvert, 2018; Chuang *et al.*, 2022), como con población que padece síntomas de TCA (Zheng *et al.*, 2019).

Por otro lado, desde una perspectiva cualitativa, pero teniendo en cuenta los resultados cuantitativos, el objetivo específico 4 *“Conocer las relaciones del autocontrol entre el estrés percibido y la toma de decisiones mediante la entrevistas y grupo de discusión”* y su hipótesis *“La mejora del autocontrol retroalimenta positivamente el estrés percibido y la capacidad de tomar decisiones en personas con TCA”*, se acepta la consecución del mismo y de su hipótesis. En este caso, se han encontrado elementos en el análisis de las entrevistas que señalan que aunque desde una perspectiva cuantitativa el estrés percibido predice el autocontrol, la mejora de este último puede retroalimentar positivamente en el estrés percibido y en la toma de decisiones. También, desde la perspectiva cualitativa, se ha observado las dificultades que poseen las personas con TCA en estas tres variables señaladas, y a su vez, las relaciones que tienen dichas dificultades entre sí y dentro de sus propias categorías.

Hay que resaltar la dualidad del autocontrol en personas con TCA, pues se ha observado que personas con tipo AN, suelen tener un autocontrol desadaptativo debido a su obsesión por el control, mientras que pacientes de tipo BN, suelen tener un bajo autocontrol y ser más impulsivas.

Con respecto a la toma de decisiones, los resultados cualitativos encontrados están en consonancia con otras investigaciones parecidas con población de TCA (Euchan *et al.*, 2019; Fagundo *et al.*, 2012; Lucas *et al.*, 2021; Perpiña *et al.*, 2017; Tanchuria *et al.*, 2012).

Siguiendo la parte cualitativa, el objetivo específico 5 “*Detectar otras variables influyentes en los TCA mediante las entrevistas y grupo de discusión*”, y su hipótesis “*Se encuentran otras variables influyentes en personas con TCA como la gestión emocional, el ámbito académico y las relaciones familiares y sociales*”, son aceptados debido puesto que se ha analizado las relaciones que tiene el autocontrol, el estrés percibido y la toma de decisiones y se han encontrado otras variables que influyen en las personas que sufren este tipo de trastorno, siendo el aspecto académico, la gestión emocional y las relaciones sociales y familiares uno de las más destacadas.

Hay que destacar la influencia que tiene la intervención educativa y formativa en la población con TCA y las variables estudiadas, pues tanto los resultados cuantitativos como los cualitativos, reflejan la importancia de dichas intervenciones a la hora de mejorar los problemas surgidos de las variables estudiadas como el autocontrol, el estrés percibido y la toma de decisiones, como de las variables influyentes surgidas, por lo que se puede confirmar que ambas metodologías coinciden en una intervención educativa a pacientes con TCA, como a la formación de profesionales que trabajen en este sector. Esta última afirmación, es apoyada en otras investigaciones como la de Cheung *et al.*, (2014), y la de Uziel (2018).

#### 4.2.2 Limitaciones de la investigación

Dentro de la investigación, se pueden detallar algunas limitaciones que se han de tener en cuenta para futuras investigaciones e intervenciones educativas.

Una de ellas es la dificultad de acceder a grandes muestras de población con TCA, ya que supone un alto esfuerzo por parte de los pacientes llevar a cabo cuestionarios y entrevistas debido a su delicada situación. No obstante, la muestra ha sido suficiente para mostrar resultados válidos y fiables mediante los análisis paramétricos.

Siguiendo la limitación anterior, sería conveniente para futuras investigaciones contar con muestras de varones con TCA. En este sentido, influye un elemento esencial, y es la falta de visibilidad de varones con este trastorno, pues es considerado un trastorno que afecta a las mujeres, lo que hace que varones oculten este problema. Sin embargo, cada vez está aumentando más los casos de TCA en varones (Murray *et al.*, 2018).

Por último, futuros estudios tendrían que llevar a cabo cuestionarios o baterías diagnósticas que midan específicamente el autocontrol y no la impulsividad u otro estrés que no sea el percibido mediante pruebas fisiológicas.

#### 4.2.3 Implicaciones educativas futuras

Una parte esencial del objetivo general es el diseño de un proyecto de intervención y formación creado con base al análisis de los resultados obtenidos. En este sentido, se ha diseñado un borrador inicial del proyecto, en el cual se recogen los principios fundamentales de la investigación.

La finalidad del proyecto no solo es la reeducación de las pacientes con TCA, sino también la formación de profesionales de distintos ámbitos en las características de esta población y en las variables que se han analizado.

Por otro lado, también servirá para poder detectar con más antelación futuros casos de TCA, ayudando de esta forma a reducir el aumento exacerbado de los diagnósticos por TCA en la población. A su vez, puede llevarse a cabo a todo tipo de alumnado, fortaleciendo de esta manera variables que pueden influir en un futuro caso de TCA.

Por último, el proyecto educativo servirá de anclaje para continuar con futuras investigaciones que midan la eficacia de los efectos que tienen sobre la población con TCA.

### 4.3 Conclusiones

- Para concluir, el presente estudio pretendía responder al problema de investigación *“¿Existen relaciones entre el autocontrol, estrés percibido y la toma de decisiones en personas con TCA? ¿Se puede diseñar un proyecto de intervención educativa para personas con TCA y un proyecto formativo para profesionales de distinta índole en base a las relaciones de las variables seleccionadas?”*

Los resultados obtenidos a partir de una metodología ecléctica, donde se han utilizado tanto métodos cuantitativos como cualitativos, arrojan información relevante a través de su triangulación multimetodológica, respondiendo al planteamiento inicial de la investigación.

En este sentido, se ha obtenido un análisis completo de las dificultades de personas que sufren un TCA en las variables autocontrol, estrés percibido y toma de decisiones, a la vez que también se ha hecho un esbozo sobre las relaciones entre las mismas.

Por un lado, se aprecia que las personas con TCA tienen una tendencia a sufrir más estrés percibido que las personas sin TCA, a la vez que también tienen menos autocontrol. A su vez, un mayor de estrés percibido retroalimenta negativamente al autocontrol en pacientes con TCA.

Por otro lado, se han encontrado relaciones negativas con las dificultades percibidas de las tres variables “Autocontrol”, “Estrés percibido” y “Toma de decisiones”. No obstante, también se establecen relaciones positivas entre las fortalezas de las tres variables y otras variables influyentes que han aparecido en la metodología cualitativa, como la gestión emocional, las relaciones sociales y familiares y el ámbito académico.

Igualmente, se puede destacar el papel fundamental que tienen las intervenciones educativas dentro de este tipo de población, y la formación de profesionales ligados a los TCA.

Todo esto ha llevado a la creación de un proyecto educativo y formativo cuyo objetivo no solo es paliar las dificultades encontradas en la investigación y formar a los distintos profesionales que trabajan con esta población, sino también aplicarlo en otros contextos de educación formal con la finalidad de prevenir el aumento de diagnósticos por TCA.

**CAPÍTULO 5**

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y**

**FORMACIÓN**

## 5. PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN

Este proyecto se divide en dos apartados diferenciados entre sí pero con finalidades conjuntas. Por un lado se encuentra el proyecto de intervención el cual está dirigido a personas que ya padecen un TCA o que puedan ser población de riesgo de padecerlo, y por otro lado, un proyecto formativo dirigido expresamente para profesionales de cualquier ámbito social y clínico.

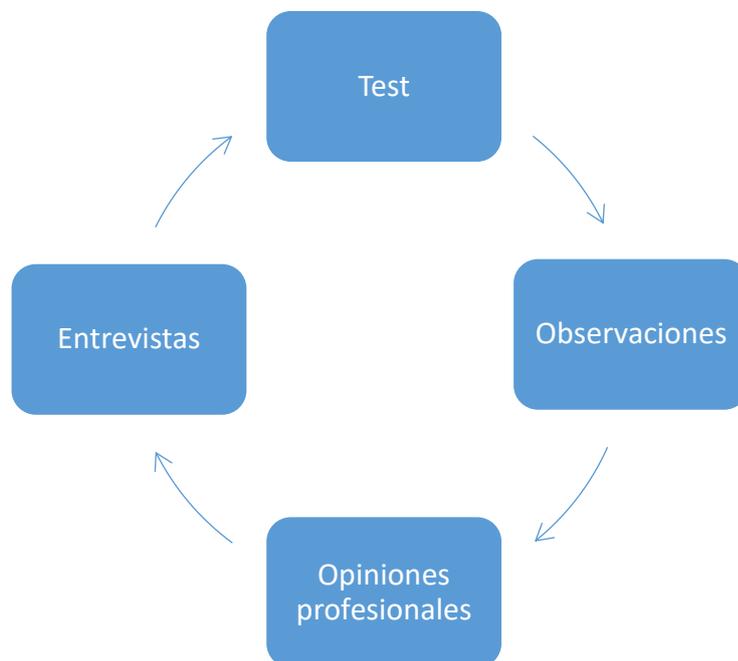
### 5.1 Módulo Intervención

#### 5.1.1 Criterios evaluación inicial

Antes de comenzar el proyecto de intervención, es necesario llevar a cabo evaluaciones iniciales que proporcionen suficiente información sobre la población a la que irán dirigidas dichas acciones futuras.

Para conseguir este fin, se deben de utilizar diversas herramientas diagnósticas como pueden ser test, entrevistas u observaciones. Es conveniente recopilar información de esta población, lo que dará más consistencia a la búsqueda de necesidades de las variables estudiadas.

Figura 34.

*Diagnóstico inicial del proyecto de intervención*

*Nota.* Elaboración propia

Una vez recopilada toda la información se procederá a analizarla en su totalidad creando una red multimétodo que mejore el diagnóstico no solo de las personas a las que va dirigida el proyecto, sino también el contexto en el que se encuentra (lugar, tiempo, etc.).

El análisis ayudará a encontrar fortalezas y necesidades, siendo necesario adaptar la acción metodológica en cualquier intervalo de tiempo en el que dure la intervención. Por último, también ofrecerá una evaluación tanto formativa como sumativa del progreso de la población.

Algunas de las ideas que se deben de tener en cuenta a la hora de analizar la información son las siguientes:

- Nivel de autocontrol de la población a la que va dirigida dicha intervención.
- Grado de gestión de estrés.
- Capacidad de toma de decisiones de la población.

- Necesidades contextuales.
- Grado de implicación inicial por parte de los educandos.
- Horario para poder llevar a cabo la intervención.
- Espacios físicos.

### 5.1.2 Objetivos proyecto intervención

- Objetivo general:
  - Mejorar la calidad en la gestión del estrés y de la toma de decisiones en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante estrategias orientadas al autocontrol.
- Objetivos específicos:
  - Comprender los procesos cognitivos del autocontrol, estrés y de la toma de decisiones.
  - Interpretar situaciones problemáticas orientadas al autocontrol, estrés y la toma de decisiones.
  - Demostrar conocimientos y acciones orientadas a la gestión del estrés y la toma de decisiones partiendo del autocontrol adaptativo.
  - Trasladar lo aprendido a la vida diaria.

### 5.1.3 Metodología de intervención

La metodología utilizada en el proyecto de intervención será ecléctica, utilizando una variedad metodológica que permita conseguir los objetivos propuestos a nivel general y específico. De esta forma, se podrá garantizar el aprendizaje propuesto y su transferencia a otros contextos.

Partiendo de esta base, se propone las siguientes metodologías de aprendizaje:

- Enseñanza teórico-práctica.
- Role-Playing.
- Aprendizaje cooperativo.
- Aprendizaje basado en problemas.

#### 5.1.4 Contenidos y actividades del proyecto de intervención

El eje principal del proyecto de intervención es la mejora del autocontrol, la gestión del estrés y la toma de decisiones. No obstante, en algunos puntos de la intervención, se llevarán a cabo actividades orientadas a la mejora de otras variables de forma paralela.

A modo de síntesis, es importante resaltar que la temporalización del mismo proyecto se llevará a cabo de la siguiente forma:

Tabla 34.

#### *Temporalización orientativa del proyecto de intervención*

Meses	Módulos	Temporalización
1º mes	• Módulo 1: Autocontrol	<b>Módulo 1:</b> 4 días/8 horas
	• Módulo 2: Gestión del estrés	<b>Módulo 2:</b> 4 días/6 horas
	• Módulo 3: Toma de decisiones	<b>Módulo 3:</b> 4 días/6 horas
<b>Totales: 3 módulos</b>		
2º mes	• Módulo 4: Impacto del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones	<b>Módulo 4:</b> 4 días/ 8 horas
	• Módulo 5: Chi Kung adaptado al TCA	<b>Módulo 5:</b> 1 días/ 1´5 horas
	• Módulo 6: Autocontrol, estrés y	<b>Módulo 6:</b> 3 días/5 horas

toma de decisiones  
el ámbito académico

**Totales: 3 módulos**

3º mes	• Módulo 7: Actividad práctica grupal	<b>Módulo 7:</b> 1 día/3 horas
	• Módulo 8: Cierre del proyecto	<b>Módulo 8:</b> 2 días/4 horas

**Totales : 2 módulos**

Nota. Elaboración propia.

En los siguientes puntos se detallará los contenidos principales de cada una de las intervenciones

Tabla 35.

*Contenidos y actividades del proyecto de intervención*

<b>MÓDULO 1: Autocontrol</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el autocontrol en personas con TCA.</li> <li>• Dar a conocer beneficios del ejercicio del autocontrol.</li> <li>• Ofrecer técnicas de autocontrol.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 días = 8 horas semanales.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza teórico-práctica.</li> <li>• Role-Playing.</li> <li>• Aprendizaje cooperativo.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portátil.</li> <li>• Fichas.</li> <li>• Folios.</li> <li>• Bolígrafos.</li> <li>• Póster con los objetivos del proyecto de intervención.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	
<b>Dinámicas de presentación</b>	

**Sesión 1**

(1 día = 2 horas)

- Cadena de nombres: en un círculo todos los participantes se irán presentando solamente diciendo su nombre y la procedencia.
- Soy tal y me pica...: en un círculo, todos los participantes dicen su nombre y un lugar corporal donde le pica ficticiamente. El siguiente participante, tiene que hacer lo mismo con su nombre y su gesto, más el nombre de su compañero/a de la derecha y rascar donde le picaba.
- Meter otra dinámica para perder la vergüenza.

**Póster objetivos del proyecto**

- Mesa redonda y poner en común problemas autocontrol.
- Enseñanza teórica-práctica del autocontrol con participación.
- Dos tipos de autocontrol desadaptativo en los TCA: obsesivo o impulsivo.

**Role Playing autocontrol**

- Role-Playing con ejemplos cotidianos donde se presencia autocontrol desadaptativo o impulsividad.

**Sesión 2**

(3 días = 6 horas)

**Ficha estrategias de autocontrol**

- Técnica del semáforo (Anexo 8).
- Cambio de estímulo o evitación de situación aversivas.
- Técnicas de autorregulación: Planificar, actuar y evaluar (Anexo 9).
- Registros de situaciones autocontrol (Anexo 10).

**Evaluación:**

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

**MÓDULO 2: Gestión del estrés****Objetivos**

- Mejorar la gestión del estrés.
- Informar sobre las consecuencias del estrés.
- Ofrecer técnicas para la gestión del estrés.

---

**Temporalización** • 4 días = 6 horas semanales.

---

**Metodología** • Enseñanza teórico-práctica.  
• Aprendizaje cooperativo.

---

**Recursos** • Profesional especializado en meditación.  
• Portátil.  
• Fichas.  
• Folios.  
• Bolígrafos.

---

### Actividades

---

**Sesión 3**  
(2 días = 4 horas)

**Mesa redonda estrés**

- Mesa redonda donde se expondrá la variable estrés y sus consecuencias.
- Signos físicos, conductuales y cognitivos del estrés.
- Hablar de situaciones personales donde haya estado implícito el estrés.
- Trabajar el estrés a través del autocontrol adaptativo.

---

**Técnicas para la gestión del estrés**

- Lista de técnicas de control del estrés para llevar a cabo en una semana (Anexo 11).
- Ficha control pensamientos estrés (Anexo 12).

---

**Sesión 4**  
(2 días = 2 horas)

**Relajación y meditación**

- Práctica de relajación y meditación guiada.

---

**Evaluación:**

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

---

### MÓDULO 3: Toma de decisiones

---

**Objetivos** • Mejora de la toma de decisiones.

---

---

**Temporalización** • 4 días = 6 horas semanales.

---

**Metodología**

- Enseñanza teórica.
- Role-Playing.
- Aprendizaje cooperativo.
- Aprendizaje basado en problemas.

---

**Recursos**

- Portátil.
- Fichas.
- Folios.
- Bolígrafos.

---

### Actividades

---

**Sesión 5**  
(1 día = 1 hora)

**Dinámica Toma de Decisión**

- Para comenzar la sesión de la TD, se expondrán situaciones reales para que los participantes debatan que harían en su situación y cuál sería la manera más adecuada de actuar en cuanto a la elección.

---

**Sesión 6**  
(1 día = 2 horas)

**Teoría TD**

- Exposición de la problemática de la TD y los TCA.
- 6 sombreros para pensar (Anexo 13).
- Mesa redonda para aglutinar técnicas para mejorar la TD.

---

**Sesión 7**  
(2 días = 3 horas)

**Grupo de autoayuda para la TD**

- Expresión de problemas reales y cotidianos de las participantes (puede ser anónimo con anotaciones).
- Participación grupal en soluciones a esos problemas. Se pueden utilizar la técnica 6 sombreros para pensar.
- Lista personal de decisiones pendientes a realizar, y cómo afrontarlas (Anexo 14).

---

**Evaluación:**

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

**MÓDULO 4: Relaciones entre el autocontrol el estrés y la toma de decisiones**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer cómo influye el autocontrol en el estrés y la toma de decisiones.</li> <li>• Emplear herramientas útiles de autocontrol para la gestión del estrés y la toma de decisiones.</li> <li>• Trabajar en equipo para tomar decisiones grupales.</li> <li>• Gestionar el estrés desadaptativo con la finalidad de que no interceda en la toma de decisiones aplicando herramientas de autocontrol y autorregulación.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 días = 6 horas semanales.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza teórica.</li> <li>• Role-Playing.</li> <li>• Aprendizaje cooperativo.</li> <li>• Aprendizaje basado en problemas.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portátil Enseñanza teórica.</li> <li>• Aprendizaje basado en problemas.</li> <li>• Voluntarios para el aprendizaje basado en problemas.</li> <li>• Aprendizaje cooperativo.</li> <li>• Fichas.</li> <li>• Folios.</li> <li>• Bolígrafos.</li> </ul>

### Actividades

<b>Sesión 8</b> (1 día = 2 horas)	<b>Puesta en común de lo trabajado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión grupal de actividades y registros personales. (voluntario), de lo trabajado en las sesiones anteriores.</li> </ul>
<b>Sesión 9</b> (1 día = 2 horas)	<b>Autocontrol en el estrés y la toma de decisiones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve explicación de cómo afecta el autocontrol en el estrés y la toma de decisiones y sus beneficios.</li> </ul>
<b>Sesión 10</b> (2 días = 4 horas)	<b>Presentación "ABP"</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de casos ficticios sobre problemas de las variables mencionadas (estrés y toma de decisiones), con el objetivo de llevar a cabo un aprendizaje basado en problemas.</li> <li>• Realización del problema por grupos.</li> </ul>

#### **Evaluación:**

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

### MÓDULO 5: Qui Gong (Chi Kung) adaptado a los TCA

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descubrir los posibles beneficios personales del Qui Gong en las variables trabajadas.</li> <li>• Motivar su práctica adaptada a los TCA en el futuro.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 días/1'5 horas = 1'5 horas semanales.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica Chi Kung adaptada a las características propias de las pacientes con TCA a través de un profesional de Qui Gong.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional del Qui Gong.</li> </ul>

### Actividades

<b>Sesión 11</b> (1 día = 1'5 horas)	<b>Chi Kung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del arte tradicional de medicina China</li> <li>• Sesión de Qui Gong.</li> </ul>
---	--

#### Evaluación:

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

### MÓDULO 6: Autocontrol, estrés y toma de decisiones en el ámbito académico

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionar las variables trabajadas con los problemas orientados en el ámbito académico.</li> <li>• Detectar fallos en el ámbito académico.</li> <li>• Autorregular conducta académica.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 días = 5 horas semanales.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza teórica.</li> <li>• Aprendizaje cooperativo.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portátil.</li> <li>• Fichas.</li> <li>• Folios.</li> <li>• Bolígrafos.</li> </ul>

---

### Actividades

<b>Sesión 12</b> (2 días = 3 horas)	<b>Puesta en común de lo trabajado anteriormente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión grupal de actividades y registros personales. (voluntario), de lo trabajado en las sesiones anteriores.</li> <li>• Revisión del Aprendizaje Basado en Problemas anterior.</li> </ul>
<b>Sesión 13</b> ( 1 día = 2 horas)	<b>Exposición de los problemas académicos en los TCA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir en un folio, dos problemas personales relacionados con el ámbito académico. Después agruparlos por temáticas y trabajarlo con el educador de forma grupal.</li> <li>• Ofrecer técnicas sobre como solventar esas dificultades.</li> </ul>

#### Evaluación:

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

### Módulo 7: Actividad práctica

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar las habilidades adquiridas de las variables trabajadas en un Scape Room.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 día = 3 horas semanales.</li> </ul>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica que consiste en superar pruebas mentales y físicas para salir de habitaciones en las cuales están encerrados los participantes.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependiendo de si es contratado o creado.</li> <li>• Si es creado, los materiales dependen de la temática, siendo los comunes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel</li> <li>- Lápices</li> <li>- Linterna con luz ultravioleta</li> <li>- Bolígrafos tinta invisible</li> <li>- Cajas con seguridad</li> <li>- Cajas mágicas de madera</li> <li>- Cajas normales con enganche para candado</li> <li>- Candados numéricos</li> <li>- Candados con letras</li> <li>- Temporizadores</li> </ul> </li> <li>• “Scape Room” creados en internet.</li> </ul>

---

---

### Actividades

<b>Sesión 14</b> (1 día = 3 horas)	<p><b>Explicación de la dinámica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se expondrá a los participantes la dinámica “Scape Room”, incidiendo en la realización de la misma a través de las habilidades de autocontrol, toma de decisiones y gestión del estrés aprendidas hasta el momento.</li> </ul>
---------------------------------------	--

---

**Dinámica “Scape Room”**

- Si se opta por contratar un servicio externo, se realizará bajo las normas de la empresa.
- Si por otro lado el “Scape Room” es creado por el/la educador/a, toda la dinámica se llevará a cabo bajo las características impuestas por el profesional.

---

**Evaluación:**

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

### MÓDULO 8: Cierre del proyecto

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalizar el proyecto de intervención.</li> <li>Asentar lo aprendido.</li> <li>Evaluar aspectos positivos y negativos.</li> </ul>
------------------	--

<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 días = 4 horas semanales.</li> </ul>
------------------------	---

<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñanza teórica.</li> <li>Aprendizaje cooperativo.</li> </ul>
--------------------	--

<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Portátil.</li> <li>Fichas.</li> <li>Folios.</li> <li>Bolígrafos.</li> </ul>
-----------------	--

---

### Actividades

<b>Sesión 15</b> (1 día = 2 horas)	<p><b>Puesta en común de lo trabajado anteriormente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión grupal de actividades y registros personales (voluntario), de lo trabajado en las sesiones anteriores.</li> </ul> <hr/> <p><b>Valoración personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de los elementos positivos que ha adquirido cada participante durante las sesiones del proyecto de intervención.</li> </ul>
---------------------------------------	---

---

**Sesión 17**

(1 día = 2 horas)

**Lista de elementos a mejorar**

- Elaborar una lista personal con aquellas dificultades de las variables trabajadas que deban de mejorarse. En otra columna, detallar que se va a hacer para solucionarlo.

**Evaluación grupal**

- Dialogo grupal de la valoración del proyecto de intervención. Elementos positivos y negativos.

**Dinámica final “Que bueno eres”**

- Dinámica que consiste en pegar un folio en la espalda y todos los participantes de la actividad tienen que escribir una cosa buena de la otra persona.

**Evaluación:**

- Revisión de registros.
- Observaciones.
- Autoevaluaciones.

*Nota.* Elaboración propia.

## 5.2 Módulo formación de formadores

### 5.2.1 Criterios para definir la formación.

Dentro del plan de formación de formadores hay que tener en cuenta a qué tipo de población va a ir dirigida la formación. En este sentido, se puede dar los siguientes casos:

1. Profesionales clínicos con formación en TCA.
2. Profesionales educativos sin formación en TCA.

Respecto a los primeros profesionales, se refiere a aquellos que trabajan en el sector clínico orientado a los TCA, como por ejemplo personas con formación en Psicología, Nutrición, Psiquiatría, Enfermería, Pedagogía, Educación Social, etc. Serán aquellos profesionales que conocen los supuestos básicos de este trastorno y trabajan a diario con estos pacientes.

El segundo grupo de profesionales a los que puede ir dirigido el proyecto de formación, serán aquellos agentes educativos ligados a la educación formal o no formal, como pueden ser los profesionales de un centro educativo (profesorado, equipo de orientación, dirección,

etc.), o centros de educación no formal (organizaciones educativas, clínicas psicopedagógicas, etc.).

En este sentido, el proyecto de formación está formado con una base teórica y práctica, pero abierto al desarrollo e implementación para cada tipo de población con la finalidad de adaptarse a distintos contextos. Por este motivo, es imprescindible una recogida de información previa que evalúe las necesidades y las características propias de cada organización a la que va a ir dirigida el proyecto.

Por este motivo, y siguiendo la misma línea del proyecto de intervención, se efectuaría una recogida inicial no solo de la organización, sino también de los distintos profesionales a través de consultorías y entrevistas, permitiendo de esta manera adecuar la formación a las necesidades percibidas.

### 5.2.2 Objetivo proyecto formativo

- Objetivo general:
  - Formar a los distintos profesionales cuyo marco de actuación sea los TCA o en educación formal en técnicas de autocontrol, estrés y toma de decisiones.
- Objetivos específicos:
  - Conocer los procesos cognitivos del autocontrol, estrés y la toma de decisiones.
  - Estudiar como las variables mencionadas inciden en las personas con TCA.
  - Diseñar planes de actuación con la fundamentación proporcionada.

### 5.2.3 Metodología de la formación

La metodología utilizada en el proyecto de intervención será ecléctica, utilizando una variedad metodológica que permita conseguir los objetivos propuestos a nivel general y específico. De esta forma, se podrá garantizar el aprendizaje propuesto y su transferencia a otros contextos.

Partiendo de esta base, se propone las siguientes metodologías de aprendizaje:

- Enseñanza teórico-práctica
- Role-Playing
- Aprendizaje cooperativo
- Aprendizaje basado en problemas

### 5.2.4 Contenidos del proyecto formativo

A continuación, se propone una formación estándar válido para cualquier organización.

Tabla 36.

#### *Temporalización orientativa del proyecto de formación*

Semanas	Módulos	Temporalización
1ª semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Módulo 1: Bases del TCA</li> </ul> <p><b>Total: 1 módulo</b></p>	<p><b>Sesión 1:</b> 2 días/4 horas</p> <p><b>Sesión 2:</b> 2 días/4 horas</p> <p><b>Total: 4 días/8horas</b></p>
2ª semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Módulo 2: Gestión del estrés en personas con TCA</li> </ul> <p><b>Total: 1 módulo</b></p>	<p><b>Sesión 3:</b> 1 día/3 horas</p> <p><b>Sesión 4:</b> 1 día/2 horas</p> <p><b>Sesión 5:</b> 1 día/2 horas</p> <p><b>Total: 3 días/ 7 horas</b></p>

3º semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Módulo 3: Toma de decisiones en personas con TCA</li> </ul>	<b>Sesión 6:</b> 2 días/4 horas <b>Sesión 7:</b> 2 días/5 horas  <b>Total : 1 módulo</b>
4º semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Módulo 4: Autocontrol</li> </ul>	<b>Sesión 8:</b> 2 días/4 horas <b>Sesión 9:</b> 2 días/5 horas  <b>Total: 1 módulo</b>
5º semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Módulo 4: Autocontrol</li> </ul>	<b>Sesión 10:</b> 1 día/3 horas <b>Sesión 11:</b> 2 días/4 horas  <b>Total: 1 módulo</b>  <b>Total: 3 días/ 7 horas</b>

*Nota.* Elaboración propia.

Tabla 37.

*Planificación formativa*

### 1. Datos informativos

- Nº semanas: 5
- Fecha de inicio de la formación:
- Fecha de finalización de la formación:

#### Módulo 1: Bases del TCA

- Objetivos**
- Conocer las bases fundamentales del TCA.
  - Identificar posibles casos de TCA.
  - Aplicar un plan de actuación sobre un posible caso de TCA.

- Temporalización**
- 4 días.
  - 8 horas en total.

- Modalidad de formación**
- Modalidad online a través de Moodle.
  - Modalidad presencial mediante seminarios.

---

## Actividades

---

<p><b>Sesión 1</b> <b>Conocimiento del TCA</b>  (2 días = 4 horas)</p>	<p><b>¿Qué sabemos sobre los TCA?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La actividad consiste en realizar una puesta en común inicial sobre los conocimientos previos de los TCA.</li> </ul> <hr/> <p><b>Prejuicios sobre los TCA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmontar los prejuicios de la sociedad sobre este trastorno.</li> <li>• Enlazas con la actividad anterior los conocimientos previos de los TCA.</li> </ul> <hr/> <p><b>Conocimientos del TCA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explicarán las bases teóricas de los TCA.</li> </ul>
<p><b>Sesión 2</b> <b>Identificación primaria de TCA</b>  (2 días = 4 horas)</p>	<p><b>Exposición de síntomas del TCA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre los distintos síntomas propios de cada tipo de TCA.</li> <li>• Ejemplos sobre casos particulares.</li> </ul> <hr/> <p><b>Caso práctico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expondrán algunos casos prácticos sobre posibles alumnos con TCA con la finalidad de identificar síntomas y establecer un plan de acción.</li> </ul>
<p><b>Modalidad Online</b></p>	<p><b>Tema 1:</b> Bases teóricas del TCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expondrán los conocimientos básicos de los TCA.</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> </ul> <p><b>Tema 2:</b> Problemáticas de los TCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar los distintos problemas ocasionados por los TCA.</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> </ul> <p><b>Tema 3:</b> Sintomatología de los TCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información teórica sobre la sintomatología de los TCA.</li> <li>• Casos prácticos sobre las problemáticas propia de los TCA.</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> </ul>
<p><b>Evaluación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observaciones.</li> <li>• Autoevaluaciones al final de la modalidad.</li> <li>• Test registrados en la modalidad online.</li> </ul>	

### Módulo 2: Gestión del estrés en personas con TCA

<p><b>Objetivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender las bases teóricas del estrés.</li> <li>• Conocer cómo influye el estrés en las personas con TCA.</li> </ul>
-------------------------	--

---

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear herramientas para mejorar el estrés con personas con TCA.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 días.</li> <li>• 7 horas en total.</li> </ul>
<b>Modalidad de formación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalidad online a través de Moodle.</li> <li>• Modalidad presencial mediante seminarios.</li> </ul>

---

### Actividades

---

	<p><b>Claves teóricas del estrés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información breve sobre los efectos del estrés en las personas.</li> </ul>
<p><b>Sesión 3</b> (1 día = 3 horas)</p>	<p><b>Herramientas para mejorar la gestión del estrés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer distintas herramientas que mejoren la gestión del estrés (anexos 11 y 12).</li> </ul>
	<p><b>TCA y estrés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo influye el TCA en el estrés?</li> </ul>
<p><b>Sesión 4</b> (1 día = 2 horas)</p>	<p><b>Caso práctico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pondrá un caso práctico sobre una persona con TCA que sufre estrés en algunos ámbitos de su vida y como lo gestionarían con esa persona: académico, social, etc.</li> </ul>
<p><b>Sesión 5</b> (1 día = 2 horas)</p>	<p><b>Relajación-respiración guiada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se llevará a cabo un aprendizaje para realizar una relajación-respiración guiada básica.</li> </ul>
<p><b>Modalidad Online</b></p>	<p><b>Tema 4:</b> Bases teóricas del estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expondrán los conocimientos básicos del estrés.</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> </ul> <p><b>Tema 5:</b> Problemática del estrés en personas con TCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivos de estrés en personas con TCA.</li> <li>• Gestión desadaptativa del estrés.</li> <li>• Herramientas para ayudar a tener una gestión del estrés adaptativa.</li> </ul>

---

- 
- Evaluación tipo test sobre el tema.
- Tema 6:** Meditación-Respiración guiada.
- Como realizar una meditación-respiración básica.
  - Vídeo formativo.
- 

**Evaluación:**

- Observaciones.
- Autoevaluaciones al final de la modalidad.
- Test registrados en la modalidad online.

### Módulo 3: Toma de decisiones en personas con TCA

- Objetivos que persigue**
- Identificar los procesos cognitivos de la toma de decisiones.
  - Conocer distintas herramientas para la mejora de la toma de decisiones.
  - Diseñar un plan de mejora de la toma de decisiones en personas con TCA.

- Temporalización**
- 4 días.
  - 9 horas.

- Modalidad de formación**
- Modalidad online a través de Moodle.
  - Modalidad presencial mediante seminarios.

### Actividades

#### Información inicial sobre la TD

- Procesos cognitivos de la TD.
- Herramientas para mejorar la TD.

**Sesión 6**  
(2 días = 4 horas)

#### Mesa redonda de TD

- Mesa redonda en la cual cada participante expondrá que es para él la toma de decisiones.
- Exposición de toma de decisiones rutinaria.

#### Mesa redonda de TD en personas con TCA

- En base a la mesa redonda de la sesión anterior, comparar las dificultades cotidianas que tienen las personas con TCA para tomar decisiones.

**Sesión 7**

---

- 
- (2 días = 5 horas) **Plan de acción para mejorar la TD**
- Desarrollo de un plan de acción para mejorar la TD en personas con TCA en base a lo trabajado.

- 
- Modalidad Online**
- Tema 7:** Bases teóricas del TD.
- Se expondrán los conocimientos básicos de la TD.
  - Evaluación tipo test sobre el tema.
- Tema 8:** Problemática de la TD en personas con TCA
- Gestión de la TD en personas con TCA.
  - Herramientas para ayudar a tener una gestión de la TD adaptativa.
  - Evaluación tipo test sobre el tema.

---

**Evaluación:**

- Observaciones.
- Autoevaluaciones al final de la modalidad.
- Evaluación del plan de acción.
- Test registrados en la modalidad online.

---

**Módulo 4: Autocontrol**

- 
- Objetivos**
- Conocer las bases teóricas del autocontrol.
  - Interpretar las dificultades del autocontrol en personas con TCA.
  - Crear formación de mejora del autocontrol en personas con TCA.

- 
- Temporalización**
- 4 días.
  - 9 horas en total.

- 
- Modalidad de formación**
- Modalidad online a través de Moodle.
  - Modalidad presencial mediante seminarios.

---

**Actividades**

- 
- Sesión 8**  
(2 días = 4 horas)
- Bases teóricas del autocontrol**
- Información básica sobre las teorías del autocontrol.
  - Beneficios de la mejora del autocontrol.
  - Herramientas para la mejora del autocontrol.
-

	<p><b>Autorregulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar la autorregulación y sus procesos cognitivos.</li> <li>• Herramientas de autorregulación.</li> <li>• Las emociones y su autorregulación.</li> </ul>
<b>Sesión 9</b> (2 días = 5 horas)	<p><b>Autocontrol en personas con TCA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades que tiene las personas con TCA en el ámbito del autocontrol.</li> <li>• Autocontrol adaptativo vs autocontrol desadaptativo.</li> <li>• Herramientas para mejorar el autocontrol en personas con TCA.</li> </ul>
	<p><b>Role playing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso práctico a través del role playing de una persona con TCA con baja nivel de autocontrol desadaptativo.</li> </ul>
<b>Modalidad Online</b>	<p><b>Tema 9:</b> Bases teóricas del autocontrol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expondrán los conocimientos básicos del autocontrol.</li> <li>• Apartado de autorregulación.</li> <li>• Emociones y autocontrol.</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> </ul> <p><b>Tema 10:</b> Autocontrol desadaptativo y TCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre los tipos de autocontrol desadaptativo en personas con TCA y sus consecuencias.</li> <li>• Herramientas para el autocontrol adaptativo en personas con TCA.</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> </ul>
<b>Evaluación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observaciones.</li> <li>• Autoevaluaciones al final de la modalidad.</li> <li>• Test registrados en la modalidad online.</li> </ul>
<b>Módulo 5: Autocontrol como mejora del estrés y toma de decisiones en TCA</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los beneficios del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones.</li> <li>• Crear proyecto de intervención basado en la mejora de la gestión del estrés y la toma de decisiones mediante el autocontrol.</li> </ul>
<b>Temporalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 días.</li> <li>• 7 horas en total.</li> </ul>

---

<b>Modalidad de formación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalidad online a través de Moodle.</li> <li>• Modalidad presencial mediante seminarios.</li> </ul>
-------------------------------	---

---

### Actividades

---

<b>Sesión 10</b> (1 días = 3 horas)	<p><b>Beneficios del autocontrol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre los beneficios que tiene el autocontrol.</li> <li>• Beneficios de la mejora del autocontrol en la toma de decisiones y la gestión del estrés.</li> <li>• Conocer un caso real de una persona con TCA y los beneficios que ha obtenido con la intervención.</li> </ul>
--	---

---

<b>Sesión 11</b> (2 días = 4 horas)	<p><b>Cierre y creación de un proyecto de intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de un proyecto de intervención basado en el autocontrol y la mejora del estrés y la toma de decisiones.</li> <li>• Exposición del proyecto</li> </ul>
--	--

---

<b>Modalidad Online</b>	<p><b>Tema 11:</b> Autocontrol como mejora del estrés y la toma de decisiones en TCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones</li> <li>• Evaluación tipo test sobre el tema.</li> <li>• Actividad “Crear proyecto de intervención”.</li> </ul>
-------------------------	---

---

**Evaluación:**

- Observaciones.
- Autoevaluaciones al final de la modalidad.
- Test registrados en la modalidad online.

---

*Nota.* Elaboración propia.

## REFERENCIAS

## REFERENCIAS

- Adaner Granada. (2021). *Memorias de Actividades 2020*. <https://www.adanergranada.org/wp-content/uploads/2021/01/MEMORIA-ACTIVIDADES-2020.pdf>
- Aguado, L. (2002). Procesos cognitivos y sistemas cerebrales de la emoción. *Revisión*, 34(1), 1161-1170. <https://neurologia.com/articulo/2002079>
- Alonso-Tena, B., Calatayud, A., & Lucas, A. (2023). Everybody has a body program for the integrated prevention of obesity and eating disorders in the area of physical education in primary education. *Retos*, 49(1), 722-731. <https://www.webofscience.com/wos/alldb/full-record/WOS:001040046900001>
- Álvarez, I. (2009). Evaluar para contribuir a la autorregulación del aprendizaje. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(3), 1007-1030. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v7i19.1362>
- Álvarez, M. (1991). Los efectos de entrenamiento en el proceso de toma de decisión a través del modelo "Decides". *Revista Investigación Educativa*, 9(18), 53-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=764609&info=resumen>
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual de diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, 5ª edición. Editorial Médica Panamericana.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Anguera, M., Blanco-Villaseñor, A., Losada, J., Sánchez-Algarra, P., & Onwuegbuzie, A. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? *Quality & Quantity*, 52(1), 277-2770. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
- Anaya, D. (2003). *Diagnóstico en educación: diseño y uso de instrumentos*. Sanz y Torres.

- Aragona, M., & Vella, G. (1998). Psychopathological Considerations on the Relationship between Bulimia and Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychopathology*, 31(1), 197-205. <https://doi.org/10.1159/000029040>
- Arias, A., & Toro, R. (2015). Personalidad cognitiva y afrontamiento diferencial en ansiedad y depresión. *Psichologia: Avances de la disciplina*, 9(2), 49-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297241658004>
- Arribas, D., & Pereña, J. (2015). *CompeTEA*. Tea Ediciones: Madrid.
- Arteaga, M. (2016). La metodología complementaria o proceso multimétodo de investigación. Un acercamiento a los estudios de mujeres en educación superior. *Investigación y Postgrado*, 31(1), 75-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6430675>
- Azofra, M. (1999). *Cuadernos Metodológicos: Cuestionarios*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Baile, J., & González, M. (2014). *Tratando...bulimia nerviosa*. Ediciones Pirámide.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Baumeister, R., Vohs, K., & Tice, D. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351-355. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00534.
- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A., & Martínez, C. (2004). Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(5), 287-294. doi: 10.1007/s00787-004-0407-x
- Beaver, K., Wright, J., & Delisi, M. (2007). Self-Control as an Executive Function: Reformulating Gottfredson and Hirschi's Parental Socialization Thesis. *Criminal, Justice and Behavior*, 34(10), 1345-1361. <https://doi.org/10.1177/0093854807302049>

- Behar, R. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado. *Revista Médica Chilena*, 136, 1589-1598. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001200013>
- Behar, R., & Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(3), 178-189). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300002>
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1458-1463. <https://www.nature.com/natureneuroscience/index.html>
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. (1997). Deciding Advantageously Before Knowing the Advantageous Strategy. *Science*, 275, 1293-1295. <http://www.labsi.org/cognitive/Becharaetal1997.pdf>
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A., & Lee, G. (1999). Different Contributions of the Human Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex to Decision-Making. *The Journal of Neuroscience*, 19(13), 5473-5481. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.19-13-05473.1999>
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. (2005). The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(4), 159-162. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364661305000331>

- Bechara, A., & Damasio, A. (2004). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behaviour*, 52(2005), 336-372. doi: 10.1016/j.geb.2004.06.010
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. (2000). Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295-307. doi: 10.1093/cercor/10.3.295
- Becker, A., Grinspoon, S., Klibanski, A., & Herzog, A. (1999). Eating Disorders: Currents Concepts. *The New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092-1098. doi: 10.1056/NEJM199904083401407
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Behar, A., & Valdés, W. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Psiquiatría*, 47(3), 178-189. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000300002>.
- Bernal Guerrero, A. (2002). El concepto de "Autorrealización" como identidad personal: una revisión crítica. *Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación*, 16, 11-24. <https://dx.doi.org/10.12795/CP>
- Bertelsen, P., & Ozer, S. (2021). Grip on Life as a possible antecedent for self-control beliefs interacts with well-being and perceived stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 62(1), 185-192. doi: 10.1111/sjop.12676
- Bisquerra, R. (2011). *Educación emocional y bienestar*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- Blanco, N., & Johann, P. (2016). La complementariedad multimetodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, 19(45), 97-111. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67646966005>

- Boisvert, D., Wells, J., Armstrong, T., & Lewis, R. (2018). Serotonin and self-control: A genetically moderated stress sensitization effect. *Journal of Criminal Justice* 56(1), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.07.008>
- Borjas, J. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Reportes técnicos*, 5(15), 79-97. <https://doi.org/10.36791/tcg.v0i15.90>
- Boutwell, B., & Beaver, K. (2010). The Intergenerational Transmission of Low Self-Control. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 174-209. doi: 10.1177/0022427809357715
- Brand, M., Laier, C., Pawlikowski, M., & Markowitsch, H. (2009). Decision making with and without feedback: The role of intelligence, strategies, executive functions, and cognitive styles. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 31(8), 984-998. doi: 10.1080/13803390902776860
- Breithaupt, L., Eickman, L., Bryne, C., & Fischer, S. (2019). REbel peer education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eating Behaviors*, 32(1), 111-116. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.10.010
- Broche-Pérez, Y., Herrera, L., & Omar-Martínez, E. (2015). Bases neuronales de la toma de decisiones. *Neurología*, 31(5), 319-325. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.03.001>
- Brogan, A., Hevey, D., & Pignatti, R. (2010). Anorexia, bulimia and obesity: Shared decision making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 711-715. doi: 10.1017/S1355617710000354.
- Buendía, L., Colás, P., & Hernández, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Butler, G. K., & Montgomery, A.M. (2005). Subjective self-control and behavioral impulsivity coexist in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 6(3), 221-227. <https://doi.org/fqpw2>

- Calado, M. (2010). *Trastornos Alimentarios: Guía de Psicoeducación y Autoayuda*. Ediciones Pirámide.
- Calcedo Giraldo, J. (2016). *Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria* [Tesis doctoral Universidad de Cantabria] Repositorio UNICAN  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis%20JGCG.pdf?sequence=1>
- Capafons, A., Castillejo, J., Gómez, C., Barreto, P., Aznar, P., & Pérez, P. (1985). *Autocontrol y educación*. NAU llibres.
- Caplan, G. (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós.
- Carrillo, M. (2005). Factores Socioculturales en los TCA: No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 120-141.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382753>
- Carter, J., Stewart, D., Dunn., & Fairburn, C. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal Eating Disorders*, 22(2), 167-172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9261655/>
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Casado, M., & Helguera, M. (2008). Prevención de Trastornos de Alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y salud*, 19(1), 5-26.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a01.pdf>

- Castillo, B. (2006). Sociedad de Consumo y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 4, 321-335. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2159215>
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behaviour Management*, 10, 305-312. doi:10.2147/PRBM.S145463
- Cerron, W. (2019). La investigación cualitativa en educación. *Horizonte de la Ciencia*, 9(17), 1-8. <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2019.17.510>
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Ediciones Pirámide.
- Charfi, N., Trigui, D., Ben-Thabet, J., Hajbi, K., Zouari, L., & Maalej, M. (2015). A study of the relationship between eating disorders, stress level and self-esteem among medicine students. *La Tunisie Medicale*, 93(11), 720-724. <https://europepmc.org/article/med/27126431>
- Cheung, T., Gillebaart, M., Kroese, F & De Ridder, D. (2014). Why are people with high self-control happier? The effect of trait self-control on happiness as mediated by regulatory focus. *Frontiers in Psychology*, 5(722), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00722>
- Chuang, H., & Wang, Y. (2022). Understating the associations among perceived stress, self-control skills and overeating in asian adolescents. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 43(5), 347-355. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001050>
- CIE-10. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Meditor.
- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Gerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(3), 196-203. <https://doi.org/bkrpgm>

- Claro, Y., Fernández, L., Toledo, A., Molerio, O., & González, A. (2005). Programa para estimular autocontrol emocional en población laboral con ansiedad de Área Previsora. Municipio Camagüey. *Humanidades Médicas*, 5(3), 1-17.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000300007&lng=es&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000300007&lng=es&tIng=es).
- Clark, L., Manes, F., Antoun, N., Sahakian, B., & Robbins, T. (2003). The contributions of lesión laterality and lesiónvolumen to decisión-making impairment following frontal lobe damage. *Neuropsychologia*, 41, 1474-1481. doi: 10.1016/S0028-3932(03)00081-2
- Claydon, E., Zullig, K.J. (2020). Eating disorders and academic performance among college students. *Journal of American College Health*, 68(3), 320-325. <https://doi.org/hnzd>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer Psychological. *Bulletin*, 112(1), 155-159.  
<https://www2.psych.ubc.ca/~schaller/528Readings/Cohen1992.pdf>
- Cohen, S., Kamarack, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 385-396. doi: 10.2307/2136404.
- Comas, R., Moreno, G., & Moreno, J. (2002). *Programa Ulises: Aprendizaje y Desarrollo del Autocontrol Emocional*. Asociación Deporte y Vida.
- Coronado, A. (2004). *Conoce, compara y elige*. Mad.
- Cortada, N. (2008). Los sesgos cognitivos en la toma de decisiones. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 68-73.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503010.pdf>
- Corrales, E. (2010). La intuición como proceso cognitivo. *Revista Comunicación*, 19(2), 33-42.  
<https://doi.org/10.18845/rc.v19i2.832>
- Crespo, M., & Labrador, F. (2003). *Estrés*. Editorial Síntesis.

- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (2011). *Anorexia y Bulimia: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa.
- Crowell, A., Kelley, N., & Schmeichel, B. (2014). Trait approach motivation moderates the aftereffects of self-control. *Frontiers in Psychology*, 5(1112), 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01112
- Cuadrado, M., & Pascual, V. (2012). *Educación emocional. Programa de actividades para Educación Secundaria Obligatoria*. Wolters Kluwer.
- Culbert, K., Racine, S., & Klump. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders- a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. doi:10.1111/jcpp.12441
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Crítica.
- Damasio, A. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *The Royal Society*, 351, 1413-1420. <https://pdfs.semanticscholar.org/78f0/ea639ad18a1aa5247c1daffa5961b1e2ff82.pdf>
- Del Valle, M., Galli, J., Urquijo, S., Canet, L. (2019). Adaptación al español de la Escala de Autocontrol y de la Escala de Autocontrol-Abreviada y evidencias de validez en población universitaria. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(2), 52-64. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n2.23413>
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *The Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750.
- Díaz, Y., Ortigosa, E., Díaz, A., & Castillo, Y. (2015). Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina. *Revista Electrónica Dr.*

Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40(5), 1-9.

<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/65>

Domínguez, A., Fernández, M., León, P., & Salguero, D. (2017). *Inteligencia XXI, Programa de entrenamiento de las habilidades cognitivas: Resolución de situaciones y toma de decisiones*. EOS.

Doumit, R., Khazen, G., Katsounari, I., Kazandjian, C., Long, J., & Zeeni, N. (2017). Investigating vulnerability for developing eating Disorders in a multi-confessional population. *Community Ment Health, 53(1)*, 107-116. <https://doi.org/hnzhf>

Duckworth, A. L., Gendler, T. S., & Bruto, J. J. (2016). Situational strategies for self-control. *Perspectives on Psychological Science, 11(1)*, 35-55. doi: 10.1177/1745691615623247

Duckworth, A.L., & Steinberg, L. (2015). Unpacking Self-Control. *Child Development Perspectives, 9(1)*, 32-37. doi: 10.1111/cdep.12107

Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 48(4)*, 307-318. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>

Euchan, N., Bitna, K., & Myung-Sun, K. (2019). Decision-making deficits are associated with learning impairments in female college students at high risk for anorexia nervosa: Iowa gambling task and prospect valence learning model. *Frontiers in Psychiatry, 9(1)*, 1-8. <https://doi.org/hnzhg>

Fagundo, A.B., Torre, R., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Granero, R., Tárrega, S., Botella, C., Baños, R., Fernández-Real, J., Rodríguez, R., Forcano, L., Frúnbeck, G., Gómez-Ambrosi, G.,... Fernández-Aranda, F. (2012). Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: From anorexia nervosa to obesity. *Plos One, 7(8)*, 1-9. <https://doi.org/hnx2>

- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Welch, S. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. *American Medical Association*, 56, 468-476. doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468
- Fairburn, C., Cooper, Z., Safran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research And Therapy*, 41, 509-528. doi:10.1016/s0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361 (9355), 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1.
- Feria, H., Matilla, M., & Mantecón, S. (2019). La triangulación metodológica como método de la investigación científica. Apuntes para una conceptualización. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 10(4), 137-146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7248603>
- Fernández, F., & Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson.
- Fernández-Seara, J., & Mielgo, M. (2017). *EAE: Escalas de Apreciación del Estrés*. CompeTEA.
- Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* [Tesis doctoral, Universidad de León]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=26580>
- Fisher, M., Pastore, D., Schneider, M., Pegler, C., & Napolitano, B. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 67-74. <https://doi.org/fgcjgc>
- Flores, V. (2020). *Programa psicoeducativo enriquecido para incidir en la satisfacción corporal y sexual en jóvenes*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional RI. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/109034>

- Forni, P., & Grande, P. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista mexicana de sociología*, 82(1), 159-189.  
<https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064>
- Fujita, K. (2011). On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 352-366.
- Fujita, K., Trope, Y., Liberman, N., & Levin-Sagi, M. (2006). Construal Levels and Self-Control. *Journal Personality and Social Psychology*, 90(3), 351-367. doi: 10.1037/0022-3514.90.3.351
- Gallego, A. (2010). Tomar decisiones de manera organizada. *Innovación y Experiencias Educativas*, 28(1), 1-8.  
[https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_28/ANA\\_J\\_GALLEGO\\_1.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/ANA_J_GALLEGO_1.pdf)
- Galvéz, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 77-100.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100006)
- Gansler, D., Jerram, M., Vannorsdall, T., & Schretlen, D. (2011). Does the Iowa Gambling Task Measure Executive Function?. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(2011), 706-717.  
doi:10.1093/arclin/acr082
- García, Y. (1993). *Desempleo: Alteraciones Psicológicas*. Editorial Promolibro.
- Gärdenfors, P. (2005). La intuición como conocimiento implícito. *Revista de filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 43(108), 51-55.
- Garrote, D. (2009). *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria de Granada*

- [tesis doctoral, Universidad de Granada]. Digibug UGR.  
<https://digibug.ugr.es/flexpaper/handle/10481/2341/18032217.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gerardo, P., & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441007>
- Gil, J., León, J., & Morales, M. (2017). Los paradigmas de investigación educativa, desde una perspectiva crítica. *Revista Conrado*, 13(58), 72-74.  
<http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/>
- Goldberg, E. (2004). *El cerebro ejecutivo. Lóbulos frontales y mente civilizada*. Crítica.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Editorial Kairós.
- Gómez, A., Gala, F., Guillén, C., & Lupiani, M. (2003). Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis*, 24(5), 226-235.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=759549>
- Gómez, J., Gaite, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S., & Vázquez, L. (2012). *Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Gobierno de Cantabria.  
<https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
- González García, J. M. (2011). Del humanismo renacentista de Loyola a la razón barroca de Gracián: conocimiento y dominio de sí mismo. *Eikasia: revista de filosofía*, 37(1), 129-149.  
<https://www.yumpu.com/es/document/view/25731655/del-humanismo-renacentista-de-loyola-a-la-razon-barroca-eikasia>
- González, J., & Morera, A. (1983). Diferencias objetivas y subjetivas en la puntuación de una escala de sucesos vitales. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias*

*afines*, 11(2), 159-162.

[https://www.academia.edu/29242672/DIFERENCIAS\\_OBJETIVAS\\_Y\\_SUBJETIVAS\\_EN\\_LA\\_PUNTUACION\\_DE\\_UNA\\_ESCALA\\_DE\\_SUCESOS\\_VITALES](https://www.academia.edu/29242672/DIFERENCIAS_OBJETIVAS_Y_SUBJETIVAS_EN_LA_PUNTUACION_DE_UNA_ESCALA_DE_SUCESOS_VITALES)

Goto, Y., Miura, H., Yamaguchi, Y., & Onishi, J. (2022). Evaluation of an advance care planning training program for practice professionals in Japan incorporating shared decision making skills training: a prospective study of a curricular intervention. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01019-x>

Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. PolityPress.

Granados, O. (2016). El enfoque cualitativo. ¿Un complemento de la racionalidad o una variante del enfoque multimétodo en investigación científica? *Cienciassociais, Humanas e Engenharias*, 1(2), 185-205. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6207150>

Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). The Role of the Family in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 43(1), 1-5. doi:10.1002/eat.20751

Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017/s0048577201393198

Grüttner, M. (2018). Eating Disorders in Female High School Students: Educational and migration background, school-related Stress and performance-orientated classes. *Gesundheitswesen*, 80(1), 5-11. <https://doi.org/hnx3>

Gutierrez, E., Sepúlveda, A., Anastasiadou, D., & Medina-Pradas, C. (2014). Programa de Psicoeducación Familiar para los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Psicología Conductual*, 22(1), 133-149. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4689317>

- Haber, S., & Knutson, B. (2010). The Reward Circuit: Linking Primate Anatomy and Human Imaging. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 4-26. Recuperado de: <https://doi.org/10.1038/npp.2009.129>
- Halmi, A. (2003). *Genética y psicobiología de la anorexia nerviosa*. En L. Rojo y G. Cava (Eds), *Anorexia Nerviosa* (87-91).
- Hernández, F. (2005). *Papel y Valoración del Asesoramiento Externo desde la Perspectiva de los Propios Asesores de Formación: Estudio en la Comunidad Autónoma de Andalucía*. Universidad de Granada, Granada.
- Herrera, M. (2011). Bulimia Nerviosa: emociones y toma de decisiones. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(2), 88-95. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.03.002
- Hofmann, W., Friese, M., & Strack, F. (2009). Impulse and Self-Control From a Dual-Systems Perspective. *Perspective On Psychological Science*, 4(2), 162-176. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01116.x.
- Hogarth, R. (2002). *Educación de la Intuición: El desarrollo del sexto sentido*. Paidós Ibérica.
- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum. *Journal of Psychiatry*, 173(35), 7-12. doi:10.1192/S0007125000297845
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Holtkamp, K., Dahmann, H., Vloet, T., & Hanegah, U. (2005). Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eating Disorders*, 13(4), 381-390. doi: 10.1080/10640260591005263
- Hovrud, L., Simons, R. & Simons, J. (2020). Cognitive schemas and eating disorder risk: the role of distress tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13, 54-66. <https://doi.org/hnx4>

- IBM Corp. Released 2020. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. Armonk. IBM Corp.
- Inzlicht, M., & Gutsell, J. (2007). Running on Empty: Neural Signals for Self-Control Failure. *Psychological Science, 18*(11), 933-937. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.02004.x
- Jauregui, I. (2005). Autoayuda y Participación de la Familia en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2*, 158-198. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382756>
- Jorquera, M. (2015). Intervención en familiares de pacientes con trastornos alimentarios. En M. Martínez (Eds.), *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica* (pp. 363-376). UOC.
- Kalindjian, N., Hirotsu, F., Stona, A. C., Huas, C., & Godart, N. (2022). Early detection of eating disorders: a scoping review. *Eating and weight disorders: EWD, 27*(1), 21-68. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01164-x>
- Kanfer, F., & Phillips, J. (1970). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. Trillas.
- Kaveh, M., Mehrazin, F., Cousins, R., & Mokarami, H. (2023). Effectiveness of a transactional model-based education programme for enhancing stress-coping skills in industrial workers: a randomized controlled trial. *Scientific Reports, 13*, 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32230-2>
- Keel, P., & Forney, J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46* (5), 433-439. doi: 10.1002/eat.22094
- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Siméoni, M., & Adès, J. (1999). Genetic Factors in Anorexia Nervosa. *European Psychiatry, 14*(4), 189-198. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)80741-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80741-X)

- Kirszman, D., & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. TEA Ediciones.
- Knightsmith, P. (2016). *Trastornos de Alimentación y Autolesiones en la Escuela: Estrategias de apoyo en el medio escolar*. Desclée De Brouwer.
- Labrador, F. (1995). *El estrés: nuevas técnicas para el autocontrol*. Grupo Correo de Comunicación.
- Ladin, K., Tighiouart, H., Bronzi, O., Koch-Weser, S., Wong, J. B., Levine, S., Agarwal, A., Ren, L., Degnan, J., Sewall, L. N., Kuramitsu, B., Fox, P., Gordon, E. J., Isakova, T., Rifkin, D., Rossi, A., & Weiner, D. E. (2023). Effectiveness of an Intervention to Improve Decision Making for Older Patients With Advanced Chronic Kidney Disease: A Randomized Controlled Trial. *Annals of internal medicine*, 176(1), 29–38. <https://doi.org/10.7326/M22-1543>
- Lahortiga, F., & Cano, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa*. Everest.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martinez Roca.
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Editorial Desclée de Brouwer
- Lazarus, R. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist Association*, 55(6), 665-673. doi: 10.1037//0003-066x.55.6.665
- Leher, J. (2011). *Cómo decidimos y cómo tomar mejores decisiones*. Paidós.
- León, M., & Castillo, M. (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Formación Alcalá.
- Lernet, J., & Keltner, D. (2000). Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cognition and Emotion*, 14(4), 473-493. doi: 10.1080/026999300402763

- Lerner, J., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. (2015). Emotion and Decision Making. *Annual Review of Psychology, 66*(1), 799-823. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115043.
- Lobo, A. (2013) *Manual de Psiquiatría general*. Editorial Médica Panamericana.
- Losada, A., & Zavalía, C. (2019). Programa Psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Alternativas en Psicología, 41*(1), 131-146. <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/35>
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, M., & Kurland, L. (1991). 50-Year Trends in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: A Population-Based Study. *The American Journal of Psychiatry, 148*(7), 917-922. doi: 10.1176/ajp.148.7.917
- Lucas, I., Miranda-Olivos, R., Testa, G., Granero, R., Sánchez, I., Sánchez-González, J., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2021). Neuropsychological learning deficits as predictors of treatment outcome in patients with eating disorders. *Nutrients, 13*(7), 1-12. <https://doi.org/hnx5>
- Madrugá, D., Leis, R., & Lambruschini, F. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED, 7*(1), 325-339. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19\\_trastornos.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_trastornos.pdf)
- Malakouti, J., Mirghafourvand, M., & Rogayyeh Dargahi, M. (2023). The effect of education on perceived stress and anxiety in high risk pregnant women awaiting amniocentesis: a quasi-experimental study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, 11*(4), 3946-3958. doi: 10.22038/JMRH.2023.65033.1898
- Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. (1997). Melborune Decision Making Questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of Behavioral Decision Making, 10*(1), 1-19. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(199703\)10:1<1::AID-BDM242>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(199703)10:1<1::AID-BDM242>3.0.CO;2-X)

- Márquez, M., Salguero, P., Paíno, S., & Alameda, J. (2013). La hipótesis del Marcador Somático y su nivel en el proceso de toma de decisiones. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 18(1), 17-36. <http://hdl.handle.net/10272/7575>
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barrat Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 274-282. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.07.002
- Martínez, M. (2011). Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad. *Opción*, 27(65), 45-88. <https://www.redalyc.org/pdf/310/31021901003.pdf>
- Martínez-Selva, J., Sánchez-Navarro, J., Bechara, A., & Román, F. (2006). Mecanismos cerebrales en la toma de decisiones. *Revista de Neurología*, 43(7), 411-418. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31021901003>
- McWen, B., Bowles, N., Gray, J., Hill, M., Hunter, R., Karatsoreos, I., & Nasca, C. (2015). Mechanism of stress in the brain. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1-29. doi:10.1038/nn.4086
- Medina, M & Gaitan, G. (2014). El autocontrol como herramienta básica del mejoramiento continuo empresarial y del individuo. *Dictamen Libre*, 14(15), 105-110. <https://doi.org/10.18041/2619-4244/dl.14-15.3135>
- Meshi, D., Elizarova, A., Bender, A., & Verdejo-García, A. (2018). Excessive social media users demonstrate impaired decision making in the Iowa Gambling Task. *Journal of Behavioural Addictions*, 8(1), 169-173. doi: 10.1556/2006.7.2018.138
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2001). Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorders and Duration of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 284-289. doi: 10.1002/eat.10013

- Mischel, W., & Ebbesen, E. (1970). Attention in Delay of Gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(2), 329-337. <https://doi.org/10.1037/h0029815>
- Miyake, A., Friedman, M., Emerson, M., Wtitzki, A., & Howerter, A. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex "Frontal Lobe" Task: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100. doi: 10.1006/cogp.1999.0734
- Montgomery, W. (2008). Teoría, Investigación y Aplicaciones Clínicas del Autocontrol. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2), 215-225. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v11i2.3850>
- Morandé, G., Celadas, J., y Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00025-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00025-1)
- Moreno-Rius, J. (2019). The cerebellum under stress. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 54, 1-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2019.100774>.
- Muraven, M., Tice, D., & Baumeister, F. (1998). Self- Control as Limited Resource: Regulatory Depletion Patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 774-789. doi: 10.1037//0022-3514.74.3.774
- Muraven, M., & Baumeister, R. (2000). Self-Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble a Muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259. doi: 10.1037//0033-2909.126.2.247
- Muraven, M., Shmueli, D., & Burkley, E. (2006). Conserving Self-Control Strength. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 524-537. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.3.524>

- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatry Clinics of North America*, 33(3), 611-627. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004
- Murray, S., Griffiths, S., & Nagata, J. (2018). Community-Based Eating Disorders Research in Males: A Call to Action. *Journal of Adolescent Health*, 62(6), 649-650. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.03.008>
- Myrseth, K., & Fishbach, A. (2009). Self-Control: A function of knowing when and how to exercise restraint. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 247-252. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01645.x>
- Nasser, M. (1988). Eating Disorders: The cultural Dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(1), 184-187. <https://doi.org/10.1007/BF01794786>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- Ngan, S., Chern, B., Rajarathnam, D., Balan, J., Hong, T., & Tiang, Ko. (2017). The relationship between eating disorders and stress among medical undergraduate: A cross-sectional study. *Scientific Research Publishing*, 7(1), 85-95. <https://doi.org/hnx6>
- Nopembri, S., Sugiyama, Y., Saryono, & Rithaudin, A. (2019). Improving stress coping and problemsolving skills of children in disaster-prone area through cooperative physical education and sports lesson. *Journal of Human Sport and Exercise*, 14(1), 185-194. doi:<https://doi.org/10.14198/jhse.2019.141.15>
- Olaz, A. (2016). *La entrevista de investigación*. Ciclo Grupo.
- Pauligk, S., Seidel, M., Fürtjes, S., King, J.A., Geisler, D., Hellerhoff, I., Roessner, V., Schmidt, U., Goschke, T., Walter, H., Strobel, A., & Ehrlich, S. (2021). The cost of over-control in

- anorexia nervosa: evidence from fMRI and ecological momentary assessment. *Translational Psychiatry*, 11(304), 1-12. <https://doi.org/hnx7>
- Peláez Fernández, M. (2003). *Estudio Epidemiológico de la Conducta Alimentaria en Poblaciones Escolarizada de la Comunidad de Madrid* [tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4869/>
- Peláez, M., Labrador, J., & Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148. <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425741613007.pdf>
- Pérez-Sánchez, R. (2010). Los grupos de discusión como metodología adecuada para estudiar las cogniciones sociales. *Actualidades en Psicología*, 23(24), 87-101. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0258-64442010000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442010000100004)
- Perpiña, C., Seguro, M., & Sánchez-Reales, S. (2016). Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 435-444. <https://doi.org/ghbpvd>
- Pettersen, G., Rosenvinge, J., & Wynn, R. (2010). Eating disorders and psychoeducation-patient's experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 12-18. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00783.x
- Pintrich, P. (2000). Multiple Goals, Multiple Pathways: The role of goal orientation in self-regulated learning. *Journal of Educational Psychology*, 92 (3), 544-555. doi:10.1037//0022-0663.92.3.544

- Piza, N., Narcisa, D., Amaiquema, F., & Beltrán, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado*, 15(70), 455-459. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442019000500455](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455)
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Reviews*, 53, 187-213. 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.
- Puigbo, J., Edo, S., Rovira, T., Limonero, J., & Fernández-Castro, J. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 1-6. doi:10.1016/j.anyes.2019.01.003
- Raich, R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.
- Ramos, M. (2014). Influencia del Proyecto Inteligencia Harvard en el desarrollo cognitivo de los alumnos de educación primaria. Implicaciones en el desarrollo organizativo y profesional en segundo y tercer ciclo de educación primaria. *Avances en Supervisión Educativa*, 22(1), 1-35. <https://doi.org/10.23824/ase.v0i22.48>
- Rava, M., & Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 102(5), 353-363. [https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2004/arch04\\_5/A5.353-363.Rava.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf)
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish versión of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. doi: 10.1017/s1138741600006004
- Rivera, L. (2010). *Los síndromes del estrés*. Editorial Síntesis.
- Robles, H. (2019). Gestionando el estrés: kit de supervivencia. En M. Peralta (Coord.), *Un villano llamado estrés* (pp. 471-510). Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.

- Rosario, P., Núñez, J., González-Pienda, J. (2004). Historias que enseñan a estudiar y aprender: Una experiencia en la enseñanza obligatoria portuguesa. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 2 (1), 131-144. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v2i3.1143>
- Rosseti, L. (2008). Sócrates y el autocontrol. *Limes*, 20, 39-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3848471>
- Rubio, B., & Sebastián, V. (1999). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Orientaciones para Atención Primaria de Salud*. Jiménez Godoy.
- Ruíz, C. (2008). El enfoque multimétodo en la Investigación Social y Educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de Filosofía y Socio Política de la Educación*, 8(1), 13-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2785456>
- Russell, G. (2003). La esencia de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales. En L. Rojo y G. Cava (eds.), *Anorexia Nerviosa* (pp. 13-25). Editorial Ariel.
- Russell, C., & Keel, P. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300-306. doi: 10.1002/eat.10036
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392. <http://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>
- Sarrot, E., Mingo, G., & Sione, C. (2013). El multimétodo como estrategia fructífera para el abordaje de los fenómenos sociales: Experiencias en la investigación de la pobreza. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3(1), 1-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4679909>
- Sánchez-Gómez, M., Rodríguez, A., & Costa, A. (2018). Desde los métodos cualitativos hacia los modelos mixtos: tendencia actual de investigación en ciencias sociales. *Revista Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Información*, 28(1), 9-13. doi: 10.17013/risti.28.o

- Sandín, B. (2002). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.  
[http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-65.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf)
- Schunk, D. (2012). *Teorías del Aprendizaje: Una perspectiva educativa*. Pearson.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Compañía General Fabril Editora.
- Serrato, G. (2000). *Anorexia y Bulimia Trastornos de la conducta alimentaria*. Libro Hobby Club.
- Shefrin, H. M., & Thaler, R.H. (1981). An economic theory of self-control. *Journal of Political Economy*, 89(2), 392-406. <https://www.jstor.org/stable/1833317>
- Simon, V. (1997). La participación emocional en la toma de decisiones. *Psicothema*, 9(2), 365-376. <https://www.psicothema.com/pi?pii=106>
- Sisto, F., Marín, F., & Urquijo, S. (2010). Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. *Liberabit*, 16 (2), 217-226.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272010000200011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200011)
- Skinner, B. (1977). *Ciencia y Conducta Humana*. Editorial Fontanella.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167-179. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x>
- Software Verb. (2019). *MAXQDA 2020* [software informático]. Berlín, Alemania: Verbi Software. Disponible en [maxqda.com](http://maxqda.com)
- Soldado, M. (2006). Prevención Primaria en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 336-347.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2159222>

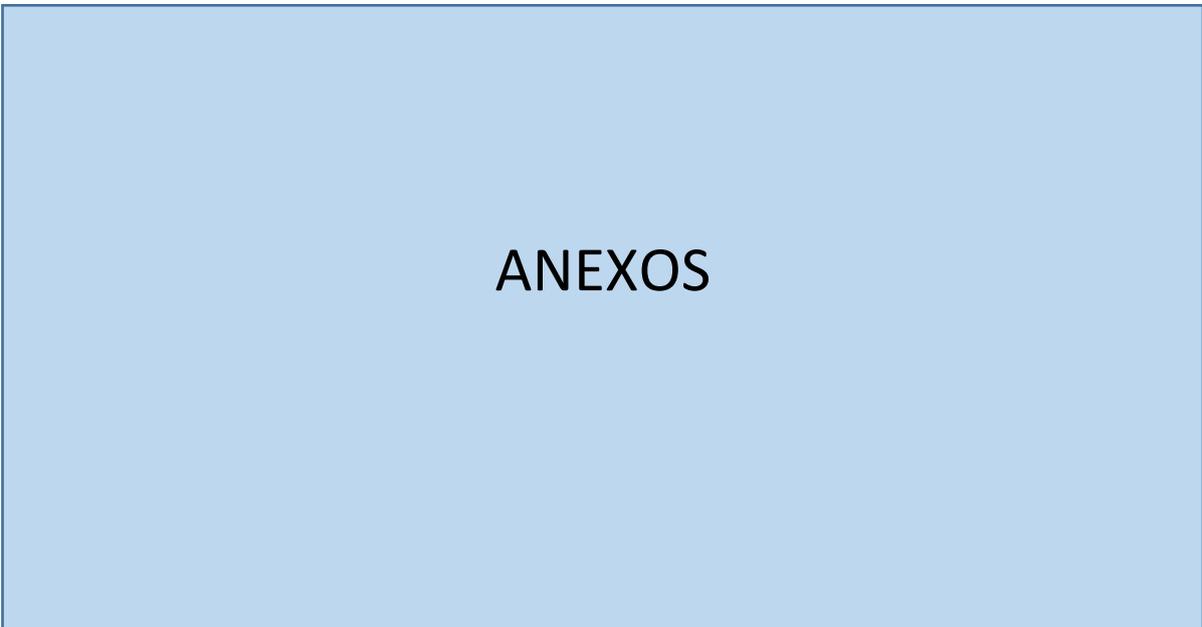
- Sorangel, K., & Ramos, G. (2017). *Aplicación de un programa cognitivo conductual para el autocontrol de la conducta agresiva en un grupo de estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante del centro educativo Manuela H de Pérez de la provincia de Veraguas* (Trabajo Título Maestría en Psicología Clínica). Universidad de Panamá, Veraguas.
- Spielberg, R., Gorsuch, R., & Lushene, R. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. CompeTEA.
- Steiger, H., Lehoux, P., Gauvin, L. (1998). Impulsivity, Dietary Control and the Urge to Binge in Bulimic Syndromes. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 261-274. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199911)26:3<261::aid-eat3>3.0.co;2-y
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., & Fairburn, C. (1994). An Observational Study of Mothers with Eating Disorders and Their Infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 733-748. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01218.x
- Stewart, W., Crow, S., Halmi, K., Mitchell, J., Wilson, G., & Kraemer, H. (2000). Outcome Predictors for The Cognitive Behavior Treatment of Bulimia Nervosa: Data From a Multisite Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1302-1308. doi: 10.1176/appi.ajp.157.8.1302
- Suarez, M. (2005). *El Grupo de Discusión: Una herramienta para la Investigación Cualitativa*. Laertes S.A de Ediciones.
- Swanson, S., Crow, S., & LeGrange, D. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescents supplement. *Psiquiatría Arch Gen*, 68(7), 714-23. doi: 10.1001 / archgenpsychiatry.2011.22.

- Tangney, J., Baumeister, R., & Luzio, A. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustmet, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Succes. *Journal of Personality*, 72(2), 271-322. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Tavolacci, M., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2020). Eating disorders among college students in France: Characteristics, help-and care-seeking. *Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/hnzb>
- Tchanturia, K., Liao, P., Forcano, L., Fernández-Arana, F., Uher, R., Treasure, J., Schmidt, U., Penelo, E., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., & Campbell, I. (2012). Poor Decision Making in Male Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 169-173. <https://doi.org/10.1002/erv.1154>
- Thompson, P., Cannon, T., Narr, K., Erp, T., Poutanen, V., Huttunen, M., Lonqvist, J... & Toga, A. (2001). Genetic Influences on Brain Structure. *Nature Neuroscience*, 4, 1253-1258. <https://doi.org/10.1038/nn758>
- Thorensen, C., & Mahoney, M. (1981). *Autocontrol de la conducta*. Fondo de Cultura Económica.
- Treasure, J., Claudino, A., & Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*, 13(1), 583-593. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7
- Trope, Y., Liberman, N. (2003). Temporal construal. *Psychological Review*, 110(3), 403-421. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.403>
- Tunze, C. (2012). *An Empirical Test of the Dimensionality of Self-Control*. Purdue University.
- Turnbull, O., Evans, C., Bunce, A., Carzolio, B., & O'Connor, J. (2005). Emotion-based learning and central executive resources: An investigation of intuition and the Iowa Gambling Task. *Brain and Cognition*, 57, 244-247. doi: 10.1016/j.bandc.2004.08.053

- Turón, G. (2003). Factores culturales en los trastornos de la conducta alimentaria. En L. Rojo y G. Cava (Eds.), *Anorexia Nerviosa* (pp. 217-231). Panamericana.
- Ugalde, N., & Balbastre, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: Buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Ciencias Económicas*, 31(2), 179-187.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4512073>
- Unidad Elca. (2021). Información sobre Unidad Elca Granada. Consultado el 22 de abril de 2021.  
<http://www.unidadelca.com/quienes-somos/>
- Uziel, L. (2018). The Intricacies of the Pursuit of Higher Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 79-84. <https://doi.org/10.1177/096372141774432>
- Verdejo-García, A., Benbrook, A., Funderburk, F., David, P., Cadet, J., & Bolla, K. (2007). The differential relationship between cocaine use and marijuana use on decision-making performance over repeat testing with the Iowa Gambling Task. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 2-11. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.02.004
- Villavivencio-Caparó, E., Ruiz-García, V., & Cabrera-Duffaut, A. (2016). Validación de Cuestionarios. *Revista Oactiva UC Cuenca*, 1(3), 75-80.  
<https://doi.org/10.31984/oactiva.v1i3.200>
- Viñuelas, M., Hernández, M., Rodríguez, J., & Megía, M. (2002). *Proyecto de Inteligencia "Harvard": Toma de decisiones*. CEPE.
- Welch, S., Doll, H., & Fairburn, C. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychological Medicine*, 27(1), 515-522.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291796004370>

- Wilcock, J., & Strivens, J. (2015). A study to enhance medical students' professional decision-making, using teaching interventions on common medications. *Medical education online, 20*, 27097. <https://doi.org/10.3402/meo.v20.27097>
- Wooside, B., Bulik, C., Halmi, K., Fitcher, M., Kaplan, A., Berrettini, W., Strober, M., Treasure, J., Kilenfeld, L., Klump, K., & Haye, H. (2001). Personality, Perfectionism, and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 290-299. [https://www.researchgate.net/profile/Lisa-Lilenfeld/publication/11444200\\_Personality\\_perfectionism\\_and\\_attitudes\\_toward\\_eating\\_in\\_parents\\_of\\_individuals\\_with\\_eating\\_disorders/links/5a1f0a200f7e9b9d5e026196/Personality-perfectionism-and-attitudes-toward-eating-in-parents-of-individuals-with-eating-disorders.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lisa-Lilenfeld/publication/11444200_Personality_perfectionism_and_attitudes_toward_eating_in_parents_of_individuals_with_eating_disorders/links/5a1f0a200f7e9b9d5e026196/Personality-perfectionism-and-attitudes-toward-eating-in-parents-of-individuals-with-eating-disorders.pdf)
- Zapata, K. (2019). Alcances sobre la personalidad y el problema del estrés y las conductas alimentarias de riesgo en la población universitaria no obesa. *Revista de investigaciones ULCB, 6*(2), 19-25. <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2019v6n2.002>
- Zelazo, P.D., & Carlson, S.M. (2012). Hot and Cool Executive Function in Childhood and Adolescence: Development and Plasticity. *Child Development Perspectives, 6*(4), 354-360. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00246.x>
- Zheng, Y., Zhou, Z., Liu, Q., Yang, X., & Fan, C. (2019). Perceived Stress and Life Satisfaction: A Multiple Mediation Model of Self-control and Rumination. *Journal of Child and Family Studies, 28*(1), 3091-3097. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01486-6>
- Zimmerman, B. (2013). From Cognitive Modeling to Self-Regulation: A Social Cognitive Career Path. *Education Psychologist, 48*(3), 135-147. doi: 10.1080/00461520.2013.794676

- Zimmerman, B. (2008). Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects. *American Educational Research Journal*, 45(1), 166-183. <https://doi.org/10.3102/0002831207312909>
- Zimmerman, B. (1986). Becoming a Self-Regulated Learner: Which Are the Key Subprocesses? *Contemporary Educational Psychology*, 11, 307-313. [https://doi.org/10.1016/0361-476X\(86\)90027-5](https://doi.org/10.1016/0361-476X(86)90027-5)



ANEXOS

## ANEXOS

### ANEXO 1: Plantilla de cuestionario

#### INVESTIGACIÓN SOBRE TCA

\* **Índica que la pregunta es obligatoria**

##### 1. Correo\*

Estimado/a participante:

Ha sido invitado/a a participar en un estudio llevado a cabo por el departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Facultad de Educación de la Universidad de Granada. Por favor, lea con detalle la siguiente información antes de comenzar con el estudio. Si tiene alguna duda sobre la investigación o desea más información, póngase en contacto con el investigador principal:

Iván Ramírez [ivanrp@correo.ugr.es](mailto:ivanrp@correo.ugr.es)

¿Qué es necesario para participar en el estudio?

Para participar, usted tiene que tener una edad comprendida entre los 16 y los 30 años (ambos incluidos), saber escribir y leer.

¿De qué trata el estudio?

El objetivo de este estudio es investigar cómo afecta el autocontrol en el estrés y la toma de decisiones en personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Diversas investigaciones actuales han demostrado un déficit en estas variables de forma aislada, pero no como se relacionan las unas con las otras. Por este motivo, se pretende comparar personas con TCA con población sin este tipo de problema.

Disponer de esta información será útil para diseñar un proyecto educativo destinado a este tipo de pacientes y también para crear un proyecto formativo dirigido a distintos profesionales (psicólogos, nutricionistas, educadores, enfermeros, etc.).

Para colaborar y contribuir a la causa, usted solo tendrá que responder a este cuestionario y a otra serie de preguntas que nos permitirán llevar a cabo nuestra investigación de manera certera. Todo ello se realizará de manera online y en una sola sesión de 15 minutos aproximadamente.

¿La participación es obligatoria?

La participación es totalmente voluntaria, por lo que podrá retirarse en cualquier momento, solicitar que la información facilitada no sea tenida en cuenta en la investigación, o directamente abstenerse a participar. Del mismo modo, también tiene derecho a recibir una copia de todas sus respuestas, una vez completada su participación, enviando una solicitud al investigador responsable (Iván Ramírez Pérez; ivanrp@correo.ugr.es)

¿Qué sucede con la información que se obtiene?

Toda información o datos que usted nos facilite serán anónimos y estarán bajo el amparo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en lo relativo al secreto profesional. De acuerdo con dicha ley, los datos que se le van a solicitar son los necesarios para cubrir los objetivos de la investigación y en ningún caso se publicarán de forma que usted pueda ser identificado/a individualmente. Toda la información recogida se custodiará con las máximas garantías para su confidencialidad y las respuestas facilitadas serán incluidas en una base de datos asociadas a un código alfanumérico, garantizando así el anonimato. Los análisis estadísticos derivados de la información recogida se llevarán a cabo de forma anónima de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los resultados generales del estudio podrán ser comunicados en congresos o publicaciones científicas, siempre manteniéndose una estricta confidencialidad sobre la identidad de los y las participantes.

Antes de comenzar con el estudio:

2. Selecciona todos los que correspondan: \*

Marcando esta casilla, garantizo que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con toda la información, y doy mi consentimiento para participar voluntariamente en este estudio.

Información Sociodemográfica \*

2. Número de teléfono (opcional con fines de localización)

4. Edad \*

5. Género *Marca solo un óvalo.* \*

Mujer  
 Hombre

Otro:

4. Nacionalidad: \*

5. Nivel de estudios \*

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Formación Profesional Media
- Formación Profesional Superior
- Grado, licenciatura o diploma universitario
- Máster
- Doctorado

Test Autocontrol (Martínez-Loredo *et al.*, 2015). \*

En la siguiente sección se medirán los datos pertinentes para conocer el grado de autocontrol.

Consta de 11 preguntas con 4 posibles elecciones de ocurrencia. Solo podrás elegir la opción que más le represente.

1: Rara vez o nunca: Si nunca te ha ocurrido

2: Ocasionalmente: Te ocurre muy poco

3: Frecuentemente: Es normal que te ocurra

4: Siempre: Te ocurre siempre

	1-Rara vez o nunca	2- Ocasionalmente	3-Frecuentemente	4-Siempre
1.Hago las cosas sin pensarlas				

2.Soy una persona despreocupada				
3.No presto atención a las cosas				
4.Mis pensamientos van demasiado rápido				
5.Soy una persona que se controla bien				
6.No puedo estar quieto en el cine o en la escuela				
7.Digo cosas sin pensarlas				
8.Actúo según el momento				
9.Cambio de amigos				

10.Compro cosas por impulso				
11.Gasto más de lo que debería				
12.Cuando pienso en algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente				
13.Estoy inquieto en los cines y en las clases				

Test Estrés Percibido (Remor, 2006) \*

En la siguiente sección se medirán el grado de estrés percibido al que estás expuesto/a.

Consta de 10 preguntas con 5 posibles elecciones de ocurrencia. Solamente podrás elegir la opción que más le represente.

- 1: Nunca: Si nunca te ha ocurrido
- 2: Casi Nunca: Muy pocas veces te ocurre
- 3: De vez en cuando: Te ocurre algunas veces
- 4: A menudo: Es normal que te ocurra
- 5: Muy a menudo: Te ocurre siempre

¿En el último mes, con qué frecuencia...

	1. Nunca	2. Casi Nunca	3. De vez en cuanto	4. A menudo	5. Muy a menudo
1.¿Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2.¿Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3.¿Se ha sentido nervioso o estresado?					
4.¿Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar problemas personales?					

5.¿Ha sentido que las cosas le van bien?					
6.¿Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
7.¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?					
8.¿Se ha sentido al control de todo?					
9.¿Ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
10.¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					

## ANEXO 2: Guion entrevista semi-estructurada pacientes con TCA

<b>GUIÓN 1. Entrevista Semi-Estructurada a personas con TCA ingresadas en Unidad Elca</b>	
Instrucciones al entrevistado/a:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información inicial sobre los objetivos que se pretenden conseguir con la entrevista y su relación con la investigación.</li> <li>2. Agradecimiento por la participación.</li> <li>3. Explicación sobre la importancia que tendrán las aportaciones del entrevistado y la importancia de la veracidad.</li> <li>4. Confirmación de confidencialidad.</li> </ol>	
<b>Datos de Información</b>	Fecha:
	Lugar de la entrevista:
	Duración de la entrevista:
	Motivo de la entrevista:
	Método de recogida de Información:
<b>Datos entrevistado/a</b>	Iniciales del sujeto:
	Edad:
	Nivel de estudios:
	Tiempo en tratamiento:
	Tipo de TCA:
<b>DIMENSIONES Y PREGUNTAS</b>	
<b>Introducción a la entrevista</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Sabes el motivo por el que te encuentras hoy aquí?</li> <li>2. Cuéntame que te parece el motivo señalado.</li> </ol>	

3. Cuéntame algo sobre ti, por ejemplo:

- ¿Cuántos años tienes?
- ¿Cuándo te diste cuenta que tenías un problema con la alimentación?

#### Autocontrol

4. Háblame sobre cómo influye el TCA en tu conducta diaria.

5. ¿Te irritas con bastante facilidad? ¿Cuál es el motivo?

6. Si las cosas no te salen como quieres, ¿Te desanimas con facilidad? ¿Por qué?

7. ¿Te consideras una persona impulsiva o por el contrario con autocontrol?

8. Cuando las cosas no están yendo como esperas ¿Puedes dejar de pensar en ello? ¿Por qué?

9. ¿Qué cosa pueden hacer que pierdas el control? ¿A qué crees que puede ser debido?

10. En una situación de tentación que sabes que no es beneficiosa, ¿Enfrentas el conflicto o complaces esa tentación? ¿Cómo lo resuelves o por qué caes en ella?

11. ¿Te consideras una persona con voluntad?

12. ¿Llevas a cabo una planificación a largo y corto plazo sobre los objetivos que quieres conseguir? ¿Por qué? ¿Cómo lo haces?

13. ¿Evalúas los resultados de lo que planificas?

14. Si es así, ¿Cómo lo haces? ¿Por qué?

15. ¿Cuáles son los motivos por los que crees que no consigues algunos objetivos?

16. ¿Piensas que eres una persona que sabe controlar sus emociones? Dime los motivos.

17. Cuéntame si eres una persona que sabes definir o no tus sentimientos.

18. ¿Cuándo estas enfadado intentas cambiar tu ánimo? ¿Por qué y cómo lo haces?

#### Estrés

19. ¿Para ti, que es el estrés?

20. ¿Qué sientes cuando tienes estrés?

21. ¿Con qué frecuencia has tenido o tienes situaciones estresantes?
22. Cuéntame en qué grado las posibles desgracias te hacen estar estresado/a, ¿Por qué?
23. Cuando estás en una situación estresante ¿Haces algo para aliviar o enfrentar esta tensión?  
¿El qué y en qué grado?
24. ¿Te dan resultados positivos? ¿Por qué si o por qué no?
25. ¿Qué cosas son las que más te originan estar estresado/a?
26. ¿Sientes que pierdes el control sobre ti cuándo la situación estresante es muy grande?
27. Cuéntame si antes de sentirte estresado, identificas algún pensamiento, emoción o sentimiento que te haga derivar a ese estado.
28. ¿Sientes que gestionas bien los pequeños problemas irritantes de la vida? ¿Por qué?
29. En el último mes, ¿Con que frecuencia has estado pensando las cosas que tienes pendientes por realizar?
30. Cuéntame si a menudo sientes que las diferentes dificultades que puedan aparecer se han acumulado tanto que te es imposible gestionarlas o enfrentarlas.
31. ¿Llevas a cabo técnicas de autocontrol (meditación, relajación, etc.) para aliviar ese estrés que muchas veces aparece? ¿Por qué?
32. ¿Cómo te afecta el estrés a la hora de tomar de decisiones?

### **Toma de Decisiones**

33. Ante cualquier problema con un alto grado de dificultad ¿Te cuesta tomar decisiones? ¿Por qué?
34. Descríbeme cuál es el proceso que sigues para tomar una decisión importante.
35. ¿Consideras todas las alternativas posibles antes de decidir algo?
36. ¿Procrastinas a la hora de tomar decisiones? ¿Por qué? (Explicar en qué consiste)
37. Cuéntame si tienes en cuenta tus emociones a la hora de tomar una decisión.
38. ¿Cuándo tomas una decisión anticipas las posibles consecuencias? ¿Por qué?

39. ¿Qué estrategias utilizas para tomar decisiones?
40. ¿Evalúas el resultado de esas estrategias relacionadas con la toma de decisiones?
41. Cuéntame si en una situación de estrés en el que tienes que tomar una decisión te bloqueas o reaccionas rápidamente para buscar soluciones.
42. ¿Intentas reunir información a la hora de buscar soluciones? ¿Por qué? ¿Te es útil? ¿Cómo lo haces?
43. ¿Confías en tu capacidad para tomar decisiones? ¿Por qué?
44. ¿Alguna vez te han enseñado a tomar decisiones? ¿Cómo lo han hecho?

#### **Unidad Elca y Adaner Granada**

45. ¿Qué puntos fuertes encuentras en Unidad Elca y Adaner Granada?
46. ¿Cuáles crees que son los puntos débiles de Unidad Elca y Adaner Granada?
47. ¿Cómo crees que es la intervención que ofrece Unidad Elca? ¿Qué cambiarías?
48. ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en Unidad Elca? ¿Y en el departamento de Educación Terapéutica?
49. ¿Cómo es el trato de los trabajadores y voluntarios de Unidad Elca y Adaner Granada?

#### **Preguntas Conclusión**

50. ¿Qué opinas de la formación personal como método para mejorar aspectos tan importantes como el estrés y la toma de decisiones?
51. ¿Piensas que se deberían de formar a los profesionales en técnicas para reducir el estrés y mejorar la toma de decisiones? ¿Por qué?
52. ¿Hay algo que quieras contar acerca de este tema o de cualquier otro que pienses que es importante?
53. ¿Y alguna pregunta que me quieras realizar?

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO 3: Guion entrevista semiestructurada profesionales/voluntarios

<b>GUIÓN 2. Entrevista Semi-Estructurada a Profesionales/Voluntarios de Unidad Elca y Adaner Granada</b>	
<b>Instrucciones al entrevistado/a:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información inicial sobre los objetivos que se pretenden conseguir con la entrevista y su relación con la investigación.</li> <li>2. Agradecimiento por la participación.</li> <li>3. Explicación sobre la importancia que tendrán las aportaciones del entrevistado y la importancia de la veracidad.</li> <li>4. Confirmación de confidencialidad.</li> </ol>	
<b>Datos de Información</b>	Fecha:
	Lugar de la entrevista:
	Duración de la entrevista:
	Motivo de la entrevista:
	Método de recogida de Información:
<b>Datos entrevistado/a</b>	Iniciales del sujeto:
	Edad:
	Profesión:
	Email:
<b>DIMENSIONES Y PREGUNTAS</b>	
<b>Introducción a la entrevista</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Sabes el motivo por el que te encuentras hoy aquí?</li> <li>2. Cuéntame que te parece el motivo señalado.</li> </ol>	
<b>Preguntas Unidad Elca y Adaner Granada</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ¿Qué profesión desempeñas en Unidad Elca y Adaner Granada?</li> <li>4. ¿Cuánto tiempo llevas en la organización?</li> <li>5. ¿Qué puntos fuertes encuentras en Unidad Elca?</li> <li>6. ¿Cuáles crees que son los puntos débiles de Unidad Elca?</li> <li>7. ¿Cómo crees que es la formación que ofrece Unidad Elca y/o Adaner Granada? ¿Qué cambiarías?</li> <li>8. ¿Qué metodología de formación suelen utilizar en Unidad Elca y/o Adaner Granada?</li> </ol>	

9. ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en Unidad Elca /o Adaner Granada?
10. ¿Cómo es el trato a los trabajadores y voluntarios de Unidad Elca /o Adaner Granada?

#### **Autocontrol**

11. ¿Qué conoce usted acerca del autocontrol?
12. ¿Conoces algunas técnicas para el autocontrol?
13. ¿Piensas que las personas con TCA padecen una falta de autocontrol?
14. ¿Piensas que la mejora específica del autocontrol mejoraría la situación de esta población?  
¿Por qué?
15. ¿En qué ámbitos o áreas mejorarían?
16. ¿Existirían beneficios si en Unidad Elca /o Adaner Granada se llevaran a cabo formación en autocontrol a personas con TCA? ¿Qué beneficios?
17. ¿Cuáles serían los inconvenientes o puntos negativos de este tipo de formación y
18. ¿Cómo se solventarían?
19. ¿Qué resultados crees que obtendría la mejora del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones en esta población?

#### **Estrés**

20. ¿Cómo definirías el estrés?
21. ¿Qué consecuencias puede tener un alto grado de estrés?
22. ¿Crees que las personas con TCA padecen de estrés? ¿Por qué y en qué grado?
23. ¿Qué suelen hacer las personas con TCA para reducir su estrés?
24. ¿Existe una formación en la organización donde directa o indirectamente mejore la gestión del estrés? ¿Cuáles?
25. ¿Una formación específica en gestión del estrés podrías llevar a beneficios a personas con TCA? ¿Qué beneficios?
26. ¿Qué puntos negativos podría tener una formación en gestión del estrés?
27. ¿Cómo se podrían solventar esos puntos negativos?

#### **Toma de Decisiones**

28. ¿Cómo sería el proceso a seguir para tomar decisiones importantes?
29. ¿Crees que las personas con TCA tienen dificultades a la hora de tomar decisiones? ¿Qué dificultades?
30. A nivel general ¿Cuál es el proceso que llevan a cabo las personas con TCA para tomar decisiones?
31. ¿Se conseguirían beneficios si se llevarán a cabo formación específica para la mejora de la toma de decisiones? ¿Qué beneficios?

32. ¿Cuáles serían los puntos negativos de realizar formación para la mejora de la toma de decisiones?

33. ¿Cómo se solventarían esos puntos negativos?

34. ¿Qué actividades hacéis en Unidad Elca /o Adaner Granada en las que indirectamente o directamente trabajéis el proceso de toma de decisiones en esta población?

#### **Preguntas Conclusión**

35. ¿Piensas que se deberían de formar a los profesionales en técnicas de autocontrol, gestión del estrés y mejora en la toma de decisiones? ¿Por qué?

36. ¿Hay algo que quieras contar acerca de este tema o de cualquier otro que pienses que es importante?

37. ¿Y alguna pregunta que me quieras realizar?

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO 4: Guion grupo de discusión

<b>GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN</b>	
Instrucciones al entrevistado/a:	
5. Información inicial sobre los objetivos que se pretenden conseguir con el grupo de discusión y su relación con la investigación.	
6. Agradecimiento por la participación.	
7. Explicación sobre la importancia que tendrán las aportaciones de los participante a la investigación	
8. Confirmación de confidencialidad.	
<b>Datos de Información</b>	Fecha:
	Lugar del grupo de discusión
	Duración:
	Motivo del grupo de discusión:
	Método de recogida de Información:
	Tamaño del grupo:
<b>Datos entrevistado/a</b>	Integrantes:
	Sexo:
<b>DIMENSIONES Y PREGUNTAS</b>	
<b>Preguntas Iniciales</b>	
1. ¿Por qué creéis que estáis aquí reunidos?	
2. ¿Cómo influye a vuestra vida diaria el estar desempleado?	
3. ¿Cuál es vuestro rol en Unidad Elca?	
<b>Preguntas Dimensión Estrés</b>	
4. ¿Cómo lleváis el estrés ante vuestro Trastorno de la Conducta Alimentaria?	
5. ¿Qué sentís cuando estáis en una situación estresante? ¿Con que frecuencia os soléis sentir de esta forma?	
<b>Preguntas Dimensión Toma de Decisiones</b>	
6. ¿Cómo tomáis decisiones ante esta situación?	
7. ¿De qué forma os han enseñado a tomar decisiones?	
<b>Preguntas Dimensión Autocontrol</b>	
8. ¿Cómo creéis que podría influir el autocontrol a vuestras vidas ahora mismo?	

9. ¿Qué pensáis sobre el control emocional y su influencia en nuestra conducta?

**Preguntas Dimensión Institución Unidad Elca y Adaner Granada**

10. ¿Cuáles son los puntos fuertes de Unidad Elca y Adaner Granada?

11. ¿Cuáles son los puntos débiles de Unidad Elca y Adaner Granada?

**Preguntas Dimensión Actuaciones Formativas**

12. ¿Qué mejoraríais con respecto a la formación que da Unidad Elca y Adaner Granada

13. ¿Qué opináis sobre la formación de autocontrol como método para mejorar el estrés y la toma de decisiones?

**Preguntas Dimensión Actuaciones Individuales**

14. ¿Qué pensáis que podéis hacer para mejorar vuestra situación personal o la de otras personas en vuestra situación?

15. ¿Dónde os veis a largo plazo y que decisiones vais a tomar?

**Preguntas Libres**

16. ¿Hay alguna pregunta o tema que queráis tratar?

**GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN**

## ANEXO 5: Transcripciones entrevistas a profesionales/voluntarios

### Nutricionista

1. E: Buenos días Gloria, ¿Sabes por qué estás hoy aquí?
2. G: Sí, ya me lo has explicado un poco por encima antes. Me parece interesante si sirve para mejorar y ayudar a estos problemas, y más en colegios y colectivos de este tipo de instituciones.
3. E: ¿Qué funciones desempeñas en las instituciones?
4. G: En Unidad Elca estoy como nutricionista en la parte de tratamiento de unidad de día, y en Adaner estoy como nutricionistas de consultas de ambulatorio y como voluntaria para campamentos y demás proyectos educativos.
5. E: ¿Cuánto tiempo llevas en Unidad Elca?
6. G: Empecé en el 2014 como trabajadora, pero en el 2011 empecé en la asociación, 1 como prácticas y luego de voluntaria y luego con los talleres de nutrición de los institutos que íbamos de forma de prevención, y en el 2014 me contrataron en Elca.
7. E: En este tiempo que llevas en las dos instituciones, ¿Qué puntos fuertes crees tu que tienen?
8. G: Elca los puntos fuertes son la parte multidisciplinar porque, sobre todo por la integración de los profesionales en el mismo sitio, eso sería interdisciplinar. En la mayoría de centros hay psiquiatras, psicólogos, enfermeros... Pero por ejemplo un nutricionista o educador no existe. Y si la vía de escape de estas personas (TCA) es la alimentación, el papel del nutricionista es bastante importante. Eso como punto fuerte de Elca. En cuanto la asociación, los años que lleva formada como ONG y un poco la divulgación que suele hacer y que tiene siempre con ayuntamientos e instituciones públicas que sustentan y dan subvenciones.
9. E: Y por el lado contrario, ¿Qué puntos débiles encuentras tanto a Elca como Adaner?
10. G: En unidad puntos débiles que para mí que no... a nivel de formación de nuevos profesionales cuando entran, como que la formación se delega con el que hay anterior, y te formas un poco por la experiencia propia, pero no hay nadie que te diga lo que tienes que hacer así. No existe un protocolo que te diga cómo actuar si ocurren ciertas incidencias. Hay muchas personas con dificultades y no siempre sabes cómo actuar, y lo que no puede ser es que no haya nadie que te diga y te guíe. Siento que falta un coordinador.
11. En Adaner, cosas a mejorar que... que cuando tú vas y buscas información de centros o sitios que traten TCA... que la asociación se encarga de ayudar a familias y personas, que no solamente las dirijan aquí, sino que haya una lista de centros donde se trate el problema. Por otro lado, que vuelvan los talleres de los colegios que no volvían, recuerdo que los talleres en los colegios y me daba mucho coraje es que los profesores se iban del taller. Nosotros estábamos 3 horas de taller, primero háblala la madre de su experiencia, luego hablaba el nutricionista o el psicólogo y los profesores se iban las 3 horas. El profesor que estaba todo el día con ellos, que menos que se informe y que sepa lo que hacemos. Pero se iban. Y entonces sino han vuelto los talleres,

porque era subvencionado y ayudas y demás. Por lo demás bien, los campamentos funcionan superbién y luego por lo que te digo, si esa parte de ayuda a familias la veo más paradilla.

12. E: ¿Cómo crees que es la formación que dan las instituciones? Aunque ya me has dado alguna información anteriormente.
13. G: Que la formación es lo que te enseña otro compañero y... lo cambiaría en base a un protocolo. Si es verdad que defendemos que no tiene que ser un protocolo estricto, con un guion "primera consulta se trabaja tal, en la segunda consulta lo otro" no me refiero a eso, si no que hacer en ciertos casos... pues si una paciente viene con una sustancia "tal", se tiene que hacer de esta manera, si una paciente tiene una crisis se tiene que hacer de esta manera... Todo esto no lo sabemos. Es verdad que defendemos lo personalizado, pero está bien que se personalice e individualice en función de cada caso, pero un mínimo de base tendría que estar. Y a nivel de formación lo mismo. No puedes estar solamente escuchando lo que dice el compañero. Mi forma de trabajar no tiene que ser la misma forma de trabajar que un compañero que ya traerá sus bases de lo que haya estudiado. Pero eso no quita que haya una persona que coordine. Existe en las personas que vienen de prácticas la figura de Pepe (formador), pero en la zona de unidad que es en la que yo estoy, no existe. O cuando yo estaba de prácticas, que empecé de prácticas en Adaner, pero acababan de abrir unidad, yo estaba de supervisora, no estaba a consultas y nada.
14. E: ¿Qué temas verías interesante que se trabajaran en las instituciones?
15. G: En realidad es que, por la parte de educación se trabaja un montón, en el aspecto nutricional metemos mucha naturalidad a la hora de las comidas, eh... no sé, esto lo he pensado alguna vez pero no caigo ahora... No sé... las habilidades sociales sé que las trabajan (en educación), pero siempre hay muchos déficits. Por ejemplo ahora que estáis trabajando el pensamiento crítico, me parece súper básico en plan "no te creas todo lo que hay" es como en el instituto que había profesores de ética que nos enseñaban a mucho a trabajar eso de decir, no te lo creas todo... creo que hace falta mucha filosofía (risa). En ese sentido, educación, respeto....Ah sí, lo que veo que hace falta o notamos que hace mucha falta, es trabajo familiar, con los padres, hermanos. Los padres les cuesta mucho poner LOS LÍMITES, no saben imponerse o piensan que van a hacerle daño, o les da miedo poner límites por la consecuencia o el rebote que pueden pillar sus hijos, o también la confusión entre "pobrecita está enferma y ahora no podemos hacerle esto.." entonces, igual un hueco, se podría abrir por ahí. Hacer un trabajo más específico e intensivo a nivel familiar, que no solo se trabaje al hijo, sino también a familias y amigos. Se hace con los grupos de autoayuda, pero, de vez en cuando tenemos que hacer consultas individuales, y creo que eso podría ser una parte.
16. E: ¿Cómo es el trato a los trabajadores en unidad Elca?
17. G: Muy bueno, siempre muy cercano, muy familiar, entre nosotros... condiciones laborales un poco más específicas... eso ya son, criterios internos en la empresa. Pero entre nosotros bien. Sí que es verdad que lo que te van diciendo, si te van alentando "venga sigue y continúa que te vamos a mejorar las condiciones", pero en comparación como están las mejoras fuera... bueno ahí todavía podría seguir mejorando.
18. E: ¿Qué conoces usted acerca del autocontrol?
19. G: A ver... lo que yo entiendo es la capacidad de pararte a pensar y reaccionar frente a una situación que no esperas, eso es lo que yo entiendo por autocontrol. Pararte y a pensar.

20. A nivel nutricional, cuando (las pacientes), están muy nerviosas, les damos por ejemplo... Una paciente que tiene bulimia con tendencia a los descontroles y tal, le damos estrategias de autocontrol, "pues venga, cuando te empieces a notar nerviosa, salte a la calle, llama por teléfono, darte una ducha, ponte música, pinta, haz actividades de manualidades. Creo que lo que siempre le decimos que lo que más ayuda, por lo menos yo, que tenga las manos ocupadas. Que utilicen mucho las manos, porque cuando utilizas las manos, tu mente tiene que estar concentrada en lo que están haciendo las manos. Hay algo que siempre lo digo, que hay que ponerse más actividades de costura (risas). Porque la costura te hace que te metas dentro, y que tienes que estar pendiente del punto del hilo, tienes que tener una precisión, y creo que eso para el cerebro y para las manos tiene que estar muy concentrado, como el encaje de bolillos. Tienes que estar pendiente a lo que estás haciendo y no te da tiempo a pensar nada, ni ver a nada, ni a hablar, hasta que coges mucha habilidad. Creo que la costura ayuda mucho. La costura, las plantas, pienso que todo lo antiguo se pierde y produce mucha paciencia en el autocontrol. Hay que tener paciencia en el autocontrol y nos frustramos con las cosas y se nos ha olvidado a esa ciencia, porque antes si tu sembrabas y venía una riada, y te echaba perder la comida, tenías que tener la capacidad para buscar comida por otro lado y esperarte y volver a sembrar y no frustrarte y eso hoy en día no lo saben. Lo quieren todo inmediato y ya. Y por eso creo que falta ese autocontrol. Asocio al autocontrol a impulsividad, justo lo contrario, soy impulsivo porque no tengo autocontrol y quiero las cosas ya.
21. E: ¿Piensas que las personas con TCA padecen una falta de autocontrol?
22. G: Y un exceso (de autocontrol) en según qué caso. Más que falta de autocontrol, tienen la sensación de no saber controlarse... es verdad que en pacientes que son muy con síntomas de más de atracones vómitos y demás, sí que tienen esa falta de autocontrol y que las sentirán así por supuesto, pero es porque hay una mala gestión de una ansiedad o estrés previo o de un problema previo. Pero, a nivel nutricional en esos casos y en esas pacientes, en la comida se le enseña que saben parar, se sienten muy bien, porque por ejemplo, con la alimentación al principio se le enseña a una cantidad adecuada a sus necesidades y si o si, tienen que terminárselo todo. Entonces, pasan por una fase en que "comería más, o desearía comer más" y le enseñas que no, que esa es su cantidad. Luego ahí están aprendiendo que aunque quieran más me tengo que conformar. Y luego está otro punto que pasamos a enseñarles a dejarse. Entonces ellas, digo ellas porque la mayoría son mujeres, el paciente en el momento en que ve que es capaz de dejarse que no le genera ningún deseo luego, que no nota su sensación de saciedad, que se ha quedado bien, creo que le reconforta mucho el hecho de decir que puede dejarse, lo que mejora su sensación de autocontrol. Para mí, el autocontrol me lo llevo solamente a la parte de la comida.
23. Entonces en pacientes con muchos descontroles, el enseñarle a dejarse, por ejemplo lo que más veo y lo que es más llamativo, les da mucha tranquilidad y le genera mucho autocontrol, y ya es como que se empoderan, es decir, soy capaz de dejarme. Y en pacientes muy restrictivas, ese autocontrol lo veo muy difícil de quitar, porque es lo que la enfermedad les ha dado. Esa sensación de aquí mando yo, en mi comida mando yo, y nadie va a opinar por mí. Quitarle ese punto de vez en cuando se pasen y que de vez en cuando no pasa nada, es muy complicado. Ese autocontrol no es suyo, es de la enfermedad. Yo siempre les explico que ellas controlan. Realmente quien controla lo que comemos, son nuestras señales fisiológicas de hambre y saciedad, son las únicas que nos tienen que decir hasta donde comemos o cuando tenemos que comer, no nos lo tiene que decir nuestra cabeza.

24. Yo les intento transmitir que esa sensación, que el control lo tiene su cuerpo, lo tienen ellas, pero tienen que aprender a escucharlo, pero tienen que aprender a escucharlo, pero no porque se lo esté diciendo su enfermedad. Entonces ahí tienen un puntito que es como "sí, me permito comerme una galleta, o permito comerme tal, pero más no, y hasta aquí o porque me lo has mandado tú. No porque a mí me apetezca o me escuche"
25. Yo tengo una pequeña teoría. Toda paciente restrictiva si no pasa por un punto de descontrol, ni siquiera tiene que ser atracones, como un periodo más pequeño o más grande me pase, y tenga que ser yo la que tenga que ser quien le diga que recorte por allí o por aquí. Si no pasa por ahí, eso muy difícil, porque se le va a quedar ese punto de medida, si no se dejan llevar y su recuperación total. Si no se dejan llevar y no aprenden a pasarse, no van a saber cuál es el punto de equilibrio. Yo siempre le enseño que entre la restricción y el control, está el punto medio. Y le digo que está la virtud (risas). Pues si no aprendes a pasarte, no sabes si vas hacia abajo o hacia arriba, o es que si nunca... me pillo una borrachera malísima pues nunca voy a saber de decir, "voy a parar que no quiero esto".
26. E: ¿Piensas que la mejora del autocontrol incide en el proceso de recuperación de las pacientes?
27. G: Sí, totalmente. Pero claro, en que paciente, que cuadro clínico, que síntomas son los principales en una paciente. Enseñarle que no ha perdido el autocontrol, que el control de uno mismo va generalmente en frenarte, y en el caso contrario es como, aprende a dejarte llevarte y eso no significa perder el control. Es como tan contradictorio en una misma enfermedad, entonces hay que conocer bien el caso.
28. E: ¿Crees que existirían beneficios en las instituciones educativas, si se llevarán formaciones dirigidas al autocontrol?
29. G: Sí, pero habría que saber que se le enseña, porque si le va a enseñar... si la paciente tiene mucho autocontrol con la enfermedad y le enseñas más autocontrol, en ese caso no. Pero dividiendo bien la población, sí. Pero para no solo TCA, sino para millones de cosas más.
30. E: Entonces serían los inconvenientes ¿No?
31. G: Claro, el inconveniente sería no separar a las personas.
32. E: ¿Qué resultados crees que obtendría la mejora del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones?
- 33.
34. G: Pues si vas a reducir el estrés y la toma de decisiones, le ayudaría a seguir más con su vida (calidad de vida) y resolver los problemas de otra manera y a ver las cosas desde otro punto de vista, sobre todo. En el momento que reduces estrés y ansiedad... es como decimos aquí, en el momento que reducimos pensamientos negativos, mejoras a tí mismo y al resto, ganas en autonomía, en autoestima, ganas en seguridad en ti mismo, en decir, "ostia, se controlar la situación y no tengo que exigirme en tener todo controlado" Yo siempre digo que la clave de la felicidad es que no hay nada bajo control, y sabes que venga lo que venga lo voy a enfrentar y soy capaz de enfrentar lo que venga, pues que venga lo que venga. Y eso en el fondo también es tener autocontrol, porque lo pienso así.
35. E: ¿Y ya que hablamos de estrés, como lo definirías?

36. G: Bueno, sería como muchas situaciones a la vez que no sabría por dónde empezar o por cual abordar. Y sobre todo que no estén, que yo no pueda solucionar o no sea mi responsabilidad, que no esté en mi mano. Por lo menos para mí es lo que más me genera estrés. Que algo que estoy viendo que no está bien y no se puede cambiar porque no es mi responsabilidad. Que una persona no lo cambie, me produce a mí el estrés. Pues eso, genera estrés una incertidumbre, una enfermedad que no sabes... sobre todo el no saber.
37. E: ¿Qué consecuencias crees tú que puede tener un alto grado de estrés?
38. G: Off, de todo. Desde a nivel psicológico, Ehh.... no saber afrontar y no valorar el resto de cosas de tu vida, a te puede llevar a problemas personales y familiares e incluso... a porque salga la parte física. Creo que te puede generar una enfermedad física si no se gestiona bien el estrés. Una persona con estrés tiene más posibilidades de tener un accidente de tráfico que una persona que va conduciendo tranquila.
39. E: ¿Crees que las personas con TCA padecen estrés?
40. G: Sí, mucho todas. Un estrés muy alto pero por precisamente por eso. Como siempre, desde la parte nutricional siempre piensa, como su mente se les va al cuerpo y al peso, que todo lo que comen les va a engordar, pues esa incertidumbre le genera estar todo el tiempo nerviosa y con estrés. Es decir, si tu le pones un plato y empieza el análisis que hace en su cabeza es "me lo como o no me lo como, esto me engordará, ayer comí tal, si me lo como me voy a sentir culpable y me voy a agobiar, mañana tengo no sé qué" es decir, una serie de decisiones o cosas adivinatorias que no lo sabe y ante la incertidumbre y la duda de decir "voy a comer y me voy a sentir mal, pues directamente no como" es su manera de reducir el estrés es con el manejo de la comida. o bien estoy muy nerviosa, me doy el atracón y me da una sensación de alivio, muy pequeña y momentánea y poco tiempo, que luego tengo que compensar con vómito o restricciones, pero ese pequeñito momento de liberación, en el caso del vómito o en el caso de los descontroles, le sienta genial. Y creo que eso es por el cúmulo del estrés. En otros casos, el no comer me hace sentir bien, porque ya no tengo esos pensamientos en cascada "me va ir mal, voy a engorda o no..." mi parte tranquila y que me va a liberar de ese agobio, va a ser la restricción y el no comer.
41. E: ¿Que suelen hacer las personas con TCA para reducir el estrés?
42. G: Algo desadaptativo siempre. La conducta compensatoria es lo que más va a reducirle ese estrés momentáneo. Que es lo que se trabaja. Incluso hay personas que cogen como vía de escape el deporte, que a nivel de salud está muy bien, pero cuando como lo utilizo como vía única de escape o como método compensatorio, pues también hay que trabajarlo. Aunque no sea desadaptativo. Que el deporte es bueno, es sano, pero no lo sabes utilizar con un objetivo bueno.
43. E: ¿Existe una formación donde directa o indirectamente mejore el ESTRÉS?
44. G: Formación como tal no. Ahora, de forma indirecta, con el día a día y el trabajo vas viendo que cosas le ayudan más a una paciente y que cosas más le ayudan menos. Por ejemplo, yo tenía una paciente que hacía todas las comidas, todo bien, pero el peso iba bajando y no sabíamos el motivo, sospechábamos, pero no había restricción, no había exceso de deporte, la paciente comía aparentemente bien, a nivel psicológico bien, y lo que le estaba haciendo bajar de peso era el ESTRÉS. Esa necesidad de tener todos los días ocupados y planificados y tener que organizado, los estudios, los amigos, la pareja, la familia. Y que todo esté bien, y llevarlo todo a

la vez. Esa autoexigencia, pues no le permitía tener una estabilidad en el peso. Porque también está relacionado el estrés aumenta la hormona del cortisol y esa hormona impide la bajada de peso. Cuando tienes a una paciente que necesita bajar de peso, o que te gustaría que bajara, lo enfocas, y si la paciente está muy obsesionada en querer bajar de peso, está muy estresada y sus niveles de cortisol se elevan. Esto modifica el metabolismo a nivel celular e impide la bajada de peso. Se trabaja más con reducir el estrés de la persona y la obsesión por perder peso, cuando deja de obsesionarse, empieza a bajar. Eso pasa mucho con las pacientes que pasan de restrictivas, y tienen un puntito no de descontrol, pero si que se pasan un poco y que todo lo que se han prohibido, pues todo lo que no he hecho, pues lo quiero más. Como en esa fase puede que tengan una pequeña subida de peso, si se lo explicas a tiempo y la paciente lo entiende bien, no hay problema porque suben y después rápido vuelven a bajar. Pero si se empieza a agobiar de que "estoy subiendo, estoy subiendo" ese misma preocupación genera más estrés y más ansiedad, y por tanto si estoy en una fase de apetencias, como más, y entonces subo más y es la pescadilla que muerda la cola y frenar eso, a veces es complicado. Sobre todo es complicado que la paciente entienda que su subida de peso va más enfocada al estrés, más que por la alimentación, porque ahí lo que siempre recomendamos es "ve, date un paseo, distráete, haz tal" o la paciente que te he comentado antes, ahí era estrés pero no estaba preocupada por el peso, porque sabía que en el fondo que estaba bajando, no le preocupaba comer. Era que seguía bajando porque por otro lado no paraba. Y era como, que te pares y te relajés y una vez que te pares... y ya estaba pensando en lo que le íbamos a decir del peso. Haz lo que quieras pero relajada. Delega, haz un domingo sin hacer nada...

45. E: ¿Cómo sería para ti un proceso de tomar decisiones?
46. G: Muy fácil (risas). Buscas variables... tengo un problema, pongo las posibles soluciones a ese problema, veo los pros y los contras de cada una de esas soluciones de lo que me va a implicar hacer una u otra. Que a lo mejor una es la mejor solución pero me va a suponer mucho trabajo y muchas cosas. De todas las soluciones busco la más factible y la más rápida a la que vea que va a poner soluciones antes a ese problema, y esa es la que tomo. Y si no hay solución pues no hay problema.
47. E: ¿Tienen problemas las personas con TCA para tomar decisiones?
48. G: Todos los del mundo. Lo que te he explicado antes, es decir, esa lluvia y ese bombardeo que tienen. Cuando tú tienes una carta de un menú, que les cuesta muchísimo, cuando tú vas a pedir en un bar, tú dices, "venga que queréis, pues venga yo prefiero esto" tú crees que tu prefieres eso, pero tu cabeza ha hecho un bombardeo de recuerdos y de análisis que tú no eres consciente, pero ha dicho "esta comida no me apetece, esta sí, esta de pequeño no me gustaba y por eso no lo elijo, está en este sitio no me lo han recomendado, esta es más caro, vas por el precio, por el dinero, por el color, por la carta".
49. Tu cabeza hace una toma de decisiones increíble, pero como para ti, después de comer no tienes ningún sentimiento de culpabilidad, sabes rápido lo que quieres. En este tipo de pacientes van a sentir el miedo de después, porque tienen tan bombardeo y tal lluvia de ideas en su cabeza "me engordará más, me engordará menos, tendrá más calorías, esto me lo comí y lo vomité y lo pasé muy mal, que comerán los demás, yo tengo que comer menos..." ante esa inseguridad y a la hora de decidir, prefiero no comer, no tomo la decisión. Y luego la inseguridad que le genera, cualquier decisión que toma por lo que puedan pensar los demás, es falta de seguridad en ti mismo.

50. Es que no son capaces de decirte cuál es su canción favorita "cuál es tu canción favorita? no todas, o colores, no tengo colores favoritos..." no son capaces de decidirse pero es por el miedo a la consecuencia y el no saber afrontar la consecuencia que venga. No sabes la consecuencia que pueda venir y quita tranquilidad. Yo siempre digo, toma decisiones y acata consecuencias. Las consecuencias pueden ser buenas, regulares, malas o ningunas pero las decisiones hay que tomarlas. Y le cuesta muchísimo, lo que más le cuesta.
51. E: ¿Existirían beneficios si se formaran a educadores y profesionales en general si se formaran en toma de decisiones?
52. G: Sí, por supuesto. Mucho más porque les va a generar seguridad en sí mismo a las pacientes. "He decidido esto y estoy contenta con la decisión" si es que al final la vida consiste en eso, que decidas las cosas y estés contento con lo que decidas. Y que si no estoy contento, puedo decidir otra. Así que sí, claro.
53. E: ¿Piensas que tienen que formar a profesionales en autocontrol para la mejora del estrés y la toma de decisiones?
54. G: Sí, por supuesto, en todo. Formación para profesionales, niños, pacientes, etc.
55. E: ¿Hay algo que me quieras contar en este tema o alguna pregunta?
56. G: No, ha estado muy interesante. Que en un futuro me des la formación tu.
57. E: Gracias Gloria por tu ayuda.
58. (Entrevista Gloria Nutri, Pos. 1-57)

#### Psicóloga 1

59. E: Buenas tardes Isabel, ¿Sabes el motivo por el que se hace esta entrevista?
60. I: Sí, colaborar con la divulgación e investigación de los TCA
61. E: ¿Y qué te parece el motivo señalado?
62. I: Pues me parece que es una necesidad social y sanitaria
63. ¿Qué profesión desempeñas en Unidad Elca y Adaner Granada?
64. I: Psicóloga especializada en TCA dentro de la modalidad de tratamiento de Unidad de día.
65. E: ¿Cuánto tiempo llevas en la organización?
66. I: Seis años y medio
67. E: ¿Qué puntos fuertes encuentras en Unidad Elca?

68. I: Ofrece un tratamiento individual y grupal de las áreas frecuentemente afectadas por este trastorno (dedicando una atención y disponibilidad muy amplia al ámbito familiar, social, académica, laboral, afectiva, etc.), contando para ello con un equipo interdisciplinar especializado, dedicado y coordinado.
69. E: ¿Cuáles crees que son los puntos débiles de Unidad Elca?
70. I: Falta de personal y tiempo para organizar, revisar y cubrir los objetivos terapéuticos desahogadamente y sin estrés. Así como para hacer las transiciones de una modalidad más intensa como unidad de día a consultas externas o viceversa, lo que supone gran parte del pronóstico y adherencia a dicha modalidad (recientemente se está modificando para mejorar ese aspecto). Hay profesionales que se forman e intervienen dentro del equipo, lo que supone que en esas etapas el equipo de trabajo está desequilibrado en cuanto a experiencia o formación.
71. E: ¿Cómo crees que es la formación que ofrece Unidad Elca y/o Adaner Granada? ¿Qué cambiarías?
72. I: Creo que es una formación muy buena en cuanto a la posibilidad de observación y contacto directo con el colectivo afectado desde el primer momento, lo que facilita enormemente la proyección práctica de la teoría que uno abarca. Supondría una mejora a esa formación que la misma estuviera más protocolizada, contara con una base de recursos establecida (bibliografía, casos prácticos, materiales de evaluación, o intervención, nuevas corrientes según las evidencias, etc.); y en general, fuera más amplia en el tiempo y la supervisión.
73. E: ¿Qué metodología de formación suelen utilizar en Unidad Elca y/o Adaner Granada?
74. I: Una metodología activa y práctica. Es un aprendizaje vicario en su mayoría, ya que se tiene la oportunidad de observar las intervenciones de un gran número de profesionales desde el primer momento en el campo de trabajo. Cuenta también con algunas sesiones o tutorías teóricas, donde se exponen algunos casos prácticos para aclarar las cuestiones que puedan originarse.
75. E: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en Unidad Elca /o Adaner Granada?
76. I: Sería interesante tener un tiempo destinado a revisar la actualidad científica sobre la intervención con estos trastornos y su relación con otras patologías o factores que implican a la persona que lo padece o su entorno. Así como aumentar la prevención y divulgación por las plataformas comunicativas o redes sociales más utilizadas en estos momentos.
77. E: ¿Cómo es el trato a los trabajadores y voluntarios de Unidad Elca /o Adaner Granada?
78. I: El trato personal es muy positivo, y el trato profesional (aspectos y condiciones laborales y económicas) mejorables.
79. E: ¿Qué conoce usted acerca del autocontrol?
80. I: Es una habilidad que nos permite regular nuestros pensamientos, emociones o conductas al interactuar con el medio. Implicada en el ajuste o desajuste de la mayoría de los patrones de comportamiento humano.

81. E: ¿Conoces algunas técnicas para el autocontrol?
82. I: Sí, existen algunas técnicas para potenciar el autocontrol en el corto plazo, que posponen la respuesta al estímulo o cambian el foco de atención del mismo, para dar tiempo a una mejor regulación emocional y cognitiva. Y existen técnicas que mejoran y entrenan nuestro autocontrol a medio y largo plazo, relacionadas con unos hábitos de vida física y psicológicamente sanos.
83. E: ¿Piensas que las personas con TCA padecen una falta de autocontrol?
84. I: Sí, padecen una falta de autocontrol o sana regulación comportamental. Es decir, podemos encontrar sujetos con una falta de autocontrol comúnmente reconocible (impulsividad, conductas desafiantes, negacionistas, autolesivas, etc.), y podemos encontrar esa misma carencia en perfiles excesivamente controladores con su medio (obsesivos, comprobadores, inhibidos, etc.), o en perfiles que combinan ambas respuestas.
85. E: ¿Piensas que la mejora específica del autocontrol mejoraría la situación de esta población? ¿Por qué?
86. I: Sí, ya que es una parte fundamental en la construcción de una sana autoestima y de una convivencia adaptativa con el resto de esferas de la persona. Por ejemplo, aumentaría su confianza, estado anímico, valía personal y su pronóstico de futuro experimentar que se ha regulado de manera exitosa ante una determinada situación. Y cuando aumentamos dichos aspectos, nos alejamos del comportamiento patológico.
87. E: ¿En qué ámbitos o áreas mejorarían?
88. I: En todas las áreas (personal, afectiva-sexual, académica, laboral, familiar, social, etc.), ya que es una habilidad que los humanos ponemos en práctica al relacionarnos con el medio que nos rodea. Dentro del propio proceso de recuperación del trastorno, una de las mejores más visibles y que a su vez les permite continuar avanzando, es el cumplimiento de sus propias pautas terapéuticas más iniciales.
89. E: ¿Existirían beneficios si en Unidad Elca /o Adaner Granada se llevaran a cabo formación en autocontrol a personas con TCA? ¿Qué beneficios?
90. I: Sí, la realización específica de talleres sobre autocontrol sería una pieza tan importante como los que realizan de habilidades sociales, por poner un ejemplo. De hecho, está implícito en cada taller o intervención con los pacientes, hacerlo explícito sería una muy buena idea. Como comentaba anteriormente, los primeros beneficios que observaríamos en pacientes graves sería la adherencia a permanecer en el propio tratamiento y cumplir con las normas básicas de convivencia o estancia o las pautas iniciales de tratamiento que les resulta muy difícil. En segundo lugar, se refleja en la mejora al relacionarse con los profesionales de su tratamiento, y poco a poco son capaces de extrapolarlo a la relación social o familiar, donde suelen disminuir los conflictos y agresiones (si las había) lo que aumenta la calidad y atención a otros aspectos necesarios para la recuperación.
91. E: ¿Cuáles serían los inconvenientes o puntos negativos de este tipo de formación y cómo se solventarían?

92. I: No habría aspectos negativos para los pacientes, supondría una organización y realización por parte del equipo de profesionales.
93. E: ¿Qué resultados crees que obtendría la mejora del autocontrol en el estrés y la toma de decisiones en esta población? Disminuiría el estrés de las pacientes y les permitiría tener una toma de decisiones más exitosa.
94. E: ¿Cómo definirías el estrés?
95. I: Un estado emocional, cognitivo y fisiológico negativo y tenso en respuesta a un estímulo que nos alerta de un posible peligro o pérdida si no actuamos con premura.
96. E: ¿Qué consecuencias puede tener un alto grado de estrés?
97. I: Debutar con múltiples enfermedades psicológicas y físicas, y la pérdida de calidad en todos las áreas de la vida de la persona.
98. E: ¿Crees que las personas con TCA padecen de estrés? ¿Por qué y en qué grado?
99. I: Sí, y en un grado muy intenso y prolongado en el tiempo, provocado por las implicaciones en su identidad y forma de vida de las cogniciones, emociones y conductas del propio trastorno. Es decir, existe una percepción de la realidad alterada e irracional que aumenta la recepción de errores y exigencias por subsanar, así como otros factores objetivamente negativos que se acumulan como consecuencia del mismo.
100. E: ¿Qué suelen hacer las personas con TCA para reducir su estrés?
101. I: En su mayoría suelen pretender aliviarlo con evasiones o postergación de las demandas del medio (utilizando por ejemplo conductas propias de su sintomatología como “vía de escape”), o con un aumento excesivo de sus exigencias, vigilancia o rendimiento para descansar en un futuro. Técnicas totalmente ineficaces.
102. E: ¿Existe una formación en la organización donde directa o indirectamente mejore la gestión del estrés? ¿Cuáles?
103. I: El estrés se trabaja desde las consultas psicológicas individuales junto a otros estados emocionales, cognitivos o conductuales más directamente, e indirectamente en las actividades terapéuticas y consultas de otras especialidades.
104. E: ¿Una formación específica en gestión del estrés podrías llevar a beneficios a personas con TCA? ¿Qué beneficios?
105. I: Sí, les dotaría de manera más intensiva y pronta de una mejor regulación emocional, que les permitiría mejorar en su propio tratamiento de recuperación, y en el resto de ámbitos de la persona. Por ejemplo, cuando disminuye un poco el estrés en las pacientes la comunicación con los profesionales es más eficaz, su comprensión de los objetivos de trabajo es mayor, aumenta por tanto su compromiso terapéutico, su ejecución de pautas, y su avance.
106. E: ¿Qué puntos negativos podría tener una formación en gestión del estrés?
107. I: Ninguno.

108. E: ¿Cómo sería el proceso a seguir para tomar decisiones importantes?
109. I: Acercarnos lo máximo posible a un estado físico, emocional y cognitivo de equilibrio y sosiego, y valorar los pros y contras a medio y largo plazo (aspectos más globales), dando menor peso al corto plazo (aspectos más anecdóticos). Conociendo o trabajando para aceptar que habrá desventajas o pérdidas en cualquier toma de decisiones, así como posibilidad de que en un futuro reconozcamos que no fue acertada, y aprendamos de ello.
110. E: ¿Crees que las personas con TCA tienen dificultades a la hora de tomar decisiones?
111. I: Sí, su baja estima personal, su alterado estado emocional y experiencias previas negativas les hace partir de la creencia irracional de que no son capaces de realizar un buen análisis de pros y contras al elegir, de que “no cambiará nada” o de responsabilizarse de lo que pueda implicar. Por ello, se reiteran excesivamente en el proceso, ponen sus decisiones en manos ajenas, lo posponen, lo niegan, lo realizan impulsivamente, etc.
112. E: A nivel general ¿Cuál es el proceso que llevan a cabo las personas con TCA para tomar decisiones?
113. I: Encontramos con mayor frecuencia que lo evitan (negándose la importancia de decidir, posponiéndolo, aumentando la atención y ocupación en otros aspectos, crisis sintomáticas, evasiones...); lo realizan de manera impulsiva guiado por los beneficios en la inmediatez, o lo eligen según algún referente.
114. E: ¿Se conseguirían beneficios si se llevarán a cabo formación específica para la mejora de la toma de decisiones? ¿Qué beneficios?
115. I: Sí, mejoraría su autoestima y seguridad personal al mejorar o renovarse su sistema de creencias personales, su capacidad de análisis, autonomía, compromiso e implicación con su vida y objetivos de futuro, y en última instancia aumentaría probabilidad de que dichas decisiones fueran exitosas.
116. E: ¿Cuáles serían los puntos negativos de realizar formación para la mejora de la toma de decisiones?
117. I: No hay ningún punto negativo.
118. E: ¿Qué actividades hacéis en Unidad Elca /o Adaner Granada en las que indirectamente o directamente trabajáis el proceso de toma de decisiones en esta población?
119. I: Como sucede con el autocontrol y el estrés, son aspectos que se trabajan más directamente en consulta de psicología, e indirectamente en las actividades terapéuticas que se realizan u otras consultas nutricionales, psiquiátricas o pedagógicas.
120. E: ¿Piensas que se deberían de formar a los profesionales en técnicas de autocontrol, gestión del estrés y mejora en la toma de decisiones? ¿Por qué?
121. I: Sí, para poder aplicarlo y transmitirlo, dando un trabajo de mayor calidad al intervenir y dotar de estas herramientas a los pacientes.

122. E: ¿Hay algo que quieras contar acerca de este tema o de cualquier otro que pienses que es importante?
123. I: Subrayar la importancia del estrés como principal factor disparador en muchas patologías físicas y psicológicas.

## Psicóloga 2

1. E: Buenas ¿Sabes el motivo de esta entrevista?
2. N: Sí, para hacer una entrevista acerca del autocontrol en pacientes con TCA.
3. E: ¿Qué te parece el motivo y que profesión desempeñas en las instituciones?
4. N: Muy bien. Psicóloga en Unidad Elca y en Adaner voluntaria.
5. E: ¿Cuánto llevas en la organización?
6. N: Pues aproximadamente, 3 años.
7. E: En este tiempo ¿Qué puntos fuertes encuentras en Unidad Elca?
8. N: Que es un tratamiento multi e interdisciplinar, que cuenta con un horario intensivo que recoge todas las tomas alimentarias de las pacientes y que hay muy buena comunicación entre profesionales al final.
9. E: ¿Cuáles son los puntos débiles de Unidad Elca?
10. N: Puntos débiles, hace falta más psicólogos, porque realmente en unidad, oficialmente, en consulta solamente hay dos personas y hay muchos pacientes, hay momentos de urgencias que atender, y a veces es imposible compaginar el horario de trabajo con atender a esas demandas. Y las condiciones de trabajo, las mejoraría, el salario, las horas y algo que mejoraría también son las instalaciones. Al ser un centro de interior, hay veces que muchas veces, tanto los profesionales como los pacientes, influye en el estado de ánimo estar tantas horas en un sitio sin ventanas.
11. E: ¿Cómo crees que es la formación que ofrece Unidad Elca?
12. N: Creo que es escasa, porque cuando llegamos aquí nos ponemos a trabajar de prácticas, la única información que tenemos es lo que hace el compañero de al lado. Nadie te informa si tiene que ver un protocolo de actuación en caso de alguna emergencia, de cualquier otra cosa y creo que se debería de dar ese protocolo, y una parte teórica de formación, aunque sea mínima. En Adaner igual con la formación.
13. E: ¿Qué metodología de formación suele utilizar si la hay?
14. N: La metodología es entrar en consultas y ya está y observar lo que hace el terapeuta más antiguo. Observaciones.

15. E: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajara en Unidad Elca o Adaner?
16. N: Psicoeducación emocional, que de hecho se hace con las actividades terapéuticas, que de hecho también se hace en las consultas terapéuticas. Pero mucha psicoeducación en emociones y muchísimo trabajo en habilidades sociales, que en realidad es lo que se hace.
17. E: ¿Cómo es el trato a los trabajadores y voluntarios de Unidad Elca?
18. N: El trato es bueno, pero al principio no sé si será por las demandas de trabajo o porque hay mucho lío, siempre vamos con poca gestión del estrés por falta de tiempo. Pues creo que al principio cuando una persona llega nueva aquí, no se le presta la atención que se necesita, porque no tenemos en cuenta que esa persona está perdida, que nunca ha visto nada de esto, que no sabe lo que tiene que hacer y lo que no tiene que hacer, y creo que en ese sentido está ausente ese trato
19. E: ¿Qué conoce u opina acerca del autocontrol?
20. N: Lo que sé del autocontrol es que es una habilidad para conocer las emociones, los pensamientos y las conductas y saber cómo regularlas.
21. E: ¿Conoces algunas técnicas?
22. N: Hacer auto registros que nosotros también lo utilizamos en las consultas de psicología y nutrición. Para que la persona aprenda a identificar pensamientos e interpretaciones que hace de una situación determinada, las emociones y la forma de comportarse, eso es el primer paso, identificar para luego cambiarlo, controlar esas situaciones.
23. E: ¿Crees que las personas con TCA padecen una falta de autocontrol?
24. N: Sí, en general sí, pero si es cierto que se podría dividir en dos perfiles: uno en la anorexia nerviosa y otro en la bulimia nerviosa, aunque sabemos que hay muchos tipos de TCA. Pero por dividirlo de manera general en esos dos bloques pues sí. Hay falta de autocontrol en las personas con bulimia, pues tienden a la impulsividad, y en las personas con anorexia, se da el extremo contrario, demasiada exigencia y demasiado autocontrol.
25. E: ¿Piensas que la mejora específica del autocontrol mejoraría la situación de esta población?
26. N: En el caso de las pacientes con Bulimia, sí. Porque se reduciría esos niveles de impulsividad y podrían controlar mucho mejor sus pensamientos, sus emociones y conductas, y eso le evitaría gestionar las dificultades del día a día con su alimentación.
27. E: Entonces existiría esos beneficios si las instituciones llevaran a cabo esa formación en el aspecto educativo con pacientes con TCA
28. N: Sí, las pacientes con bulimia ayudaría a gestionar todo ese tipo de emociones, y sí que es verdad que las pacientes con Anorexia tienen demasiado autocontrol, pues tampoco es un autocontrol real, bueno, adaptativo, en ese sentido. Porque es una exigencia y al final no están gestionando situaciones realmente. A ambos perfiles les sería muy útil.
29. E: Y si se llevara a cabo esa formación ¿Habría algunos inconvenientes y como los solventarías?

30. N: En principio no creo que habría inconveniente, porque todo lo que sea formación y psicoeducación, sería positivo. Si lo hubiera, pues a lo mejor, a la hora de la formación en dos perfiles (anorexia y bulimia), pueden estar más atentos por esa parte de autocontrol en la parte de la anorexia y otros menos atentos en los perfiles de bulimia. Y a lo mejor en ese sentido habría que trabajarlo, pero en principio todo serían beneficios.
31. E: ¿Crees que habría resultados positivos relacionando el autocontrol en el estrés y la toma de decisiones?
32. N: Sí, yo creo que sí, sería muy positivo.
33. E: ¿Cómo definirías el estrés?
34. N: El estrés es una reacción que los seres humanos tenemos ante situaciones que suponen pues una amenaza en el sentido que nos falta tiempo de la demanda que nos están pidiendo, o creemos que nos faltan capacidades para llevar a cabo esa demanda, entonces a nivel psicológico y físico, tiene muchos aspectos negativos, relacionados con un montón de enfermedades físicas. Eso es lo que entiendo por estrés. También entra en juego la gestión del tiempo, que demandas tengo, que capacidades tengo para llevarlas a cabo, que tiempo, saber organizarlo, saber pedir ayuda también, va muy relacionado.
35. E: ¿Crees que las personas con TCA padecen estrés?
36. N: Sí, a ver ciertos niveles de estrés son positivos, pues es lo que nos mueve y nos motiva a conseguir objetivos, pero cuando ese estrés supera esos límites, se vuelve desadaptativo también. Y si las personas con TCA pues tienen situaciones de estrés. Las personas con Bulimia los presentan igualmente, pero ni siquiera llegan a ser conscientes en muchos momentos. Es como que están acostumbrados a ese ritmo de vida, a esa impulsividad, el no ser capaz de pensar en consecuencias, cuando tengo que hacer ciertas cosas, entonces creo que se diferencia, pero es una población a la que le afecta
37. E: ¿Qué suelen hacer estas personas para reducir su estrés?
38. N: Pues cuando no están en tratamiento e incluso cuando lo están y tienen situaciones complicadas emocionalmente, o con falta de recursos, pues la parte negativa es que lo suelen gestionar a través de la comida y con conductas de control del peso en general. Por eso creo que una formación en todo este ámbito sería muy buena y a tener en cuenta.
39. E: ¿Hay alguna formación que directa o indirectamente se trabaje la gestión del estrés?
40. N: En las actividades terapéuticas de educación hay talleres, actividades diarias y se va dando esa educación como hemos dicho en emociones y en todo este tipo de reacciones emocionales también. Pero haría muchas más cosas, como lo que hemos hablado de una formación específica a esto, con una parte teórica con una parte práctica, porque se queda corto en muchas situaciones.
41. E: ¿Qué puntos negativos crees que pueda tener esa formación?
42. N: Yo me centraría en la parte más conductual, porque la parte teórica pues muchas ya la conocen, aunque se pueda perfilar siempre algo, pero me centraría más en la parte conductual, en poner en práctica todo lo que se aprende con respecto a eso.

43. E: Para ti, ¿cómo sería un proceso para tomar decisiones?
44. N: Lo primero, identificar como de importante es la decisión que hay que tomar, buscar alternativas, buscar pros y contras de una decisión y otra, consecuencias de los contras que puedan tener... un poco hacer ese análisis de la situación, identificar por escrito que es mucho más sencillo y se procesa la información de manera diferente, y a raíz de ahí tomar una decisión. Siempre teniendo en cuenta que una decisión conlleva un riesgo. Nunca vamos a tener la certeza de que va a ser la decisión más acertada.
45. E: ¿Las personas con TCA, suelen tener dificultades a la hora de tomar decisiones?
46. N: Sí, muchísimas, porque no hacen esa planificación, tampoco tienen... muchas personas generalizando la capacidad de diferenciar si es una decisión de vida o muerte o no lo es, si es una decisión cotidiana. No tienen esa capacidad de separar por cosas que son urgentes, con otras cosas que pueden esperar un poco, o ya te digo, diferenciar si las situaciones son más o menos importantes. Entonces, esa primera parte ya les falla, y luego por la autoestima, la inseguridad a nivel personal, pues siempre creen que la decisión que ellas van a tomar va a ser la peor, porque va a ser la peor, porque no tienen la confianza en sí mismo. Por eso hay muchos casos de dependencia de otras personas, de incluso terapeutas, piden ayuda para absolutamente todo en muchos casos, por esa falta de confianza.
47. E: Es decir, cogen la confianza de los terapeutas
48. N: En muchas ocasiones sí.
49. E: ¿Crees que se lograrán beneficios con una formación específica, en la cual esté destinada la mejora de esa toma de decisiones?
50. N: Sí, totalmente, y tendría muchos beneficios de cara a un futuro y a corto plazo también, en el día a día. Sería importante también para decisiones de la vida diaria que todos tenemos que tomar, desde que desayuno por la mañana hasta que ropa me pongo y son cosas que suelen afectarle mucho a ellas. Le vendría súper bien.
51. E: ¿Hay actividades en las instituciones que se trabajen directa o indirectamente?
52. N: Sí, a parte de las consultas psicológicas, pues también en las actividades terapéuticas se va poniendo en práctica ese tipo de cosas, pero igualmente, falta mucho y más contenido específico e intensivo.
53. E: ¿Qué puntos tendríamos que tener en cuenta para esta formación?
54. N: La organización de cómo sería el taller, como se podría hacer esa parte práctica de lo que hemos hablado, y tener en cuenta cada perfil de cada paciente. Si es más cerca de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, a lo mejor hacerlo por grupos con perfiles también parecidas, pero en principio, costes beneficios ganarían.
55. E: ¿Piensas que se deberían formar a los profesionales en técnicas de autocontrol en el estrés y la toma de decisiones?

56. N: Sí, totalmente. Porque al final en los centros educativos, pues es donde el niño pasa la mayor parte del tiempo, entonces si desde ese núcleo que es una de las principales figuras de referencia que es el profesor no se tiene esa gestión, no se sabe lo que es el autocontrol, ya no es que no tengas técnicas para controlar el estrés y la toma de decisiones, es que no sabes lo que significa eso. Entonces eso repercute mucho cuando la persona va creciendo y es súper importante. Y de cara a todas las profesiones, no solo cuando se tiene un trabajo con niños o adolescente o da igual, no tiene por qué ver alumnos o pacientes, si no en una empresa cualquiera es algo base.

57. E: ¿Hay algo que me quieras contar acerca de este tema o de cualquier otro que creas que sea importante?

58. N: Sí, en los perfiles de bulimia la concepción de a largo plazo en la toma de decisiones, ni siquiera está, por falta de autocontrol, de toma de decisiones, de organización de su vida en general. Hay muchísima impulsividad y no son capaces de ver objetivos a largo plazo para seguir. Me centraría más en cosas a corto plazo, porque al final las personas con bulimia buscan la recompensa inmediata.

59. E: Muchas gracias.

### Voluntaria Pedagoga

1. E: Hola, vamos a empezar la entrevista sobre la tesis y la investigación, ¿Sabes el motivo por el que te encuentras hoy aquí?

2. V: Sí, para realizar la entrevista de la tesis. Me parece bien, yo lo que pueda ayudar, aquí estaré.

3. E: ¿Qué profesión desempeñas en las instituciones?

4. V: Soy estudiante de prácticas de Educación Social, estoy en Adaner, y estoy en la Unidad de día de Elca y hago acompañamiento de las actividades que se realizan y apoyo a las actividades que lleva a cabo el educador.

5. E: ¿Cuánto llevas de prácticas?

6. V: Tres meses y algo

7. E: ¿Qué puntos fuertes crees tú, que encuentras en las instituciones?

8. V: Son instituciones que trabajan juntas y se aportan mucho la una con la otra. Que en Elca se trabaja de forma multidisciplinar, algo que creo que es muy importante, ya que es importante tratar estos trastornos desde una perspectiva multidisciplinar y holística y me parece la mejor forma de llevar el tratamiento de estas personas.

9. E: Por el lado contrario, ¿qué puntos débiles encuentras?

10. V: Quizás el tema de a nivel educativo y social, haría falta más personal, desde mi punto de vista. Tema de pedagogos y educador, uno más en cada sitio. Porque en Adaner no existe la figura ni del pedagogo ni del educador. En Elca si existe pero solamente hay uno, se queda corto.

11. E: ¿Cómo crees que es la formación que ofrecen las instituciones y que cosas cambiarías?
12. V: Yo creo que es adecuada. Sí que es verdad que en mi caso he realizado un taller sobre alimentación, relacionado con los TCA, que lo llevo a cabo Adaner, pero si es verdad que también a veces no sé, el tema... como que quizás se queda un poco escaso porque a lo mejor no se llega a tanto, y con el tema de la pandemia, pues un poco más complicado. Creo que bien, pero hace falta más recursos.
13. E: ¿Qué metodología de formación suelen utilizar?
14. V: Talleres formativos y creo que charlas y conferencias como psicólogos y nutricionistas. Es verdad que también como he dicho antes como el pedagogo y el educador, solamente el pedagogo ha participado en uno, creo que también es importante tratar esos aspectos, no solo tema nutricional y psicológico, sino también educativo y social.
15. E: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en las instituciones?
16. V: Creo que en ese sentido si se trabaja muchas temáticas, es decir, no solamente se centra en una temática sola, sino que se trabajan muchas cosas, desde las habilidades sociales, hasta temas de actualidad, pensamiento crítico... pero como he dicho antes, si falta personal, pues como que todas las actividades se quedan un poco escasas.
17. E: ¿Cómo es el trato a los trabajadores, en este caso a los prácticos?
18. V: Yo el trato que he recibido es muy bueno, no tengo ninguna queja, a mí me han tratado como si fuera una más. Me han dado libertad cuando ha pasado un tiempo, para que yo pudiera actuar como si fuera una más del equipo, así que, en ese sentido bien.
19. E: ¿Qué conoces acerca del autocontrol?
20. V: Lo básico, tampoco es algo que haya trabajado mucho, conozco nociones básicas, control emocional, no, tampoco conozco mucho la verdad.
21. E: ¿Conoces algunas técnicas dirigidas al aumento del autocontrol?
22. V: No.
23. E: ¿Piensas que las personas con TCA padecen una falta de autocontrol?
24. V: Ehh.. depende de en qué, de que estamos hablando. Si hablamos de temas alimenticios, creo que muchas de ellas tienen un control excesivo, si hablamos sobre otros ámbitos, carecen de autocontrol.
25. E: ¿Y las personas con Bulimia?
26. V: Creo que igual también.
27. E: ¿Piensas que la mejora orientada al autocontrol, mejoraría la situación de esta población?

28. V: Sí, porque ayudaría también a mejorar los procesos de toma de decisiones, el nivel de ansiedad que tienen. Yo creo que si mejoran en ese aspecto, podrían mejorar en otras áreas de su vida.
29. E: ¿Crees que se lograrían beneficios si estas instituciones se llevaran formación específica de estas variables?
30. V: Yo creo que sí, que sería una muy buena herramienta para que ellos tuvieran más recursos a la hora de enfrentarse a la problemática y poder ir resolviendo los distintos problemas que tengan en su día a día.
31. E: ¿Cuáles serían los inconvenientes en este tipo de formación?
32. V: No se me ocurre ninguna problemática.
33. E: ¿Qué resultados crees que tendría esta formación?
34. V: Creo que tendría resultados positivos, ya que como he dicho antes pues se le ofrecería diferentes recursos y herramientas para que pudieran mejorar en distintas áreas de su vida y mejorar la calidad de vida de las personas.
35. E: ¿Sabes algo del estrés?
36. V: Es un estado de ánimo ansioso, eso es lo primero que se me ocurre.
37. E: ¿Qué consecuencias puede tener un alto nivel de estrés?
38. V: Pues creo que las consecuencias son negativas porque, es verdad que muchos casos, es inevitable tener un poco de estrés, pero claro, si tú tienes técnicas de autocontrol, no tiene por qué ser perjudicial, pero si no tienes esas técnicas pueden perjudicarte en muchos sentidos. Por ejemplo en el sentido laboral, académico, en muchísimos aspectos.
39. E: ¿Crees que las personas con TCA padecen estrés?
40. V: Sí y en un alto grado. Porque también si tienen... si las personas con TCA muchas de ellas tienen conductas obsesivas, el nivel de estrés por seguir esas conductas obsesivas, es muy alto, entonces... es que... Al tener esas conductas obsesivas, siempre quieren mantenerlo y en muchas ocasiones, se les escapa de las manos ese control, entonces pues, el estrés si sale cuando estás haciendo una dieta restrictiva y si alguna vez no lo haces, pues eso te va a generar mucha ansiedad.
41. E: ¿Sabes que es lo que hacen estas personas con TCA para reducir su estrés?
42. V: No, la verdad es que no.
43. E: ¿Existe una formación en las instituciones donde directa o indirectamente mejore la gestión del estrés?
44. V: En mi caso no lo conozco.

45. E: ¿Crees que la formación específica en la gestión del estrés tendría beneficios a las personas con TCA?
46. V: Sí lo creo. Un poco como te he dicho antes, que mejoraría muchas áreas de su vida en el sentido de que si tu posees herramientas de control emocional, no tiene por qué afectarte mucho... todas las personas lo tenemos, pero si posees esas herramientas no tiene por qué afectarte en otras áreas ni afectarte en ningún tipo de problemática.
47. E: ¿Qué puntos negativos dirigidos a esta formación del estrés?
48. V: No, no creo que los tenga.
49. E: ¿Para ti, como sería un proceso para tomar decisiones?
50. V: Primero ver las opciones que tienes, analizarlas, priorizarlas para que tu veas que.. conforme tus preferencias personales, no sé, tus intereses. A partir de hay cuando hayas hecho un proceso reflexivo, pues tomar la decisión, pero no de manera impulsiva.
51. E: ¿Crees que las personas con TCA tienen dificultades a la hora de tomar decisiones?
52. V: Sí, veo que ese proceso reflexivo no se lleva a cabo, en muchas ocasiones se dejan llevar por el ahora, por la impulsividad "ahora me apetece hacer esto, pues esto, mañana me apetece hacer otra cosa pues lo hago y dejo lo otro" o sea que no llevan a cabo un proceso normal de toma de decisiones, sino que se guían por impulso.
53. E: ¿Se conseguirían beneficios si se llevara una formación específica con estas pacientes?
54. V: Sí, considero que si porque por ejemplo, el tema académico, a la hora de escoger cualquier tipo de coger cualquier rama o carrera, no habría tantos problemas porque un día dicen que les gusta una cosa, otro día otra, entonces, si llevaran a cabo un proceso de toma de decisiones lógico y racional, pues tendrían más beneficios porque no les causaría estrés. Si no lo llevan a cabo, eso al final te crea frustración y malestar.
55. E: ¿Habría algún punto negativo en esta formación?
56. V: No lo creo.
57. E: ¿Qué actividad se hace en las instituciones en la que directa o indirectamente se trabaje el proceso de Toma de decisiones?
58. V: Actividades como tal no, pero en consulta yo creo que se trabaja de alguna forma eso. Ahora mismo no caigo.
59. E: ¿Piensas que se debería formar a los profesionales o prácticos en técnicas de autocontrol, estrés y toma de decisiones?
60. V: Sí, porque unos profesionales que estén formados en estos temas, pueden ayudar a las chicas a mejorar el control emocional, los niveles de estrés y frustración que tengan, creo que sí que es necesario.

61. E: ¿Hay algo que me quieras contar sobre este tema u otro que creas que es importante?  
¿Alguna pregunta?
62. V: No, solamente que es muy necesario que se lleve a cabo esta formación porque mejoraría la calidad de vida de estas personas y en las distintas áreas que inciden en la problemática y creo que sí que es importante.

## ANEXO 6: Transcripciones entrevistas a pacientes con TCA

### Paciente 1

1. E: Buenas María, ¿Sabes el motivo por el que te encuentras hoy aquí y que te parece el motivo señalado?
2. M: Sí, claro. Pues me parece muy bien porque creo que es una temática que está muy desconocida Yo antes de conocer el tratamiento ni siquiera sabía que esto era un ámbito a trabajar.
3. E: Cuéntame algo sobre tí.
4. M: La verdad que yo, hace 4 años, empecé con el TCA y lo viví de una manera muy distinta a la de ahora. Es verdad que yo al principio no era muy consciente, no quería aceptarlo, y al final fui yo la que le dije a mis padres que me buscaran una psicóloga. Lo que pasa que ella no era especialista y claro. Lo que pasa que faltó el remate, y ya está última vez fue un poco distinta porque yo me encontraba feliz, y yo aceptaba que yo era más exigente y más complicada que el resto de la gente, y claro yo decía "Si necesito ayuda pues me voy a enterar" efectivamente, me quede más delgada de la cuenta y ya me dijeron, "oye pues tienes una enfermedad".
5. E: Cuéntame cómo influye el TCA en tu conducta diaria.
6. M: La sensación más grande que tengo yo con el TCA es que me he alejado de todo, de la vida. El TCA te aísla, eso es lo más grande que he notado yo.
7. E: ¿Te irritas con bastante facilidad?
8. M: Sí, la verdad que le doy demasiada importancia a las cosas. Hombre, ahora en el tratamiento de ayudan a utilizar más todo, pero la realidad es que se te viene el mundo encima con cualquier tontería. Por ejemplo los estudios, si estamos acostumbrados a sacar siempre de 9 para arriba, pues a ti te dicen a lo mejor un 5 o un 7 y se te viene el mundo encima. Y más que nada como es lo de blanco o negro, pues parece que es eso, o 10 o nada.
9. E: Y si las cosas no salen como quieres ¿Te desanimas?
10. M: Al principio un poco sí, porque te llevas la sorpresa, pero aquí nos están enseñando a razonar y a darte cuenta de que existe el punto medio de las cosas.
11. E: ¿Te consideras una persona impulsiva o por el contrario con un autocontrol desadaptativo?
12. M: También eso es propio del TCA. O mucho control o ninguno. Y eso también lo estoy trabajando. Cada vez noto que puedo liberarme un poco de más de eso, pero por supuesto es muy lento.
13. E: Cuando las cosas no están yendo como lo esperas ¿Puedes dejar de pensar en ello?

14. M: Es muy difícil, pero yo lo que hago ahora es intentar hacer meditación, es una tontería, pero el otro día, por ejemplo, cada vez que pensaba en el examen, de haber estado meditando antes me decían que los pensamientos tenían que fluir como troncos en un río, pues es una tontería, pero cuando pensaba en el examen me venían a la cabeza los troncos y me relajaba. Poco a poco se va trabajando.
15. E: ¿Qué cosas pueden hacer que tu pierdas el control?
16. M: Que no salgan las cosas como yo esperaba. Es debido a la necesidad de controlarlo todo. Quizá no viene al tema, pero cuando veo a alguien en mi casa que está mal, al principio me sentía fatal, porque yo quería hacerlo sentirse bien y pensaba que eso dependía de mí. Y la verdad que ahora cuando está alguien mal...yo por ejemplo veía a mi madre llorar y se me venía el mundo encima. Ahora veo que mi madre es persona como yo, y que llora mi madre como si llora mi padre.
17. E: En una situación de tentación que sabes que no es beneficiosa para ti, ¿Enfrentas el conflicto o complaces esa tentación?
18. M: Ahora enfrento el conflicto, antes no sabía que existía el conflicto. No sabía que existía la enfermedad, pero ahora cuando empiezo a sentirme un poco culpable digo "esto es algo que no estoy haciendo bien" y paro, aunque me cuesta mucho.
19. E: Antes cuando caías en la tentación, ¿Cómo lo resolvías?
20. M: Era un trauma, dramático, era horrible. Hasta que se te olvida, pero antes se me venía el mundo encima.
21. E: ¿Te consideras una persona con fuerza de voluntad?
22. M: Mucha, sí, pero en algunos momentos esa fuerza me agobia.
23. E: ¿Llevas una planificación sobre los objetivos que quieres conseguir?
24. M: Antes no, ahora no me queda más remedio. Antes como quería abarcar tanto, pues es que era imposible organizar eso. Ahora ya me he dado cuenta de que si tengo que abarcar menos, pues, me pongo los objetivos...quizas todavía no sea objetiva con mis objetivos, pero ya voy viendo que abarcarlo todo es imposible.
25. E: ¿Evalúas los resultados?
26. M: Totalmente. El otro día el examen, cuando me dieron la nota, pienso...tengo que preocuparme porque no es la de siempre ¿Tengo que alegrarme...?
- 27.
28. E: ¿Cuáles son los motivos por los que crees que no consigues algunos objetivos?
29. M: Porque me centro en la meta directamente. Parto del que ya lo tengo... es como siempre es el mismo ejemplo, si siempre sacas el mismo 10, en el siguiente examen, por sistema vas siempre a sacar un 10, y eso es mentira porque en el examen tienes que empezar de 0 otra vez. Pero como te has montado en eso, y ya lo tienes, lo que sea bajar de ahí es quitar, y no estás poniendo nada ni mejorando.

30. E: ¿Piensas que eres una persona que sabes controlar sus emociones?
31. M: Regular, ahora mejor, pero bastante mal. Porque yo pensaba que esa parte del ser humano no era importante, entonces yo no la trabajé. Yo pensaba que lo importante es trabajar, estudiar, esforzarse y la parte emocional no era una parte del ser humano, y por tanto no importante.
32. E: ¿Eres una persona que sabe definir sus sentimientos?
33. M: Cada vez más, pero a base de mucho trabajo, pero de siempre he tenido ese problema.
34. E: ¿Cuándo estás enfadada, intentas cambiar tu estado de ánimo?
35. M: Antes no, ahora me espero y veo que es lo que ha pasado. Antes me dejaba llevar o lo reprimía.
36. E: ¿Para ti que es el estrés?
37. M: Esto va sesgado porque lo he estudiado. Es como una alarma, como algo que dice actívatelo que tienes que responder. Lo que pasa que a veces esa señal no es... se activa ante situaciones que no son reales de peligro.
38. E: ¿Qué sientes cuando tienes estrés?
39. M: Me siento acelerada, con mucha necesidad de resolver e ir quitando cosas de en medio y todo al instante.
40. E: ¿Con qué frecuencia tienes o has tenido situaciones estresantes?
41. M: Ahora en época de exámenes más, antes curiosamente lo había dejado, pero ahora ha empezado la época de exámenes y estoy más atacada.
42. E: Cuéntame las posibles desgracias que te puedan suceder, te hacen estar estresada
43. M: En estas fechas bastante más, porque antes había algo que me preocupaba, y yo tenía la tranquilidad que podía pararme, ver lo que falla y seguir y ya está. Lo que pasa que ahora no puedo en el momento de ocuparme de todo eso, porque tengo que atender otras cosas que entiendo que son las que tocan.
44. E: ¿Cuándo estás en una situación estresante, haces algo para aliviarlo?
45. M: Lo que hice ayer fue organizarme, porque veía inabarcable llegar a terminar. Hice un planing y si sale bien y si no veremos a ver lo que pasa.
46. E: ¿El que haces y en qué grado?
47. M: Por ejemplo, me arranco los padrastrós para aliviarme, yo no sé si eso vale. Cuando soy consciente intento parar porque cuando acabe los exámenes no quiero verme las manos feas (risas), pero es lo que más hago la verdad.
48. E: ¿Te dan resultados positivos?

49. M: Qué leches, no, porque al fin y al cabo es hacerte daño de una forma u otra.
50. E: ¿Qué cosas te originan estar más estresada?
51. M: El estudio, totalmente, al 100%. Con la familia también mucho, pero me preocupa mucho todavía el verlos mal, la verdad que sí. En mi grupo de iguales hay un ambiente más distendido porque ahora no veo mucho a las de la facultad, ayer las ví, y bueno...no sé, no comparto apenas tiempo con ellos.
52. E: ¿Sientes que pierdes el control sobre tí, cuando la situación estresante es muy grande?
53. M: Ahora mismo no, porque tengo otras herramientas. Antes, tengo la sensación de que tiraba mucho la toalla, como que decía "voy a estudiar todo el día y lo que sea será y si no, no" al final no tenías límite ni un buen control, solo era estudiar.
54. E: Cuéntame si antes de sentirte estresada, identificas algún pensamiento o emoción.
55. M: Siempre hay algo que me hace pasar a ese estado. Puedo imaginarme que no me salgan las cosas bien. Sobre todo admito que a mi ahora me da un poco de... cuando no estoy tan fina y me dan muchas ideas... por ejemplo, cuando escuchamos las altas, ellas cuenta situaciones complicadas con el estudio, pero el problema es que algunas de las que yo no he experimentado, pues me dan ideas, me entiendes, pero digo "María esto no te ha pasado, y si te pasa bueno..." el bloqueo al final es casi que voluntario, pues no le hago caso y sigo, pero me resulta difícil.
56. E: ¿Sientes que gestionas bien los pequeños problemas irritantes de la vida?
57. M: Antes peor, pero regulinchi. Por el tema del control no realista, el creer que está todo en tu mano.
58. E: ¿Con qué frecuencia has estado pensando las cosas que tienes pendiente por realizar?
59. M: Muchas, además incluso las del tratamiento. No te voy a decir todo el día, pero ahora es como si fueran todo retos, menos a la hora de dormir. Y casi que también. Aunque cuando hago actividades terapéuticas, solamente pienso en ellas.
60. E: ¿Llevas a cabo técnicas de autocontrol para aliviar este estrés?
61. M: Sobre todo meditación y escribir mucho. Las hago sobre todo porque me las han enseñado y realmente funcionan
62. E: ¿Cómo te afecta el estrés a la hora de tomar decisiones?
63. M: Noto como que no, como lo racional se ha perdido. Cuando tengo estrés realmente no, no tengo esa capacidad para razonar y ver las cosas con claridad y cuadrar todo en su sitio. Me cuesta ser objetiva la verdad.
64. E: ¿Ante cualquier problema con alto grado de dificultad, te cuesta tomar decisiones?
65. M: Sí, pero me pongo a buscarla y si no pido ayuda, porque ahora si las tengo. Aspiro demasiado alto.

66. E: Descríbeme el proceso que tu tomas para tomar decisiones.
67. M: Lo primero a ver, admito por ejemplo si estoy haciendo algo que no quiero dejar, pues lo primero que hago es intentar pasar y dejarlo para el rato de después. Apunto en una libreta a algo que me recuerde a eso, y luego cuando he terminado lo que estaba haciendo pues me pongo y digo " a ver, tenía que hacer esto esto y esto" y lo hago. También intento esperar a estar más tranquila y si es algo que me bloquea ya me paro e intento resolverlo escribiendo.
68. E: ¿Consideras todas las alternativas posibles antes de decidir algo?
69. M: Ahora si lo estoy intentando, pero intento ver más de las que antes veía. Antes es que tenía... y la sigo teniendo, la mente muy rígida. Entonces ahora intento pero es verdad que me cuesta mucho.
70. E: ¿Procrastinas?
71. M: En algunas situaciones si, por ejemplo, ayer estaba más agobiada estudiando y digo "bueno, luego organizo el estudio" o por ejemplo "luego le pido a mis amigas los apuntes para esto" y al final dije "estoy más agobiada".
72. E: ¿Tienes en cuenta tus emociones a la hora de tomar esas decisiones?
73. M: Regular regular, porque claro, yo creo que en este ámbito no existen las emociones. Claro, yo pienso que las emociones las dejo para el rato en el que no estoy estudiando, o trabajando o en el rato que no estoy ayudando a lo que sea en mi casa. Entonces yo entiendo que las emociones tienen su rato y lo otro tiene otro.
74. E: ¿Cuándo tomas una decisión, anticipas las posibles consecuencias?
75. M: Sí, pero son catastrofistas por la propia enfermedad.
76. E: ¿Y qué estrategias sueles utilizar para tomar decisiones?
77. M: Sobre todo informarme, y buscar... claro es que antes ni siquiera pedía ayuda, y ahora todas las opciones que tenga las pregunto, y pido consejo que antes tampoco. Y busco información de lo que pueda
78. E: ¿Evalúas el resultado de esas estrategias?
79. M: Sí, pero porque me han dicho que es bueno hacerlo. Antes pensaba que era perder el tiempo, porque no era trabajar, pensaba que no era productivo.
80. E: ¿En una situación de estrés, en el que tienes que tomar una decisión, te bloqueas o reaccionas?
81. M: Depende de la situación. Cuando ya se me juntan muchas cosas, ya es muy difícil que no me bloquee. Pero cuando el estrés es algo que estoy preparada para afrontar, si consigo reaccionar. Cuando me veo demasiada desbordada, me bloqueo.
82. E: ¿Confías en tu capacidad para tomar decisiones?

83. M: Sí, de vez en cuando dudo un poco, pero hombre, hay cosas en las que no confío en mí y lo que hago es decirle a otras personas que la tomen por mí, cuando veo que no tengo capacidad por el propio TCA, pero hay en otros ámbitos que he dejado de lado y que veo que sí tengo conocimiento y herramientas y criterio para poder resolverlo yo.

84. E: ¿Te han enseñado alguna vez a tomar decisiones?

85. M: Así como manera directa no, pero sí es verdad que con el simple hecho de hacer, de decirte "bueno, haz lo que quieras" eso es darte confianza ¿no? A mí me ha faltado un poco eso, porque tengo, quizás yo me he dejado mucho en ese sentido seguramente, pero me he sentido muy sobreprotegida, y ha habido muchas elecciones que no he tenido la oportunidad y que realmente en algunas de ellas sí habría dicho "jolín, es que quiero tomarla yo" pero bueno es que ha sido esa mi experiencia.

86. E: ¿Qué puntos fuertes ves en las instituciones?

87. M: Es increíble el conocimiento que tienen de la enfermedad. Cuando te metes en estas cosas tienes el miedo de que al ser privado sea un negocio, pues ese es el miedo, o que tontería pero te planteas que puedan retrasar tu cura en vez de... tonterías. Yo me he dado cuenta de que aquí sí que tratáis a las personas y sí os importamos de verdad. Es que parece que el mundo corre mucho y no le importan las personas y aquí parece que lo que más importan son las personas. Y más cosas que tenéis mucho conocimiento sobre el tema, ya os lo he dicho, y nos comprendéis muy bien, muy estudiado, mucha experiencia y sabéis moveros. Todos los recursos que podáis es como el otro día con la concejala.

88. E: ¿Cuáles crees que son los puntos débiles?

89. M: ¿Sabes qué pasa? A medida que pasa el tratamiento te das cuenta de que los puntos que tú pensabas que eran débiles no lo eran, y está todo pensado. Es que yo al principio decía "esta gente no me quiere ayudar, esta gente lo que quiere hacerme es la vida imposible" porque yo vi que me encontraba con que de repente mi vida se había parado y yo tenía que seguir tirando de mí curso, de mi familia... y yo decía "esto que ayuda ni rollos si estoy más agobiada que antes" pero claro, empecé a resolver y luego también me di cuenta que el dar las cosas tan de lado es por esa rigidez, ese nivel de control, pues abandonarlo. Ahora mismo te puedo decir puntos débiles que sé que en un futuro pues no serán débiles.

90. E: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajaran en Elca?

91. M: A mí me encantaría probar terapia con animales, me han dicho que se ha hecho alguna vez, pero ahora con el tema del COVID, no se puede. Quizás también, no sé si sería útil, pero sería bueno que estudiásemos algo de la evolución del cuerpo a lo largo de las etapas de la vida, porque aquí yo creo que, por lo menos en mi caso, lo que falló notablemente desde la primera vez y falla todavía, era el miedo a crecer. Entonces los cambios que experimenta el cuerpo en la etapa del crecimiento, se tendría que dar como el que una embarazada tarda un tiempo en recuperar una forma normal. Yo creo que sería muy interesante que viéramos que eso realmente es así.

92. E: ¿Y en el departamento de Educación Terapéutica?

93. M: Aquí, técnicas de estudio ya nos dais, también planificas objetivos, y luego en cuanto al tema, es verdad que no.... Quizás otros modos de enseñanza de otros sitios, porque a mí la sensación que tengo en el sistema educativo de aquí, es que es mucho de siempre, estudiar de memoria. A mí me gustaría ver que existen otras partes en el mundo y existen métodos de enseñanza en lo que eso no es lo primero y centrarnos en lo que es la finalidad real del aprendizaje. Porque claro, cuando te ponen las notas pues ya parece que porque tengas más nota que otros ya has superado. Si pudiéramos centrarnos en eso, en otros modos de enfocar el aprendizaje....
94. E: ¿Qué opinas de la formación profesional?
95. M: Es súper importante, es la base que si no anda eso el resto nada.
96. E: ¿Piensas que se deben de formar a profesionales en técnicas para reducir el estrés y mejorar la TD?
97. M: Totalmente, porque es necesario. Al final creo que tocamos mucho el problema de la mayoría de aquí, que nos centramos en un aspecto de nuestra vida y los demás los dejamos todos de lado. Entonces la concepción final del equilibrio... y yo creo que al final es un problema que tenemos en toda la sociedad, porque yo luego voy a tener pacientes y no voy a tener libros delante.
98. E: ¿Hay algo que me quieras contar sobre este tema u otro? ¿Alguna pregunta?
99. M: Nada, que me gustaría seguir aprendiendo más técnicas. Todo lo que pueda... y relacionado con estas variables que estas estudiando.

## Paciente 2

1. E: Hola María José, vamos a comenzar la entrevista. Es totalmente abierta y con total sinceridad, ¿Sabes el motivo por el que estás aquí?
2. M: Sí. Es duro (el tca), porque es una lucha contra ti misma. Es un recorrido a lo largo de tu vida que algo ha estado ahí siempre y acabas dándote cuenta que algo no funcionaba, y es hora de corregirlo para poder disfrutar de la vida.
3. E: ¿Cuéntame algo acerca tuya?
4. M: Pues yo tengo 18 años y todo floreció (el tca) después de verano, cuando comenzó la universidad. Yo me di cuenta, o me quise dar cuenta, ya cuando estaba al límite y me encontraba en el hospital ingresada. También fue parte porque fue un proceso súper rápido, y también no teníamos ni mis padres ni yo de estas situaciones, porque nadie nos informe de esto en la vida actual. Entonces, fue de la noche a la mañana
5. E: ¿Cómo influye este trastorno a la vida diaria?
6. M: Pues sobre todo en la alimentación, que es lo que se ve, lo externo. Lo interno es como pensar pensamientos, que no son los más normales o racionales, sino que te crees como una ilusión, que no es verdad, pero que te la terminas creyendo, lo que hace que te martirices.
7. E: ¿Te irritas con bastante facilidad?

8. **M:** Sí, en mi caso ver algo que no funciona y llevándolo a mí culpa. Algo no funciona, por ejemplo lo más simple, que alguien comenta un error, me lo echo a mi culpa.
9. **E:** Si las cosas no salen como quieres ¿Te desanimas con facilidad? ¿Por qué motivo?
10. **M:** Porque yo llevo trabajando mucho el tema del perfeccionismo y siempre a lo largo de mi vida, he estado corrigiendo mis errores, y cuando los corregía sacaba de ahí todavía más errores, entonces te das cuenta en un contexto, que tú eres un error y tienes que corregirte entera. Entonces eso te hace estresarte, eso te hace que quieras controlar todo, porque si no eso te hace... si no ves algo bien, tienes que controlarlo para hacerlo bien.
11. **E:** ¿Te consideras una persona impulsiva o por el contrario con autocontrol desadaptativo?
12. **M:** Sí, con autocontrol insano. Lo llevo todo... estamos trabajando ahora el tema de la balanza, no utilizarlo todo. Pero claro, los extremos son malos, pues yo llevo todo al extremo. Un autocontrol negativo.
13. **E:** ¿Cuándo las cosas no están yendo como esperas, puedes dejar de pensar en ello?
14. **M:** No, aunque si fuera como "esperas" nunca te vas a quedar satisfecha. Bueno, yo nunca me quedo satisfecha porque siempre quiero llegar a más y más y más. Hasta que te das cuenta de que ese más, es infinito y nunca te vas a quedar conforme. Entonces, hay que trabajarlo. Cuando ya lo trabajas en consultas y tal, es cuando dices "vale", y ahí lo registras con esos pensamientos racionales y cada vez te vas dando cuenta de que hay ciertos límites, que no eres una máquina, y que hay otras perspectivas, pero te cuesta.
15. **E:** ¿Qué cosas pueden hacer que tu pierdas el control?
16. **M:** Puff, un montón de cosas. Cuando algo no me entra por los ojos, si tú lo ves algo mal, ya me pongo súper histérica, con mucho estrés y ansiedad, como que te falta que ese aire, te entra hasta la mitad y te falta el aire. Entonces es una sensación muy rara.
17. **E:** En una situación de tentación no beneficiosa ¿Enfrentas el conflicto o complaces?
18. **M:** Hace poco...estoy trabajando el tema de los estudios, pues yo cuando estoy estudiando siempre siempre he sido exigente, de estas veces que dices "estamos en época de exámenes y no puedes parar" entonces pues a lo mejor tienes que quedar con tus amigas y no quedas porque tienes que estudiar. Entonces eso, el TCA, hace autoexigirte mucho y no es tema de que estés perdiendo el tiempo porque no estas estudiando, es también que el TCA dice "tienes que estudiar, tienes que estudiar" pero en verdad, ¿Te va a servir ese tiempo de estudio como si vas con tus amigas y después rindes más estudiando?
19. **E:** ¿Te consideras una persona con voluntad?
20. **M:** Interés y voluntad tengo, quiero salir de esto, quiero disfrutar y aprender a hacerlo, pues mucha gente me dice que como no sé disfrutar, pues no, no sé. Y le pongo todo el interés, aunque hay recaídas y bajones, porque es muy duro, pero voluntad tengo.
21. **E:** ¿Llevas a cabo una planificación a corto y largo plazo para cumplir objetivos realistas?

22. M: Yo lo planifico todo. Por el tema de la perfección. A mí me gusta mucho organizarme, planificar todo, tenerlo bajo control. Entonces el tema de...quiero hacerlo todo bien porque quiero avanzar. Me cuesta tener confianza. Me ayudan mucho los terapeutas, pues yo estoy en contra de todo el mundo, hasta de mi familia y ellos, pero me ayudan y es el tca. El tca es el enemigo.
23. También, la planificación que hacía no era realista, porque era un extremo de control, y los extremos son destructivos.
24. E: ¿Evalúas los resultados de lo que planificas?
25. M: Es que los resultados yo los veo como notas, y esas notas le pongo como valoración a lo que yo soy. Entonces no son realistas. También me martirizo mucho si digo, "joder le he hecho caso al TCA" y ya ahí me rayo un montón diciendo que ya la he cagado y pierdo el control de mis pensamientos.
26. E: ¿Cuáles son los motivos por los que crees que no consigues algunos objetivos?
27. M: Pues primero, porque soy muy insegura conmigo misma. Porque no... si tú me dices si quieres ser tú, ahora mismo digo si "porque quiero aprender a quererme a mí misma" a aceptarme. Pero esa aceptación yo no la siento.
28. E: ¿Piensas que eres una persona que sabe controlar sus emociones?
29. M: No, porque ahora mismo las emociones las tengo...no son reales, mucha gente le ponen un trozo de tarta y se ponen súper contenta, y yo a lo mejor pues me entra miedo, me entra tristeza, me da ansia, o ya no solo la comida, con el tema de una nota me pongo súper mal. Con la palabra suspenso, me entra estrés, ansiedad... de todo. Pero es como impulso involuntario
30. E: ¿Sabes definir tus sentimientos?
31. M: Me cuesta. Para trabajar eso, hay que hacer los registros, y una vez que ello te lo rebates y sabes lo que estás sintiendo, ya es cuando te vas dando cuenta. Cuando haces más y más registros, te sale automático, aunque me cuesta todavía.
32. E: ¿Cuándo estás enfadada intentas cambiar tu ánimo?
- 33.
34. M: He intentado sobre todo con el tema de la familia porque, aunque quieras o no, son las personas que más tienes a tu lado. Entonces todos esos impulsos involuntarios, se los echas a contestaciones con tu familia y tal y dices "no tienen culpa y tal" o un comentario que te dicen....Pues ahora intento tranquilizarme y después hablar con ellos.
35. E: Para ti ¿Qué es el estrés?
36. M: El estrés para mí es... también qué tipo de estrés, pues hay muchos tipos de estrés, está el de los exámenes, el que sale cuando no te sale nada bien, está el de cuando ves algo que no te entra por los ojos. Estrés como sensación, esa válvula que te entra en los pulmones y que hace que no te entre aire y esa angustia que tú tienes.
37. Algo como si estuvieras...como lo vieras todo negro. Te da claustrofobia.

38. E: ¿Con qué frecuencia tienes o has tenido situaciones estresantes?
39. M: Todos los días y raro es el día que no me pase. Ya depende del nivel, pero si tengo bastante.
40. E: ¿Cuándo estás en esa situación de estrés, haces algo para aliviar o reducir esa tensión?
41. M: Sí, intento tranquilizarme y cuando tengo esa situación de estrés, los registro, primero todos los pensamientos irracionales, porque esos tipos de estrés son con pensamientos irracionales. Y ya cuando se me haya pasado el estrés y me haya tranquilizado y distraído. Cuando haya asimilado la situación, te rebates esos pensamientos. Pues ya ese estrés no era para tanto.
42. E: ¿Y te da resultados positivos?
43. M: Sí, aunque hay otros que cuesta más interiorizarlos y no te entra el porqué de las cosas. Si eres incapaz de rebatírtelos, pido ayuda.
44. E: ¿Qué cosas son las que te originan estar más estresada?
45. M: Ahora mismo, que no me salgan bien las cosas, que no vea yo los resultados positivos. Como ya he dicho, hay muchos tipos de estrés. Esta cuando no te da tiempo.... imagínate que tienes un examen en un día y todavía te queda por leerte 70 trabajos, pues es inhumano, pues eso da estrés porque lo quieres tener todo perfecto y controlado. Después por ejemplo, cuando no te entra algo de alguna toma alimentaria en la clínica y sobre todo en casa pues es cuando estas más insegura porque sales de la zona de confort (clínica) entonces ahí te crea un poco de estrés diciendo que estás más insegura, que no sabes... y te crea la percepción de cambio físico, de que te van a rechazar por tal... es un globo muy grande de todos los ámbitos.
46. E: ¿Sientes que pierdes el control cuando la situación estresante es grande?
47. M: Sí, porque cuando tienes estrés es sobre todo por el miedo al descontrol. El miedo al descontrol...la perfección lleva a controlar todo, para que todo sea perfecto. Entonces si hay descontrol, hay algo que no va bien, por lo que no está perfecto. Entonces eso te crea ese estrés y esa...
48. E: ¿Antes de sentirte estresada, identificas ese pensamiento o emoción, o sentimiento que te origine estrés?
49. M: Sí, te crea dudas, es decir, ¿por qué? y entonces el TCA, ese bicho se quiere meter en toc toc, y tú ya intentas darle vuelta a la cabeza diciendo, tal tal y tal y es cuando se va, pero eso es con un nivel más chiquitito. Ya cuando tú ves que ya es incontrolable, lo ves todo negro y te vienes a bajo, catastrófico.
50. E: ¿Sientes que gestionas bien esos problemas irritantes?
51. M: Me cuesta porque estoy en un principio. En el proceso de rebatir pensamientos irracionales y cambiarlos a que sean racionales. Ha habido una mejora si echo la vista atrás, porque antes nada lo veía bien, nada 0, ahora tolero por ejemplo... antes no salía cuando estudiaba a la calle a despejarme, ahora sí.
52. E: En este mes ¿Con qué frecuencia has pensado en cosas que tienes que realizar o pendientes?

53. M: Siempre, pues siempre tienes tu planificación, a la hora de los estudios sobre todo, cuando dices "venga, de 4 a tal tienes que hacer esto, pero lo tienes que hacer, tienes que terminarlo" o también con los retos que te pone la nutricionista de que "este sábado tienes que irte de tapas "pero es que lo tienes que hacer sin excusas, es un reto, y lo tengo que hacer.
54. E: ¿Llevas a cabo técnicas de autocontrol para aliviar ese estrés?
55. M: Los registros sobre todo me han hecho mucho, y también... la lectura, me hace despejar la mente, distraerme, y no pensar tanto...sino irte a otro mundo en donde no estás en Elca, no estás con un TCA y como es como te metes en otra historia y eres otra persona, la que estás leyendo. Me gusta mucho eso y es lo que más me ayuda a relajarme por ahora.
56. E: ¿Cómo te afecta el estrés a la hora de tomar decisiones?
57. M: Pues mal, porque yo he sido una niña que no ha sabido tomar decisiones, porque tengo muchas inseguridad en mi misma y no me he aceptado como tal. Entonces, si tengo una inseguridad, como voy a ser capaz de tomar una decisión sin saber que la estoy tomando bien. Entonces siempre he necesitado ayudado u opinión de otra gente, o que básicamente decida la gente por mí, es muy difícil. Me cuesta tomar decisiones.
58. E: ¿Y cuál es el proceso que tú sigues a la hora de tomar una decisión importante?
59. M: De siempre me han dicho "que preferirías" y yo he dicho "me da igual o no sé" Ahora si tengo que decir sí o no, otra cosa es que me tengo que tomar mi tiempo, tengo que analizarlo, tengo que... primero que es lo que quiero y que es lo que me gustaría y que es lo que más me va a rendir en un futuro.
60. E: ¿Consideras todas las alternativas posibles antes de decidir algo?
61. M: Sí, es analizarlo todo. A lo mejor esa decisión es muy importante y quieres tomarla bien y segura. Depende de la decisión. En una muy importante, a la hora de yo elegir la carrera... antes yo elegí la carrera con ayuda, pero yo me puse mi lista de todas las carreras, primero elegí las que me gustaban, después, de esas que me gustaban, investigué cual era la que más posibilidad de salidas en un futuro tenía. Entonces pues sí, lo analizo mucho.
62. E: ¿Procrastinas a la hora de tomar decisiones?
63. M: Sí, porque estás insegura de ti misma y no quieres tomarla.
64. E: ¿Tienes en cuenta tus emociones a la hora de tomar una decisión?
65. M: No, porque también te fijas mucho si repercute a los demás y lo que van a pensar de ti los demás. Lo que opinen los demás de esa decisión.
66. E: ¿Cuándo tomas decisiones anticipas posibles consecuencias?
67. M: Sí, porque no quieres que nada salga mal. Entonces si algo sale mal... tu buscas la perfección, tanto como los demás lo vean para ti, como tú lo veas para ti. Entonces si algo sale mal ya no es perfecto. Entonces te agobias.
68. E: ¿Qué estrategias utilizas para tomar decisiones?

69. M: Primero preguntarle a los demás, y si no, pues analizarlo, es que siempre he sido de preguntar a los demás.
70. E: ¿Evalúas el resultado de esa estrategias?
71. M: Sí claro, porque el resultado es lo que buscas después de una toma de decisión. En plan primero el resultado que acepten los demás, que digas pues, al tomar una decisión dices, "voy a coger este bote de gel" y ahora se te cae y dicen "ouu que tonta eres", pues ese es el resultado. Pues me ciño mucho en lo que piensen los demás y también como me vaya a sentir yo y de autorechazo hacia mí misma.
72. E: Cuéntame si en una situación de estrés en el que tienes que tomar una decisión te bloqueas o actúas rápidamente.
73. M: Pues yo me bloqueo. Porque no sé tomar decisiones por mí misma. Soy súper insegura. Entonces me bloqueo y digo, "tú qué harías si fueras yo" entonces ya me ayudan a que esa decisión sea la que tomo
74. E: ¿Intentas reunir información a la hora de tomar decisiones?
75. M: Sí, yo reúno información, ahora que sea cierta o no...Lo hago vía internet, preguntándole a los demás con experiencias que hayan tenido...
76. E: ¿Confías en tu capacidad para tomar decisiones?
77. M: Porque soy súper insegura
78. E: ¿Y alguna vez antes del tratamiento, te han enseñado como se hace?
79. M: No, nunca lo han hecho.
80. E: ¿Qué puntos fuertes encuentras en las instituciones?
81. M: La hora de los registros me ha ayudado mucho, todas las normas, que todas se han creado a partir de alguna niña que ha hecho algo mal, pero todas tienen un porque y eso la verdad... hace mucho cambiar, hace muchísimo ver las cosas de otra manera y controlar sobre todo la enfermedad. Aunque te prohíban tirarte al suelo y no sabes el por qué, pero todo lo tiene. Y mejor ni preguntar, tú no te tires y ya está. Los puntos fuertes son como todo, es un tratamiento conjunto.
82. E: ¿Y los puntos débiles?
83. M: No lo sé... a lo mejor... que sepan.... no lo sé, porque a lo mejor en el comedor o en algún sitio. Pueden ser que las cámaras estén, pero por ejemplo no se le diga a una niña "no puedes hacer esto" o que no se le diga directamente, si no por vía indirecta
84. E: ¿Qué temas verías importantes que se trabajaran en las instituciones?
85. M: Es que como se trabaja todo...Es que cada niña tiene su punto. Esto es un proceso y cada niña va con el suyo. Cada anticipación esta todo. Con lo que hemos hablado, el autocontrol sería

un tema muy interesante a la hora de practicarlo, tanto en el ámbito psicológico, en el ámbito nutricional y el pedagógico.

86. E: ¿Cómo es el trato de los trabajadores y voluntarios?

87. M: Súper bueno.

88. E: ¿Qué opinas la formación para mejorar los aspectos que se han tratado?

89. M: Es importante. Porque aparte de las consultas, también están las actividades terapéuticas. Que digas "vaya rollo, o no sé para qué sirve esto" todos los días aunque te pongan hacer un dibujo de la cenicienta es algo terapéutico y te va a enseñar algo. Entonces a la hora de tomar decisiones, también entra el tema de la vergüenza... todo todo todo. Y el autocontrol de por ejemplo a la hora de abrir las taquillas, controlar todo lo que hacen, es muy bueno.

90. E: ¿Piensas que deberían formar a los profesionales?

91. M: Es que estos profesionales ya lo están haciendo. En las instituciones públicas creo que eso no se trabaja.

92. E: ¿Hay algo que me quieras contar o preguntar?

93. M: Pues que sobre todo, que aunque todo esté relacionado con el AUTO, el estrés y la toma de decisiones. Todo eso lleva a todos los ámbitos de la vida, no solo el ámbito de los estudios o la nutrición, que es lo que lleva la enfermedad. Lleva al ámbito social, al ámbito de ocio, al ámbito de salud, al de los amigos, la familia el trabajo. Entonces aquí lo estamos trabajando todo poco a poco.

94. E: Muchas gracias por todo María José

### Paciente 3:

1. E: Buenas Miriam ¿Sabes el motivo por el que hoy estas aquí?

2. M: Pues porque soy alguien que padece TCA y estoy aquí en tratamiento después de menos de un año pero más de 5 años con la enfermedad en verdad.

3. E: Cuéntame el motivo señalado por el que se está investigando

4. M: Me parece que se está muy relacionado porque es verdad que la toma de decisiones el autocontrol y el estrés viene muy muy acorde a lo que yo he vivido todo este tiempo, aunque yo no he sido consciente en muchas ocasiones y ahora me estoy dando cuenta que en la toma de decisiones no tenía problema, pero la verdad es que sí, bastante.

5. E: ¿Cuándo te distes cuenta que tenías un problema con la alimentación?

6. M: En verdad no quería darme cuenta, o sea, estoy hace ya 5 años, y yo decía que tenía una rama de la anorexia pero que no llegaba a tener nada de eso. Luego ya cuando empecé a mas tontear con avanzando a la bulimia, ahí es donde mi madre ya me pilló, tenía varias evidencias

de que estaba pasando algo, y ella más calmadamente me dijo "Miriam, ¿crees que tienes un problema?" y ya hay pensando me envió un audio porque no quería hacerle caso ni nada, hay ya lo reconocí y la llame y le dije "si mama". Pero a día de hoy muchas veces pienso que no padezco esta enfermedad.

7. E: Háblame cómo influye este tipo de trastorno a tu vida diaria.
8. M: Pues sobre todo en el ámbito social porque ahora no tanto, pero antes evitaba mucho el comer con mis amigas o irme de cervezas con mis amigas, decía que a lo mejor "no es que voy a cenar con mi tía", siempre era mentira, era para que pasase el tiempo en el que ellas estuvieran comiendo y yo ya poder ir pues cuando iban a tomarse alguna cerveza o si no yo no iba. Entonces si que es verdad que no las perdí pero yo misma me evadía en muchas ocasiones sin que ellas se dieran cuenta.
9. E ¿Te irritas con bastante facilidad?
10. M: Muchísimo, he tenido que ir controlando también con mis padres porque ya veía que era que me hablase o me rosasen y ya me ponía furiosa y ya estaba fatal. Hasta que ya estando en ambulatorio, hablando con Juan Carlos y demás me decía que tenía que ser más asertiva y por lo menos intenté que a mi familia no le salpicara eso, aunque es muy difícil porque a veces me sale la ira, y la furia pero nunca lo quiero hacer contra ellos.
11. E: ¿Cuál crees que es el motivo de esa irritabilidad?
12. M: Pues las limitaciones que yo creía que me ponían, o el yo ya no estar sola en mi casa, yo no podría hacer ciertas cosas o darme un atracón, o irme al baño cuando me diese la gana. Tenía que medir mucho las estas, y yo pensándolo, decía que "no me sentía bien, me siento limitada, me siento agobiada", de hecho por eso no quería entrar a unidad, por las limitaciones. Y hacer lo que quisiese y quería curarme pero desde fuera.
13. E: Si las cosas no te salen como quieres, ¿Te desanimas con facilidad?
14. M: Sí, es que me desánimo y a la vez tengo un tapón en la cabeza y no me deja avanzar. Ya me quedo ahí y es que "que no que no y que no"
15. E: ¿Te consideras una persona impulsiva?
16. M: Sí, muy impulsiva. No era consciente, pero sí, soy impulsiva.
17. E: ¿Cuándo las cosas no van como esperas puedes dejar de pensar en ello?
18. M: En algunas cosas si, intento evitar pensarlas para que no me de ansiedad, no me genere una... de a lo mejor estar con mis amigos y estar pensando en otra cosa y no disfrutar. Pero si es algo que no lo tengo que tener que estar pensando, que si es algo que va a pasar mañana, voy a estar pensándolo mucho y me voy a poner muy nerviosa. Si es algo que ha pasado mal y tal, intento evadirme con otros pensamientos pero muchas veces vuelven.
19. E: ¿Qué cosas pueden hacer que pierdas el control?

20. M: Pues eso, que no salgan bien las cosas, que no pueda hacer yo lo que me dé la gana y tenga limitaciones como puede ser aquí en unidad, o puede ser en mi casa o tal. Y en verdad eso, lo que saca de mis casillas es eso.
21. E: En una situación de tentación que sabes que no es beneficiosa, ¿enfrentas el conflicto o complaces esa tentación?
22. M: Complazco, ahora mismo complazco a eso. Y ahora mismo pienso que si ya lo tengo en la cabeza, ya lo tengo que hacer. Sí o sí.
23. E: ¿Y por qué lo complaces?
24. M: Porque es algo que me satisface. Una tentación ahora mismo es a día de hoy en cuanto al ámbito de TCA, lo tengo que complacer pero porque ya está en mi mente. Si a lo mejor ya tengo limitaciones y tal y lo puedo evadir, es muy difícil que pase. Pero por lo menos si, no daría rienda suelta a eso.
25. E: ¿Te consideras una persona, con voluntad?
26. M: Me consideraba, una persona con voluntad. Ahora mismo creo que no tengo fuerza de voluntad. No sé, antes era una persona más... No sé, me daba igual levantarme a cierta hora, nunca me iba a meter en la habitación, con lo que no tenía que tener fuerza de voluntad para salir de ella. Pero ahora veo que no la tengo, que la he perdido completamente.
27. E: ¿Llevas a cabo una planificación a largo y corto plazo sobre los objetivos que quieres conseguir?
28. M: Sobre todo a corto plazo. Ni siquiera los objetivos que quiero conseguir, pero mi día a día tiene que estar planificado.
29. E: ¿Por qué lo haces?
30. M: No tengo un motivo... a ver me satisface la planificación, pero no tiene un motivo porque. Pero a lo mejor por ejemplo, yo no sé descansar, mi mente va todo el rato "pum pum pum" avanzando y va a lo mejor yo intento descansar como era el verano pasado, intentaba ponerme en la hamaca así tumbada y pensaba "Voy a ponerme tumbada con el solecico y la piscina y con tal" pero nunca, porque era tumbarme y decir, "ahora tengo que hacer esto, tengo que limpiar que viene mi madre, tengo que hacer la comida, tengo yo que sé, tengo lo sé cuánto" Es algo muy a corto plazo pero mi cabeza es la misma que, al igual que tengo mi agenda y también lo tengo todo, "si tengo que ducharme, si tengo que..."
31. E: ¿Evalúas los resultados que planificas?
- 32.
33. M: No, no los evaluó porque creo que la mayoría de veces van a estar al gusto mío y que recordar algo que no se ha sido buen resultado para mí, pues me jode.
34. E: Puede ser que esos objetivos no fueran realistas o eran muy exigentes.
35. M: Efectivamente. A lo mejor pueden... si han sido exámenes o algo de eso no, pero si es algo que en cuanto al trastorno, no lo quiero pensar porque sé que lo he hecho mal.

36. E: ¿Cuáles son los motivos por lo que crees no consigues algunos objetivos?
37. M: Pues en verdad no lo sé, porque como no diferencio a Miriam del trastorno, no te puede decir que es culpa del trastorno. Te diría que es más culpa mía
38. E: ¿Piensas que eres una persona que sabe controlar sus emociones?
39. M: Ahora mismo no. Porque tengo unos días... es que no me entero ni yo. A lo mejor me levanto y estoy aquí con las niñas (en ELCA), y llega un momento que no sé por qué, y ya empiezo a llorar, me empiezo a aislar y no quiero hacer actividades. No sé porque es algo...antes si te podía decir porque tenía fuerza de voluntad, "pues mañana voy a estar aquí a las 8, no te preocupes." y ahí estaba, pero ahora no sé cómo me voy a levantar. A lo mejor me acuesto de lujo y me levanto y no sé qué pasa por mi cabeza para que mi cuerpo ni siquiera se quiera levantar.
40. E: Entonces, eres una persona que no sabe definir sus sentimientos, ¿No?
41. M: No, ahora mismo no. Para nada.
42. E: Cuando estás enfadada, ¿Intentas cambiar tu estado de ánimo?
43. M: No. Me incito yo más a estar enfadada, a que salte toda la ira y cuando ya me doy cuenta y cuando bajo pues veo si he hecho mal a alguien o yo misma se me ha ido en algún momento la olla, pero no puedo en ese momento si estoy arriba no puedo bajar. Al rato cuando ya he subido del todo, y no puedo subir más, ya es cuando tengo que bajar si o si. Pero si estoy subiendo, en ningún momento voy a parar y voy a decir, "A ver Miriam, párate y tal" Si me has encontrado, me has encontrado.
44. E: ¿Y para ti que es el estrés?
45. M: Para mí, el tener que planificar muchas cosas que no dependen de mí. Que a lo mejor vienen amigos aquí a Granada o vienen mis padres o aquí pues tengo una reunión o cualquier cosa... Esas cosas que no dependen de mí y no sé qué va a pasar, o cómo va a pasar. Me estresan mucho.
46. E: ¿Cómo la entrevista?
47. M: La entrevista no, la entrevista ya hay confianza (risas)
48. E: ¿Qué sientes cuando estas en ese estado de estrés?
49. M: Que no voy a poder con todo eso, pero es lo que antes decía, que si evitaba un poco el pensamiento y demás de cuando me estaba estresando, ahí evadía los pensamientos, pero claro, es algo que va a pasar, que tengo que planificar que tengo... y luego sale bien, pero es lo de antes, planificar antes, o si tengo que salir con alguien y dicen " vamos a ir a un chalet o no sé qué"... ya no conozco a la gente, ya no sé qué va a pasar, ya no sé cómo voy a volver. Mi cabeza piensa de más (risas)
50. E: ¿Con qué frecuencia has tenido o tienes situaciones estresantes?
51. M: Ahora mismo, con la facultad, he estado con la asignatura de Historia y demás, pero no es algo que...si es en un sitio que me siento cómoda como es mi pueblo o Granada, no voy a tener

muchos momentos de estrés. Ahora, que en esos sitios tenga algo nuevo o algo que no conozca ahí ya sí. Si es alguna fiesta, o es algún puente o los viajes... mira que me gusta viajar, pero la planificación de antes es lo que más me estresa.

52. E: Cuéntame en qué grado las cosas que te hacen estar estresada, te afectan.
53. M: Pues que no estoy disfrutando de con quien esté y si estoy sola, me llega a tener síntomas, descontroles y es algo que no puedo parar. Si estoy sola, y si no, se ve que estoy teniendo ansiedad y estrés, que no dejo de moverme... y es porque estoy pensando, todo el rato en eso y no me deja tranquilizarme, no me deja disfrutarlo de verdad.
54. E: Y cuando estas en esta situación, ¿Haces algo para aliviar esta tensión?
55. M: La mayoría de veces no. Ya es cuando han pasado ya varios días Sí. En algún momento mi cuerpo o ya gracias a Elca, me dice, muévete y salte afuera, "Venga que ahora mismo se va tu amigo con los perros al mirador" pues venga, vamos a salir aunque no me apetezca, pero en ese momento cuando me acaba de dar y estoy estresada y llego por la tarde con alguna noticia aunque no sea mala, en ese momento me hundo yo más en la mierda y me estreso más.
56. E: ¿Sientes que pierdes el control cuando la situación es muy estresante?
57. M: Sí, de hecho es por eso, por lo que no controlo los sentimientos ni tengo fuerza de voluntad, porque ni siquiera yo misma controlo lo que puedo llegar hacer, por lo que cuando estoy estresada tampoco soy yo.
58. E: Esta pregunta viene relacionada con las anteriores. ¿Antes de sentirte estresada, identificas algún sentimiento, emoción o pensamiento?
59. M: No soy consciente de cuando de antes de estar estresada, pues eso, cuando tengo algo que hacer o alguna noticia de que tengo una responsabilidad, ya sea una persona, ya sea por algún motivo "tienes que llevar estos papeles a algún lado" Solo es eso, cosas que no puedo planificar yo al 100% y se me escapa de las manos. Pero no identifico un momento antes de eso.
60. E: ¿Sientes que controlas bien las pequeñas cosas irritantes de la vida?
61. M: mmm Si los controlo, pero lo que pasa que no pueden darme rienda suelta a que eso siga y siga, ya pueda ser una persona, una situación. Porque si no, sí que no puedo, no lo sé controlar tan bien y tener paciencia.
62. E: ¿A menudo sientes que las pequeñas dificultades que puedan aparecer, se hayan acumulado tanto que te sea imposible gestionarlas o enfrentarlas
63. M: Sí, porque como es eso, lo vas dejando una cosa y otra y otra, pues porque no tienes ganas de nada, porque estas estresada o estas en que hago con la vida, pues en ese momento es cuando ya dejas una cosa y dejas otra, y cuando te ves envuelta en todo lo que tienes que hacer... que a lo mejor no es lo que tienes que hacer, pero es lo que tú misma te lo has impuesto, pues ahí es cuando te viene todo. Y ahí ya no sabes gestionar, porque no sabes que puedes tirar para cualquier cosa e ir avanzando, pero como lo ves todo tan bola, se te hace un mundo, por lo que te sigues quedando en la habitación encerrada y no haces nada.
64. E: ¿Llevas a cabo técnicas de autocontrol para lidiar ese estrés, como meditación...?

65. M: Es que me pone muy nerviosa eso de tener la mente sin pensar en nada. Lo que me pasa igual que la meditación me... no me facilita estar tranquila porque mi cabeza sigue estando igual, por lo que "el mantente quieta, no sé qué", me da más ansiedad. Y lo mismo me pasa con los registros y demás. A lo primero me gustaba más escribir y me ayudaba bastante, pero ahora, como ya llevo tanto tiempo con los registros, solo me producen recordar cosas que no quiero, que quiero evitar, como los pensamientos que hemos dicho antes. Y al final tengo que otra vez recordar y darle vueltas y eso no me gusta. Que algo que quiera evitar, es salir, pero es muy difícil salir cuando quieres hundirte más, en el pozo.
66. E: ¿Cómo te afecta el estrés a la hora de tomar decisiones?
67. M: Pues no era consciente, de cómo afectaba, pero me afecta bastante porque no puedo tomar decisiones, como si no tuviera solución, que para que voy a perder el tiempo en eso si total, ya lo he hecho mal y no voy hacer nada bien.
68. E: ¿Ante cualquier problema con un alto grado de dificultad, te cuesta tomar esa decisión?
69. M: Sí, sobre todo si son cambios más gordos, por ejemplo, el volver otra vez la facultad y coger Historia. Luego cuando tenga más coger el ciclo superior, inglés y demás... como es un cambio bastante gordo y me puede limitar en bastantes otras cosas, yo sé que luego va a ser bueno, pero a la vez es como si viajas a un sitio y te quedas un mes en el extranjero, pues es algo nuevo para ti y que te va a dar tu cosilla... pues lo mismo me pasa con eso, aunque sea algo bueno. A menos que ya me diga alguien como tú, como lo tengo que hacer (risas)
70. E: Descríbeme cual es el proceso que tu sigues para tomar decisiones.
71. M: Antes si que la toma de decisiones era más mirando en general, viendo los típicos problemillas que pudiera tener, pero que al final lo iba a seguir adelante. Ahora mismo, no hay posibilidad, ni siquiera hay una planificación de tomar decisiones. Si es que no, es que no. Si hay algo que me suponga algo de ansiedad de cosillas así por dentro, ni siquiera lo pienso y es cuando me tienen que obligar. Ya te digo que he estado dos años sin ir a la facultad y yo tampoco era consciente de que estaba dejando pasar... porque me da miedo, entonces ni siquiera hay toma de decisiones. Es no y es no.
72. E: ¿Consideras todas las alternativas posibles antes de decidir algo?
73. M: Ahora mismo no, antes sí.
74. E: ¿Procrastinas?
75. M: Ahora un montón. Por eso te digo que no tengo fuerza de voluntad ni autocontrol.
76. E: ¿Tienes en cuenta tus emociones antes de tomar una decisión?
77. M: No. Ahora mismo no porque parece que mis emociones van cada una por... que es de su madre y de su padre, pues no... no soy consciente de "bueno, pues te sientes así y a lo mejor esto..." No, están ahí pero no soy consciente de ellas.
78. E: ¿Cuándo tomas una decisión, anticipas las posibles consecuencias? ¿Y por qué?

79. M: Sí, anticipo muchísimo. Porque siempre anticipo las consecuencias que yo misma me genero en la cabeza, ahora mismo no es que sea realista. Pues ya lo que me afecte a mí, es lo que voy a pensar y céntrate, no voy a ver otras alternativas.
80. E: ¿Cuándo tomas decisiones, tienes estrategias o técnicas?
81. M: Ehh... no, a ver, la mayoría de veces es impulso, entonces ni siquiera lo pienso. Otra cosa es que tenga que decidir entre dos cosas, ahí sí que puede ser que haga una planificación, y muchas veces, cambio de decisión cuando pienso en las alternativas, pero porque a lo primero es como más lo pienso como lo que más me beneficia a mí en algo superficial, luego cuando ya voy midiendo un poco más las alternativas y hablo también con gente y demás, y su opinión, ya veo más alternativas y seguramente cambio de opción.
82. E: En una situación de estrés en la que tiene que tomar una decisión, ¿Te bloqueas o reaccionas rápidamente?
83. M: Me bloqueo. A menos que muchas veces si hay más gente en la que tengo más confianza, si no la tengo no. Pero si hay gente que no se aclaran en alguna decisión y no es conmigo, pues ya si hablo y digo "a ver chicos, tal tal y tal". Ahora si es algo mío, ya digo a si ya bueno si pero lo evado (risas)
84. E: ¿Intentas reunir información?
85. M: Sí, porque creo que es necesario y yo no soy muchas veces consciente de la información que puedo perder. Por eso te decía que muchas veces puedo estar súper segura de una cosa y se lo digo a la gente... y cuando ya me empiezan a decir sus opiniones, me abro más a la gente y digo "a ver si la que estoy pensando de otra manera soy yo" y ahí es cuando recojo información. Luego a lo mejor no es solo información de hablar, sino información más viral y veraz
86. E: ¿Confías en tu capacidad de tomar decisiones?
87. M: No, ahora mismo no (risas). Supongo que esto cambie, espero, pero ahora mismo no soy capaz, me cuesta mucho. Es cuando no me lo han dicho, una y otra y otra vez, ya no soy consciente y cambio el chips, y por eso estoy aquí en unidad y he ido avanzando en muchas cosas, pero porque me lo han dicho. Si no, yo no soy consciente de todo lo que tendría que hacer.
88. E: ¿Alguna vez te han enseñado a tomar decisiones?
89. M: No, creo que no. Puedes poner en el curriculum que sé tomar decisiones, pero nunca me lo han enseñado.
90. E: Vamos a hablar un poco de Unidad Elca y Adaner. ¿Qué puntos fuertes encuentras en Unidad Elca y Adaner Granada?
91. M: Pues en Adaner se encarga de actividades, y aquí en Elca más de lo mismo. Tienen una gran diversidad de actividades, por lo que yo cuando entré aquí iba a ser mucho más frío, muchas reglas y tal, pero entras aquí y tienes muchas cosas que evitar. Pero se te hace muy fácil al tener actividades por la mañana de todo tipo, que si tienes grupos para hablar más en profundidad y te puedan ayudar también las otras niñas que han pasado por esto y sobre todo los enfermeros

que te ayudan bastante, te hacen ver la comida como algo que no quieres... te lo hacen más llevadero.

92. E: ¿Y cuáles crees que son los puntos débiles?

93. M: No sé, en verdad yo no... no tendría... ninguno, porque se plantea bastante bien en cuanto todo el día. A mí me viene bastante bien y no tengo síntomas, por lo que no veo punto débil a menos que sea una tontería.

94. E: ¿Qué temas verías interesantes que se trabajara en las instituciones y sobre todo en el departamento de Educación?

95. M: ¿Temas? Pues, creo que lo que se hace, habilidades sociales, saber regularnos, que pues mira que podamos tomar decisiones, que podamos también saber cómo es el mundo laboral fuera y como lo tenemos que entablar. Pues sí, yo he hecho muchas entrevistas pero al fin y al cabo, me da mucho miedo trabajar en un sitio porque pienso que no soy capaz de afrontarlo. En el mundo social y laboral.

96. E: ¿Cómo es el trato de los trabajadores y voluntarios de las instituciones?

97. M: Pues perfecto, la verdad es que me han ayudado bastante y ya no tienen por qué ser terapeutas y demás, los enfermeros mismos te dan una tranquilidad y al final se nota que es como una familia y no ves la diferencia entre tu casa, tu piso y aquí.

98. E: ¿Qué opinas de la formación personal, como método para mejorar estrés y toma de decisiones?

99. M: Creo que es muy necesario y tampoco se ve como la ansiedad, que al igual que tu no lo ves, te piensas que no la sufre todo el mundo. Los trastornos tampoco se ven, pero la ansiedad y el estrés que están a la orden del día, se piensan que tiene tres de mil, y la verdad que no hay y es necesario saber. El estrés y el autocontrol es todo lo tenemos pero como no se toca, no se tiene información de la mayoría

100. E: ¿Hay algo que me quieras contar acerca de este tema o de cualquier otro, o alguna pregunta?

101. M: Pues no, creo que no.

102. E: Pues Miriam, hasta aquí hemos llegado la entrevista y muchas gracias y espero que tengas una pronta recuperación

103. M: A ti. Seguro que sí.

## ANEXO 7: Transcripción del grupo de discusión

1. I: Buenas, empezamos el grupo de discusión. Gracias por haber venido, nos vamos a presentar.
2. AG: Yo soy Ana y soy paciente de unidad Elca.
3. EL: Yo soy Elena y soy también paciente
4. LU: Yo soy Lucía
5. AGU: Yo soy Agustina paciente de ambulatorio
6. MA: Yo soy María, paciente de unidad Elca
7. AN: Yo soy Ángela, paciente de unidad Elca
8. MAR: Yo Marta y soy paciente
9. J: Yo soy Javi y soy el educador de Unidad Elca.
10. I: ¿Sabéis porque estáis hoy aquí reunidos?
11. El: Sí, ya se nos ha comentado con anterioridad, que esto es un grupo de debate, que vamos a debatir sobre ciertos temas relacionados con el autocontrol, el estrés y tca...
12. I: Bien, pues empezamos. ¿Cómo influye a vosotras el TCA a la vida diaria?
13. AG: Por ejemplo, en el tema de sociabilizar con la gente repercute mucho porque limitas tu vida a el tema de sociabilizarse, porque hoy día se basa en temas delante de la comida, y eso al tener tanto miedo hacia cierto tipo de alimento, acabo restringiendo la salida con los amigos y poco a poco te vas aislando y acabas por sociabilizar casi nada.
14. EL: Yo estoy totalmente de acuerdo con lo que ha dicho ANA, y también quería añadir que esa parte de no socializar, considero que el perfeccionismo influye bastante, porque siempre solemos intentar dar el máximo de nosotras, sobre todo a nivel académico y laboral. Y nos dejamos de lado a nosotras mismas.
15. LU: Yo quiero añadir que me sorprende la capacidad que tiene este trastorno para influir en todos los ámbitos de tu vida, porque ya no es socializar, o que el mundo es comida y aspecto físico, pero te sorprende la capacidad que tiene el trastorno para joderte todos los aspectos de tu vida, ya sea socializar, estudios, relaciones familiares, relación contigo misma, hobby, pareja, tranquilidad...
16. MA: Yo también quería añadir, aparte de lo que ha dicho mi compañera Lucía, sobre todo emocionalmente, te deja destrozada, porque intentas expresar tus sentimientos y llega un momento en el trastorno, que no eres capaz de expresar lo que sientes y lo único que eres capaz

de demostrar es esa ira y frustración hacía la otra persona y te hace sentir más fuerte, pero en verdad lo que te está es jodiendo básicamente.

17. AG: Yo realmente hasta que no entre en Elca, no sabía que sentía, yo solo sentía rabia todo el rato, era una niña que andaba y era rabia todo el rato, entonces no sé.
18. AN: Además, como ha dicho Agus, hasta que no entras aquí o eres consciente de tu problema, creo que no eres consciente de lo que el trastorno te quita. Cuando no eres del todo consciente de que tienes la enfermedad, sabes que te pasa algo, pero no eres absolutamente consciente de todo lo que se ha visto dañado, hasta que no echas la vista atrás y además empieza a limitarte las relaciones sociales, pues la cultura en España es delante de una mesa, de comida, bares y tal. Empiezas por eso, pero te limita todos los aspectos de tu vida y la parte que más te duele y más importante. No solo las relaciones con los demás, también contigo misma. Se vuelve una relación de inseguridad continua, incluso contigo misma. Empiezas deteriorando las relaciones con los demás y al final acabas deteriorando también la tuya
19. AG: Yo creo que a ti misma es la que más te afecta. Llega un momento que ni tu propia mente te entiende y no sabe lo que siente, no sabes identificar tus emociones, ni tus sentimientos, empieza por la comida, pero es todo en tu vida, aunque no te des cuenta.
20. MAR: Yo quiero comentar algo, un poco diferente a lo que han dicho ellas. Y es que a mi algo que he estado pensando mucho, que lo he estado meditando. Todo el tiempo que he estado con el TCA, llego obsesionada conmigo misma, a todo lo que se refiere a mí, me he olvidado del mundo. Solo existo yo, es como un trastorno muy egoísta por así decirlo.
21. EL: Quería añadir una cosa a lo que había dicho Agus, que ella lo que sentía era ira, enfado... y también quería decir que no sé si os pasará a todas, pero que yo antes de entrar aquí o saber, lo que me pasaba era como un vacío constante que no sabía identificar y me hacía estar fatal todo el tiempo, por el simple hecho de no poder identificarlo y no poder conocerme a mí misma.
22. I: ¿Javi, cuál es tu rol un poco en Unidad Elca?
23. JA: Yo soy el educador, estoy con las pacientes 4 o 5 horas al día, haciendo actividades terapéuticas, y como han dicho ellas, el TCA afecta a todos los ámbitos de su vida y bueno, la labor que yo tengo y me impongo, es que sean capaces de ver la capacidad de mejora de cada ámbito de su vida, que gracia a al tratamiento y todo lo terapéutico que se hace aquí, pueden llegar a tener una formación en temas que no tenían antes: habilidades sociales y emociones, toma de decisiones y demás.
24. I: ¿Cómo lleváis el estrés ante este tipo de trastorno?
25. MA: Yo personalmente lo llevo fatal, porque es como que va avanzando durante el día. Yo me despierto y estoy súper relajada y súper tranquila, y conforme va pasando el día, voy generando estrés y ansiedad. Es decir, me levanto y estoy sola, y una vez se empiezan a levantar mi familia, es como, ya me tengo que exponer delante de ellos. Es decir, si a la hora que me ponen el desayuno estoy yo sola, estoy relajada, porque sé que bueno, pero si hay más gente ya sea tanto en Elca o en casa o en otro sitio, como me están mirando, tengo que enfrentarme a ello, pero me genera estrés. Pero a la hora de la comida como a lo mejor cuando los terapeutas también nos llaman para pesarnos, cuando hacemos actividades y no sé por dónde coger la actividad, para mí es muy difícil.

26. LU: Una persona sin este trastorno, el estrés es como un estado adaptativo, son nervios que te ayudan... si tienes un examen te ayudan a concentrarse. El problema en nuestro caso, es que ese estrés está multiplicado por mil, lo tienes en todos los ámbitos de tu vida, porque como todo se te dificulta, todo se te va a la mierda. Tienes que gestionar no solo un examen, tienes que gestionar cada cosa de tu día a día y todo se te hace un mundo. Llega un momento en que, yo me he sentido al final del día, como si hubiera corrido un maratón. No he hecho nada físicamente, pero como la tralla mental que conlleva esto, te deja agotada.
27. AG: El estrés es irracional. Estás estresada y no sabes exactamente el motivo del estrés.
28. AN: Yo lo que he notado también es una, aparte de que estoy de acuerdo con ellas, es que se intensifica en todos los ámbitos de tu vida, y te sientes incapaz de abordar cosas de tu vida cotidiana que parecen insignificantes, pero tú piensas que no voy a ser capaz. A parte, yo lo que he notado es que tengo muchísima poca cuerda, en plan a raíz del TCA, como que me estreso muy rápido y tengo muy poca paciencia, muy irascible, pues así.
29. LU: Yo eso ya lo voy apaciguando un poco con el tratamiento, pero siempre digo que soy una persona... no me saques algo malo que te salto. Qué pena estar siempre con la escopeta cargada.
30. AG: Estás como a la defensiva todo el rato.
31. MA: Vamos, que todo el mundo es el culpable, que tú siempre llevas la razón. Y si te dicen algo, pues es porque tú tienes la culpa y a la defensiva siempre.
32. AN: Con muy poca paciencia para las cosas de la vida cotidiana.
33. I: ¿Con que frecuencia lo sentís?
34. MA: Yo a diario, las 24 horas. Yo personalmente ya te digo, empiezo relajada y al final del día, es como ha dicho Lucía, me siento agotada mentalmente por el estrés que genero a diario.
35. EL: En mi caso dependo también de las circunstancias. Por ejemplo, como ha mencionado antes María, estoy más sola y tal, más relajada y bien. Pero si me tengo que exponer a una situación nueva, tengo muchísimo estrés. También me he dado cuenta que cuando ha ido avanzando un poco el tratamiento, ese estrés a final acabas controlándolo de cierta forma y entiendes que o luchas con él, o te va a hundir. Si pasas el día entero luchando contra él, al final acabas muerta literal, llegas a casa y quiero dormir.
36. AG: Yo por ejemplo, no me pasa que sea todos los días. Depende del día y situación. Como ha dicho Elena, si me enfrento a muchas situaciones nuevas o eso, si que me genera más estrés, pero hay otros días que no. Es según a lo que tú te enfrentes, las situaciones, depende del día.
37. JA: Yo me identifico en muchas pacientes que, si que es verdad que hay situaciones que le generan mucho estrés, pero entiendo que hay dos cosas que son importantes y que intensifican el estrés. Lo primero es que se están recibiendo estímulos constantes durante todo el día, que hacen recordar que tienes un tca, me refiero a canciones, tiendas, tele, películas...
38. AG: Estando en Elca ya te lo recuerda. Entrando por las puertas ya lo recuerdas.

39. LU: Es lo que ha dicho Marta antes, te das cuenta de que estás metida en tí, y dice como "hola soy el tca"
40. JA: Exacto, y cuando sales de Elca, pues todas esas cosas se intensifican. Otra cosa que creo que es importante, es la poca formación que tiene la gente externa al trastorno, y puede generar la sensación en vosotras de que estáis incomprendidas, que nadie os entiende, y eso genera muchísimo estrés y por eso también puede ser que estéis más irascibles. Porque una de las cosas que suelen decir las paciente que ingresan nuevamente, como que hay más gente como yo, que les pasan más cosas.
41. AG: Yo cuando entre, pensé que iba a estar sola en unidad.
42. JA: La poca formación o la poca información que se le da a la sociedad y a los profesionales sobre el TCA.
43. AN: Estas ya todo el día intentando luchar contigo misma, con ciertos pensamientos y es como tan sacrificado, tan duro y tan cansado, que cualquier estímulo externo ya es como saltas y te da estrés. Por eso dice María que es progresivo, porque a lo mejor llevas todo el día intentando rebatir pensamientos y luchando, y llegas a tu casa y si te caen dos veces el mando de la tele, y te estresas porque ya es como... paso.
44. LU: O alguien te dice algo que no viene a cuento, y tú dices "no vengas a tirarme por lo alto todo el trabajo que llevo hecho por favor".
45. I: ¿Y cómo es vuestra toma de decisiones? ¿Os han enseñado a como tomarlas?
46. MA: Yo la verdad es que no pienso antes de actuar. Yo lo hago y luego me arrepiento. Es como, todo a la ligera. Luego ya gracias a los terapeutas en Elca, tengo herramientas para saber que antes de tomar una decisión tengo que pensarlo, tengo que ver lo que va a ocurrir a mi favor, si hay algo que me vaya a perjudicar. Gracias a ellos he aprendido mucho, pero sigo cometiendo errores y muchas veces actúo, y luego ya que se vea después lo que pasa. Esto me afectaba para mal, porque casi siempre que haces algo así serio, pues como que te tienes que parar un poco a pensarlo.
47. MAR: Yo en cuanto a toma de decisiones, lo único que me han enseñado desde pequeña es si tomas una decisión que vas a hacer algo mal pues te castigas. Pero no te enseñan como analizar una situación para tomar una decisión. Entonces, claro, nosotras ahora por ejemplo, nuestro criterio para decidir algo, es una mierda porque no tenemos las ideas claras, no sabemos lo que queremos.
48. EL: Yo quería decir que en mi caso, completamente al contrario que María. Yo le doy muchísimas vueltas a las cosas antes de tomar una decisión, siempre voy a pensar que me voy a equivocar siempre como que necesito la aprobación externa y si esa aprobación externa está en contra un poco de lo que yo pensaba o me dan argumentos diferentes, me estreso más, me agobio y por eso mismo evitaba tomar decisiones. Es una cosa que llevaba trabajando mucho tiempo, el tomar decisiones, por mí misma y no necesitar la aprobación externa. Para mí incluso el hecho de cortarme el pelo era algo de "no sé si hacerlo o no, que hago o tal" y una de mis últimas decisiones que no pedí ayuda externa porque siempre era "mamá que hago?" pues fue decirle "me voy hacer tal y tal, y si te parece bien, bien, si no, lo acepto pero lo voy hacer porque lo he decidido yo" y la verdad que sienta genial tomar tus propias decisiones y ser consciente de que te has valorado tu misma y has sido capaz.

49. LU: Yo quería añadir el punto que ha dicho Elena, sobre todo en este trastorno está prevalente el pensamiento dicotómico, entonces comparto los dos casos. Paso de repente de cagarla y no pensar para quitártelo de en medio, a de repente, dejar de hacer cosas que quieres hacer y qué quieres decidir, pero no lo haces, ¿Por qué? porque es mejor no meterte en el fregado. Entonces se hace difícil porque todo es un mundo para ti, cualquier mínima decisión de otra persona que hace en el día a día lo hace de forma natural o por inercia, para nosotros es un mundo. Parece que todos los días es elegir una carrera o cada rato.
50. AG: Y que esa decisión, a mí sobre todo, me saliese bien. Si me salía mal la decisión, durante ese día o más, yo no tomaba más decisiones. Y tenía que volver al hecho de decir, "venga mis padres mis amigos, mis primos" tenía una lista entera para preguntar si lo hacía o no, iba recogiendo respuestas y después decía "bueno, cual es la mayoritaria" y si alguien estaba en contra mía que yo quería mucho, decía "vaya idas tengo, vaya pensamiento de mierda, que no hago nada bien" es complicado.
51. MAR: A mí me pasa a lo que a Lucía, que comparto parte de impulsividad y sin embargo para otras cosas me lo pienso, pero.... se me ha ido lo que tenía que decir
52. I: No pasa nada, piénsalo y ahora continúas. Javi, sigue.
53. J: Quería decir que la toma de decisiones, las situaciones en nuestras vida diaria se dan muchísimas, estas decidiendo que zapatos ponerte, que bus coger, con quien salir hoy, si salir o no salir, etc. Se te presentan infinidad de situaciones que tienes que decidir. Este trastorno tiene unas consideraciones que te dificultan muchísimo esta toma de decisiones, como la rigidez cognitiva, impulsividad, baja autoestima, autoexigencia, no te permites el error. Como han dicho ellas, si que es verdad que diferencio entre dos extremos para tomar decisiones. Por un lado le pueden dar mil vueltas a una situación y acabar tomando una decisión y no estar contenta, y por otro caso la impulsividad, no pensar las consecuencias y antes de pensarlo hacerlo. Entonces la labor que tenemos los profesionales es reducir poco a poco cada extremo y establecer la escala de grises que es más efectivo.
54. I: ¿Cómo creéis que podría influir el autocontrol en vuestra vida y que pensáis del control emocional?
55. EL: Conforme vas aprendiendo a gestionar lo que vas sintiendo y cuando aprendes a gestionar ese autocontrol, es una fantasía y maravilla, porque es como que no te cohibes tu misma, porque por eso, porque no tienes autocontrol, y es como "esto me apetece hacerlo pero no lo voy hacer" le das muchas vueltas a las cosas, y al contrario, no tienes autocontrol ninguno y el mínimo comentario te pone nerviosa, incluso a mí me llegaba a pasar que le cogí manía irracional a mi hermano y simplemente me rozaba y ya era como que me ponía de muy mala ostia. Y ese autocontrol es maravilloso, pues te ayuda a centrarse.
56. AG: Como que el autocontrol adaptativo te hace estar más segura de lo que haces y después no sentir esa culpa, porque es como lo que dice Elena. A mí me ha servido el autocontrol para decir, "quiero hacer esto y ya está, sin problema" y también me ha servido para no ir soltando todo lo que se me pasa por la cabeza porque haya tenido un día de mierda.
57. MAR: Es cierto que en decisiones que solo nos van a repercutir a nosotras mismas, creemos, yo por lo menos mi experiencia es nada de autocontrol, porque no te valoras lo suficiente para meditarlo. No hace falta, si sale mal, pues me jodo, pero como soy yo y no tengo demasiado

valor, pues no pasa nada. Sin embargo, con los demás se suele meditar mucho por si le va a molestar.

58. MA: Yo creo que el autocontrol, como ha dicho Marta, si es solo para nosotros, en plan para cosas que nos va a pasar a nosotras, es como que lo llevamos mejor. Lo relaciono también como con la zona de confort. Yo hago algo, por ejemplo, salir a la calle. Si voy sola, sé que voy a estar bien porque voy con la idea de que voy a ir a un sitio, y no va haber nadie que diga "primero antes de ir tengo que pasarme por el banco" no va a haber una X que se interponga algo. Sin embargo, cuando estamos con gente, ya sea amigos o familia, si tienes algo en mente y a la hora de realizarlo algo te frena, como su hermano como ha dicho Elena. Pues ya como explotas y lo pagas contigo mismo y con la persona que tienes alrededor y el autocontrol está perdido totalmente.
59. LU: Yo quería añadir otro aspecto, que me parece difícil alcanzar ese autocontrol puede convertirse en una exigencia extrema. Llevamos tanto tiempo controlándolo todo que de repente pasas al extremo contrario, al "no tengo responsabilidad de nada si toma una decisión y me perjudica, qué más da si no valgo nada" y no ves el momento en el que tome yo las riendas de decir, voy a controlar sin que llegue a ser una exigencia que me bloquee. Claro que tiene que ver control, pero con nuestra mente tan exigente es fácil que derive en el otro extremo.
60. AN: Yo en el tema del autocontrol soy de extremos. Soy pasiva o agresiva, así que negro o blanco, yo con el encontrar el gris, me conformo.
61. AG: Para llegar al autocontrol y que no se te convierte en autoexigencia, tienes que trabajarlo muchísimo, no se hace de la noche a la mañana. Se vuelve exigencia por ejemplo con las personas externas, de decir que tienes que tener mucho cuidado con lo que haces o lo que dices. Pero llega un punto de que estás segura de ti misma, de las opciones que haces, y el autocontrol no es tan difícil, te sale solo. O de valorarte a ti misma "si esta persona está diciendo no me interesa, me voy y ya está" tengo autocontrol, y no soy exigente ni nada.
62. I: ¿Creéis que el autocontrol está relacionado con el estrés y la toma de decisiones?
63. AG, AN, LU: Sí, y con ansiedad.
64. J: Yo pienso que el autocontrol para que sea adaptativo y bien gestionado, aparte de tiempo, necesita un trabajo previo en otros factores que son síntomas del trastorno. Tu aprendes a autocontrol arte de manera adaptativa siempre cuando te estés dando el valor, como la autoestima que tienes que tener, o la empatía u otros factores que son importantes y que si no trabajas eso, no vas a llegar nunca a tener un autocontrol adaptativo y bien gestionado.
65. LU: Como que cuando aprendes a gestionar y a exponer a esas situaciones para aprender a gestionar, ya llegará el momento, pero claro, tienes que exponerte a esos ámbitos y a raíz de eso estés segura de ti misma y decir "siento que tengo autocontrol en mi misma" entonces claro, hay que exponerse a distintas situaciones y muchos ámbitos, que no se trata autocontrol cosa aislada.
66. J: Tienes que trabajar otras áreas también, por ejemplo, si hay dos situaciones que te generan estrés, es muy difícil que puedas tener autocontrol. Sin embargo no sabes lo que es, eso te genera estrés y ahí pierdes el control. Si tú tienes un autocontrol, concepto de emociones, empezar a escuchar esas emociones, pues ahí empiezas a entender que es lo que estás sintiendo. Entonces eso te va a ayudar muchísimo a la hora de tener autocontrol.

67. EL: Me parece esencial lo que ha dicho. Conocer y saber lo que estás sintiendo. Se debería enseñar desde pequeños, desde el colegio, desde la guardería, y que no se tiene en cuenta, porque realmente esta gestión emocional que nos están enseñando ahora, se enseñase cuando éramos pequeños, el que estás sintiendo, el por qué lo sientes, todo este autocontrol que estaríamos hablando, se daría por hecho. No existirían estos límites, el estrés se controlaría mejor y más fácil. Como han comentado mis compañeras y Javi, está todo relacionado.
68. AN: Por eso todo viene de la poca importancia educativa y formativa en todos los aspectos. La poca importancia en la salud mental y hay muchas asignaturas que son un poco irrelevantes a veces y molaría que desde pequeños enseñaran gestión social, emocional, que sientes que piensas.
69. AG: Que le lean el emocionario desde pequeño. Muchas veces sientes rabia, sientes enfado, y te cabrea más. Me da agobio tener agobio, me da rabia tener rabia, entonces eso también es una forma de no tener autocontrol ni autogestión. Maximizo ese círculo y la emoción no dura 10 minutos, me dura 5 horas.
70. EL: Me ha parecido esencial lo que ha dicho. Es bueno sentir rabia y tristeza, cuando somos pequeños lloramos y no nos dejan sentir la emoción, nos dicen "para niño, no hagas eso o no llores" y te cortan la emoción. Hay que ponerle nombre a que te pasa y conocer por ejemplo, lo que es mala gestión, la responsabilidad afectiva, es como "ostras, ya sé que me pasa".
71. AN: A ver es que yo que haya tenido que con 20 años venir aquí para que me expliquen la diferencia entre una emoción o un sentimiento. Literalmente tuve que venir aquí para que me explicaran que era la ansiedad, o que era una emoción o sentimiento.
72. LU: A mí me parece muy triste la pregunta "te arrepientes o te gustaría que hubiera sido diferente la situación" y yo digo no, porque sé lo que pienso, creo que pienso y analizo mis emociones y digo mira, si he tenido que pasar por eso para aprender, no me arrepiento. Lo que me llevo de gestión emocional es maravillosa.
73. AG: La gente de fuera no tiene estas herramientas y estas cosas, sobre todo las personas con TCA sin tratamiento. Hay una falta de formación en general.
74. I: ¿Cuáles creéis que son los puntos fuertes de Unidad Elca o Adaner?
75. AG: Su rigidez. Y los profesionales que hay
76. EL: La difusión que hacen sobre la TCA y darlos a conocer a la sociedad. Desde Adaner me parece que hacen una labor esencial en ese sentido y Unidad Elca es, uno de los pocos centros donde hay profesionales que saben sobre el tema y lo tratan como se debe y de forma efectiva.
77. EL: El hecho que sea multidisciplinar, que haya terapeutas en todos los ámbitos, y fuera en otros tratamientos, yo que sé, no lo hay. En los hospitales, el peso, el tratar el peso y dices "madre mía si afecta a todo como puedes hacer un tratamiento con tan poco".
78. AG: El hecho de tener una unidad multidisciplinar como ha dicho ella, y de decir "tienes esto y tienes que venir te guste o no" en plan es lo que hay y es lo que te ha tocado. Al principio pues vienes lloras, dos meses y tres meses, porque yo he llorado un año entero todos los días y mucho. Pero yo que sé, después te vas dando cuenta que todo eso te ayuda. Y tener a Iván

(pedagogo) todo el rato diciendo, "haz las cosas, haz las cosas" o a Javi. Tener a todo el mundo a tu disposición por si te pasa algo o si el domingo has tenido un día de mierda y vienes aquí sin ninguna gana, y vienes aquí a tirarte todo el día en el sofá y que te venga un terapeuta y diga, "a ti te ha pasado esto por esto y no me lo quieres decir" y que te ayude.

79. AN: A parte de todo lo que han dicho mis compañeras, creo que la vocación de los trabajadores que tienen aquí, hacen muchísimo, tanto en formación, desde el enfermero, educador, pedagogo, creo que al fin y al cabo el buen funcionamiento se debe gracias a los trabajadores y el hecho de que seáis la gran mayoría personas joven, creo que a todas nos ayuda muchísimo. Que tu terapeuta tenga menos de 30 años, creo que te afecta. Rango de edad, no solo te acerca a esa persona, sino que son personas que relativamente poco que han salido de su formación, que están al día.
80. MAR: Yo iba a decir más o menos como lo que ha dicho Lucía, yo por ejemplo vengo de otros tratamientos y no tienen nada que ver. A mí me metieron en una habitación del hospital, sola, tres meses y nadie venía a verme, ni el médico. Cuando pasaron tres meses y recuperé un poco de peso me largaron, me dieron el alta y me dijeron que estaba bien. Yo creía que estaba bien porque yo no sabía lo que era un TCA. Llegué aquí, me lo han explicado y así si se puede.
81. LU: La información que te dan y el conocimiento del TCA es muy importante en Elca. Yo también quería decir que un punto positivo, las normas que se han creado porque hacen que la convivencia te motive. Tener a tus compañeras y el que se haya creado con un ambiente de respeto. Te motiva ver que hay personas como tu luchando pero que se puede, que tienes compañía y que no es una cárcel. Hay buen ambiente y sobre todo respeto.
82. MA: Yo veo bien lo que ha dicho Lucía, pero a mí lo que me gusta de Elca, es la progresividad. Estamos todo el día encerradas porque al fin y al cabo estamos encerradas, y nos quitan entre comillas, libertad para tener una tarde libre. Entonces los terapeutas conformen va avanzando nuestro tratamiento, si respondemos bien, nos van dando libertades, permisos, para poder ir recuperando tu vida normal. Porque es verdad que es bueno estar aquí con más gente, porque no es lo mismo estar en una habitación de hospital encerrada todo el día y que solo veas luz para la hora de comer y no te echen más cuentas, porque yo también lo he vivido, a estar con más gente, rodeada, que te saquen de tu zona de confort. Es un aspecto muy positivo el que veo.
83. AG: Un aspecto positivo que veo son los grupos y una cosa que quiero decir pero no sé si puedo. No vayas (a maría) con el pensamiento de que los terapeutas te dan o te quitan cosas, ellos realmente no te quitan la libertad, la libertad nos la ha quitado la enfermedad, el TCA. Si te dan cosas es porque tú estás mejorando y vas cambiando. Realmente estar fuera con la enfermedad una tarde, no te sirve para nada, mejor está en Elca.
84. AN: Otro punto fuerte es que hagamos cosas a parte de nuestras consultas terapéuticas. Las actividades que hacemos por las mañanas, los talleres que organizáis, creo que eso es de las mejores cosas que hace Elca y nos dan vidilla dentro.
85. JA: Yo quiero decir lo que antes ha dicho María, de que os quitamos las libertades. Yo pienso que depende del punto del tratamiento en el que se esté, se necesita más retención, depende del momento en el que os encontréis. Pienso que uno de esos puntos clave que dentro de esa retención, es que se crea un espacio seguro en el que se pueda fallar y poner a prueba todo lo que se aprende en las consultas. Si tu estas aprendiendo a gestionar la frustración o el miedo al ridículo, aquí se genera un espacio que se puede hacerlo, y si fallas no va a pasar nada y

preparándote para la vida de fuera. A medida que vayas avanzando en este espacio seguro, y lo vayas haciendo con éxito, entonces estás preparándote para hacerlo fuera de Elca. Y respecto a lo que también es una unidad multidisciplinar, otra cosa que es un punto fuerte y nos diferencia de otros centros, es el tema de seguir con tu ritmo académico. Pienso que muchos pacientes que entran aquí, es en edad de estudio, adolescentes o universidad. Eso ligado a la autoexigencia, el perfeccionismo y demás, te puede llegar a tener frustración y eso te puede dar más si abandonas tus estudios, entonces junto con la nutrición, consultas psicológicas y esa continuación académica, es lo que nos hace más fuertes.

86. EL: Yo quería hacer una puntuación de lo que ha dicho Javi, es que si al entrar aquí se nos quitara directamente el ámbito académico, sería una frustración más y algo echarnos encima, por así decirlo. Y que desde el principio se nos deja claro que primero somos nosotras y que el estudio es secundario, sí que es cierto que gestionarlo y hablar con profesores y estar con todo es mucho más fácil a través de nuestro pedagogo, es que nos enseña muchas cosas. Yo sin él no habría sabido hacer el TFG, te lo juro.
87. I: ¿Cuáles creéis que son los puntos débiles de Unidad Elca y Adaner Granada?
88. EL: De Adaner no puedo decir mucho porque no he tenido tanto contacto, pero si que es verdad que estaría bien que tuviera más difusión y fuese más conocido a nivel social y por la parte de Unidad Elca, considero un poco el tema de cómo lo lleva las pautas cada enfermero. Porque nos liamos un poco. Están claras, pero hay veces que se difuminan un poco.
89. LU: Para mi hay dos cosas que me están pasando ahora. Los dos grupos por tema covid, pero los separaría por edades. Porque entiendo que se hace para fomentar que nos conozcamos todos, pero pienso que no puedes explicar lo mismo a la persona de 10 años, o se lo puedes explicar pero de otra forma. Nos perjudicamos ambos, la gente más pequeña porque no entiende el vocabulario que podemos utilizar los grandes, y nosotros los grandes porque nos ententece eso. Entonces puede mejorar eso. Lo otro entiendo, me gustaría que los grupos de autoayuda de los martes, le metería más caña. Se tratan temas que yo puedo hablarlos en comedor. Hay temas que he dicho "bueno pues nada".
90. AN: Que haya más momentos en los que...
91. AG: ¿Ya no sacan la cajita?
92. MAR: No, hace mucho.
93. AN: Tanto que haya más grupos de autoayuda, como hay veces que están de relleno. Diciéndolo bastamente eso, pero si no hay nadie que no saque un tema profundo, se queda ahí un poco el grupo como... de qué hablamos.
94. AG: Con respecto al grupo, echaría en falta que las terapeutas lleven como algo de base preparado, tratarlo si no salen temas. Y al estar dividido por grupos, una semana le toca a un grupo y otra semana otro. Al mes haces dos grupos de autoayuda y si uno es más flojito es para nada. Yo creo que deberíamos hacer como más frecuentemente o uno conjunto. Aunque sean días diferentes. Y después otro punto débil, es que a lo mejor, los terapeutas por la parte psicológica como que tienen demasiadas pacientes. Somos muchas y a lo mejor yo creo que en unidad hay dos psicólogos.

95. AG: Que se hiciese como antes, como cuando no había covid. En el momento que no había grupo te tocaba una señora que te hablaba sobre el currículum o el aborto.
96. AN: Y si en el grupo nadie saca tema, que los terapeutas tengan un plan B. Si no sale tema, pues completamente de acuerdo con AG, falta personal.
97. MAR: Dejan sin repartir el yogurt de galleta (RISAS).
98. AGU: Yo era siempre el mismo yogurt, que haya variedad.
99. I: ¿Y con respecto a la formación de profesionales?
100. JA: Bueno, a ver. La formación que se nos da a los profesionales previamente a trabajar en Elca o con este trastorno. En mi caso fue inexistente. Todo lo que he aprendido ha sido por mi cuenta o apuntándome a cursos o leyendo o incluso cuando empiezas a trabajar aquí. Es totalmente necesario que las personas se formen, sobre todo los profesionales, y no solo los profesionales. No solo formación, si no información. Si nos centramos en formación, en la toma de decisiones se necesitaría hacerlo desde una forma más intensa, pues se dificulta cuando tienes este tipo de trastorno, pero hay muchísimas más que te pueden dificultar esa toma de decisiones. Creo que si no se forma a la personas que tienen que formar a la gente que tratara a estas personas, pues creo que vamos mal.
101. I: ¿Qué opináis sobre la formación del autocontrol como mejora del estrés y la toma de decisiones?
102. EL: Yo opino que muchas veces se está trabajando de forma indirecta igual sería conveniente en algunos casos. Realmente creo que se trabaja a un nivel intenso y que como ya hemos dicho nos ayuda a la toma de decisiones y sobre todo a la gestión del estrés.
103. AG: Yo creo que el tema del autocontrol es un tema importante para nosotras, pero creo que se debería de enseñar desde pequeños, fuera de este trastorno. En los colegios si se enseñara a autocontrolarnos y a controlar emociones, se evitarían ciertos trastornos.
104. JA: Pienso que las pautas que se nos dan con respecto al autocontrol y el estrés, la formación, es escasa. Pienso que en este trabajo se dan situaciones de estrés y en ningún lado se preocupan por los trabajadores como gestionar ese estrés. La exigencia es la misma pero es escasa.
105. LU: En un trabajo que supone un estrés, debería de estar cubierto.
106. JA: Los trabajos que se originan estrés, deberían de darse formaciones internas para trabajarlos.
107. I: ¿Este trabajo fomenta el estrés en los trabajadores?
108. JA: Sí, yo pienso que sí. Bajo mi experiencia, sí que se te dan experiencias de manera diaria en las que tienes que controlar impulsos. Sí que es verdad que te esfuerzas en controlar las circunstancias en las que está cada una de las pacientes, sí que es cierto que muchas situaciones te generan estrés. No digo que las pacientes no cumplan las pautas o desobedezcan, que también puede generarte estrés las situaciones tan duras y complicadas en las que se

encuentran las personas con las que trabajan. Llegas a casa y no es plato de buen gusto verlo de manera tan directa, te provoca estrés.

109. AG: Hace falta mucho personal para todas las pacientes que estamos. Son pocos y necesitan más para distribuirse a la gente que estamos aquí.
110. EL: Sobre lo que ha dicho Ana, lleva razón, y al estar separados por dos grupos y un educador, genera más estrés "tengo que irme con este grupo, pero que este no se quede sin vigilancia" entonces me agobia hasta yo diciéndolo.
111. I: ¿Eso se puede transmitir "ese estrés"?
- 112.
113. EL: Normalmente no, pero lo notamos y se entiende. Porque si tienes gente gritando en un grupo y al otro grupo la gente durmiéndose.
114. ANG: Y "x" personas gritando, quejándose. No hay personal.
115. EL: Muchas veces por cabezonería por nosotros mismo, pero otras veces por el trastorno, se dan respuestas fuera de tono, y claro, tener que tragarte tu impulso para decir "pues vete" tiene que ser complicado. También con respecto la falta de personal que comentaba antes Ana, el pedagogo en época de exámenes es como "te necesitamos, oye Iván ven, oye no sé qué" lo ves y dices, ¿pero le faltan horas a ese hombre, vive?
116. MAR: El año pasado se notó muchísimo una figura de Javi, un Javi. Yo nunca he visto a Iván más estresado.
117. AGU: Le faltaba llorar, cada salida era una angustia, una odisea "que has dicho, que has hecho, no te acerques" (risas)
118. I: ¿Para terminar, queréis comentar algo?
119. JA: Quiero decir que lo que menos estrés me genera son las malas contestaciones. Muchas veces es falta de autocontrol. Son las circunstancias.
120. I: ¿Qué pensáis que podéis hacer para mejorar vuestra situación?
121. MA: Hacer caso a los terapeutas.
122. MAR: Constancia.
123. AGU: No dejarlo. Y aunque no puedas y le veas la utilidad, si seguir, seguir y todo.
124. AG: Yo creo que fuerza de voluntad, mucha. Para salir de nuestra situación. Hacerle caso a los terapeutas. No rendirse. Intentar forzarse cuando estés mal y no tirar la toalla, intentar aunque sepas que lo estás pasando mal, ve que el futuro merece la pena.
125. LU: Recordarte el objetivo.
126. JA: Pienso que recordártelo a ti mismo es fundamental, porque todas las personas que hemos estado alguna vez en algún tipo de terapia, es como que te pegas muchísimo tiempo

diciendo "que hago aquí, no sé qué hago aquí", hasta que un día lo sabes. En ese proceso del no sé qué hago, si sabes por qué has acudido. Entonces recuérdatelo.

127. AGU: Yo hay veces que se te olvida, pues los últimos días de unidad, muchas veces lo seguía pensando. Y ahora que he salido, lo echo de menos. Me gustaría haberme quedado un tiempo más. Cuando sales no lo ves tan malo.
128. AN: Recordarte el objetivo y recordarte el motivo por el que entraste. No solo a donde quiero llegar, sino porque. Muchas veces pasas por un momento estable en el tratamiento que piensas que "que hago aquí y no sé qué", y de repente te pegas la bajona del siglo, y dices "ostia, estaba aquí por esto "o cuando piensas que no puedes tirar más del carro dices "yo por qué entré aquí".
129. AGU: Pero en muchas ocasiones no te das cuenta del por qué has entrado aquí. Ni te das cuenta de la situación en las que te encuentras. Entonces si eso no ocurre, directamente, pues es ir como los burros. Todo para adelante, hacer caso, aunque te duela y te joda por dentro y tú llores todos los días, pues juro que lloraba todos los días. Tú para adelante adelante, y si no le ves nada de decir, te levantas y dices "si yo estoy bien" da igual, tú sigues.
130. AG: Yo creo que es confianza.
131. AGU: Confianza. Porque si lo dicen es por algo. No te lo van a decir porque no se van a levantar para joderte.
132. MAR: Yo iba comentar algo, y es que me parece súper importante cuando llegas a unidad, no sé si es a todas la tarea de "que hago aquí, por qué he venido?" yo tardé meses en hacer esa tarea. Me negaba hacerla porque me han obligado.
133. I: Para terminar ¿Qué conclusiones podemos sacar? ¿U alguna pregunta?
134. AG: Creo que este trastorno es muy desconocido por la sociedad y se debería de dar más información y también información real, pues está muy estigmatizado y la gente se cree cosas que en verdad no son.
135. EL: También creo que ha quedado bastante claro que no es un trastorno solo conductual, que la conducta viene después del desgaste psicológico y que si desde pequeños en colegios y guarderías y tal, se tratará el aspecto emocional, el autocontrol, la gestión del estrés y el conocimiento de tus emociones, se reduciría no solo el TCA, sino también trastornos mentales. Sería realmente un avance social.
136. AGU: La educación es muy importante, si no, no vamos a ningún lado. Y más ahora la sociedad con las redes sociales, los tiktok y la tele...
137. MAR: También lo malo de las redes, ya no es que den poca información, es que dan mucha información falsa.
138. LU: El Carlos Ríos
139. ANG: Calla, ese es Voldemort
140. MA: Ese no lo menciones.

141. JA: Yo unas conclusiones que saco y enfocándolo un poco con el tema que hemos venido a tratar, es que nos hemos dado cuenta de que la toma de decisiones es muy importante al día día, y que realmente no se nos da una formación específica y contundente con respecto a eso. Lo echo mucho en falta.
142. Todos: Y que os queremos mucho a todos los terapeutas. (bromas)
143. I: Muchas gracias por vuestra ayuda.

## ANEXO 8: Técnica del semáforo

Esta técnica consiste en aprender a gestionar las conductas y emociones para obtener un mayor autocontrol adaptativo y mejorar la toma de decisiones, a través de la metáfora del funcionamiento de un semáforo.

A continuación se explicará las 3 fases:

**Rojo**



**PARA**

En esta fase, se debe de parar cuando algún elemento de nuestro alrededor nos enfada, a la vez que identificamos la emoción estamos sintiendo.

**Amarillo**



**PIENSA**

Una vez parados, es el momento de evaluar cuál es el problema y planificar como vamos a actuar.

**Verde**



**ACTUA**

Una vez planificado lo que vamos hacer, es hora de llevar a cabo la mejor de las soluciones.

Es importante llevar a cabo una evaluación de los resultados para próximas situaciones.

## ANEXO 9: Técnicas de autorregulación

Como regulamos nuestra actividad a través de tres estrategias principales:

- **Planificación:** consiste en anticipar las estrategias que se van a utilizar y los posibles resultados que estas puedan ofrecernos.
- **Control o supervisión:** consiste en realizar actividades de revisión, de verificación o de rectificación de las estrategias previamente seleccionadas.
- **Evaluación:** Evaluar la eficacia de la estrategia utilizada.



Preguntas para realizarse en la etapa de evaluación:

- 1 • ¿Qué he hecho?
- 2 • ¿De qué forma lo he hecho?
- 3 • ¿Cuáles han sido las dificultades he tenido?
- 4 • ¿Para que me ha servido?
- 5 • ¿Dónde lo podría aplicar la próxima vez?

## ANEXO 10: Registros de situación autocontrol

<b>Situación de autocontrol desadaptativo</b>	<b>Sentimientos que provoca</b>	<b>Posibles alternativas adaptativas</b>	<b>Estrategias utilizadas</b>	<b>Evaluación</b>

## ANEXO 11: Lista de técnicas de autocontrol

1. Autoobservación consciente de los siguientes elementos:
  - Situaciones que nos produzcan estrés.
  - Cambios fisiológicos debido al estrés como puede ser la respiración, sudoración, palpitaciones, etc.
  - Pensamientos causados por el estrés o que deriven al mismo.
  - Conductas realizadas.
2. Marcar objetivos
  - Definir objetivos realistas y concretos teniendo en cuenta nuestras circunstancias, habilidades y capacidades.
3. Modificación del entorno
  - Cambiar condiciones ambientales con la finalidad de conseguir conductas adaptativas y posibiliten la consecución de objetivos
  - Modificar estímulos adversos que generen estrés.
4. Cambios de respuesta fisiológica
  - Controlar la respiración
5. Preguntas y respuestas realistas
  - ¿Qué posibilidad hay de que suceda esto?
  - ¿Qué puedo hacer para que esto no llegue a ocurrir?
  - Creo que estoy estudiando lo suficiente para aprobar
  - Todo el mundo me dice que lo hago bien
6. La risa como método para combatir el estrés:

- Ver películas cómicas
- Quedar con gente positivas y con buen humor
- Acudir a monólogos
- Vídeos y programas de humor

**7.** Buscar distracciones

**8.** Recompensas

**9.** Gestión del tiempo

- Establecer prioridades
- Cuenta bancaria de resistencia al estrés

**10.** Autoevaluación consciente de las estrategias que se han utilizado y sus resultados



## 2. Planteamiento sobre la validez de los pensamientos actuales

- ¿Cuáles son las evidencias a favor del pensamiento desadaptativo?
- ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?
- ¿Cuáles son las evidencias que existen en contra del pensamiento desadaptativo?
- ¿Hay otras interpretaciones diferentes?
- ¿Qué probabilidad hay de que las interpretaciones diferentes sean verdaderas?
- ¿Qué evidencias hay a favor y en contra de estas nuevas interpretaciones?

## 3. Planteamientos sobre la utilidad de pensamientos

- ¿Este pensamiento desadaptativo me ayuda a sentirme bien o a conseguir los objetivos propuestos?
- ¿Me resulta ventajoso pensar de esta forma?
- ¿Qué impacto tiene este pensamiento en mi conducta y en mis sentimientos?
- Si las cosas son realmente así, ¿Qué puedo hacer para cambiar la situación negativa?

## 4. Identificación de pensamientos adicionales y adaptativos

- Si los pensamientos desadaptativos son verdad:
  - i. ¿Es tan malo como parece?
  - ii. ¿Es una catástrofe?
- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente así?
- ¿Qué pasaría si sucediera lo peor que pienso?
- Busca y genera pensamientos y frases alternativas. Por ejemplo:
  - i. No me gustaría suspender, pero si suspendo no se acabará el mundo.
  - ii. Me he programado y me dará tiempo a estudiar
  - iii. La mayoría de la gente aprueba esta asignatura
  - iv. Normalmente, cuando he estudiado, apruebo.

### ANEXO 13: 6 sombreros para pensar

Dinámica utilizada para conseguir optimizar la toma de decisiones individuales y grupales mediante el análisis de diferentes perspectivas utilizando la metáfora de los sombreros de colores.

Cada sombrero de color tendrá la función de analizar la situación desde diferentes perspectivas, con la finalidad de aglutinar información suficiente para tomar una decisión.

Si te sientes desorientada o indecisa, pon en marcha esta dinámica.

- Sombrero blanco: representa el trabajo objetivo, datos, hechos y cifras. Al usarlo, tendremos que trabajar como si fuésemos un ordenador, sin tener en cuenta las opiniones y creencias. No hay argumentación ni explicación.
- Sombrero rojo: se trabaja con sentimientos y emociones. Es lo opuesto al sombrero blanco y a la información objetiva y neutra. Permite utilizar intuiciones, presentimientos y no hace falta justificarlos.
- Sombrero negro: la parte negativa, crítica y pesimista de la situación. Puede ser un pensamiento lógico, pero desde una perspectiva negativa. Necesario para darnos cuenta de errores, peligros, problemas, etc. Cuidado con darle analizarlo todo desde este sombrero.
- Sombrero amarillo: análisis positivo y constructivo. Observa los beneficios de una decisión y permite expresar todos los elementos positivos, pero siempre aportando argumentos que lo demuestre. También es el encargado de la operatividad, hace que ocurran las cosas. Es lo contrario al sombrero negro.
- Sombrero verde: pensamiento creativo. Su objetivo es crear nuevas ideas y percepciones que no se han teniendo en cuenta. Elimina las ideas antiguas y se centra en el cambio. Permite visualizar nuevos caminos y alternativas.
- Sombrero azul: director de orquesta. Organiza todos los pensamientos y lo analizado mediante los sombreros para tomar la decisión. Permite aglutinar la información que posibilite el plan de acción o la toma de decisión.

A continuación, procederemos a llevar a cabo una dinámica grupal para tomar una decisión ficticia:

“Somos un estudiante de 2º de Bachiller que está indeciso por elegir tres carreras: Derecho, Turismo o Pedagogía”

## ANEXO 14: Lista de decisiones y afrontamiento

Decisión	Problemáticas	Estrategias	Acción y evaluación

## ANEXO 15: Aprendizaje basado en problemas

La siguiente actividad consiste en la gestión de un caso ficticio de una empresa. Para ello, se dará una información inicial y después por grupos tendrán que buscar más información para resolver los problemas que se proponen.

Se necesitará la participación de 5 voluntarios que serán las personas que trabajan en la empresa que ha pedido ayuda. Cada voluntario tendrá un rol y éste dará la información necesaria:

Voluntario 1: Encargada de la empresa. Dara información general, pero tiene una actitud muy pasiva y desorganizada. En teoría es la que toma las decisiones finales, pero no lo hace.

Voluntario 2: Encargado de los materiales. Es una persona muy estresada, lo que hace que siempre esté alterada y preocupada en exceso.

Voluntario 3: Encargado de las flores. Esta persona no sabe lo que hacer, siempre se está quejando de su trabajo pero no toma la iniciativa para cambiar.

Voluntario 4: Encargado de la poda de árboles. Es una persona muy perfeccionista, a tal punto que lo quiere hacer todo él si no lo ve bien. Llega un momento que no puede más y a veces explota con su mal genio.

Voluntario 5: Encargado del riego. El profesional está aislado del resto. Se pone los cascos de música y solo se preocupa por su trabajo. Si le dices que tiene que ayudar, se pone a la defensiva.

**Grupos:** 3-4 personas

**Contextualización de la situación:** Somos una organización destinada a la ayuda a empresas en el aspecto de gestión de conflictos internos y organización empresarial.

**Problema:** Nos ha contratado una empresa de jardinería para gestionar un trabajo en la Alhambra de Granada, el cual consiste en el mantenimiento de sus jardines por un año. El problema es que dicha empresa tiene demasiados problemas internos que impiden la consecución de los objetivos propuestos.

La encargada de la empresa nos cuenta que tiene varios problemas en su empresa, lo que se traduce en un ambiente de estrés y ansiedad generalizado. Muchas veces no se piensa con claridad, y por tanto, las acciones que se llevan a cabo son erráticas. Hace tiempo que no hay una organización y un liderazgo eficiente, lo que ha llevado a una actitud de desgana y pasividad en sus trabajadores. Siempre van despistados y descentrados.

**Objetivos a conseguir:**

- Recoger más información sobre lo acontecido en la empresa, de los trabajadores de la empresa.
- Identificar las dificultades y necesidades que están teniendo.
- Elaborar un plan de acción que palie esas necesidades.
- Crear una evaluación periódica.

## ANEXO 16: Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**Información y consentimiento de la investigación**

Estimado participante. Vas a participar en una investigación llamada “Relación entre autocontrol, estrés y toma de decisiones en personas con TCA. Una acción formativa”, llevada a cabo por la Facultad de Educación de la Universidad de Granada.

Para ello, accederás a realizar una entrevista semiestructurada con el entrevistador principal: Iván Ramírez Pérez.

En la entrevista, se hablará sobre elementos relacionados con el estrés, la toma de decisiones, el autocontrol y TCA, con la finalidad de recabar información para la mejora de las personas que sufren este tipo de trastorno.

Dando este consentimiento, autorizo que estos datos puedan ser utilizados con fines científicos en publicaciones de revistas científicas.

Nombre del paciente y/o profesional: ..... Documento

de identidad (tipo y número):.....

Firma: .....

Fecha: .....

