



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Programa de prevención de
trastornos de la conducta alimentaria
en la infancia tardía y la adolescencia
temprana.**

Trabajo fin de Máster

Autora: Aida Amigo Bueno

Tutor: Sergio Martín Corzo

8 de marzo de 2026

Resumen

Diversos estudios han señalado la conveniencia de implementar estrategias preventivas en etapas previas a la consolidación de los trastornos alimentarios. Sin embargo, una parte importante de los programas existentes se aplican cuando la sintomatología comienza a manifestarse con mayor claridad o en etapas evolutivas posteriores, en las que los mecanismos implicados pueden encontrarse más consolidados.

El presente trabajo desarrolla una propuesta de programa de prevención universal dirigida a niñas de entre 8 y 12 años, con intervención en paralelo con las familias. La propuesta se fundamenta en los factores señalados por la literatura como relevantes en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios, articulando sus contenidos en torno a la sobrevaloración de la figura y el peso, la satisfacción corporal, el perfeccionismo, la flexibilidad cognitiva, la tolerancia emocional, el autoconcepto y el funcionamiento familiar percibido. El programa se estructura en 16 sesiones grupales, divididas en seis bloques secuenciales que integran el trabajo sobre pensamiento, emoción y criterios de valoración personal desde una perspectiva no patologizante y con enfoque de género.

En conclusión, la propuesta plantea situar la prevención en edades más tempranas a las de los programas actuales, fortaleciendo procesos psicológicos implicados en la vulnerabilidad a los trastornos alimentarios antes de su posible consolidación, con el objetivo de favorecer formas de autoevaluación más amplias, flexibles y menos centradas en la apariencia corporal.

Palabras clave: autoconcepto, flexibilidad cognitiva, perfeccionismo, satisfacción corporal, tolerancia emocional, trastornos alimentarios.

Abstract

Several studies have pointed out the advisability of implementing preventive strategies in stages prior to the consolidation of eating disorders. However, a significant proportion of existing programmes are applied when the symptoms begin to manifest themselves more clearly or in later stages of development, when the mechanisms involved may be more consolidated.

The present study develops a proposal for a universal prevention programme aimed at girls aged 8 to 12 years, with parallel intervention with their families. The proposal is based on factors identified in the literature as relevant to the development and maintenance of eating disorders, with content focusing on the overevaluation of weight and shape, body satisfaction, perfectionism, cognitive flexibility, emotional tolerance, self-concept and perceived family functioning. The programme is structured into 16 group sessions, divided into six sequential blocks that integrate work on thoughts, emotions and personal standards of self-evaluation from a non-pathologising perspective and with a gender focus.

In conclusion, the proposal aims to bring prevention to an earlier age than current programmes, strengthening the psychological processes involved in vulnerability to eating disorders before their potential consolidation, with the goal of promoting broader and more flexible forms of self-evaluation that are less centred on physical appearance.

Keywords: body satisfaction, cognitive flexibility, eating disorders, emotional tolerance, perfectionism, self-concept.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación, que deriva en una afectación en el consumo o la absorción de los alimentos y causa un deterioro significativo en la salud física o el funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association (APA), 2022).

El DSM-5-TR (APA, 2022) contiene un capítulo de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en el que recoge los criterios diagnósticos 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 de atracones.

La característica principal de la pica consiste en la ingestión de sustancias no nutritivas de forma persistente. En cuanto a la rumiación, se caracteriza por la regurgitación repetida de alimentos después de comer. Por su parte, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos es una evitación o restricción de la toma de alimentos asociada muchas veces a las características sensoriales de los alimentos. En cuanto a la anorexia nerviosa, esta se define como la restricción de la ingesta relacionada con un miedo intenso a ganar peso y una alteración de la imagen corporal. En el caso de la bulimia nerviosa, la característica definitoria es la presencia de episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso. Por último, el trastorno de atracones consiste en episodios recurrentes de atracones en ausencia de conductas compensatorias (Roncero y Perpiñá, 2020). Se especifican los criterios diagnósticos completos recogidos en el DSM-5-TR (APA, 2022) en el Apéndice A.

De acuerdo con un informe realizado por el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (del Pino et al., 2021), se estima que un 5% de la población mundial

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

presenta un trastorno de la conducta alimentaria en la actualidad. Este porcentaje se eleva a un 10% cuando se incluyen en la muestra formas amplias, parciales y subclínicas.

Según lo expuesto en Roncero y Perpiñá (2020), estos trastornos pueden dividirse en dos grupos: los trastornos de la ingestión de alimentos (*feeding* en inglés) y los trastornos alimentarios (*eating* en inglés). La diferencia principal reside en que los primeros se asocian al acto de ser alimentado por otro y se presentan fundamentalmente durante la infancia (la pica, la rumiación y el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos). Por otro lado, los trastornos alimentarios (en lo sucesivo, TA) se relacionan con el acto de comer realizado por el propio individuo (anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones). A lo largo del presente trabajo se prestará especial atención a este segundo grupo de trastornos, ya que constituyen el tema central del mismo.

Como indica Perpiñá (2015), en España la prevalencia de los TA se sitúa entre el 0,2% y el 0,7% para la anorexia nerviosa, entre el 0,4% y el 0,8% para la bulimia nerviosa y entre el 0,7% y el 4% para el trastorno de atracones. En un estudio realizado en diferentes ciudades gallegas (Otero et al., 2009), alrededor del 1% del alumnado de 1º de ESO presentaba un TCA a niveles clínicos, mientras que entre un 5,9% y un 10,45% mostraba síntomas compatibles con alto riesgo de desarrollar un TCA durante el siguiente año.

En las últimas décadas, estas cifras han aumentado notablemente; no obstante, la prevalencia de la anorexia nerviosa parece haberse estabilizado, mientras que los casos de bulimia nerviosa continúan en aumento. De acuerdo con la revisión sistemática realizada por Galmiche et al. (2019), la prevalencia puntual de los TA aumentó en un 3,5% en el período 2000-2006 y un 7,8% entre los años 2013 y 2018.

Además, se ha descrito una marcada diferencia de género en la distribución de la prevalencia de los TA. La frecuencia de la anorexia nerviosa en población femenina es del 0,9%, mientras que en la bulimia nerviosa alcanza un 1,5%. En el caso de los hombres, las cifras estimadas son del 0,3% y 0,5%, respectivamente (Roncero et al., 2021). En el trastorno de atracones los índices de prevalencia son entre dos y tres veces mayores en mujeres (0,61-1,6% en mujeres y 0,26-0,8% en varones), según los datos recogidos en el DSM-5-TR (APA, 2022). En conjunto, los datos disponibles indican que la mayoría de los casos de TA se concentran en población femenina, por lo que a lo largo del presente trabajo se utilizará el género femenino al hacer referencia a las personas con TA.

Además de la prevalencia, es importante tener en cuenta la gravedad de las complicaciones asociadas a los TA. Según recoge Perpiñá (2015), los TA presentan las tasas de mortalidad más altas entre los trastornos mentales. La anorexia nerviosa muestra una mortalidad especialmente alta, estimada en un 5,6% por década, seguida de la bulimia nerviosa con un 3,9%. Estas cifras están relacionadas principalmente con el suicidio, la inanición y complicaciones físicas. En cuanto al trastorno por atracones, se estima una mortalidad de hasta un 3%, fundamentalmente asociada a complicaciones derivadas de la obesidad (Roncero y Perpiñá, 2020). Estas cifras justifican la necesidad de comprender los factores implicados en la aparición de los TA.

La APA (2022) divide los factores de riesgo de los TA en tres categorías: temperamentales, ambientales y genéticos o fisiológicos. Entre los factores temperamentales, destacan los rasgos obsesivos en la infancia, las preocupaciones relacionadas con el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos y el desarrollo de un trastorno de ansiedad social o ansiedad generalizada en la infancia.

Entre los factores ambientales, destacan la influencia de la cultura y entornos en que se valora la delgadez, así como la interiorización de un ideal de cuerpo delgado y haber sufrido abusos físicos o sexuales. Por último, los factores genéticos y fisiológicos se refieren a un mayor riesgo entre los familiares biológicos de personas con un trastorno alimentario, la obesidad en la infancia y el desarrollo puberal temprano. En el caso de la anorexia nerviosa, también se señalan la resistencia a la insulina, las alteraciones en el perfil lipídico y un procesamiento anómalo de la recompensa a nivel cerebral (APA, 2022).

En su revisión, Barakat et al. (2023) identifican diferentes factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, diferenciando entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Entre los factores biológicos destacan la existencia de antecedentes familiares de estos trastornos, la desregulación de la microbiota gastrointestinal y problemas en el sistema inmune, como la diabetes o el síndrome de Crohn. Por otro lado, se identifican como factores de riesgo psicológicos las experiencias adversas durante la infancia y adolescencia, la pertenencia a familias con dinámicas disfuncionales y la percepción de la calidad de la relación con los progenitores. Dentro de este grupo, también señalan como factores un elevado índice de masa corporal (IMC) en la infancia, rasgos de personalidad como la obsesividad, la impulsividad y el perfeccionismo; así como la preocupación por la imagen corporal, la insatisfacción corporal y la interiorización del ideal de delgadez. Por último, a nivel sociocultural, se identifican factores como el canon de belleza basado en la delgadez y la importancia de la figura, la participación en deportes de élite y el género, siendo las niñas las que sufren un mayor riesgo, así como los niños y niñas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+.

Estos datos de prevalencia, mortalidad y factores de riesgo se establecen basándose en los criterios propuestos por los sistemas de clasificación oficiales. Dichos criterios resultan

útiles para facilitar la comunicación entre profesionales y obtener datos epidemiológicos como los expuestos anteriormente. Sin embargo, presentan ciertas limitaciones, ya que carecen de una perspectiva evolutiva y del desarrollo, lo que ocasiona lagunas en el diagnóstico de las dificultades con la alimentación cuando se convierten en trastornos (Perpiñá, 2015).

Los datos sobre la edad de inicio recogidos en el DSM-5-TR (APA, 2022) muestran que los primeros diagnósticos de un TA suelen producirse en la adolescencia o adultez temprana. Sin embargo, existen diversos estudios que señalan un incremento de casos en edades cada vez más tempranas. En España, el estudio poblacional sobre hospitalizaciones de Vázquez-Giraldo et al. (2024) evidenció un aumento progresivo de los ingresos por TCA en población infantil y adolescente temprana. Asimismo, un estudio realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias concluyó que la incidencia de los TA en la edad pediátrica ha aumentado en las últimas décadas (Dueñas et al., 2015). A nivel internacional, investigaciones recientes señalan que el mayor incremento de sintomatología se produce entre los 12 y los 15 años, destacando además que la mayoría de los programas de prevención se implementan de forma tardía (Breton et al., 2022). En conjunto, estos hallazgos apuntan a una detección creciente en edades tempranas. En esta línea, la revisión de prevención e intervención temprana de Koreshe et al. (2023) destaca que las estrategias preventivas resultan más eficaces cuando se implementan antes de que los síntomas se consoliden clínicamente, lo que respalda la pertinencia de programas dirigidos a niñas de 8 a 12 años.

Además, el riesgo y las manifestaciones iniciales pueden aparecer antes de que se cumplan los criterios diagnósticos por completo, ya que para diagnosticar un TA es necesario que aparezca en las pacientes el componente cognitivo de miedo a ganar peso o una preocupación excesiva por la constitución corporal. En las niñas y adolescentes con

dificultades en la alimentación se observa con frecuencia restricción alimentaria, pero es más inusual que expresen el miedo a ganar peso, aunque en posteriores etapas puedan manifestarlo y cumplir los criterios diagnósticos de un TA (Perpiñá, 2015).

Debido a las particularidades de la presentación clínica de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, el grupo de Great Ormond Street Hospital propone un esquema clasificatorio específico para el diagnóstico de estas alteraciones en niñas (Nicholls, Chater y Lask, 2000; en Roncero y Perpiñá, 2020). Esta clasificación incluye seis categorías: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de evitación emocional a la comida, comer selectivo, disfagia funcional y síndrome de rechazo generalizado. Los criterios de esta clasificación se recogen en el Apéndice B.

No obstante, la realidad de la práctica clínica no siempre se ajusta a esta concepción de los TA como entidades independientes. En las pacientes ocurre con frecuencia un fenómeno de migración entre diagnósticos, también conocido como “transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico”, que consiste en que una misma paciente transita por diferentes diagnósticos de este grupo (Fairburn y Harrison, 2003). Esta migración diagnóstica refleja la existencia de una psicopatología común que subyace a los distintos TA, en los que la principal diferencia radica en el balance entre la restricción alimentaria y la sobrealimentación, así como sus consecuencias sobre el peso corporal.

En esta línea, Fairburn et al. (2003) desarrollan la teoría transdiagnóstica, que sostiene que esta psicopatología se articula en torno a las creencias disfuncionales relacionadas con la sobrevaloración del cuerpo y la comida. Según estos autores, existen además cuatro mecanismos mantenedores de los TA: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales.

Fairburn et al. (2003) definen el perfeccionismo clínico como una sobrevaloración del esfuerzo por alcanzar estándares personalmente exigentes, incluso cuando esto conlleva consecuencias negativas. Este perfeccionismo se acompaña de miedo al fracaso (miedo a engordar o ganar peso), atención selectiva al rendimiento (contar calorías, comprobación corporal) y autocrítica derivada de las valoraciones negativas sobre su desempeño.

Por otro lado, la baja autoestima hace referencia a una visión negativa generalizada de sí mismas como una parte permanente de su identidad. Esto genera en las pacientes desesperanza sobre su capacidad de cambio, disminuyendo su compromiso con el tratamiento. Además, las conduce a perseguir el éxito en aquellas áreas que consideran más valiosas, en este caso, el control sobre la comida, la figura corporal y el peso (Fairburn et al., 2003).

La intolerancia emocional la definen como la dificultad para afrontar adecuadamente la experiencia de ciertas emociones, generalmente asociada a estados de ánimo negativos como la ira, la ansiedad o la depresión. Estas pacientes presentan lo que Fairburn et al. (2003) denominan comportamiento disfuncional modulador del estado de ánimo, el cual puede consistir en autolesiones, atracones, vómito autoinducido o ejercicio excesivo, siendo los atracones la forma más frecuente.

Por último, las dificultades interpersonales pueden contribuir de diversas formas al mantenimiento de los TA. En las pacientes más jóvenes, las tensiones familiares suelen intensificar la resistencia a comer, desplazando su necesidad de sentir control hacia el autocontrol alimentario. Ciertos entornos pueden amplificar las preocupaciones relacionadas con la alimentación, la figura y el peso, como en familias con miembros con TA o profesiones donde existe una presión por estar delgada. Además, los acontecimientos

interpersonales adversos suelen precipitar episodios de atracones y, mantenidos a largo plazo, repercuten negativamente en la autoestima (Fairburn et al., 2003).

En conjunto, esta teoría permite adoptar una perspectiva dimensional de los TA, lo que contribuye a superar algunas de las limitaciones mencionadas anteriormente derivadas del uso exclusivo de categorías diagnósticas. Esta perspectiva resulta de especial utilidad para abordar los TA en la infancia, donde la presentación clínica puede no ajustarse a los criterios diagnósticos, como se ha expuesto previamente. Conocer los factores que forman parte de la psicopatología común a los TA facilita la identificación e intervención en fases tempranas, incluso cuando aún no es posible establecer un diagnóstico específico.

La detección precoz y la intervención temprana se han señalado como factores que pueden incrementar la probabilidad de remisión (Schaumberg et al., 2019). Sin embargo, se ha observado que lo que actualmente se considera prevención temprana en TA podría no ser lo suficientemente precoz, especialmente si se compara con los estándares aplicados en otros trastornos mentales (Phillipou et al., 2023). En este sentido, Pursey et al. (2021) realizaron una revisión sistemática con el propósito de evaluar el efecto de las intervenciones de prevención universal o selectiva dirigidas a abordar los TA, las preocupaciones por la imagen corporal y los comportamientos extremos de control del peso en niños de 6 a 12 años. Esta revisión abarca un total de 42 estudios, de los cuales únicamente 6 se aplican a población menor de 10 años. Además, las autoras señalan la necesidad de profundizar en el contenido y las estrategias de implementación de estos programas en la infancia, dada la especificidad de las necesidades propias de esta etapa del desarrollo.

Una revisión de la bibliografía disponible revela un creciente interés por el desarrollo de programas de prevención de los TA. No obstante, existe una carencia significativa de programas dirigidos a la infancia tardía y la adolescencia temprana. Muchos estudios agrupan

amplios rangos de edad o no adaptan de forma específica los contenidos a las características evolutivas de esta etapa.

En relación con los contenidos, la mayoría de los programas existentes se centran en la mejora de la imagen corporal y la autoestima, siendo estos los factores más recurrentes a lo largo de las intervenciones como los programas “Healthy Schools-Healthy Kids (HS-HK)” (McVey et al., 2007), “My Body and I” (Hinz, 2017) o “In Favour of Myself” (Agam-Bitton et al., 2018). Estos programas muestran efectos en variables como la insatisfacción corporal, la internalización del ideal de delgadez y la autoestima (Kurz et al., 2022; Pursey et al., 2021). Sin embargo, tienen peores resultados en el impacto sobre conductas alimentarias desadaptativas y el mantenimiento de los efectos a largo plazo (Pursey et al., 2021). Si bien la selección de estos factores es adecuada como parte de un plan de prevención, un enfoque centrado exclusivamente en ellos puede resultar limitado, a la vista de las investigaciones expuestas.

Esto pone de manifiesto la utilidad de intervenir sobre factores socioculturales, al tiempo que sugiere que es interesante desarrollar propuestas que incorporen el trabajo sobre procesos psicológicos implicados en el mantenimiento de los TA. Una posible ampliación consistirá en integrar en la intervención los factores propuestos por Fairburn et al. (2003), de una forma adaptada a las edades más tempranas. Estos han sido considerados factores comunes a todos los TA e implicados en su mantenimiento, integrarlos en el programa podría contribuir a aumentar la estabilidad en el tiempo de los resultados.

Por otro lado, la revisión realizada permite observar la importancia de incluir a la familia en la intervención temprana, ya que los programas en los que se integraba a las familias lograron una mejora en la psicopatología de los TA. Por esto, se considera interesante incluir la participación de las familias en el programa (Rosello et al., 2020).

En referencia a crear un plan de prevención como el que se presenta en este trabajo, se distinguen tres niveles de prevención: universal (dirigido a toda la población elegible), selectivo (para subgrupos cuyo riesgo es superior a la media) e indicado (para personas sin diagnóstico, pero con signos previos) (Institute of Medicine, 1994). Aunque existen programas dirigidos a población con características asociadas a mayor probabilidad de presentar un TA en el futuro (niñas con diabetes tipo I, familiares de personas con TA, entre otras), la mayor parte de los programas identificados se enmarcan dentro de un nivel universal, especialmente en contextos escolares.

Dado que muchos de los factores implicados en el desarrollo de estos trastornos son de naturaleza psicológica y pueden estar presentes en distintos grados en la población general, la prevención universal adquiere especial relevancia en la prevención temprana, dirigida a potenciar recursos psicológicos que actúen como factores protectores frente a la aparición de sintomatología clínica.

Por todo lo expuesto, el presente trabajo tiene como objetivo desarrollar una propuesta de programa de prevención que sitúe la actuación en edades más tempranas que las habitualmente contempladas. A diferencia de las intervenciones implementadas cuando la sintomatología ya es evidente, este programa se sitúa en una etapa evolutiva previa, incluyendo los factores que se han mostrado eficaces en la revisión de la literatura científica y adecuando sus contenidos a la edad de las participantes.

Por su relevancia clínica, se han considerado los factores de riesgo señalados por la APA (2022) y Barakat et al. (2023), seleccionando los procesos susceptibles de ser modificados mediante un abordaje psicológico preventivo. Asimismo, se incorporan factores relevantes en el mantenimiento de los TA (Fairburn et al., 2003), con el propósito de que tenga un impacto más estable en el tiempo. Esta propuesta se formula desde una perspectiva

no patologizante, centrada en el fortalecimiento de recursos personales, entendiendo la prevención como la promoción de factores que favorezcan un desarrollo saludable.

A partir de este planteamiento, la propuesta se concreta en un programa de prevención de los TA dirigido a niñas de entre 8 y 12 años, que incluye el trabajo en paralelo con las familias y se centra en el abordaje de la sobrevaloración de la figura y el peso, la satisfacción corporal, la autoestima, el perfeccionismo, la tolerancia emocional y el funcionamiento familiar percibido; con el objetivo de actuar sobre estos procesos en una fase previa a su posible consolidación como mecanismos de vulnerabilidad para el desarrollo de un TA.

Objetivos generales y específicos del programa de prevención

La propuesta desarrollada en el presente trabajo tiene como objetivo general prevenir la aparición de TA en niñas de entre ocho y doce años, mediante un programa diseñado para actuar de forma temprana, orientado al fortalecimiento de los procesos psicológicos que se han señalado como implicados en su desarrollo y mantenimiento. Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Fomentar una relación con el cuerpo basada en su funcionalidad y menos condicionada por ideales estéticos.
- Promover una autoevaluación basada en diversas áreas, no condicionada únicamente al logro de estándares exigentes.
- Fomentar la comprensión de su propia identidad, favoreciendo que adopten una visión global positiva sobre sí mismas.
- Aumentar la tolerancia emocional, trabajando la capacidad para afrontar la experiencia de las diferentes emociones.
- Involucrar a la familia en el proceso terapéutico para favorecer una dinámica familiar que apoye la adquisición de las habilidades trabajadas en el programa.

Metodología

Destinatarias y Justificación de los Criterios de Inclusión y Exclusión

El presente programa de prevención de los TA está dirigido a niñas, con edades comprendidas entre los ocho y los doce años, escolarizadas en colegios públicos de la zona centro de Santiago de Compostela. El término *niñas* se utiliza para referirse a participantes que se identifican con el género femenino, con independencia del sexo asignado al nacer.

Las niñas y pre-adolescentes hacia las cuales se dirige este programa deben cumplir los siguientes criterios de inclusión: (a) tener entre ocho y doce años, ambos incluidos; (b) residir en Santiago de Compostela (c) estar escolarizadas en los centros educativos en los que se implemente el programa; (d) que sus padres puedan acudir a las sesiones programadas para las familias; (e) mostrar disposición para trabajar en los contenidos del programa y (f) contar con el consentimiento para la participación en el programa.

Quedan excluidas aquellas personas que (a) hayan recibido un diagnóstico de un TA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones); (b) presenten algún trastorno psicológico o situación de riesgo que pueda interferir con la intervención (por ejemplo, distorsión en la percepción de su imagen corporal, problemas para comprender los contenidos psicoeducativos adaptados a la edad cronológica, ideación suicida, desnutrición severa o complicaciones fisiológicas graves); (c) tengan alguna condición médica que pueda afectar a su alimentación, peso o imagen corporal; (d) se encuentren en una situación familiar que impida la colaboración mínima de la familia en la intervención; (e) estén recibiendo tratamiento psicológico en el momento de la intervención en temas relacionados con TA y (f) estén recibiendo tratamiento farmacológico que no haya estado estabilizado durante al menos tres meses antes del inicio de la intervención.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

Diseño

La propuesta de prevención se plantea siguiendo un diseño cuasiexperimental de un solo grupo con medidas pretest-posttest, orientado a valorar los cambios asociados a la aplicación del programa en población general. Este diseño resulta adecuado porque permite describir el impacto del programa sobre los factores psicológicos que se abordan.

La variable independiente se corresponde con la aplicación del programa de prevención diseñado, enmarcado en la terapia cognitivo-conductual. Las variables dependientes incluidas en el programa fueron seleccionadas por ser susceptibles de ser abordadas mediante prevención psicológica, a diferencia de otros factores de riesgo identificados. Las variables escogidas son las siguientes: sobrevaloración de la figura y el peso, satisfacción corporal, autoestima, perfeccionismo, tolerancia emocional y funcionamiento familiar percibido.

El programa se desarrollará en Santiago de Compostela (A Coruña), en una de las salas disponibles para reserva del Centro Sociocultural “O Ensanche”, en horario extraescolar. Las participantes serán niñas de entre ocho y doce años matriculadas en colegios públicos de la zona centro de Santiago (se incluye la lista en el Apéndice C).

La difusión del programa se llevará a cabo en coordinación con los centros escolares. Se contactará con los equipos de orientación para presentarles la propuesta y facilitarles material informativo (díptico y carteles; véase Apéndice D). Serán estos equipos quienes trasladen la información a las familias y gestionen la invitación a participar de manera voluntaria.

Se facilitará una dirección de correo electrónico a la que las familias deberán enviar su solicitud de participación, indicando los siguientes datos: nombre y apellidos de la

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

participante, edad, nombre y apellidos de la madre, padre o tutor o tutora legal, teléfono de contacto y correo electrónico.

Se contactará telefónicamente con las familias interesadas para realizar una primera reunión en la que se explicará el programa, se comprobarán los criterios de inclusión. En aquellos casos en los que se confirme el ajuste a las características definidas, se formalizará su incorporación al programa con la firma del consentimiento (véase en Apéndice E) y se comunicará a la familia el inicio del programa.

Una vez completado este proceso, se conformarán los grupos, integrados por un máximo de diez participantes cada uno. La asignación de los grupos se realizará de forma aleatoria y, después de esto, se dará comienzo a la fase de prevención.

La implementación del programa de prevención se llevará a cabo realizando las sesiones los miércoles por la tarde de 18:00 a 19:30h. Además, se ofrecerá a las familias y participantes un horario de atención los martes y miércoles de 18:00 a 19:00h, destinado a resolver dudas, abordar posibles dificultades y acompañar en cualquier cuestión relacionada con el desarrollo del programa de prevención. A continuación, se incluye un cronograma del programa de prevención (véase Tabla 1).

Tabla 1*Cronograma del programa de prevención*

ACTIVIDAD	MES	SEPT.				OCT.				NOV.				DIC.				EN.				FEB.				MAR.				ABR.				MAY.				JUN.			
	SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Captación participantes		•	•	•	•																																				
Evaluación inicial						•	•	•	•																																
Prevención – Bloque 1										•																															
Prevención – Bloque 2														•	•	•																									
Prevención – Bloque 3																		•	•	•																					
Prevención – Bloque 4																						•	•	•																	
Prevención – Bloque 5																										•	•	•													
Prevención – Bloque 6																														•	•	•									
Evaluación final																																									
Seguimiento																																									

Nota. SEPT.: septiembre; OCT.: octubre; NOV.: noviembre; DIC.: diciembre; EN.: enero; FEB.: febrero; MAR.: marzo; ABR.: abril; MAY.: mayo; JUN.: junio.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Evaluación del Programa de Prevención

La evaluación de la prevención se realizará en tres momentos: antes de la aplicación del programa, al finalizar el programa de prevención y un seguimiento tres meses después de haber finalizado la prevención.

Antes del inicio de la prevención, se llevará a cabo una evaluación inicial con el objetivo de obtener una medida de referencia en las variables de interés. Se citará a las familias interesadas para una primera sesión individual en la que se administrarán instrumentos de evaluación estandarizados. Se programará una segunda sesión en la que se realizará una entrevista semiestructurada elaborada específicamente para el presente programa, que incluye apartados orientados a valorar la adecuación de la participante a las características del programa; así como a explorar aspectos relevantes del contexto familiar. Se incluyen el guión y la hoja de registro de la entrevista en los Apéndices F y G, respectivamente.

Además, se administrarán individualmente diferentes pruebas a las participantes. La información obtenida permitirá establecer una base sobre la que aplicar el programa y adaptarlo a las características específicas del grupo, manteniendo la estructura general de la prevención.

Por la edad de las participantes, se contemplarán descansos entre pruebas y la realización de algún juego. Aunque se prevé que la evaluación de las participantes pueda realizarse en una única sesión, en caso de que el ritmo de respuesta o el cansancio de la participante lo requieran, se programará una segunda sesión adicional.

Para realizar la evaluación descrita se utilizarán los siguientes instrumentos:

- *Cuestionario de actitudes de alimentación para niños y niñas “Children Eating Attitudes Test (ChEAT-26)”* (de Gracia et al., 2007). Este instrumento evalúa conductas y comportamientos relacionados con los TA. Consta de 26 ítems que se puntúan a través de una escala tipo Likert de seis opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, a menudo, casi siempre y siempre). Se considerará como criterio de exclusión la obtención de una puntuación total igual o superior a 20 puntos, indicativa de conductas alimentarias alteradas o de riesgo.
- *Child Body Image Scale (CBIS)* (Truby y Paxton, 2002). Esta escala ha sido desarrollada para medir la percepción y satisfacción corporal en niños a través de la selección de una imagen que represente la figura corporal que perciben que tienen y la que consideran ideal.
- *Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ)* (Shafran et al., 2002). El CPQ es un cuestionario compuesto por 12 ítems que evalúa síntomas de perfeccionismo clínico en los últimos 28 días. Al igual que en otros instrumentos, se utilizará una traducción propia al castellano, adaptada a la población destinataria del programa. Aunque esta versión no ha sido baremada, permitirá obtener información sobre los ítems evaluados y analizar los cambios en las puntuaciones a lo largo de la intervención.
- *Inventario de autoestima versión escolar de Coopersmith* (Miranda et al., 2011). Este cuestionario está diseñado para evaluar la valoración personal en niños a través de respuestas de verdadero o falso. Mide aspectos relacionados con el sí mismo e incluye la valoración a nivel social, familiar y escolar.
- *Adaptación al castellano del cuestionario FACES IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* (Costa et al., 2013). Se utilizará este instrumento para

evaluar el funcionamiento familiar a través de la medida de la cohesión y la adaptabilidad familiar. Este es el único instrumento que se administra a las familias únicamente.

- *Sistema de evaluación de niños y adolescentes (SENA) (Fernández-Pinto et al., 2015).*

El SENA es un instrumento diseñado para detectar problemas emocionales y de conducta en menores de 3 a 18 años. Se administrará la versión para la familia, para valorar la presencia de posibles dificultades emocionales, conductuales y relacionales que puedan necesitar un abordaje clínico específico, y, por lo tanto, supongan la exclusión del programa. Se tendrán especialmente en cuenta las escalas relativas a autoestima, rigidez, problemas familiares, problemas con los compañeros, regulación emocional, integración y competencia social o aislamiento que presenten puntuaciones T mayores de 70.

Una vez finalizada la fase de evaluación, se revisará qué participantes deben ser excluidas del programa por presentar alguno de los criterios de exclusión. En los casos en los que se detecten indicadores que requieran una valoración clínica específica, se informará a la familia de manera individualizada, ofreciendo una orientación adecuada a la situación detectada. Si durante la evaluación se observan síntomas compatibles con un diagnóstico de TA, se derivará a un profesional o servicio especializado para su adecuada valoración y abordaje clínico.

En cuanto a las personas que sí vayan a formar parte del programa, las psicólogas se pondrán en contacto con cada una de las participantes y sus familias para informarlas y citarlas para la primera sesión

Descripción y Temporalización del Programa de Prevención

Descripción del Programa de Prevención

La presente propuesta de prevención se estructurará dentro de un marco cognitivo-conductual. Las sesiones se realizarán en formato grupal, con grupos de diez participantes, integrando la exposición de contenidos con actividades orientadas a fomentar la implicación activa de las participantes.

En cuanto a los recursos necesarios, el programa será llevado a cabo por dos psicólogos o psicólogas con habilitación sanitaria y experiencia en población infanto-juvenil. Con respecto a los materiales, se requerirá una sala que garantice las condiciones adecuadas de privacidad y comodidad, organizada de forma que se evite la disposición típica de un aula. Asimismo, se utilizará una pantalla digital o proyector, cojines y material impreso; así como los recursos específicos diseñados para las distintas actividades. Las participantes estarán sentadas en círculo sobre cojines, favoreciendo un ambiente dinámico y participativo

Como recurso metodológico, se utilizará un personaje ficticio llamado “Celia”, una niña con características similares a las del grupo. Este personaje servirá para ejemplificar de manera concreta los contenidos de cada sesión, facilitando la comprensión y la reflexión de las participantes. Al ser ficticia y externa al grupo, permite abordar situaciones de forma simbólica, evitando la identificación directa con alguna niña del programa. Se incluye la imagen de Celia en el apéndice H.

El programa se estructurará en 23 sesiones: 14 para las participantes y 9 para sus familias, que se realizarán en paralelo a las de las niñas. Las sesiones estarán distribuidas en cuatro fases: evaluación inicial, implementación del programa de prevención, evaluación final y seguimiento. La estructura de las fases del programa será la siguiente:

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

1. Evaluación inicial. Se realizará en tres sesiones individuales de 60 minutos, dos con la familia y una con la participante. El objetivo de esta fase es comprobar que se cumplen los criterios de inclusión y exclusión, obtener la firma del consentimiento informado y una medida del estado inicial de las participantes antes de la prevención.
2. Implementación del programa de prevención. Esta fase estará compuesta por 16 sesiones, 11 con las participantes y cinco con la familia. Estas sesiones se realizarán con una frecuencia semanal y tendrán una duración de 90 minutos cada una. En esta fase se desarrollarán las actividades orientadas a trabajar los procesos psicológicos abordados en el programa. Esta fase se organiza en seis bloques temáticos:
 - a. Bloque 1: Alianza. Este bloque consta de una sesión y tiene como finalidad proporcionar el encuadre general del programa de prevención. En este bloque el objetivo es crear un clima de confianza que facilite la implicación activa de las participantes.
 - b. Bloque 2: Pensamiento. Este bloque se estructura en tres sesiones dirigidas a trabajar la identificación de interpretaciones rígidas o sesgadas, promoviendo una mayor flexibilidad cognitiva.
 - c. Bloque 3: Emociones. Este bloque se estructura en tres sesiones destinadas al aprendizaje y fortalecimiento de estrategias de regulación emocional, para favorecer un manejo más adaptativo de las experiencias emocionales.
 - d. Bloque 4: Imagen corporal. Este bloque se estructura en tres sesiones en las que se trabajará la satisfacción corporal, promoviendo una imagen corporal menos condicionada por los ideales estéticos.
 - e. Bloque 5: Evaluación personal. Este bloque se compone de tres sesiones orientadas a fomentar una autoevaluación basada en múltiples áreas, promoviendo una mayor flexibilidad en los criterios de valoración.

- f. Bloque 6: Identidad y autoconcepto. Este bloque está compuesto por tres sesiones destinadas al desarrollo de una visión de sí mismas más positiva.
3. Evaluación final. Esta fase constará de dos sesiones, una con la familia y la otra con la participante. En ellas se administrarán los instrumentos utilizados en la evaluación inicial, para valorar los cambios producidos tras la aplicación del programa.
4. Seguimiento. En esta fase, también de dos sesiones, una con la familia y otra con la participante, se repetirán los cuestionarios empleados previamente para analizar el mantenimiento de los resultados a medio plazo.

A continuación, se incluye una tabla resumen de cada una de las sesiones (véase Tabla 2), seguida de la descripción pormenorizada de cada una de ellas.

Tabla 2*Resumen de las sesiones del programa de prevención*

FASE	SESIÓN	OBJETIVO	
EVALUACIÓN INICIAL	1. Evaluación inicial	Asegurar que se cumplen los requisitos del programa.	
	2. Evaluación inicial II	Obtener una medida del estado inicial de las participantes.	
PROGRAMA DE PREVENCIÓN	BLOQUE 1. Alianza	3. Alianza	Generar un clima de confianza con las participantes.
	BLOQUE 2. Pensamiento	4. Más de una explicación	Promover una mayor flexibilidad cognitiva.
		5. Pensamientos en duda	Facilitar la identificación de interpretaciones rígidas.
		6. Pensamiento flexible en casa	Fomentar una perspectiva más flexible en las familias.
	BLOQUE 3. Emociones	7. La función de sentir	Promover la comprensión de la utilidad de las emociones.
		8. Entender y regular	Entrenar estrategias básicas de regulación emocional.
		9. Acompaña	Aumentar el apoyo del entorno en la expresión emocional

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

FASE	SESIÓN	OBJETIVO	
PROGRAMA DE PREVENCIÓN	BLOQUE 4. Imagen corporal	10. Ampliamos el foco	Reducir la centralidad de la figura corporal.
		11. El cuerpo en acción	Fomentar la valoración del cuerpo por su funcionalidad.
		12. Redirigir la atención	Promover que el entorno destaque ámbitos diferentes a la apariencia.
	BLOQUE 5. Evaluación personal	13. La casita	Desarrollar una evaluación basada en diferentes áreas.
		14. Entre fatal y perfecto	Promover criterios de valoración más equilibrados.
		15. Criterios amplios	Fomentar la flexibilidad en la evaluación del entorno.
	BLOQUE 6. Identidad y autoconcepto	16. Yo soy	Reforzar la identidad personal.
		17. Punto y seguido	Integrar aprendizajes adquiridos.
		18. Identidad desde casa	Fomentar fortalecimiento del autoconcepto en la familia.
EVALUACIÓN FINAL	19. Evaluación final	Valorar los cambios producidos tras el programa de prevención.	
SEGUIMIENTO	20. Seguimiento	Analizar el mantenimiento de los resultados a medio plazo.	

Temporalización de las Sesiones

Sesión 1: Evaluación Inicial I

Tabla 3

Sesión 1. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	60 minutos
Destinatarias	Familia
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a las familias sobre los objetivos y las características del programa. 2. Conseguir el consentimiento de las familias para la participación. 3. Comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Desarrollo. Esta sesión se realizará de forma individual con cada una de las familias. En primer lugar, se presentará el programa explicando el objetivo del mismo. Asimismo, se expondrá el papel de las psicólogas o los psicólogos responsables de la intervención.

En esta primera parte será fundamental que la familia comprenda el grado de implicación que se espera de ella, de modo que pueda decidir su participación con pleno conocimiento de que se trata de un programa que requiere asistencia regular, colaboración activa y coordinación con el equipo profesional a lo largo de todo el proceso. Después de esta explicación, se procederá a administrar los instrumentos correspondientes.

En primer lugar, se aplicará el cuestionario SENA versión familia (Fernández-Pinto et al., 2015). Para ello, se explicará que se encontrarán diferentes frases que describen comportamientos que pueden mostrar los niños y niñas y deben indicar en cada una la frecuencia con la que su hija ha mostrado esos comportamientos durante los últimos 6 meses.

Este cuestionario deberá cumplimentarlo cada miembro por separado. La aplicación de este cuestionario tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Posteriormente, se aplicará el cuestionario FACES IV (Costa et al., 2013), que deberá cumplimentar cada miembro por separado sin comentar las respuestas. Se encontrarán diferentes frases sobre la familia y deben indicar el grado de acuerdo con las mismas, teniendo en cuenta su funcionamiento familiar. La aplicación de este instrumento tendrá una duración aproximada de 15 minutos. Por último, se acordará con la familia la fecha de la siguiente sesión a la que deberán acudir con las participantes.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyector o pantalla digital
- consentimiento informado impreso
- bolígrafos
- cuadernillos de los cuestionarios SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) y FACES IV (Costa et al., 2013)

Sesión 2: Evaluación inicial II

Tabla 4

Sesión 2. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	60 minutos
Destinatarias	Familia y participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una medida inicial en las variables dependientes. 2. Establecer un primer contacto con las participantes. 3. Valorar la adecuación de la participante al programa.

Desarrollo. Esta sesión se realizará de forma individual, simultáneamente con la familia y la participante en espacios separados. En el caso de la sesión con la familia, la hora está pensada para la realización de la entrevista semiestructurada, que servirá para ampliar la información obtenida de los cuestionarios que cumplimentaron en la primera sesión.

En el caso de la participante, la psicóloga se presentará y presentará el programa. Aprovechará para enseñarle la sala, hablarán de sus intereses y le explicará lo que se va a realizar durante la sesión. Después de esto, se llevará a cabo la administración de los diferentes instrumentos. En primer lugar, se aplicará el ChEAT-26 (de Gracia et al., 2007), la psicóloga leerá cada uno de los ítems en voz alta y la participante deberá indicar la frecuencia con la que se ha sentido identificada con cada afirmación en el último mes. Será la profesional la que registre las respuestas correspondientes. Este instrumento tendrá una duración máxima de 10 minutos.

Después, se administrará la escala CBIS (Truby y Paxton, 2002), la participante tendrá que rodear de azul la figura con la que se identifica y de naranja la figura que le gustaría tener. Esta escala se completa en pocos minutos.

Lo siguiente será realizar el CPQ (Shafran et al., 2002), la psicóloga leerá cada ítem y la participante indicará la frecuencia con la que ocurrió durante el último mes. Este cuestionario puede cubrirse en 5 minutos.

Por último, deben completar el Inventario de autoestima de Coopersmith (versión escolar) (Miranda et al., 2011), la psicóloga leerá las diferentes declaraciones y la participante elegirá una de las dos opciones existentes (“igual que yo” o “distinto a mí”). Este cuestionario puede realizarse en 20 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- guión y hoja de registro de la entrevista inicial
- bolígrafos
- rotuladores azul y naranja
- cuadernillos del ChEAT-26 (de Gracia et al., 2007), de la escala CBIS (Truby y Paxton, 2002), del CPQ (Shafran et al., 2002) y del Inventario de autoestima de Coopersmith (versión escolar) (Miranda et al., 2011)

Sesión 3: Alianza

Tabla 5

Sesión 3. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer la creación de un clima de confianza. 2. Facilitar la participación activa de las destinatarias. 3. Generar un vínculo con las participantes.

Desarrollo. La sesión empezará con una presentación de la psicóloga y las participantes para favorecer el conocimiento mutuo. Pintarán en una hoja su mano y en cada dedo cinco pondrán algo sobre ellas, puede ser algo que les guste hacer o una habilidad personal. Después, se mezclarán todas las hojas, se leerán en alto y las chicas deberán adivinar a quién corresponde cada una. La dueña del dibujo se levantará y hará su presentación. Se dejará un espacio abierto para que puedan comentar brevemente algo que les haya sorprendido de lo que hayan dicho sus compañeras. Esta primera actividad tendrá una duración estimada de 15 minutos.

En segundo lugar, se construirán las normas del grupo de forma conjunta. La psicóloga habrá apuntado en un mural de papel kraft algunas normas básicas como la escucha activa, la libertad de no hablar o no responder preguntas si no se quiere, no interrumpir a las compañeras, comunicarse a través del respeto y mantener la confidencialidad. Además, las chicas irán añadiendo las propuestas que les parezcan importantes, la psicóloga les guiará preguntándoles qué necesitan para sentirse cómodas o qué cosas les gustan y cuáles no. Por último, todas firmarán el mural de normas. Esta actividad tiene establecida una duración aproximada de 15 minutos.

Lo siguiente será presentar el programa y explicar a las participantes los contenidos y los objetivos que se pretenden conseguir. Se expondrá el programa como un proceso de aprendizaje de habilidades que las protegerán frente a posibles dificultades relacionadas con la imagen corporal y la autoestima. También se presentará el personaje de Celia como alguien que se encuentra, igual que ellas, en el punto de partida de este proceso. Es importante dejar espacio y tiempo para preguntas y dudas, procurando que no quede nada sin aclarar. Esta presentación tendrá una duración de 20 minutos.

Los últimos 10 minutos de la sesión se dedicarán al cierre, en el que se realizará una reflexión sobre lo que esperan obtener del programa y se anticipará el contenido de la siguiente sesión. Se agradecerá a las integrantes del grupo su implicación en el programa.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- bolígrafos
- rotuladores de colores
- revistas, libros, imágenes impresas
- tijeras

- pegamento
- proyector o pantalla digital
- pizarra
- papel kraft

Sesión 4: Más de una explicación

Tabla 6

Sesión 4. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar diferentes puntos de vista para una situación. 2. Desarrollar la capacidad de generar diferentes interpretaciones. 3. Favorecer el análisis basado en probabilidad.

Desarrollo. La sesión se iniciará con la visualización de un breve vídeo titulado “Snack Attack” acerca de las interpretaciones erróneas de una situación (Maestra de Corazón, 2017, 4m41s). Se dejará un espacio para reflexiones acerca del vídeo y un pequeño debate, sin que la psicóloga establezca conclusiones. Esta parte de la sesión durará 15 minutos.

A continuación, se expondrán situaciones ambiguas, de modo que las participantes deban proponer diferentes interpretaciones sobre lo que está ocurriendo (véase un ejemplo en el Apéndice I). A través de esta actividad se ejemplificará que una misma situación puede tener múltiples explicaciones y que, cuanto menor es la información disponible, mayor es el número de posibles interpretaciones. Esta actividad tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

A continuación, se presentará una diapositiva en la que Celia expone una situación ambigua al grupo: *“Ayer llegué al colegio y una de mis amigas no me saludó, ¿me podéis ayudar a saber qué ha pasado?”*. En grupos pequeños deberán buscar explicaciones a esta situación, que después compartirán en alto y se irán recogiendo en la pizarra sin valorarlas. Posteriormente, se analizarán las distintas explicaciones planteadas, reflexionando sobre cuáles podrían ajustarse más a lo que realmente ha ocurrido. A partir de este análisis se introduce la idea de que, ante una misma situación, pueden existir varias explicaciones, pero algunas son más probables que otras. El objetivo será que aprendan a considerar diferentes explicaciones antes de llegar a conclusiones. Esta actividad tendrá una duración de 25 minutos.

Lo siguiente será mostrar a Celia preocupada por esta situación. Se preguntará al grupo qué explicación creen que podría estar dándole Celia a la situación que la lleva a sentirse así. A partir de sus aportaciones, se establecerá la relación entre determinados pensamientos y las emociones que generan. Se les mostrará el pensamiento que tiene Celia *“Estoy segura de que está enfadada conmigo por no haberla saludado primero y ahora no va a hablarme nunca más”*. Se buscarán de forma conjunta dos explicaciones alternativas y se reflexionará sobre qué emociones podrían generar esas explicaciones alternativas. Esta actividad durará 15 minutos aproximadamente.

En la siguiente dinámica, se pedirá a las participantes que escriban de forma anónima una situación actual o pasada en la que, ante la falta de información, hayan realizado una interpretación que les haya generado malestar. En el papel deberán incluir la situación y la interpretación realizada. La psicóloga irá leyendo en alto cada una de las situaciones y el grupo deberá proponer tres explicaciones alternativas más ajustadas y realistas. Esta dinámica durará aproximadamente 15 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- pantalla digital o proyector
- vídeo de youtube

Sesión 5: Pensamientos en duda

Tabla 7

Sesión 5. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la identificación de distorsiones cognitivas. 2. Desarrollar la capacidad de generar interpretaciones alternativas. 3. Facilitar una interpretación más flexible de las situaciones.

Desarrollo. La sesión comenzará retomando lo trabajado en la sesión anterior sobre la interpretación de situaciones ambiguas. A partir de ello, se introducirá la idea de que, en ocasiones, nuestra mente tiende a interpretar las situaciones de una forma diferente a lo que realmente ocurre. Se señalará que a veces sacamos conclusiones muy rápido y esto puede hacernos ver las situaciones de forma más negativa. Se indicará que a estas formas de pensar se les llama *distorsiones cognitivas*. Para ejemplificar, se retomará el pensamiento que tenía Celia en la sesión anterior: “Estoy segura de que está enfadada conmigo por no haberme dirigido a ella la primera vez que llegué y ahora no va a hablarme nunca más”. Pedimos al grupo que ofrezcan formulaciones menos rígidas. De manera conjunta, se reformulará el pensamiento hacia una versión más flexible. Esta actividad puede durar alrededor de 20 minutos.

A continuación, se realizará una actividad en la que se colocará una línea de cinta en el suelo que represente un continuo, en un extremo se situará la palabra “Nunca” y en el otro “Siempre”. La psicóloga leerá diferentes afirmaciones y las participantes deberán situarse en el punto de la línea que consideren que refleja mejor su experiencia. Algunas frases pueden ser “*Soy una buena amiga*”, “*Cometo errores*”, “*Me salen bien las cosas*”, “*Estoy de buen humor*” o “*Hay cosas que me cuesta mucho hacer*”. Al terminar, se reflexiona de forma grupal a través de las siguientes preguntas: “*¿Os ha llamado la atención algo durante la actividad?, ¿Cuántas veces os habéis puesto en el siempre o el nunca?, ¿Todas os situabáis en los mismos puntos en las diferentes frases? y ¿Si hacemos esta actividad en un mes, creéis que vuestra posición será la misma en todas las frases?*”. El objetivo es favorecer la comprensión de que las características personales y las experiencias no se distribuyen en términos dicotómicos, sino que presentan distintos grados o matices. La actividad durará aproximadamente 30 minutos.

La siguiente actividad consistirá en trabajar distintas distorsiones cognitivas de forma experiencial. Para ello, se organizarán varios espacios en el centro de la sala, cada uno con un objeto simbólico que representará una distorsión concreta. Alrededor de cada objeto se colocarán frases que ejemplifiquen ese tipo de pensamiento. Las participantes, organizadas en parejas, irán rotando por los distintos espacios. En cada estación deben reformular las frases de manera más realista. Los espacios serán los siguientes: error del adivino, representado por una bola de cristal (“seguro que suspendo aunque haya estudiado”); lectura de mente, representada por unas gafas llamativas (“creo que esa chica piensa que soy rara”); magnificación, representada por una lupa (“he fallado una pregunta, soy muy mala en mates”); y personalización o culpa, representada por una mochila (“seguro que están discutiendo por mi culpa”).

Por último, se presentarán diferentes diapositivas en las que Celia expresará pensamientos que reflejan distorsiones cognitivas frecuentes. El grupo deberá identificar la distorsión y reformularla. En el Apéndice J se incluye un ejemplo de estas diapositivas. Esta actividad tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- diapositivas
- cinta
- proyector o pantalla digital
- lupa
- mochila
- bola de cristal
- gafas llamativas

Sesión 6: Pensamiento flexible en casa

Tabla 8

Sesión 6. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Familia
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar a identificar interpretaciones rígidas. 2. Fomentar una comunicación que favorezca el pensamiento flexible. 3. Desarrollar estrategias para generar pensamientos alternativos.

Desarrollo. Esta sesión será dirigida a las familias y comenzará explicando que, en las sesiones grupales con las menores, se está trabajando la identificación de distorsiones

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

cognitivas y el desarrollo de una mayor flexibilidad cognitiva. Se aclarará que esto no consiste en ver sólo la parte positiva de las situaciones, si no en ampliar la perspectiva, cuestionar las interpretaciones demasiado rígidas y favorecer valoraciones más ajustadas a la realidad.

Se realizará una breve presentación en la que se explicará qué son las distorsiones cognitivas, utilizando un lenguaje accesible. Se definirán como formas habituales, pero poco ajustadas de interpretar la realidad, caracterizadas por el uso de términos absolutos, generalizaciones excesivas o interpretaciones sin evidencia suficiente. Para ejemplificar, se presentarán ejemplos cotidianos propios de la infancia que las familias puedan reconocer.

Se realizará una reflexión conjunta con las familias sobre cómo suelen responder ante este tipo de afirmaciones. Se recogerán diferentes formas de actuación habituales. Posteriormente, se indicará el tipo de respuesta que puede reforzar la interpretación rígida, como centrarse únicamente en ofrecer soluciones inmediatas, contradecir directamente el pensamiento o intentar tranquilizar rápidamente.

Se presentarán alternativas de respuesta orientadas a favorecer una interpretación más flexible como formular preguntas abiertas, explorar evidencias a favor y en contra o validar la emoción sin reforzar la interpretación. Se enfatizará que el objetivo no es dirigir a la menor hacia una conclusión concreta, sino facilitar que ella misma genere explicaciones menos rígidas, aunque no coincidan exactamente con las expectativas de la familia.

Además, se hará un ejercicio práctico en el que se introducirán las distorsiones cognitivas trabajadas con las chicas, las familias deberán identificarlas y reformularlas colectivamente. Además, se establecerán recomendaciones prácticas que puedan facilitar el desarrollo de interpretaciones más flexibles en el entorno familiar: modelar un lenguaje en

términos relativos e introducir preguntas que promuevan la reflexión. Se dejará un espacio para dudas y se insistirá en agradecer a las familias su participación.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyector o pantalla digital

Sesión 7: La función de sentir

Tabla 9

Sesión 7. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar la asociación pensamiento-emoción. 2. Fomentar la comprensión de la función adaptativa de las emociones. 3. Aumentar el análisis de las sensaciones corporales asociadas a cada emoción.

Desarrollo. La sesión comenzará explorando los conocimientos previos del grupo sobre las emociones. Se preguntará a las participantes qué emociones conocen y, de manera dinámica, cada una se levantará para escribir en la pizarra una emoción diferente. A medida que vayan apareciendo, se realizará una clasificación conjunta en dos grandes categorías: emociones agradables y desagradables.

Una vez terminada esta parte de la actividad, se planteará la siguiente pregunta:

“¿Para qué creéis que sirven las emociones?”. Se promoverá que identifiquen la utilidad de las distintas emociones, para introducir la idea de que todas las emociones cumplen una función. Esta primera actividad tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Retomando lo trabajado en el bloque anterior, se recordará que una misma situación puede tener diferentes interpretaciones y que estas influyen directamente en cómo nos sentimos. Se planteará al grupo una pregunta que conecte ambos contenidos: *“Si dos personas ven la misma situación de forma distinta, ¿se sentirán igual o diferente?”*.

Se mostrarán diapositivas de Celia en las que presente dos explicaciones diferentes a una misma situación y las chicas deberán analizar qué emociones provoca cada una (véase en Apéndice K). Se guiará la reflexión hacia la comprensión de que las interpretaciones más rígidas tienden a generar emociones más intensas y menos manejables.

Se distribuirá a las participantes en parejas y se les repartirá una tarjeta con el nombre de una emoción. De forma conjunta cada pareja debe pensar en qué situaciones suele aparecer esa emoción, qué mensaje está mandando y de qué forma suelen sentirla. Se pondrán en común las respuestas y se irán comentando diferencias a la hora de sentir las emociones o las situaciones en las que suelen aparecer. Esta dinámica tendrá una duración de 20 minutos.

Por último, se leerá el cuento “Mía y Teté” (Rubiales y Cabrera, 2019), que narra la historia de una niña que va descubriendo qué son las emociones y cómo identificarlas en su cuerpo y en sus pensamientos, desarrollando herramientas para expresarse y sentirse comprendida. Las participantes se irán turnando para leer en voz alta diferentes fragmentos del relato. Tras la lectura se promoverá una breve reflexión grupal acerca de las conclusiones que han extraído del cuento. Esta actividad durará 15 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- cuento de Mía y Teté
- tarjetas con nombres de emociones
- proyector o pantalla digital

Sesión 8: Entender y regular

Tabla 10

Sesión 8. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar habilidades básicas de tolerancia emocional. 2. Fomentar la identificación de las emociones propias. 3. Favorecer la comprensión de las sensaciones físicas asociadas a las emociones.

Desarrollo. La sesión comenzará explicando al grupo que en esta sesión aprenderemos distintas formas de manejar las emociones cuando aparecen. Para ejemplificar, se utilizarán vasos con agua y colorantes de diferentes colores, uno para cada emoción. Se repartirán los vasos por parejas y se pedirá a las chicas que remuevan con cuidado y después que lo hagan más rápido, de esta forma se utilizará la metáfora de cómo el vaso se desborda para introducir la idea de que la regulación consiste en permitirse sentir la emoción sin eliminarla, pero procurando que no nos desborde su intensidad. Esto durará 15 minutos.

A continuación, se explicará que existen diferentes formas de regular las emociones. Por un lado, se les recordará que la explicación que hacemos de una situación va a hacer que la emoción sea más o menos difícil de regular. Se les explicará que también podemos regular las emociones a través de lo que hacemos.

Las chicas contarán de qué forma regulan sus emociones, las irán dibujando en un mural de papel kraft. Una vez hecho esto, se clasifican las conductas en “Cosas que ayudan a pasar la emoción sin desbordarnos” y “Cosas que hacen que me desborde o tarde más en

pasar la emoción”. La psicóloga aportará otras formas de regular las emociones que completen las aportadas por el grupo. Esta actividad durará aproximadamente 25 minutos.

La siguiente actividad consistirá en una dinámica en formato concurso. Se presentarán diferentes diapositivas en las que Celia describe sensaciones físicas y pensamientos (véase en Apéndice L). Las participantes, de forma individual, deben adivinar de qué emoción se trata y levantarse y darle al pulsador para indicar su respuesta.

En cada diapositiva, la persona que acierte la emoción debe proponer opciones para que la experiencia de esa emoción le genere menos malestar a Celia. Se orienta el razonamiento hacia comprender la emoción y entender el mensaje que envía. Esta actividad se desarrollará durante 15 minutos.

Por último, cada participante apunta en una cartulina A4 las emociones básicas que se trabajaron. Debajo de cada una, deberán anotar las sensaciones y pensamientos que les van a ayudar a reconocer la emoción que están sintiendo. Esta actividad la guardarán en su carpeta del programa y durará 10 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- pulsador
- rotuladores
- cartulinas A4
- proyector o pantalla digital

Sesión 9: Acompañar

Tabla 11

Sesión 9. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Familia
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar la comprensión de la importancia de aceptar la experiencia emocional. 2. Fomentar la identificación de los estilos de respuesta habituales. 3. Desarrollar estrategias para validar y sostener las emociones.

Desarrollo. La sesión comenzará explicando a las familias que, en el bloque actual, se ha trabajado con las niñas que las emociones no deben evitarse, es más útil comprenderlas y sostenerlas. Se les transmitirá la idea de que este aprendizaje se potencia cuando el entorno les permite experimentar y expresar sus emociones, incluyendo la posibilidad de pedir ayuda y apoyo cuando lo necesiten. Se enfatizará que la función de la familia es acompañar y validar la experiencia emocional sin juzgarla ni evitarla.

Seguidamente, se expondrán estilos de respuesta habituales frente a las emociones: minimizar la emoción, intentar resolverla rápidamente, criticar la emoción o acompañar y validar. Se presentarán diferentes viñetas en las que se exponen situaciones cotidianas y las familias deberán identificar qué estilo de respuesta se está ejemplificando. Se realizará una reflexión grupal, analizando qué estilos facilitan que la emoción se experimente sin culpa ni evitación.

Se ofrecerán pautas concretas: ayudar a identificar las emociones que experimenten, nombrándolas y explicando lo que observan (“te noto triste, porque desde que llegaste del

colegio no contaste nada de tu día”); no intentar que dejen de sentir esa emoción con recompensas, soluciones inmediatas o distracciones; modelar la regulación emocional mostrando como lo adultos experimentan sus propias emociones. La idea es que experimentar la emoción es lo que les va a facilitar desarrollar estrategias para afrontarla.

Por último, se fomentará el debate y la reflexión sobre situaciones reales que las familias hayan vivido, para que puedan aplicar las pautas de forma práctica y contextualizada.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyector o pantalla digital

Sesión 10: El cuerpo en acción

Tabla 12

Sesión 10. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir el concepto de imagen corporal. 2. Identificar la influencia del modelo estético en la imagen corporal. 3. Identificar la homogeneidad de los modelos corporales femeninos predominantes.

Desarrollo. La sesión comenzará introduciendo la idea de valorar el cuerpo desde una perspectiva interna, poniendo el foco en su utilidad y en las funciones que desempeña para cada una de nosotras. Esta idea se ejemplificará mediante una lámina con siluetas de diferentes instrumentos musicales (Apéndice M), explicando cómo la forma de cada

instrumento está relacionada con la función que cumple. Esta introducción tendrá una duración de 15 minutos.

La primera actividad consistirá en un juego de adivinanzas. El grupo se distribuirá en parejas y se entregarán a cada una dos tarjetas. En cada tarjeta se incluirá una parte del cuerpo junto con una de sus funciones (véase Apéndice N). Cada pareja deberá crear dos adivinanzas utilizando las funciones indicadas.

Una vez elaboradas, cada pareja leerá las adivinanzas en voz alta y el resto del grupo debe adivinar de qué parte del cuerpo se trata. Tras cada intervención, se dejará un breve espacio para comentar conjuntamente la función trabajada y realizar las aportaciones que consideren oportunas. Esta actividad está prevista para una duración de 30 minutos.

Posteriormente, se presentarán diferentes preocupaciones de Celia relacionadas con partes concretas de su cuerpo, y el grupo deberá identificar, para cada una de ellas, funciones útiles por las que podría valorar esa parte de su cuerpo (se incluye un ejemplo en el Apéndice Ñ). Esta actividad tendrá una duración de 15 minutos.

Por último, cada participante elaborará en una cartulina su propia silueta y escribirá su nombre. Las cartulinas se irán rotando entre las compañeras, de modo que cada una deberá escribir un aspecto positivo relacionado con una parte del cuerpo de la persona a la que pertenece la silueta. Esta cartulina se incluirá en su carpeta del programa. Esto durará aproximadamente unos 10 minutos.

La última parte de la sesión se utilizará para jugar entre todas a un juego tipo Twister, con el objetivo de favorecer la vivencia del cuerpo desde la acción y el disfrute compartido y desarrollar mayor cohesión grupal.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- cartulinas A4 de colores
- proyector o pantalla digital
- rotuladores de colores
- bolígrafos

Sesión 11: Ampliamos el foco

Tabla 13

Sesión 11. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir el concepto de imagen corporal. 2. Identificar la influencia del modelo estético en la imagen corporal. 3. Identificar la homogeneidad de los modelos corporales femeninos predominantes.

Desarrollo. La sesión comenzará explicando que el concepto de imagen corporal hace referencia a la forma en la que cada una ve y piensa sobre su propio cuerpo. A continuación, se comentará que, en ocasiones, las imágenes que vemos en la televisión, internet o la publicidad pueden influir en cómo las personas percibimos nuestro cuerpo. Esta explicación está pensada para durar 10 minutos como máximo.

Posteriormente, se presentará la actividad a través de Celia: *“Celia durante la semana ha estado observando imágenes en redes sociales, anuncios y series. Se ha sentido confundida porque todas las imágenes de mujeres que se encontraba parecían transmitir un mismo tipo de cuerpo como el cuerpo ideal”*. Se mostrarán distintos ejemplos de estos contenidos y, a partir de su análisis, se extraerá qué tipos de cuerpo se obtienen. Las

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

diferentes siluetas identificadas se colocarán en la pizarra y se organizarán en un mismo espacio visual, concentrándolas en una zona concreta, de manera que se evidencie que ocupan una parte reducida del espacio total. Esta parte de la actividad tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

A continuación, se introducirá la metáfora de “ampliar el foco” ejemplificándola con la imagen de una cámara que solo encuadra una pequeña parte de una escena más amplia (véase Apéndice O). Se propondrá ampliar el foco entre nosotras y ver qué otras siluetas forman parte de la realidad que queda fuera de la cámara. Se repartirán siluetas de diferentes formas y tamaños y se pedirá que seleccionen cinco que representen a mujeres significativas en su vida. Posteriormente, deberán distribuir las en el espacio que quedaba en blanco. Esta parte de la actividad durará aproximadamente 15 minutos.

Una vez realizado este ejercicio, se estimulará la reflexión a través de preguntas como “*¿Cuánto espacio ocupaban los cuerpos que vimos en redes, televisión o revistas?*”, “*¿Creéis que eso representa la mayoría de mujeres que conocemos en la vida real?*”, “*¿Qué ideas pueden hacernos pensar esas imágenes?*” o “*¿Cómo puede influir eso en cómo nos sentimos respecto a nuestro propio cuerpo?*”. En esta actividad es muy importante generar debate y fomentar que todas las chicas aporten sus reflexiones, está pensada para que tenga una duración de 15 minutos.

Después de esta primera actividad, se presentarán a través de Celia algunos ejemplos de pensamientos típicos que las personas pueden tener sobre su cuerpo. En dos grupos, deben escribir un mensaje alternativo que sea más realista y menos negativo. Esta actividad está pensada para una duración de 15 minutos.

Por último, se pedirá a las participantes que vuelvan a coger las siluetas seleccionadas y las peguen en una cartulina tamaño A4. Además, debajo de cada silueta deben indicar una cualidad que destacan de esa persona. La lámina llevará como título “Las mujeres de mi entorno” y se introducirá en sus respectivas carpetas del programa. Esta actividad tendrá una duración de 10 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- bolígrafos
- imágenes de siluetas
- pegamento
- cartulinas A4 de colores
- proyector o pantalla digital
- pizarra

Sesión 12: Redirigir la atención

Tabla 14

Sesión 12. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Familia
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar sobre el impacto de los comentarios sobre la apariencia. 2. Ofrecer pautas prácticas para tener en cuenta en su día a día. 3. Concienciar sobre un uso de las redes más consciente.

Desarrollo. Esta sesión está destinada para trabajar con las familias. La sesión se iniciará recogiendo las observaciones de las familias acerca de cómo ha sido la experiencia de las niñas hasta el momento. Se les ofrecerá un espacio para compartir percepciones sobre su

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

implicación en el programa, posibles cambios observados y cualquier aspecto que consideren relevante. Posteriormente, se les pedirá que comenten si han percibido mejoras en aspectos como la relación con su cuerpo o la forma de expresarse respecto a su imagen.

A continuación, se realizará una breve exposición sobre la importancia de no centrar la atención en el cuerpo como principal fuente de valoración. Se explicará cómo la apariencia puede adquirir un peso excesivo en la forma en que se define a las niñas y cómo esto contribuye a que el cuerpo se convierta en un eje central de la identidad. Se destacará la relevancia de ampliar el foco hacia otros aspectos como las habilidades, los intereses, los valores personales y las cualidades individuales.

Tras esta explicación, se abordará de manera más concreta el tema de los comentarios sobre el físico en el entorno familiar. Se pondrán ejemplos de expresiones habituales y se invitará a las familias a identificar aquellas que utilizan con mayor frecuencia en su día a día. Se realizará una reformulación conjunta hacia aspectos no vinculados al cuerpo, como el esfuerzo, la constancia, la creatividad, la generosidad o la responsabilidad, entre otros. El objetivo será ofrecer alternativas concretas que puedan incorporar en su vida cotidiana, reduciendo la centralidad de la apariencia en la construcción de la autoestima.

Finalmente, se incluirá una breve reflexión sobre el papel de las redes sociales y otros contenidos audiovisuales en la transmisión de los modelos estéticos. Se recomendará a las familias supervisar y acompañar el consumo de redes sociales, fomentar una actitud crítica ante las imágenes y mensajes que se presentan y promover conversaciones abiertas.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyecto o pantalla digital

Sesión 13. La casita**Tabla 15***Sesión 13. Duración, destinatarias y objetivos específicos*

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los criterios personales de autoevaluación. 2. Desarrollar evaluaciones centradas en diversos ámbitos. 3. Valorar logros y fortalezas en cada área.

Desarrollo. La sesión se iniciará realizando en la pizarra el dibujo de una casa. La psicóloga explicará que esa casa está dividida en varias habitaciones, que representan las diferentes áreas de la vida. Comentará cuáles son para ella más importantes y dibuja las habitaciones. A través de la metáfora de la casa, explicará que no todas las habitaciones ocupan el mismo espacio ni tampoco todas pueden estar ordenadas siempre. Se transmitirá la importancia de no generalizar el desorden de una habitación al resto de la casa y de evaluar cada habitación por separado. Toda esta explicación debe hacerse como un cuento, de forma que sea atractiva para el grupo. Esta actividad durará 10 minutos aproximadamente.

Posteriormente, se pedirá que las chicas dibujen cada una en una cartulina tamaño A4 su casa con sus habitaciones. Estas habitaciones van a representar las áreas importantes para ellas y no tienen que ser las mismas que las de la psicóloga. Deben tener un tamaño relacionado con la importancia que le dan a cada una, siendo las más grandes las más importantes. Para esta parte de la actividad se reservarán aproximadamente 10 minutos.

Deben compartir en alto cuanto de ordenada está su casa de 1 al 10, siendo 10 el máximo nivel de orden. Después, puntuarán cada una de las habitaciones por separado y se

analiza si la puntuación global que dieron en un primer momento sube al analizar cada área por separado. Esta dinámica tendrá una duración de 20 minutos.

Posteriormente, la psicóloga va leyendo diferentes situaciones y las chicas deben indicar cuál de sus áreas se vería más afectada por esa situación. El objetivo será transmitir al grupo la importancia de diferenciar entre áreas y no utilizar solo una de ellas para medirse. Esta parte de la sesión durará aproximadamente 15 minutos.

La siguiente actividad consistirá en una diapositiva en la que Celia presenta su casa al grupo. Está muy agobiada porque este trimestre sus notas no han sido muy buenas, dice que es “un desastre” y que todo lo hace mal. El grupo debe ayudar a Celia a valorar si esta afirmación es cierta o no. Para esto, se irá entrando en cada una de las “habitaciones” para ir realizando una visita general de cada una (por ejemplo, en el área de amistad nos adentramos y vemos que esta semana una amiga la ha invitado a pasar la tarde con ella y otra le ha pedido que se siente con ella en el autobús en la próxima excursión). Para esta dinámica se reservarán 15 minutos.

La última parte de la sesión podrán decorar la cartulina con la casa, que después guardarán en su carpeta del programa. Durante este rato se generará un espacio de conversación informal en el que las chicas compartirán con las demás aspectos de su vida que les apetezca compartir (pueden hablar de sus amigas, de los trabajos de sus padres, de las asignaturas que les gustan, de las actividades a las que van). La finalidad es que se genere una conversación en la que puedan observar la diversidad de áreas y de realidades que existen entre todas.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- cartulina A4
- rotuladores
- proyector y pantalla digital
- pegatinas

Sesión 14: Entre fatal y perfecto

Tabla 16

Sesión 14. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar el perfeccionismo como un criterio rígido. 2. Fomentar estándares flexibles y realistas. 3. Analizar el impacto de estos juicios en emociones y conductas.

Desarrollo. En esta sesión se empezará retomando la preocupación de Celia de la sesión anterior por las notas. Se presentará una diapositiva en la que se pueden ver las notas de los exámenes a los que se refería Celia (un 4,5 y un 6). En la diapositiva, Celia explica que está acostumbrada a sacar mejor nota en la asignatura del 6 y que el 4,5 es un suspenso, “las dos notas están fatal”.

Se realizará con el grupo un ejercicio en el que se dibujará en un mural de papel una línea continua que en un extremo indique “Horrible” y en el otro “Perfecto”. Las participantes deberán levantarse e ir situando a lo largo de la línea palabras o frases que indiquen valoraciones que se sitúen en medio de los dos extremos. Esto se hará de forma lúdica y animando a participar a todas las chicas, reforzando todas las aportaciones. Una vez

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

terminada esta parte de la actividad, deberán situar las notas de Celia en el continuo que crearon entre todas y determinar qué palabra definiría las notas de Celia en vez de “fatal”. Se terminará con una reflexión sobre cómo etiquetar nuestros resultados. Esta actividad tendrá una duración de 20 minutos.

La siguiente actividad consistirá en sacar ejemplos reales del grupo en los que hayan evaluado un resultado de forma extrema. Con cada uno de los ejemplos que se aporten se irá haciendo el mismo ejercicio de colocar en el continuo y adjudicar la palabra que mejor le encaje. Esta actividad tiene una duración aproximada de 15 minutos.

La última actividad consistirá en realizar tres tareas diferentes con un tiempo reducido: construir una figura con piezas de construcción, realizar un puzzle de muchas piezas y escribir el estribillo de una canción. Después de cada actividad el grupo evaluará la realización de la tarea. Se establecerá un tiempo de debate en el que se analice si la evaluación se centró en el resultado de la tarea o en el proceso. Esta dinámica durará 35 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- mural de papel
- piezas de construcción
- puzzle
- rotuladores
- proyector o pantalla digital

Sesión 15: Criterios amplios**Tabla 17***Sesión 15. Duración, destinatarias y objetivos específicos*

Duración	90 minutos
Destinatarias	Familia
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover criterios múltiples de valoración. 2. Desarrollar respuestas que amplíen el foco hacia el esfuerzo. 3. Promover el reconocimiento de logros en distintas áreas.

Desarrollo. La sesión comenzará explicando a las familias que las participantes están trabajando la ampliación de los criterios con los que se evalúan a sí mismas. Se señalará que la autoevaluación no se construye individualmente, sino en interacción constante con el entorno, especialmente con la familia. Desde edades tempranas, las niñas aprenden en qué aspectos deben fijarse para sentirse valiosas y esto suele estar influido por los mensajes que reciben.

A continuación, se propondrá un ejercicio inicial de reflexión en el que las familias anotarán de forma individual las frases que utilizan con mayor frecuencia para elogiar a sus hijas. Se especificará que no se trata de juzgar si son adecuadas o no, sino de observar patrones.

Posteriormente, se pondrán en común algunas de estas frases y se irán agrupando en la pizarra en distintas categorías: rendimiento académico, comportamiento, esfuerzo, habilidades sociales, habilidades artísticas, apariencia, responsabilidad, entre otras.

A partir de esta clasificación, se abrirá una reflexión guiada sobre qué categorías son las predominantes. Se preguntará “¿Qué efecto creéis que podría tener que la mayoría de los elogios se centren en un único ámbito?” y “¿Qué podría ocurrir si ese ámbito falla?”. Se introducirá la idea de que cuando la valoración se concentra en pocas áreas, la autoimagen se vuelve más vulnerable ante cambios o errores.

Las familias escogerán una situación cotidiana de la infancia y elaborarán una respuesta centrada exclusivamente en el resultado y otra que amplíe el foco hacia el esfuerzo, el proceso, los valores o las cualidades internas. Se pondrán en común las propuestas y se analizará cómo cambia el mensaje implícito en cada caso.

En la segunda parte de la sesión, se abordarán los mensajes implícitos de valoración. Se explicará que también influyen las expectativas muy exigentes o comparaciones frecuentes. Se pedirá a las familias que reflexionen sobre situaciones en las que, sin intención explícita, puedan estar transmitiendo que ciertos aspectos son más importantes que otros.

Se ofrecerán orientaciones concretas para fomentar criterios de evaluación más amplios: diversificar los ámbitos que se reconocen y refuerzan, valorar los procesos además de los resultados, evitar etiquetas globales.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyector o pantalla digital
- bolígrafos
- folios

Sesión 16: Yo soy**Tabla 18***Sesión 16. Duración, destinatarias y objetivos específicos*

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la diferenciación entre identidad e imagen. 2. Fomentar el análisis de cualidades no relacionadas con la apariencia. 3. Desarrollar un autoconcepto menos dependiente del juicio externo.

Desarrollo. La sesión comenzará preguntando a las chicas cómo se describirían. Irán escribiendo adjetivos en una hoja y la psicóloga recogerá las hojas y anotará los diferentes adjetivos en la pizarra. Después, se dibujarán dos columnas: una titulada “Qué soy” y otra “Qué ven”. Entre todas, irán clasificando las palabras mencionadas en una u otra columna. A partir de esta clasificación, se abrirá un debate sobre qué aspectos creen que aportan más información acerca de una persona. Esta actividad tendrá una duración de 20 minutos.

Posteriormente, se proyectará una diapositiva en la que aparecerán distintos adjetivos relacionados con diferentes formas de ser. Entre todas, se clasificarán en positivos y negativos. A continuación, se analizará cada una de estas características, explorando sus posibles fortalezas y matices. Se trabajará la idea de que un rasgo que inicialmente puede percibirse como negativo (por ejemplo, considerarse tímida), también puede reformularse en términos más ajustados y constructivos (por ejemplo, ser prudente o reflexiva).

Se realizará una reflexión guiada sobre si realmente existen características positivas o negativas, o si su valor depende del contexto y de las situaciones en las que se manifiestan.

Esta dinámica está prevista para una duración de 30 minutos.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

A continuación, se presentará una diapositiva en la que Celia explica que desde hace tiempo se siente acomplejada por tres características de su personalidad. El grupo deberá buscar maneras de redefinir esas tres características en términos más positivos y funcionales. Esta parte de la sesión ocupará 15 minutos.

Por último, las chicas deben escoger cinco adjetivos que les definan y escribirlos en una cartulina con el título “Yo soy...” que se guardará en la carpeta del programa. Esto durará 10 minutos.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyector o pantalla digital
- pizarra
- cartulinas A4
- rotuladores

Sesión 17: Punto y seguido

Tabla 19

Sesión 17. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar aprendizajes obtenidos en el programa. 2. Favorecer la continuidad de estos aprendizajes. 3. Promover una narrativa positiva y continua sobre su desarrollo personal.

Desarrollo. La sesión comenzará formando un círculo entre todas. Una de las participantes se situará en el centro y el resto del grupo irá expresando en voz alta cualidades, fortalezas y aspectos positivos que reconocen en ella. Se animará a que los comentarios sean

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

variados, para favorecer una experiencia de reconocimiento grupal y reforzar una imagen más amplia y positiva de sí mismas. Esta actividad está prevista para una duración aproximada de 30 minutos.

A continuación, se colocará una línea en el suelo con cinta adhesiva. En un extremo se pondrá “Antes” y en el otro “Ahora”. El grupo comenzará situado en el extremo inicial y, a medida que la psicóloga vaya compartiendo en voz alta aprendizajes adquiridos, darán un paso hacia el otro extremo por cada elemento mencionado. Cuando llegue al extremo final, el grupo celebrará el recorrido con un aplauso como forma simbólica de reconocimiento de su proceso. Esto durará aproximadamente 20 minutos.

Posteriormente, se presentará una carta escrita por Celia en la que describe cómo ha cambiado la forma en la que se percibe. En la carta, también agradecerá al grupo el apoyo recibido, la confianza y el clima de respeto que construyeron juntas.

Por último, cada chica escribirá una carta sobre cómo se ven dentro de 3 meses, que la psicóloga guardará en un sobre cerrado. A continuación, se les entregará su carpeta del programa, junto con un certificado de participación en el que se reconozca su capacidad para implicarse activamente en el proceso, compartir experiencias personales, generar vínculos de confianza y desarrollar recursos para cuidarse y tratarse bien.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- proyector o pantalla digital
- cinta adhesiva
- certificados impresos

Sesión 18: Identidad desde casa

Tabla 20

Sesión 18. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	90 minutos
Destinatarias	Familias.
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar la influencia de la familia en la construcción del autoconcepto 2. Identificar prácticas cotidianas que pueden reforzar una identidad centrada en la apariencia. 3. Promover un estilo comunicativo que destaque las cualidades internas.

Desarrollo. La sesión comenzará recordando a las familias que en las últimas sesiones se ha trabajado la construcción de una identidad menos centrada en la apariencia y más vinculada a cualidades personales, valores y capacidades. Se explicará que el objetivo de esta sesión es analizar cómo el entorno familiar puede favorecer este proceso. Se introducirá la idea de que las niñas van interiorizando narrativas sobre quiénes son dentro del sistema familiar.

En primer lugar, se realizará un mapa de roles familiares. A cada familia se le entrega una hoja en la que deberán escribir los nombres de los miembros del núcleo familiar y, debajo de cada uno, tres adjetivos que lo describan. Una vez completado, se les pedirá que reflexionen acerca de la posible rigidez de ciertos rasgos, ya que cuando una identidad se define de forma rígida puede limitar que se exploren otros aspectos de uno mismo.

Posteriormente, se llevará a cabo un ejercicio en el que escribirán cómo les gustaría que fuese su hija, qué les preocupa que llegue a ser y en qué momentos consideran que su hija encaja con lo que ellos esperan. Estas expectativas se analizarán conjuntamente y se

transmitirá la idea de que, aunque no se expresen de forma directa, suelen ser percibidas igualmente por las niñas.

Por último, se reformularán algunos de los adjetivos que se hayan atribuido a las niñas para transformarlos en descripciones más positivas y funcionales. Las familias elaborarán una nueva descripción de sus hijas incorporando modificaciones. Se explicará que la prevención consiste en crear un contexto que favorezca el desarrollo de una identidad amplia y sólida. Esto implica permitir el cambio y la exploración, evitando exigir a las niñas una coherencia constante con la imagen que existe en la familia sobre ellas.

La sesión finalizará agradeciendo la implicación mostrada y reforzando la idea de que el trabajo preventivo con las niñas se sostiene, en gran medida, en el trabajo que las familias han realizado.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- bolígrafos
- folios
- proyector o pantalla digital

Sesión 19: Evaluación final

Tabla 21

Sesión 19. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	60 minutos
Destinatarias	Familia y participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener una medida después de la aplicación del programa. 2. Valorar el impacto del programa en las participantes. 3. Observar áreas de mejora en la aplicación del programa.

Desarrollo. Esta sesión se realiza de forma individual con cada participante y la familia, se dedicará la sesión completa a la administración de los diferentes instrumentos. Será la psicóloga quien lea cada ítem y la participante se encargará de transmitirle la respuesta. Se aplicarán a la participante los siguientes instrumentos: en primer lugar, se aplicará el ChEAT-26 (de Gracia et al., 2007). De la misma forma que en la primera sesión de evaluación, la segunda prueba administrada será la escala CBIS (Truby y Paxton, 2002).

Posteriormente, lo siguiente será realizar el CPQ (Shafran et al., 2002), y, por último, las participantes completarán el Inventario de autoestima de Coopersmith (versión escolar) (Miranda et al., 2011).

A su vez, en otra sala, los miembros de la familia cubrirán el cuestionario FACES IV (Costa et al., 2013) por separado y sin poner en común las respuestas que vayan considerando.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- bolígrafos
- rotuladores azul y naranja
- cuadernillos del ChEAT-26 (de Gracia et al., 2007), de la escala CBIS (Truby y Paxton, 2002), del CPQ (Shafran et al., 2002), del Inventario de autoestima de Coopersmith (versión escolar) (Miranda et al., 2011) y del FACES IV (Costa et al., 2013)

Sesión 20: Seguimiento

Tabla 22

Sesión 20. Duración, destinatarias y objetivos específicos

Duración	60 minutos
Destinatarias	Familia y participantes
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener una medida después de 3 meses de la finalización del programa. 2. Valorar el impacto del programa en el grupo de participantes a largo plazo

Desarrollo. Esta sesión se realizará 3 meses después de la finalización del programa, de forma individual con cada participante y su familia. El desarrollo de esta sesión será el mismo que el de la sesión de evaluación final. Al final de la sesión se entregarán a las participantes las cartas que realizaron en la última sesión del programa.

Materiales. Los materiales necesarios para esta sesión son los siguientes:

- bolígrafos
- rotuladores azul y naranja
- cuadernillos del ChEAT-26 (de Gracia et al., 2007), de la escala CBIS (Truby y Paxton, 2002), del CPQ (Shafran et al., 2002), del Inventario de autoestima de Coopersmith (versión escolar) (Miranda et al., 2011) y del FACES IV (Costa et al., 2013)

Conclusión, limitaciones y líneas futuras

La propuesta de prevención desarrollada en el presente trabajo surge de la necesidad de situar la prevención de los TA en edades anteriores a aquellas en las que la sintomatología suele manifestarse con mayor claridad (Breton et al., 2022; Koreshe et al., 2023), en un contexto en el que distintos estudios han descrito una mayor presencia de estos trastornos en población infantil y adolescente en los últimos años (Dueñas et al., 2015; Vázquez-Giraldo et al., 2024). El objetivo es actuar sobre los procesos psicológicos implicados antes de que puedan consolidarse como mecanismos de vulnerabilidad.

Los procesos en torno a los que se articulan los contenidos del programa se han seleccionado teniendo en cuenta los factores que la literatura ha identificado como relevantes, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de estos trastornos (APA, 2022; Barakat et al., 2023; Fairburn et al., 2003). Esta integración permite que la propuesta no se limite a un abordaje centrado exclusivamente en los ideales estéticos, sino que incluya también aspectos como la autoevaluación basada en estándares exigentes, la intolerancia emocional o la rigidez cognitiva.

Además, el carácter preventivo del programa supone una orientación explícita hacia el fortalecimiento de recursos psicológicos, más que hacia la reducción de sintomatología ya presente. En este sentido, trabajar la flexibilidad cognitiva, la tolerancia emocional o una autoevaluación basada en diversas áreas, no implica únicamente disminuir un riesgo potencial, sino ampliar la capacidad de afrontamiento ante experiencias de autoexigencia, comparación o malestar emocional.

La inclusión de la familia responde a la necesidad de que los contenidos trabajados no queden circunscritos al grupo de trabajo, sino que tengan una continuidad en el entorno

cotidiano de las niñas. Los procesos abordados se desarrollan en interacción con el contexto, por lo que resulta coherente que la prevención contemple espacios de reflexión con las figuras de referencia. En este sentido, el propio modelo de Fairburn et al. (2003) reconoce la influencia de factores interpersonales en el mantenimiento de los trastornos, lo que respalda la incorporación de sesiones de trabajo paralelas con la familia.

Desde esta perspectiva, situar la actuación en una etapa anterior no implica simplemente adelantar la aplicación de contenidos ya existentes, sino adaptar el marco conceptual a un momento evolutivo distinto, permitiendo un programa más ajustado a la edad de las destinatarias.

Además, la propuesta se dirige específicamente a población femenina, atendiendo a la mayor prevalencia de estos trastornos en mujeres y niñas y a la presión diferencial ejercida por los ideales estéticos sobre el cuerpo femenino. Incorporar esta perspectiva permite enmarcar los procesos trabajados dentro de un contexto sociocultural que afecta de manera desigual según el género.

La propuesta adopta un enfoque universal, en línea con la clasificación propuesta por el Institute of Medicine (1994), lo que permite ampliar el alcance potencial del programa y reducir la estigmatización asociada a la participación en el mismo. Este planteamiento facilita su implementación en contextos educativos ordinarios y favorece una participación menos condicionada por la percepción de dificultades.

Asimismo, una fortaleza relevante de la propuesta es la articulación secuencial de los bloques, que permite trabajar los procesos desde distintos niveles y de forma progresiva, evitando intervenciones aisladas sobre un único factor. Otra aportación destacable es la

integración del componente narrativo transversal, que permite traducir procesos psicológicos complejos a un formato evolutivamente ajustado sin trivializar su contenido.

No obstante, el trabajo presenta limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, al tratarse de una propuesta teórica, la eficacia real del programa deberá ser contrastada empíricamente. Será necesario analizar los cambios inmediatos tras la aplicación del programa, pero también su mantenimiento a medio y largo plazo, que es un aspecto que la literatura ha señalado como una de las principales debilidades de los programas de prevención existentes (Pursey, et al. 2021).

En segundo lugar, el carácter voluntario de la participación puede generar un sesgo de selección. Es posible que participen con mayor frecuencia familias más sensibilizadas hacia la educación emocional o la prevención de TA, lo que podría limitar el alcance preventivo en entornos donde estos aspectos no sean la prioridad y, por tanto, susceptibles de desarrollar futuras conductas de riesgo relacionadas con los TA.

En cuanto al rango de edad seleccionado, aunque está alineado con el objetivo de la propuesta, supone un reto en el ajuste de los contenidos a la etapa evolutiva. La heterogeneidad entre los 8 y los 12 años exige una adaptación cuidadosa del lenguaje, las dinámicas y el grado de complejidad de las actividades.

De cara a futuras investigaciones, resultaría pertinente evaluar la implementación del programa en distintos contextos educativos y analizar qué componentes específicos generan un mayor impacto en las variables trabajadas. Igualmente, sería relevante explorar posibles adaptaciones a otros contextos socioculturales y valorar la división del programa en dos tramos de edad (8-10 años y 11-12 años) con el fin de ajustar con mayor precisión los

contenidos y el nivel de complejidad de las actividades al momento evolutivo de las participantes.

En definitiva, la presente propuesta parte de la premisa de que la prevención de los TA no debe centrarse exclusivamente en evitar la consolidación de dinámicas disfuncionales en relación con el cuerpo y la alimentación, sino en fortalecer de forma temprana los procesos psicológicos implicados en su desarrollo y mantenimiento. Desplazar la prevención hacia edades más tempranas permite actuar cuando dichos procesos aún se encuentran en desarrollo y pueden orientarse hacia formas más flexibles y ajustadas.

El programa pretende favorecer la construcción de una autoevaluación relacionada con diversas áreas de funcionamiento y realista, promover una mayor flexibilidad cognitiva y ampliar las estrategias de regulación emocional que permitan aumentar la tolerancia de estados emocionales intensos. Todo ello se plantea en interacción con un entorno familiar sensibilizado respecto a estos procesos y preparado para sostenerlos de forma coherente.

Referencias

- Agaum-Bitton, R., Ahmad, W. A., & Golan, M. (2018). Girls-only vs. mixed-gender groups in the delivery of a universal wellness programme among adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS One*, *13*(6).
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6005464/>
- Allen, K. L., Mountford, V. A., Elwyn, R., Flynn, M., Fursland, A., Obeid, N., & Wade, T. (2023). A framework for conceptualising early intervention for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *31*(2), 320-334. doi.org/10.1002/erv.2959
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR) (5ª ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arija-Val, V., Santi-Cano, S. M., Novalbos-Ruiz, J., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(Extra 2), 8-15. 10.20960/nh.04173
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(8). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Belloch, A., Belloch Fuster, A., Sandín, B., Ramos, F., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (A. Belloch & B. Sandín, Eds.; 3ª ed., Vol. I). Madrid: McGraw-Hill.
- Breton, É., Dufour, R., Côté, S. M., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E., & Boon, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Eating Disorders*, *10*(84). 10.1186/s40337-022-00603-z

Costa, D., González, M., del Arca, D., Masjuan, N., & Olson, D. H. (2013). Propiedades Psicométricas del FACES IV: Estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 119-132.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s1688-42212013000200002&script=sci_artt_ext

de Gracia, M., Marcó, M., & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72719417.pdf>

del Pino Sedeño, T.G. P. (2021). Efectividad y coste-efectividad de la prevención universal de los trastornos de la conducta alimentaria en población infantil, preadolescente y adolescente escolarizada. In *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1e8d4678-357a-11ec-9397-6180a6185aaa&idCarpeta=df4c5b0a-acc9-11dd-bcc2-dd39af5a7493>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. 10.1016/s0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2021). Eating Disorders. A transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Guilford Publications.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2021). Eating Disorders. A transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (pp. 705–741). Guilford Publications.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2006). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407-416. 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. TEA Ediciones.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413.
- Hinz, A. (2017). Improving Body Satisfaction in Preadolescent Girls and Boys: Short-Term Effects of a School-Based Program. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *15*(2), 241-258. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293152484001>
- Institute of Medicine. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press.
- Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(38). 10.1186/s40337-023-00758-3
- Maestra de Corazón. [Maestrdecorazonbp]. (2017, abril 24). *Snack Attack* [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=4BUC6Otsh5k>

- McVey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2007). Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4(2), 115-136.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144507000022>
- Miranda, J. B., Miranda, J. F., & Enríquez, A. L. (2011). *Revista electrónica praxis investigativa ReDIE*, 3(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6535715>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE Guideline [NG69]. <https://www.nice.org.uk/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)* (11th ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Otero, M. C., del Toro, C. R., Hornero, J. P., Tilve, M. J.G., & Lázaro, P.M. R. (2009). Prevención e epidemioloxía dos transtornos da conduta alimentaria en estudantes desecundaria galegos/as: resultados preliminares. *Psicoloxía clínica: anuario*, 3, 1528-1533. <https://portalcientifico.sergas.es/documentos/63364d42b9be37379c02fc96>
- Perpiñá, C., & Perpiñá, C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Editorial Síntesis.
- Phillipou, A., McGorry, P., Killackey, E., & Maguire, S. (2023). Eating disorders in young people. *Australasian Psychiatry*, 31(3), 346-348. 10.1177/10398562231159514
- Pursey, K. M., Burrows, T. L., Barker, D., Hart, M., & Paxton, S. J. (n.d.). Disordered eating, body image concerns, and weight control behaviors in primary school aged children: A systematic review and meta-analysis of universal–selective prevention

interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1730-1765.

10.1002/eat.23571

Roncero, M., Carrasco, Á., García-Soriano, G., Quiles, M. J., & Quiles, Y. (2021).

Tratamientos psicológicos para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. In E. Fonseca Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos : infancia y adolescencia* (pp. 377-403). Ediciones Pirámide.

Roncero, M., & Perpiñá, C. (2020). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. In

A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 415-439).

McGraw-Hill.

Rosello, R., Julia, G., Irene, Y., Watkins, B., Harvey, L., Hosking, A., Viner, R., & Nicholls,

D. (2020). Early intervention in child and adolescent eating disorders: The role of a parenting group. *Eur Eat Disorders Rev*, 1(8). 10.1002/erv.2798

Rubiales, I., & Cabrera, Y. (2019). *Mía y Teté*. FEAFES Salud Mental Almendralejo.

Schaumberg, K., Jangmo, A., Thornton, L. M., Birgegård, A., Almqvist, C., Norring, C.,

Larsson, H., & Bulik, C. M. (2019). Patterns of diagnostic transition in eating disorders: a longitudinal population study in Sweden. *Psychological medicine*, 49(5), 819-827.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.

10.1016/j.paid.2014.01.003

Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of personality assessment*, 64(2), 258-269.

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6402_6

Truby, H., & Paxton, S. J. (2002). Development of the Children's Body Image Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 185-203.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12034005/>

Vázquez-Giraldo, P., Muñoz-Sanjosé, A., & López-Cuadrado, T. (2024). Vázquez-Giraldo, P., Muñoz-Sanjosé, A., & López-Cuadrado, T. (2024). Hospital Admissions for Eating Disorders in Children and Adolescents in Spain: A Population-Based Study. *International Journal of Eating Disorders*, 57(11), 2299-2305.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/eat.24282>

Apéndice A. Criterios Diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos

Criterios diagnósticos para la pica (adaptado de APA, 2022)

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada para el grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental o afección médica, es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Especificar si:

- En remisión: después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación (adaptado de APA, 2022)

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de 1 mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica.
- C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual] u otro trastorno del

neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar la atención clínica adicional.

Especificar si:

- En remisión: después de haberse cumplido todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Criterios diagnósticos para el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (adaptado de APA, 2022)

- A. Alteración alimentaria o de la ingestión de alimentos (p. ej., aparente falta de interés por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia de la alimentación enteral o suplementos nutritivos por vía oral.
 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. La alteración no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. La alteración alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de una AN o la BN, y no hay pruebas de que la manera de experimentar el propio peso o forma corporales esté alterada.
- D. La alteración alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando la alteración alimentaria se

produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad de la alteración alimentaria excede a la que se suele asociar a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

- *En remisión:* después de haberse cumplido todos los criterios para el trastorno de ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa (adaptado de APA, 2022)

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la condición física. El peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimamente normal o, en el caso de niños y adolescentes, inferior al mínimamente esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la manera en que el propio peso o forma corporales se experimenta, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar tipo:

- *Tipo restrictivo:* durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- *Tipo con atracones/purgas:* durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar si:

- *En remisión parcial:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B, o el criterio C.
- *En remisión total:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- Leve: IMC < 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m²

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa (adaptado de APA, 2022)

A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período de tiempo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, como promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la silueta y el peso corporales.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

Especificar si:

- *En remisión parcial:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, se cumplen algunos criterios, pero no todos, durante un período continuado.
- *En remisión total:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.

- Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Criterios diagnósticos para el trastorno por atracones (adaptado de APA, 2022)

- A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período de tiempo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer a solas debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse asqueado con uno mismo, deprimido, o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

Especificar si:

- *En remisión parcial:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- *En remisión total*: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Apéndice B. Criterios GOS (Great Ormond Street)

Los criterios propuestos por Great Ormond Street son los siguientes (Perpiñá, 2015):

1. *Anorexia nerviosa*: pérdida de peso buscada con empeño (no comer, vomitar, ejercicio); cogniciones anómalas sobre el cuerpo y el peso; preocupación mórbida con el peso y la figura.
2. *Bulimia nerviosa*: atracones y purgas recurrentes; sensación de perder el control; preocupación mórbida con el peso y la figura.
3. *Trastorno de evitación emocional a la comida*: evitación al alimento no motivada por un trastorno afectivo primario; pérdida de peso; alteración de humor que no cumple criterios para un trastorno afectivo primario; ausencia de cogniciones anómalas sobre el peso o la figura; no trastorno orgánico ni psicosis.
4. *Comer selectivo*: estrecho rango de alimentos desde al menos 2 años; rechazo a probar alimentos nuevos; ausencia de cogniciones anómalas sobre el peso o la figura; ningún miedo a atragantarse, asfixiarse o vomitar; el peso puede ser bajo, normal o alto.
5. *Disfagia funcional*: evitación al alimento, miedo a tragar, atragantarse o vomitar; ausencia de cogniciones anómalas sobre el peso o la figura.
6. *Síndrome de rechazo generalizado*: profundo rechazo a comer, beber, andar, hablar o cuidarse; resistencia férrea a los intentos de ayuda.

Apéndice C. Lista de Colegios Públicos del Centro de Santiago de Compostela

A continuación se incluye una lista de los colegios públicos situados en el centro de Santiago de Compostela:

- CEIP de Prácticas López Ferreiro.
- CEIP Pio XVII.
- CEIP Raiña Fabiola.
- CEIP Cardeal Quiroga Palacios.

Apéndice D. Cartel y díptico del programa de prevención

Figura D1

Cartel

PROGRAMA *
DE PREVENCIÓN

DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

NIÑAS DE 8-12 AÑOS

APRENDEREMOS A...

- Llevarnos mejor con nuestro cuerpo
- Valorarnos positivamente
- Entender nuestra identidad
- Afrontar las emociones

INSCRIPCIÓN HASTA EL 20 DE SEPTIEMBRE.
ENVÍA UN CORREO A PROGRAMATA@GMAIL.COM

PARA MÁS INFORMACIÓN CLICA O ESCANEA

Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Figura D2

Díptico



Bloques temáticos

BLOQUE 1. ALIANZA. Creación de un espacio seguro y de confianza.
 BLOQUE 2. PENSAMIENTO. Identificar y cuestionar pensamientos rígidos.
 BLOQUE 3. EMOCIONES. Comprender y regular las emociones.
 BLOQUE 4. IMAGEN CORPORAL. Trabajar sobre la satisfacción corporal y la reducción de la sobrevaloración del peso y la figura.
 BLOQUE 5. EVALUACIÓN PERSONAL. Ampliar los criterios de valoración de una misma.
 BLOQUE 6. IDENTIDAD Y AUTOCONCEPTO. Construcción de una visión global y positiva de sí mismas.

Información práctica

- **Fecha de inicio:** Octubre de 2026.
- **Duración:** Octubre 2026 a Marzo 2027.
- **Horario:** Miércoles de 18:00 a 19:30.
- **Lugar:** Centro Sociocultural "O Ensanche" (Santiago de Compostela).
- **Número de plazas:** 20 plazas.
- **Inscripción:** Hasta el 20 de septiembre a través del correo electrónico.

¿Por qué es importante?

Los trastornos alimentarios son dificultades relacionadas con la alimentación y la imagen corporal, que pueden afectar a la salud física y psicológica. Suelen comenzar en la adolescencia, pero cada vez aparecen manifestaciones en edades más tempranas.

Actuar antes de que los síntomas aparezcan permite fortalecer la autoestima, favorecer una relación saludable con el cuerpo, desarrollar habilidades de regulación de emociones y reducir los factores de riesgo. La prevención temprana es clave para promover un desarrollo psicológico saludable.

Objetivos del programa

- Fomentar una relación con el cuerpo basada en su funcionalidad, no solo en la apariencia.
- Promover una autoevaluación más flexible y amplia.
- Fortalecer la identidad y el autoconcepto positivo.
- Desarrollar habilidades de regulación emocional.
- Involucrar a la familia como parte activa del proceso preventivo.

Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

Apéndice E. Consentimiento Informado de la Participación en el Programa

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES, MADRES O TUTORES LEGALES

En Santiago de Compostela, a 10 de septiembre de 2026,

Estimadas madres, estimados padres o tutores legales:

Durante los meses de octubre de 2026 a marzo de 2027 se va a llevar a cabo un programa destinado a la prevención de los trastornos alimentarios en niñas entre ocho y doce años en Santiago de Compostela (A Coruña).

Este programa tiene como finalidad prevenir el desarrollo de trastornos alimentarios en población infantojuvenil mediante el fomento de diferentes habilidades. Para evaluar su impacto, se administrarán varias pruebas estandarizadas, que deberán ser cumplimentadas por las participantes y sus familias.

La implementación del programa consta de 16 sesiones, en las cuales deberán participar las destinatarias en formato grupal y también sus familias en las sesiones destinadas para ello.

Se les informa de que se garantizará la confidencialidad de toda la información recopilada sobre su hija o tutorizada. Ustedes podrán recibir información sobre cualquier actividad realizada durante el programa y de los resultados finales de su aplicación. La participación es voluntaria y la menor podrá abandonar el programa en cualquier momento, sin que ello suponga perjuicio alguno.

Teniendo en cuenta lo anterior, solicitamos su consentimiento para que tanto usted como su hija o tutorizada puedan participar en el proyecto.

Declaro que he sido informada o informado previamente de las características y bases del proyecto y que, aceptándolas, doy mi consentimiento para que mi hija o tutorizada pueda participar en dicho programa.

Nombre y apellidos:

DNI: Nombre de la participante:

Centro educativo:.....Curso:

En Santiago de Compostela a de de 2026.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Apéndice F. Guión de la Entrevista Inicial con la Familia

SECCIÓN 1. Datos generales

1. Nombre de la participante.
2. Edad.
3. Curso escolar.
4. Centro educativo.

SECCIÓN 2. Historia de desarrollo

1. ¿El desarrollo de su hija se encuentra dentro de los límites normales?
2. ¿Ha tenido dificultades en el ámbito académico en algún momento?

SECCIÓN 3. Estado emocional y conductual

1. ¿Cómo describirían el carácter de su hija?
2. ¿Han observado cambios recientes en su estado de ánimo?
3. ¿Muestra preocupaciones frecuentes o ansiedad?
4. ¿Presenta irritabilidad o dificultades para regular emociones?
5. ¿Tiende al aislamiento social?

SECCIÓN 4. Alimentación e imagen corporal

1. ¿Cómo describirían sus hábitos alimentarios?
2. ¿Existen conflictos en torno a la comida?
3. ¿Ha mostrado preocupación por su peso o figura?
4. ¿Evita alimentos por miedo a engordar?
5. ¿Se compara con otras niñas en relación con su cuerpo?

SECCIÓN 5. Autoexigencia y estándares personales

1. ¿Se muestra excesivamente exigente consigo misma?
2. ¿Tolera adecuadamente el error?

3. ¿Cómo reacciona ante el fracaso académico o deportivo?

SECCIÓN 6. Relaciones sociales

1. ¿Tiene amistades estables?
2. ¿Presenta dificultades de integración?
3. ¿Han detectado conflictos frecuentes con iguales?

SECCIÓN 7. Dinámica familiar

1. ¿Quiénes son las personas con las que convive?
2. ¿Cómo describirían la comunicación en casa?
3. ¿Cómo se gestionan los conflictos?
4. ¿Existen antecedentes familiares de trastornos psicológicos?
5. ¿Ha habido cambios familiares recientes relevantes?

SECCIÓN 8. Tratamientos actuales o recientes

1. ¿Está recibiendo atención psicológica?
2. ¿Ha recibido tratamiento en los últimos 3 meses?
3. ¿Está tomando medicación? ¿Desde cuándo?
4. ¿Ha habido cambios recientes en la medicación?

Apéndice G. Hoja de Registro de la Entrevista Inicial

Nombre de la participante: _____

Edad: _____ Colegio: _____ Curso: _____

Ítem	Sí	No	Observaciones
Edad comprendida entre 8 - 12 años			
Disposición familiar a participar			
Ausencia de diagnóstico previo de TA			

Indicador	Presente	Ausente	Observaciones
Ideación autolesiva/suicida			
Pérdida significativa de peso reciente			
Conductas restrictivas severas			
Conflictos alimentarios intensos			
Tratamiento psicológico actual			
Medicación no estabilizada			

Área	Bajo	Moderado	Elevado	Observaciones
Preocupación por imagen corporal				
Autoexigencia				
Regulación emocional				
Relaciones con iguales				
Dinámica familiar				

Valoración final del profesional

Adecuada para el programa preventivo

Derivación recomendada

Observaciones finales: _____

Fecha y firma del profesional:

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Apéndice H. Imagen del personaje ficticio llamado “Celia”

Figura H1

Imagen de Celia



Nota. Imagen generada con la inteligencia artificial de Canva a partir de las instrucciones de la autora.

Apéndice I. Ejemplo de las Láminas con Situaciones ambiguas

Figura I1

Lámina de una situación ambigua



Nota. Imagen generada con la inteligencia artificial de Canva a partir de las instrucciones de la autora.

Figura I2

Lámina de una situación ambigua

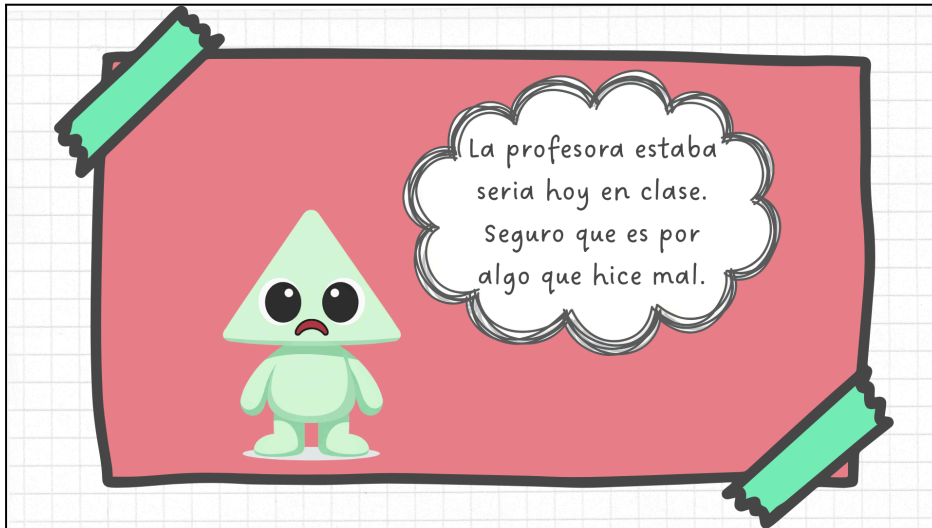


Nota. Imagen generada con la inteligencia artificial de Canva a partir de las instrucciones de la autora.

Apéndice J. Ejemplo de las Diapositivas de las Distorsiones Cognitivas

Figura J1

Diapositiva que presenta una distorsión cognitiva



Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Figura J2

Diapositiva que presenta una distorsión cognitiva

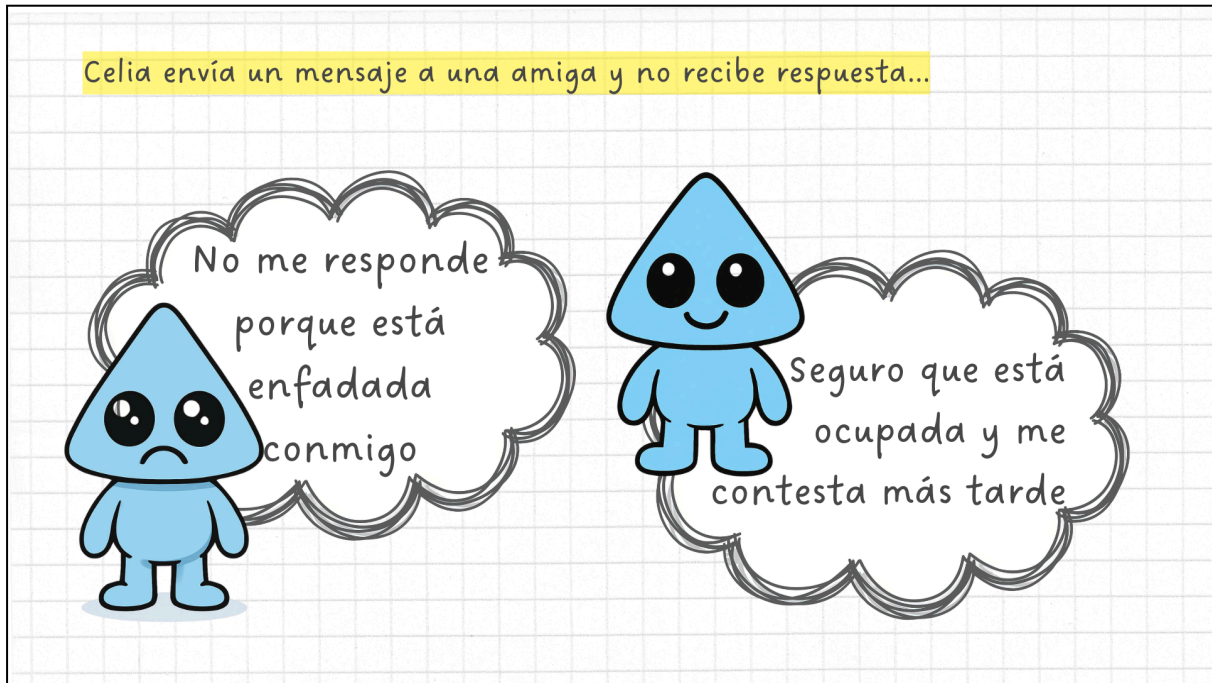


Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Apéndice K. Ejemplo de las Diapositivas sobre Interpretación y Emoción

Figura K1

Diapositiva que presenta diferentes explicaciones a una misma situación

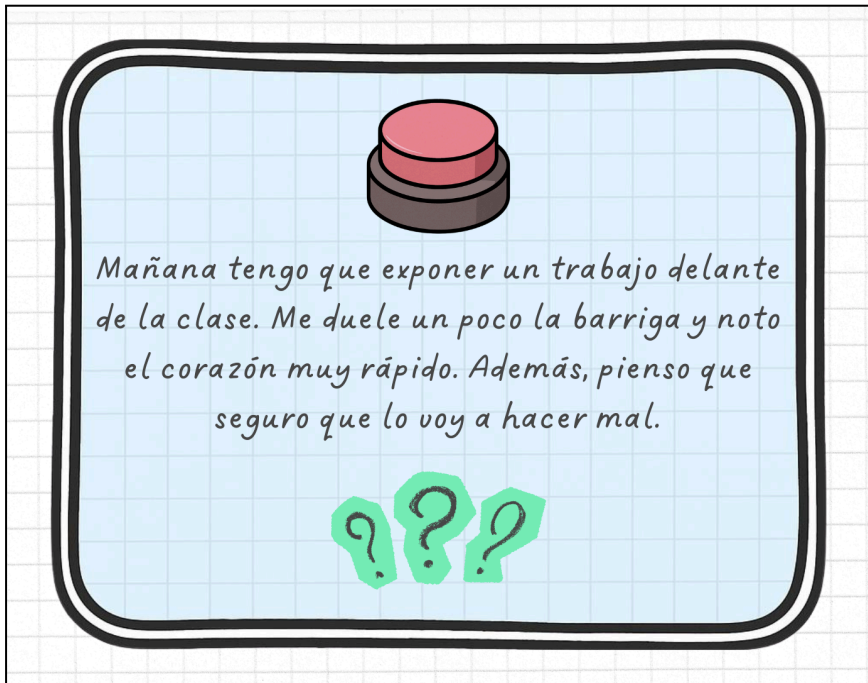


Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Apéndice L. Ejemplo de las Diapositivas de Sensaciones Físicas y Pensamientos

Figura L1

Lámina con sensaciones y pensamientos para adivinar la emoción

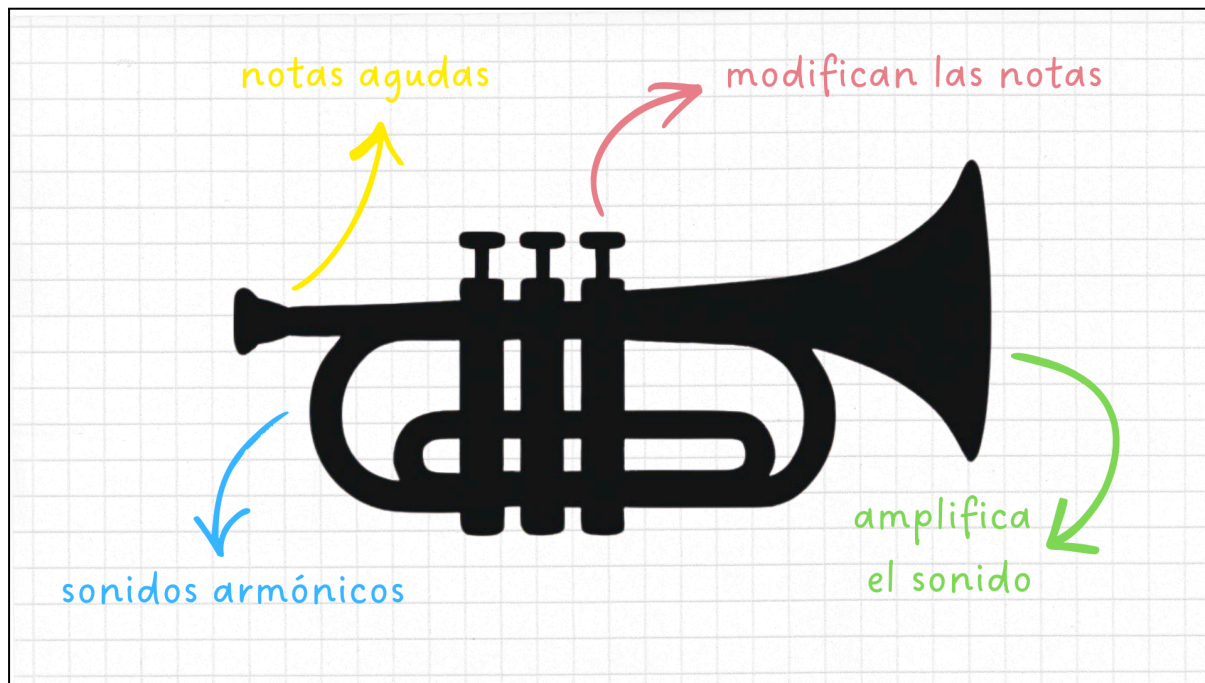


Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Apéndice M. Lámina con Siluetas de Diferentes Instrumentos Musicales

Figura M1

Lámina con silueta de un instrumento



Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Apéndice N. Ejemplo de las Tarjetas de las Partes del Cuerpo

Figura N1

Tarjetas con partes del cuerpo y su función

ESTÓMAGO	PIERNAS
<i>Transforma la comida en nutrientes y energía que el cuerpo necesita para crecer, tener fuerza y hacer todas nuestras actividades.</i>	<i>Cada vez que nos movemos ayudan a que la sangre circule por el cuerpo y vuelva al corazón</i>

Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Apéndice Ñ. Ejemplo de las Diapositivas sobre las Funciones del Cuerpo

Figura Ñ1

Diapositiva de las preocupaciones de Celia sobre su cuerpo



Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Apéndice O. Imagen para la Metáfora de Ampliar el Foco

Figura O1

Imagen para la metáfora de ampliar el foco



Nota. Elaboración propia a través de Canva.

Figura O2

Imagen para la metáfora de ampliar el foco



Nota. Elaboración propia a través de Canva.