

**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN**  
**Educación Social**

---

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**ÁGORA. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA PARA EL GRUPO  
DE APOYO DE PERSONAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**AGORA. PROPOSAL FOR A SOCIO-EDUCATIONAL INTERVENTION FOR THE  
SUPPORT GROUP FOR PEOPLE WITH EATING DISORDER.**

**Autora: Noelia Busto Arrojo**  
**Tutora: Patricia Torrijos Fincias**

**Salamanca, 11 de julio de 2022**

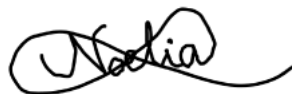
## TRABAJO DE FIN DE GRADO

### DECLARACIÓN DE AUTORÍA

*Dña. Noelia Busto Arrojo, con DNI 70922610V, matriculada en la Titulación de Grado en Educación Social*

*Declaro que he redactado el Trabajo Fin de Grado titulado "Ágora. Propuesta de intervención socioeducativa para el grupo de apoyo de personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria" del curso académico 2021/2022 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.*

En Salamanca, a 11 de julio de 2022



Fdo.: Noelia Busto Arrojo

## RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se sitúan como un problema de salud pública en la actualidad. El presente trabajo aborda la problemática que constituyen este tipo de trastornos bajo un paradigma social y crítico, centrándose en los factores y condicionantes de su desarrollo y en su posible subversión hacia factores de protección mediante un trabajo educativo. Así nace *Ágora*, una propuesta de intervención socioeducativa dirigida al grupo de apoyo de personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria cuyo objetivo es acompañar a estas personas en el proceso rehabilitador de su ser querido. En la propuesta se trabajan aspectos clave para que el grupo de apoyo se convierta en un factor de apoyo y protección frente al trastorno basados sobre tres bloques de contenido: formación, sensibilización y regulación emocional. Se trata de una intervención planteada desde un enfoque socioeducativo cuyo fin último es fortalecer el proceso terapéutico llevado a cabo con la persona que padece el trastorno a través de un proceso educativo de acompañamiento y apoyo emocional a aquellos que influyen en su mantenimiento o recuperación.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), grupo de apoyo, intervención socioeducativa, apoyo emocional.

## ABSTRACT

Eating Disorders are currently a public health problem. This work addresses the problems that constitute this type of disorder from a social and critical paradigm, focusing on the factors and conditioning factors of its development and its possible subversion towards protective factors through educational work. This is how *Ágora* was born, a socio-educational intervention proposal aimed at the support group of people with Eating Disorders whose objective is to accompany these people in the rehabilitation process of their loved one. The proposal works on key aspects so that the support group becomes a factor of support and protection against the disorder based on three blocks of content: training, awareness and emotional regulation. It is an intervention based on a socio-educational approach whose ultimate aim is to strengthen the therapeutic process carried out with the person suffering from the disorder through an educational process of accompaniment and emotional support for those who influence their maintenance or recovery.

**Key words:** Eating Disorders (ED), support group, socio-educational intervention, emotional support.

## Índice

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	1
3. Marco teórico.....	5
3.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	5
3.2. Modelos conceptuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	9
3.3. Factores y condicionantes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	12
3.3.1. Factores predisponentes.....	14
3.3.2. Factores desencadenantes .....	17
3.3.3. Factores de mantenimiento .....	19
3.3. El grupo de apoyo en la persona con Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	20
3.3.1. Propuestas de intervención con familias de personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en la actualidad .....	23
3.4. La figura del educador o educadora social en el tratamiento rehabilitador de la persona con TCA y su grupo de apoyo .....	25
4. Objetivos .....	29
5. Metodología.....	30
6. Propuesta de intervención. Defendiendo Ágora.....	31
6.1. Objetivos .....	33
6.2. Metodología .....	33
6.3. Actividades.....	35
6.4. Temporalización.....	42
6.5. Evaluación.....	43
7. Conclusiones.....	45
8. Referencias .....	48
9. Anexos .....	54
Anexo I .....	54
Anexo II.....	55
Anexo III.....	56
Anexo IV .....	56

Anexo V .....	57
Anexo VI .....	58
Anexo VII .....	59
Anexo VIII.....	60
Anexo IX .....	61
Anexo X.....	62
Anexo XI.....	63
Anexo XII .....	64
Anexo XIII.....	66
Anexo XIV.....	67
Anexo XV .....	68
Anexo XVI.....	69
Anexo XVII .....	70
Anexo XVIII .....	71
Anexo XIX.....	72
Anexo XX.....	74
Anexo XXI.....	75
Anexo XXII .....	76

## 1. Introducción

El presente Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG) comienza con la justificación de la temática escogida para la elaboración de la intervención, así como su pertinencia en la actualidad. A continuación, se ha elaborado un marco teórico donde se recogen los siguientes puntos: Trastornos de la Conducta Alimentaria, modelos conceptuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, factores y condicionantes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, grupo de apoyo en la persona con Trastorno de la Conducta Alimentaria y la figura de la educadora social en el tratamiento rehabilitador de la persona con Trastorno de la Conducta Alimentaria y su grupo de apoyo. Tras el abordaje conceptual, se exponen los objetivos generales y específicos del TFG, seguidos de la metodología llevada a cabo para su elaboración y la presentación de la propuesta de intervención: Ágora. En el apartado de la propuesta, se continúa con el abordaje de objetivos generales y específicos y la metodología. Las actividades, la temporalización y la evaluación se corresponden con los tres últimos puntos relacionados con la intervención diseñada, y dan paso a las conclusiones de todo el trabajo realizado. Por último, encontraremos un apartado de referencias y otro de anexos, donde se ubican todas las fuentes consultadas e información de interés para el lector, respectivamente.

## 2. Justificación

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA) están catalogados como una enfermedad psiquiátrica grave, cuyas consecuencias, físicas, psicológicas y sociales, así como su índice de comorbilidad e incidencia, hacen que se consoliden como un problema de salud pública en la actualidad (Faya, 2012 y Turón, 2001), sobre todo en poblaciones jóvenes y mujeres (Castejón y Berengüí, 2020).

Como aludir a los TCA supone tener en consideración la comorbilidad de estos trastornos con otros como el Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante TLP), cabe situar *comorbilidad* como término clínico que indica la presencia de varios trastornos a la vez que pueden (o no) interactuar entre sí, empeorando el estado psicosocial de la persona. Del mismo modo, el término indica que un trastorno puede evolucionar o derivar en otro. Los TCA son trastornos que presentan un alto índice de comorbilidad con trastornos de la personalidad, especialmente con el TLP, cuyo índice de comorbilidad con TCA se sitúa entre un 20 y un 80% (Ruiz- Molina et al., 2019).

Asimismo, en el presente trabajo se alude a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en vez de Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (actualización del término, DSM-V), ya que se considera de vital importancia entender el aspecto conductual del problema como indicador clave para crear estrategias socioeducativas de intervención. Del mismo modo, pretende situar terminológicamente al lector o lectora en el carácter multidimensional de la problemática a abordar, donde la perturbación de la conducta en el trastorno indica alteraciones psicosociales previas al desarrollo del mismo.

Según el DSM- V (American Psychiatric Association, 2013), los TCA se caracterizan por una anomalía en el comportamiento alimentario que lleva a una perturbación en el consumo o en la absorción de los alimentos y que provoca un deterioro importante tanto de la salud física como del funcionamiento psicosocial.

En este sentido, los TCA disponen de una de las tasas de mortalidad más elevadas de todas las taxonomías de enfermedades mentales descritas en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; citado en Maher et al., 2021) y son la tercera enfermedad crónica más frecuente durante la adolescencia (Sánchez- Povedano, 2012).

Según datos revisados de forma sistemática, la estimación de padecer un TCA a lo largo de la vida oscila entre el 8,4% para las mujeres y el 2,2% para los hombres. Además, el índice de prevalencia de los TCA va en aumento, especialmente para el género femenino. En consecuencia, los últimos estudios parten de un índice de prevalencia de un 3.5% en el periodo de 2000-2006, que aumenta hasta llegar a un 7.8% en el periodo de 2013-2018 (Galmiche et al., 2019).

En la actualidad, la intervención en este tipo de trastornos es desarrollada en su mayoría por profesionales del terreno de la psiquiatría, la psicología y la medicina por ser catalogados como patología clínica. Sin embargo, la complejidad de los TCA radica en la multiplicidad de factores que inciden en su desarrollo, que tienen que ver con: traumas o conflictos emocionales, predisposición genética, educación y teorías de aprendizaje, características familiares y presiones socioculturales asociadas a los ideales estéticos (Faya, 2012; Garner, 1993; Lladó, 2017).

Por todo ello, cabe reivindicar de forma concreta la función de la Educación Social dentro del contexto de intervención, así como en la labor de prevención y sensibilización. Esto es así en tanto que, como ya se ha expuesto anteriormente, muchos de los factores que inciden en el desarrollo del trastorno guardan una estrecha relación con el contexto

sociocultural (Carrillo-Durán, 2007), comunitario (Zafra, 2017) y educativo de la persona (Faya, 2012 y Turón, 2012).

Además, sabemos que la pandemia de la COVID-19 ha perturbado profundamente la dinámica social en todo el mundo, con profundos efectos en la salud mental y física (Holmes et al., 2020) pero también en la dinámica social. Los factores que sirven para amortiguar o proteger del riesgo de padecer un TCA también se han visto afectados negativamente por la pandemia (Rodgers et al., 2020), como por ejemplo el apoyo social, que ha sido identificado como un factor global de protección y resiliencia durante periodos de estrés, y clave para manejar y reducir los TCA (Leonidas y Dos Santos, 2014; Linville et al., 2012, citado por Rodgers et al., en 2020, p. 1167).

Las consecuencias de los TCA suelen ser graves y abarcan complicaciones físicas (desnutrición, insuficiencia cardiaca, atrofia cerebral, etc.) y psicológicas (suicidio, depresión, reducción de la calidad de vida, etc.) (Arcelus et al., 2011; Smith et al., 2019; Winkler et al., 2014, citado en Maher et al., 2021). Sin embargo, uno de los aspectos más olvidados de la enfermedad es que las personas que la sufren muestran un deterioro muy significativo en la dimensión social, habiéndose establecido que este trastorno tiene un efecto negativo en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (en adelante CVRS) de las personas que los padecen; término que hace alusión a la valoración subjetiva de la influencia de la salud (física, psicológica y social) sobre la capacidad de la persona para conseguir y mantener las actividades importantes que influyen en su bienestar (Pacheco et al., 2014; WHOQOL, 2004). Además, estos trastornos inciden notablemente en la propia Calidad de Vida, haciendo que la percepción de la persona sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sobre los sistemas de valores que predominan sean negativas en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. (Panea-Pizarro et al., 2021);

En este sentido, los TCA son enfermedades que requieren un tratamiento psicológico continuo durante un largo periodo de tiempo para su correcta recuperación. Esto es así ya que el deterioro de la persona se establece en múltiples áreas y dimensiones de la misma, y aunque la dimensión física sea lo primero en estabilizarse, los componentes mentales pueden persistir incluso años después de la recuperación física (Oliveira- Cardoso et al., 2018; Panea- Pizarro et al., 2021).

Además, son enfermedades que no solo afectan a la persona que la padece y su familia, sino también al entorno más inmediato. En este sentido, cabe destacar la importancia del papel indirecto que juegan los profesionales de la educación, la salud, los medios de comunicación, el deporte y la sociedad en general para el enfoque y manejo de esta profunda problemática (Faya, 2012), pues sin la comprensión y apoyo por parte de los mismos, la recuperación resulta un camino mucho más complejo, largo y delicado.

Por ello, en el presente trabajo se utilizará el término *grupo de apoyo* para referirnos a todas esas personas que se encuentran involucradas de forma activa en el proceso de padecimiento y recuperación del TCA de un ser querido. En este sentido, se habla no solo de la familia nuclear, sino que se incluyen amigas, amigos, hermanas y otras personas del círculo más cercano que pueden no caer en ninguna de las categorías anteriores, como, por ejemplo, la pareja.

Tras enumerar las numerosas causas que preceden a este tipo de trastornos, cabe entender de forma concreta el papel del contexto sociocultural y grupo de apoyo en este tipo de enfermedades (Faya, 2012; Garner, 1993; Sepúlveda, 2012), pues los comportamientos alimentarios guardan connotaciones que van más allá del aspecto nutricional. En el proceso de aprendizaje alimentario, las personas eligen o rechazan alimentos en función de múltiples factores (económicos, políticos, tecnológicos, ideológicos, etc.), cuyos significados son transmitidos a través de amigos, familia, medios de comunicación; al mismo tiempo que de distintas variables sociodemográficas como el género, la clase social, la etnia, la edad, etc., y la experiencia de la propia persona (Zafra, 2017).

Por este motivo, la labor educativa a desarrollar con el grupo de apoyo de la persona que padece este tipo de trastornos es crucial, no solamente para lograr una óptima recuperación de la persona en cuestión, sino también para abordar la lógica cultural que subyace a los TCA y que se aprende de forma automática e inconsciente.

Es una evidencia que los recursos asistenciales en salud mental son insuficientes y en su mayoría no ofrecen intervenciones específicas dirigidas a los familiares y grupo de apoyo de la persona con TCA. Como afirma Sepúlveda (2007) "ayudar a las familias a desprenderse de los comportamientos que permiten adaptarse a la enfermedad es una parte importante del tratamiento de los trastornos de la alimentación" (p. 208). Se trata de una cuestión educativa en tanto a que conviene aprender pautas de actuación,

herramientas comunicativas, resolución de conflictos y autocuidados (Treasure et al., 2007).

### **3. Marco teórico**

Comprender los TCA y la cabida de la propuesta de intervención diseñada en el marco de nuestra sociedad actual pasa necesariamente por un recorrido a nivel teórico. Así, la fundamentación parte de un contenido y conceptualización más amplio e imprescindible para dirigirse hacia uno más concreto y exacto. De este modo, los puntos que se abordarán en el presente trabajo son: Trastornos de la Conducta Alimentaria, modelos conceptuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, factores y condicionantes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, grupo de apoyo en la persona con Trastorno de la Conducta Alimentaria y la figura de la educadora social en el tratamiento rehabilitador de la persona con Trastorno de la Conducta Alimentaria y su grupo de apoyo.

#### **3.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Los TCA son conocidos por ser una patología clínica relacionada con mantener conductas anómalas con la alimentación (DSM-V, 2013). Sin embargo, la manifestación de esas conductas no tiene que ver de forma directa y única con cuestiones ligadas al físico y a la alimentación en sí, sino que se trata de la expresión conductual de un profundo malestar emocional de la persona que lo padece. En múltiples ocasiones, éste está ocasionada por conflictos internos que pueden estar relacionados con vivencias y situaciones traumáticas (Garner, 1993), por lo que el desarrollo de inteligencia emocional y el aprendizaje de técnicas de regulación emocional, juegan un papel importante en el proceso de recuperación (Faya, 2012; Sánchez Povedano, 2012., Turón, 2012).

Pese a que en numerosas fuentes documentales (Calvo, 2007; Casas et al., 2007; Faya, 2017; Olaluntji, 2018) se destacan las consecuencias físicas y nutricionales del trastorno, es importante destacar que se trata de una enfermedad que daña todas las áreas de la vida de la persona: personal, emocional, sexual, familiar, social, académica, etc., con todos los matices que ello conlleva (Sánchez-Povedano, 2012., Turón, 2012), como por ejemplo, la dificultad a la hora de realizar comidas sociales, la dependencia o desvinculación de la madre o el padre o la ausencia de vínculos estrechos. En este sentido, cabe señalar que la capacidad de la persona con TCA para recuperar su vida normalizada se encuentra

limitada por la enfermedad en sí, por la actitud de la persona ante la enfermedad o por una respuesta del entorno social que no ayuda y protege a la persona (Turón, 2012).

Así, cabe entender que en este trastorno no está involucrada únicamente la persona que lo padece (Turón, 2012), pues resulta imprescindible que las personas que la rodean comprendan la problemática a la que se está enfrentando su ser querido para ser aliados de su recuperación y convertirse en un factor protector y de apoyo durante la misma.

La multidimensionalidad y diversidad de vivencias de un mismo TCA denota que no existe una intervención que pueda extrapolarse a todos los casos y asegure éxito en la recuperación (esto es, no hay dos vivencias de trastorno por atracón iguales, así como tampoco de ningún otro TCA). En este sentido, resulta de vital importancia comprender que los tiempos y procesos de cada persona que atraviesa este trastorno son diferentes, del mismo modo que lo es su cognición y contexto.

La diversidad dentro de cada vivencia del TCA es un factor que ha ocasionado y continúa ocasionando discrepancias entre quienes estudian el fenómeno desde distintas áreas. No obstante, conviene acercar al lector a los diferentes TCA que se conciben dentro del modelo médico (DSM- V) para observar la variedad de diagnósticos, véase la siguiente tabla (tabla 1), así como aquellos que no están clasificados aún como TCA específico desde el modelo médico, reflejados en la tabla posterior (tabla 2). Cabe destacar que estos últimos cumplen con unos criterios y una sintomatología diferenciada y presentan un número de incidencia a considerar por los profesionales. No obstante, a día de hoy son considerados Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (en adelante TCANE) (Villarino, 2012).

Tabla 1. Clasificación de TCA según el DSM- V. Elaboración propia.

<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (DSM-V)</b>		
<b>Clasificación</b>		<b>Descripción</b>
<b>Trastorno de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos</b>	Anorexia Nerviosa	Restricción de ingesta energética respecto a las necesidades nutritivas, miedo intenso a ganar peso y distorsión corporal.
	Bulimia Nerviosa	Atracones recurrentes, sensación de pérdida de control sobre la ingesta en el episodio del atracón y comportamientos compensatorios para evitar ganar peso.
<b>Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado</b>	Anorexia nerviosa atípica	Síntomatología característica de un TCA específico que presenta variaciones en alguno de los criterios clínicos.
	Bulimia nerviosa de frecuencia baja o duración limitada	
	Trastorno por atracón de frecuencia baja o duración limitada	
	Trastorno por purgas	
	Síndrome de ingestión nocturna de alimentos	
<b>Pica (seudorexia)</b>		Ingestión continua de sustancias tóxicas o no nutritivas.
<b>Trastorno de atracones</b>		Episodios habituales de atracones y sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
<b>Rumiación</b>		Regurgitación de alimentos de forma repetida que pueden volver a masticarse, tragarse o directamente escupirse.
<b>Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)</b>	Síntomatología característica de un TCA, pero sin cumplir con todos los criterios de un TCA específico de la clasificación. Actualmente, existen algunos TCA con características específicas que aún no han sido considerados y que pertenecen a esta clasificación.	

Adaptado de American Psychiatric Association (2013).

Tabla 2. Otros TCA agrupados en la categoría de TCANE. Elaboración propia.

OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
TCA	Descripción
<b>Ortorexia</b>	Obsesión por la comida sana a nivel patológico, donde la selección y restricción de alimentos cada vez es más severa.
<b>Drunkorexia</b>	Obsesión por la delgadez que se traslada al consumo de alcohol, restringiendo alimentos de forma drástica para compensar las calorías del etanol.
<b>Diabulimia</b>	Utilización de la patología de la diabetes tipo 1 y su correspondiente disciplina alimentaria para controlar los niveles de insulina en pro de una pérdida de peso.
<b>Potomanía</b>	Deseo habitual y recurrente de beber compulsivamente gran cantidad de líquido por una sensación de placer. Este trastorno puede estar asociado a la AN.
<b>Sadorexia</b>	Comportamientos asociados a la anorexia, bulimia y ortorexia combinados con métodos de adelgazamiento masoquistas y maltrato corporal.
<b>Vigorexia</b>	Obsesión por la musculatura que deriva en una práctica de ejercicio físico compulsiva, una dieta muy restrictiva e ingesta de suplementos proteicos y hormonas anabolizantes.
<b>Permarexia</b>	Alimentación desequilibrada basada en dietas. Pensamientos recurrentes de que todos los alimentos engordan y necesidad de probar diferentes dietas.
<b>Bulimarexia</b>	Combinación de conductas propias de la AN como hiperactividad y negación a comer junto con atracones y purgas, propias de la BN.

*Adaptado de Villarino (2012).*

Al margen de entender la diversidad de diagnósticos y vivencias del TCA conviene aludir a trabajos como el de Olatunji et al., (2018) para observar hacia donde apuntan las investigaciones más recientes sobre TCA. Estos autores proponen en su estudio la teoría de redes, en la que los síntomas de los TCA conforman lo que el autor denomina “una red dinámica de relaciones causales entre los síntomas” (p.26). Este paradigma deja atrás los enfoques tradicionales que entienden los síntomas como indicadores de una problemática latente que causa la aparición de estos. De este modo, este enfoque pretende diferenciar

las relaciones causales entre los síntomas de los TCA de las meras relaciones correlativas entre los síntomas. Así, se propone que los síntomas del trastorno son potentes agentes causales, redes de síntomas que actúan entre sí y se refuerzan, en vez de entidades patológicas subyacentes que producen síntomas.

Esta propuesta resulta interesante en tanto a que añade un nuevo enfoque a todo lo anterior, que podría reducirse a una retroalimentación de la sintomatología. Sin embargo, este autor expone que no existen componentes previos de carácter psicosocial que sean detonantes del TCA y reduce toda la problemática a la retroalimentación de los síntomas por parte de la persona que los padece.

Otros autores como Zafra (2007) entienden los TCA como una problemática mucho más amplia que la que se enmarca desde el enfoque biomédico. Esta antropóloga expone que es vital romper con la epistemología sobre lo que se considera un TCA desde el modelo médico, pues sitúa el foco sobre la persona que mantiene conductas alimentarias anómalas y no se preocupa de los claros orígenes y consecuencias sociales (Pollock, 1994; Poulain, 2002; Sobal, 1995) que presentan este tipo de trastornos. Además, considera que romper en cierto modo con esta clasificación (médico- psiquiátrica) “permite contemplar los TCA desde perspectivas más amplias y relacionar prácticas y actitudes en torno al cuerpo y la alimentación de la anorexia y la bulimia con las de otras problemáticas alimentarias” (p.6).

En la actualidad, existen múltiples paradigmas sobre los que situar los TCA, lo que pone en evidencia la complejidad de la problemática. Continúan los estudios y las novedosas propuestas de intervención para lograr atajar este tipo de trastornos, que a día de hoy continúan siendo un reto para la sociedad en su conjunto.

### **3.2. Modelos conceptuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Existen datos históricos que muestran como los TCA llevan presentes en nuestras sociedades desde tiempos inmemorables. Desde las muestras de narraciones sobre casos históricos de ayuno autoinducido (Brumberg, 2000), hasta el cuadro clínico que hoy en día se corresponde con la Bulimia Nerviosa (BN) y que ya se describe en la época de la Antigua Roma – atracones y vómitos autoinducidos- (Crichton, 1996).

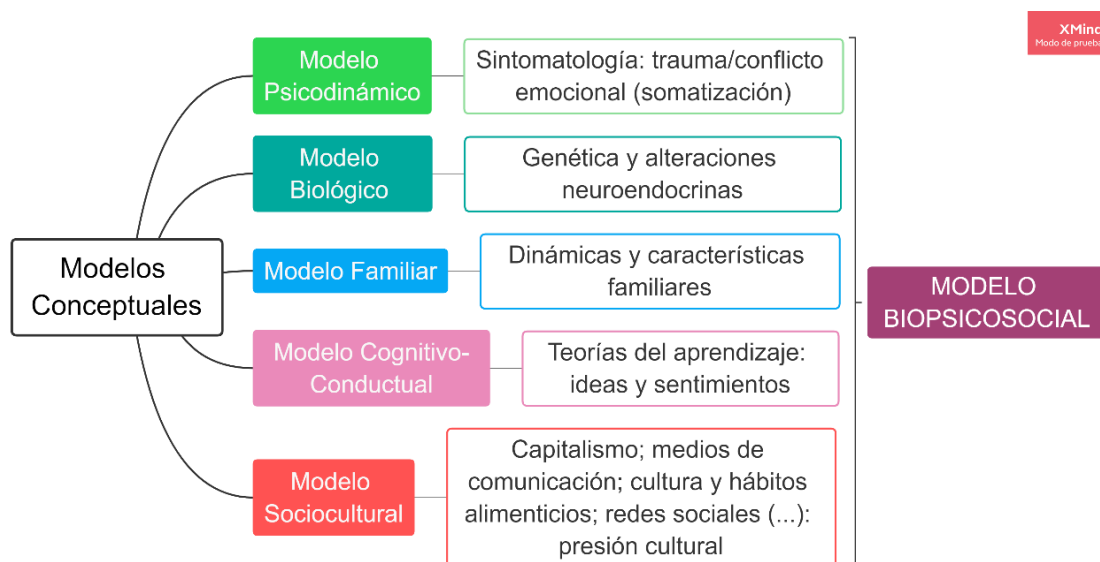
Cabe entender la práctica alimentaria no solamente como una cuestión nutricional, sino también como una asimilación de comportamientos, hábitos y modelos relacionales y

vinculares que determinan diferentes creencias en la forma de vivir el cuerpo y la salud (Faya, 2012). De este modo, se entiende que las prácticas alimentarias siempre han tenido una connotación cultural, social y educativa que ha podido derivar en la asimilación de prácticas alimentarias dañinas.

Quizá por esta razón, entre otras, no es hasta los años 50 cuando se plantean modelos para situar las causas que derivan en este tipo de trastornos. Asimismo, no es hasta los años 60 cuando TCA como Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) son considerados en la primera conferencia interdisciplinar de la conducta alimentaria, en EE.UU. (Lladó, 2017). A partir de los 70, múltiples investigaciones esclarecen la importancia de determinar unos criterios comunes para definir los TCA (Lladó, 2017).

En este sentido, cabe entender, por un lado, que los modelos conceptuales planteados a continuación han ido consolidando en su conjunto el modelo conceptual actual y, por otro, que el fin de los mismos siempre ha sido tratar de explicar la etiología, el desarrollo y el mantenimiento de los TCA partiendo de factores y causas concretas. En la siguiente figura (Figura 1) se pueden observar los diferentes modelos conceptuales.

Figura 1. Modelos Conceptuales. Elaboración propia.



Adaptado de Faya (2012) y Lladó (2017).

En primer lugar, el Modelo Psicodinámico comprende la sintomatología partiendo de la idea de que el propio estado somático de la persona puede representar un trauma o un conflicto emocional. Así, se entiende que el TCA es fruto de una o varias vivencias traumáticas que derivan en la sintomatología del mismo. Otro modelo, en este caso centrado en el papel de la genética y las alteraciones neuroendocrinas en el desarrollo de

un TCA, es el Modelo Biológico (Lladó, 2017). Las implicaciones genéticas en este tipo de trastornos han sido continuamente estudiadas; no obstante, incluso autores como Graell y Baztarrica (2017) afirman que los factores genéticos pueden contribuir en una variabilidad del 50-80% en el riesgo de padecer este tipo de trastornos. Sin embargo, cabe entender la importancia del entorno para que la genética sea, efectivamente, un factor predisponente y no un factor determinante.

Por otro lado, el Modelo Familiar se centra en explicar cómo el desarrollo de un TCA tiene que ver con las dinámicas familiares. Si bien es cierto que no existe un modelo familiar específico de riesgo para el TCA, sí que hay prevalencia en modelos familiares exigentes, poco cohesionados, sobreprotectores, rígidos y en los que la imagen corporal se sobrevalora de forma directa o indirecta. Siguiendo esta línea, cabe destacar la investigación de Salzman (1997) en la que se evidencia una estrecha relación entre vínculo inseguro/ambivalente y TCA. Además, el modelo familiar de *madre sobreprotectora y padre ausente* aparece numerosas veces en los casos clínicos, así como los conflictos intrafamiliares y las frustraciones personales no alcanzadas (Faya, 2012).

En lo que respecta al entendimiento del TCA como un hábito derivado de creencias aprendidas, el Modelo Cognitivo- Conductual se centra en la teoría de aprendizaje, sobre todo en el refuerzo positivo y negativo hacia estar delgada o no estarlo. En este sentido, este modelo plantea que el trastorno se genera en las ideas y sentimientos sobrevalorados acerca de la delgadez y el peso (Lladó, 2017).

Por último, el modelo que recoge la influencia social y cultural en el desarrollo de un TCA es el Modelo Sociocultural. Este se centra en cómo la presión cultural y el culto por un cuerpo y una estética determinada influyen en el imaginario colectivo (Lladó, 2017). La presión por alcanzar un canon imposible es motivada de forma constante por los medios de comunicación y la publicidad: venden una imagen concreta asociada al éxito y la felicidad que responde a intereses económicos y se centra en la delgadez (Faya, 2012). En este sentido, los cánones de belleza actuales calan de forma directa en las adolescentes, quienes sienten la necesidad de parecerse a las modelos y referentes que presentan la publicidad y los medios de comunicación a diario (Faya, 2012). Así, los medios de comunicación universalizan y homogenizan un estilo concreto de vida que se traduce constantemente en la retórica de la delgadez como sinónimo de salud, éxito, juventud y aceptación social (Faya, 2012 y Jiménez- Morales, 2012).

La influencia que ejercen este tipo de figuras y medios sobre el imaginario de los adolescentes tiene que ver con que nuestras opiniones se ven influidas por aquellas personas que nos resultan fiables, así como esta fiabilidad se incrementa si el público está convencido de que la persona no está intentando influirle (Aronson, 2000). La persuasión publicitaria y mediática atraviesa de forma más directa al público adolescente, puesto que en esta etapa vital la identificación, que se trata de la respuesta a la influencia social que se muestra por el deseo de la persona de parecerse a aquel que le influye (Aronson, 2000), es un mecanismo que incrementa su sentido de pertenencia. Un estudio realizado en 2019 por Sparti et al., reveló que un 25,3% de la muestra de jóvenes de 13 años y un 35,4% de 14 años tenían comportamientos relacionados con los TCA (Sparti et al., 2019 y Wilksch et al., 2020), respecto a un 51,7% de chicas y 45% de chicos del estudio australiano realizado en 2020 por Wilksch et al.

Tras analizar la importancia de todos estos modelos y comprender que el TCA no se debe a una única casuística, surge el Modelo Biopsicosocial (Lladó, 2017). Se trata del modelo más aceptado en la actualidad, puesto que considera que los TCA no son resultado únicamente de una característica o vivencia concreta, sino que son fruto de la interacción de factores individuales, junto con otros de carácter familiar y sociocultural (Treasure, 1994; citado en Faya, 2012). Así, la asimilación de este modelo como base para abordar los TCA como fenómeno bio-psico-socio-cultural (Faya, 2012; Serra Majem et al., 2001, citado en Lladó, 2017) pone en evidencia el papel que desempeña la Educación Social sobre la dimensión sociocultural del individuo, del entorno que le rodea, de los medios del entorno y de la sociedad en su conjunto.

### **3.3. Factores y condicionantes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

La complejidad de los TCA radica en su origen multicausal, lo que ocasiona que en la literatura de investigación sobre la problemática exista cierta inconclusión (Balottin et al., 2017) aunque también presenta tendencias específicas (von Ranson, 2008). En este sentido, cabe desglosar de la forma más concreta posible los factores y condicionantes de los TCA, ya que solo así estos pueden contextualizarse y orientar a los profesionales, familias y educadores hacia un enfoque preventivo y consciente.

A día de hoy, Garner (1993) es el autor que mantiene la división más concreta y precisa de los factores y condicionantes de los TCA, y sobre la que otros autores más recientes (Denisoff y Endler, 2000; Leys et al., 2017) conforman su clasificación.

En este sentido, Garner divide los factores de riesgo de los TCA en tres tipos, en función de la temporalidad: predisponentes, que incrementan el riesgo de desarrollar un TCA; desencadenantes, que estimulan su aparición y de mantenimiento, que extienden la duración de este tipo de trastornos; véase la siguiente tabla (Tabla 3).

Tabla 3. Factores y condicionantes de los TCA. Elaboración propia.

Factores y condicionantes de los TCA		
Predisponentes	Individuales	Psicológicos
		Biológicos
	Familiares	Sobrepotección/ rigidez
		Conflictos familiares
		Transmisión de ideas y conductas alimentarias de riesgo
		Patrón disfuncional de comportamiento familiar
		Adicciones
		Familias desestructuradas o negligentes
	Culturales	Presiones socioculturales (asociadas a la norma)
		Transmisión del ideal estético
Medios de comunicación y redes sociales		
Desencadenantes	Cambios de la adolescencia como etapa vital	Físicos
		Metabólicos
		Psicológicos
		Hormonales
	Situaciones traumáticas	
	Dietas	
	Inmadurez del sistema serotogénico	
	Identidad	
Contexto cultural		
Mantenimiento	Factores cognitivos	
	Factores conductuales	
	Funcionamiento del sistema serotogénico	
	Comorbilidad	
	Comportamiento grupo de apoyo (familia, amigos, pareja, etc)	

Adaptada de Garner (1993) y Lladó (2017).

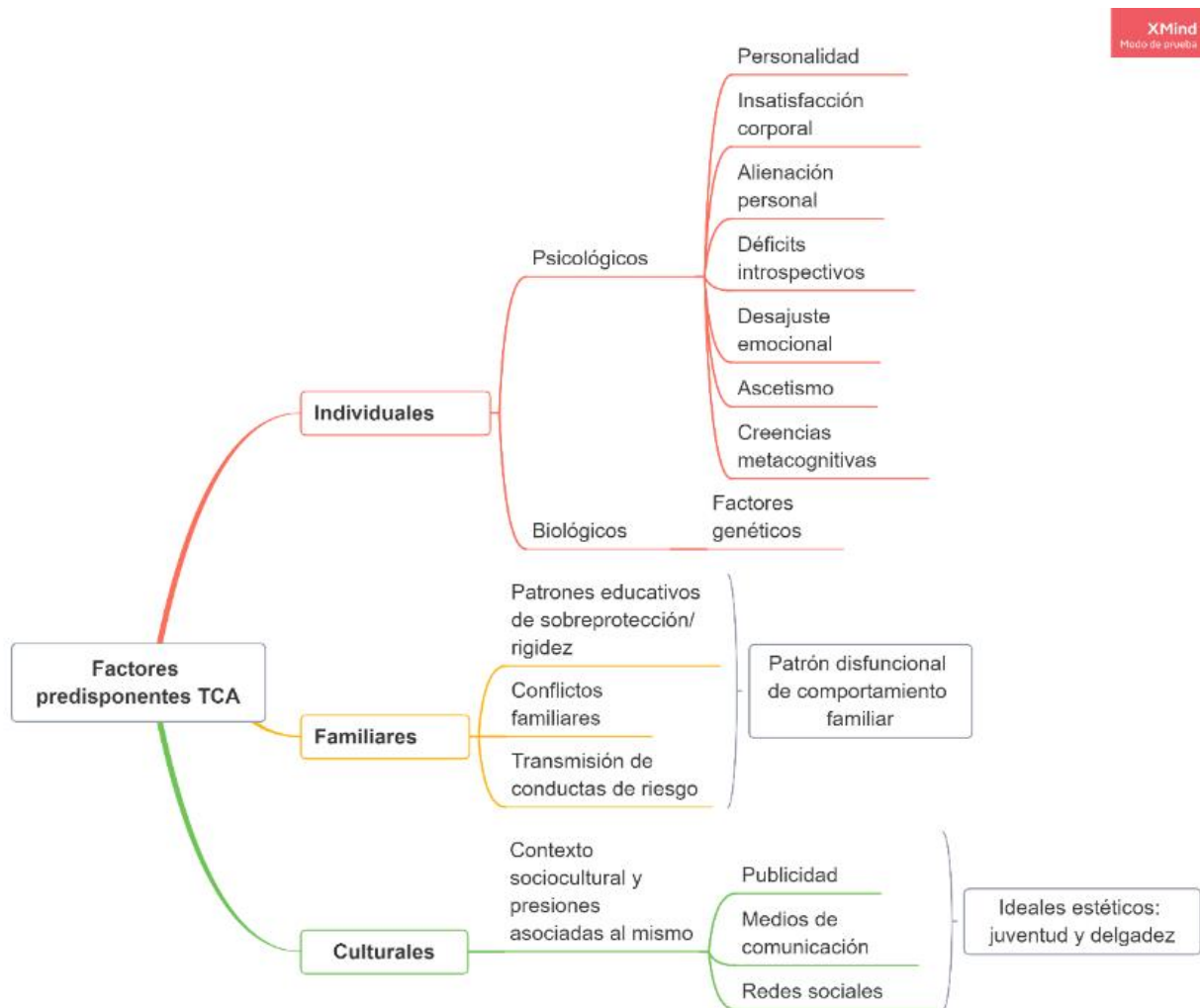
A continuación, se procede a explicar de forma más detallada cada uno de los tres grupos de factores y condicionantes de los TCA, siguiendo el orden expuesto con anterioridad: predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento.

### 3.3.1. Factores predisponentes

La personalidad, según los diferentes modelos conceptuales, puede considerarse un factor predisponente, una influencia o una complicación (Castejón y Berengüí, 2020). Sin embargo, la carencia de estudios a largo plazo obstaculiza el esclarecimiento de esta cuestión (Caramillo et al., 2015).

Dentro de los factores predisponentes individuales psicológicos, se ha observado a través de estudios como los de Bulik et al. (2006) y Lilenfeld et al. (2006) que determinados rasgos de la personalidad como el neuroticismo o el perfeccionismo pueden ser un factor de riesgo en el desarrollo de un TCA (Castejón y Berengüí, 2020). En estudios más recientes como el de Castejón y Berengüí (2020), el neuroticismo y el perfeccionismo guardan un efecto moderado, mientras que la obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, alienación personal, déficits introspectivos, desajuste emocional y ascetismo destacan por la magnitud del efecto como factores personales predisponentes en el desarrollo de un TCA (Castejón y Berengüí, 2020). En la figura siguiente (figura 2) se encuentran recogidos de forma visual todos los factores predisponentes considerados por numerosos autores a través de sus investigaciones (Babio, 2007; Bulik et al., 2006; Castejón y Berengüí, 2020; Fairburn, 2008; Lladó, 2017; Lilenfeld, 2006; López, 2017; Toro, 2014; Olalunji et al., 2018; Palmieri et al., 2021).

Figura 2. Factores predisponentes para el desarrollo de un TCA. Elaboración propia.



Actualmente, la insatisfacción corporal ha sido el núcleo de los modelos teóricos de los TCA (Fairburn, 2008; Stice y Shaw, 2002) siendo la preocupación por la imagen corporal – el impulso por la delgadez, la insatisfacción corporal- uno de los factores psicológicos predisponentes a tener en cuenta en el desarrollo del mismo (López, 2017; Olatunji et al., 2018; Paniagua y García, 2003).

Además, estudios recientes (Palmieri et al., 2021) confirman que las creencias metacognitivas, que se refieren a la información que tienen las personas sobre su propia cognición y sobre las estrategias que inciden en ella (Flavell, 1979), parecen estar implicadas en los TCA. Las creencias metacognitivas activan una combinación de estrategias de afrontamiento desadaptadas (focalización atencional en la amenaza, estilos de pensamiento recurrentes y comportamientos disfuncionales) denominadas *Síndrome de Atención Cognitiva* (en adelante SAC) (CAS; Wells, 2000). De este modo, el SAC

hace que los pensamientos y emociones negativas persistan, lo que supone que no haya modificación en las creencias metacognitivas ni se resuelvan de forma estable las discrepancias sobre una misma (Spada et al., 2015).

Respecto a los factores predisponentes individuales biológicos (Haynos et al., 2018; Striegel-Moore y Bulik, 2007; Weinberger-Litman et al., 2016), Graell y Baztarrica (2012) señalan que los factores genéticos contribuyen en una variación del 50 al 80% al riesgo de sufrir un TCA (p. 64).

La familia también puede ser un factor predisponente en el desarrollo de un TCA. Numerosos estudios (Lladó, 2017; Toro, 2014; Vandereycken, 1989) demuestran que los patrones de sobreprotección y rigidez, así como la existencia de conflictos familiares influyen negativamente de manera directa en la autoestima de hijos e hijas. Factores como la jerarquía familiar, la transmisión de conductas que inciden en la preocupación sobre la corporalidad o conductas alimentarias anómalas, así como un estilo educativo no democrático contribuyen a la continuidad de un patrón disfuncional de comportamiento a nivel familiar (Morandé et al., 1997; Steiger et al., 1996; Toro, 2014). Por ello, estas cuestiones no solamente actúan como factor predisponente, sino también como un factor de mantenimiento del trastorno (Babio, 2007 y Lladó, 2017).

Por su parte, los factores predisponentes culturales tienen que ver con toda la información que se recibe del entorno, hacen referencia al ámbito sociocultural y presiones asociadas al mismo (Lladó, 2017).

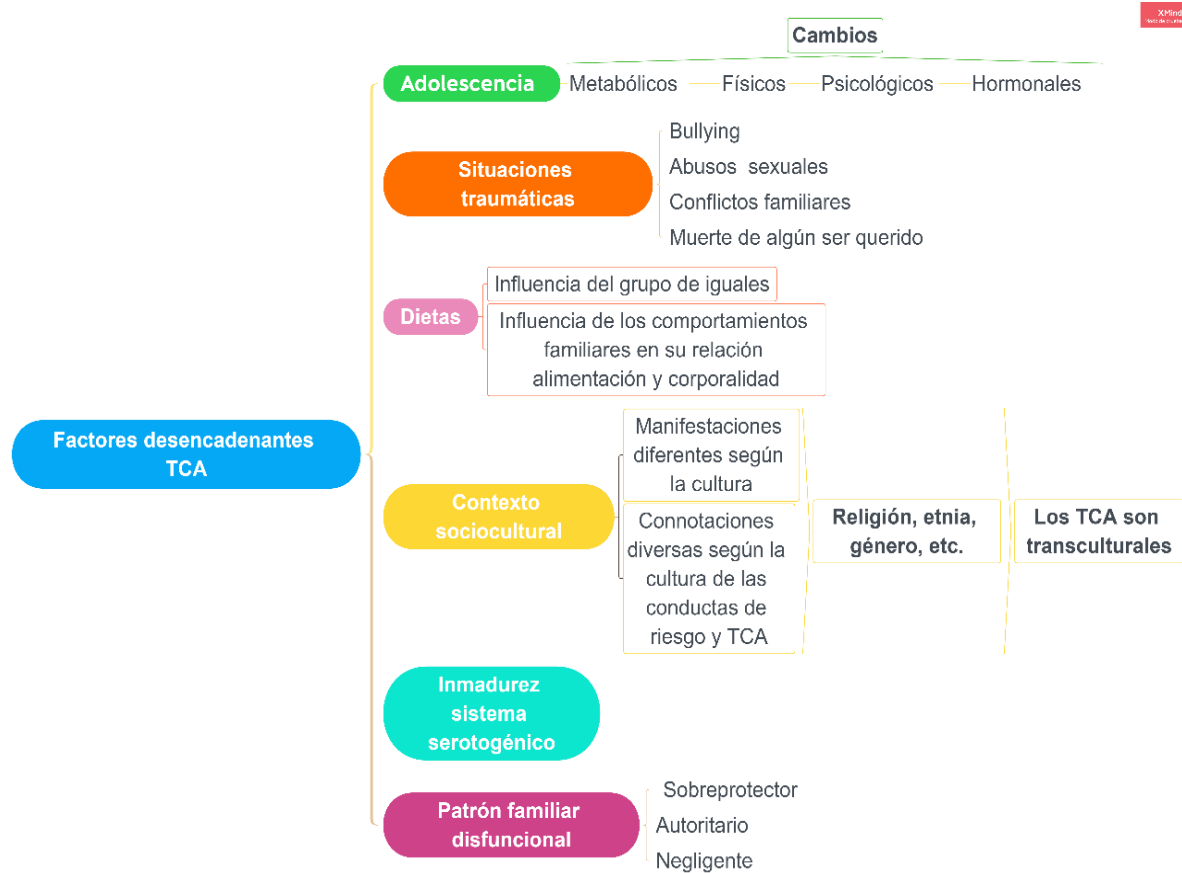
Esto es: publicidad, medios de comunicación, redes sociales y todos los agentes educativos que influyen de manera indirecta en la formación de ideas y creencias. Actualmente, en Occidente, el ideal estético gira en torno a la delgadez y la juventud y está ligado con el éxito y la felicidad (Faya, 2009; Lladó, 2017; Striegel-Moore y Bulik, 2007). Todo el entramado económico que se esconde tras estos mensajes violentos y gordófobos es lo que sustenta su omnipresencia en la sociedad actual. Es imposible cumplir con todos esos requisitos estéticos impuestos e imposibles; muestran cuerpos irreales que no se ajustan a la diversidad corporal existente en la población (Kroplewski et al., 2019), lo que conlleva que siempre se continúe gastando dinero y tiempo en alcanzarlos. Según Baile y Ruiz (2009), los mensajes que se transmiten a través de los medios de comunicación y que tienen que ver con el ideal estético se consideran no

solamente como un factor previo y predisponente, sino también como un síntoma posterior de este tipo de trastornos (López, 2017; Striegel-Moore y Bulik, 2007).

### 3.3.2. Factores desencadenantes

Los factores desencadenantes, aquellos que pueden derivar en el desarrollo de un TCA, guardan relación con los factores predisponentes. Así, su clasificación se concreta en aspectos que se corresponden con esas áreas, como muestra la siguiente figura (figura 3).

Figura 3. Factores desencadenantes de los TCA. Elaboración propia.



Adaptado de Eisenberg y Neumark-Sztainer (2010), Lladó (2017), López (2017) y Turón (2007).

Conductas como realizar una dieta restrictiva se convierte en una de las estrategias más frecuentes y normalizadas a la hora de alcanzar el *cuerpo ideal*. Las dietas restrictivas incluyen comportamientos como el ayuno, que es utilizado como estrategia para compensar la subida de peso y los atracones, del mismo modo que las purgas, y puede ser una consecuencia directa de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (López, 2017). Asimismo, está demostrado que el hecho de que compañeros o compañeras del

grupo de referencia realicen dietas es un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2010; Neumark-Sztainer et al., 2007).

Las situaciones traumáticas pueden ser un factor desencadenante en el desarrollo de un TCA. El bullying, el maltrato y abuso en la infancia, los conflictos y separaciones familiares, la muerte de algún familiar o amigo y los abusos sexuales, entre otros, son vivencias traumáticas que pueden derivar en el desarrollo de este tipo de trastornos (Lladó, 2017).

Además, se ha demostrado a través de numerosos estudios (López, 2017 y Turón, 2007) que la adolescencia es la etapa vital de más riesgo para desarrollar un TCA. Esto es así debido no solo a la influencia del entorno y la conformación de la identidad, sino también a todos los cambios físicos, metabólicos, psicológicos y hormonales que ocurren en esta etapa, así como la inmadurez del sistema serotogénico. Todos estos factores suponen altos niveles de estrés y la coexistencia con el mismo durante un largo periodo de tiempo (López, 2017). En este sentido, cabe destacar que las personas con TCA suelen manifestar un mayor nivel de estrés durante meses previos al inicio de la patología (Behar et al., 2009; Rastam et al., 1992; Schmidt et al., 1997).

En lo que respecta a aspectos transculturales, cabe destacar que, si bien es cierto que la manifestación de TCA no se da de forma similar en las distintas culturas existentes (Jackson y Chen, 2007; Nicholls et al., 2011), existe en todas ellas. Numerosos estudios (Lladó, 2017; Rojo, 2007; Zafra, 2005) demuestran que del mismo modo que no se trata de trastornos asociados únicamente al género femenino, tampoco se manifiestan únicamente en la cultura occidental. Sin embargo, en otros países los síntomas nucleares varían (López, 2017). Un estudio de Rojo (2012) muestra casos de anorexia nerviosa en Ghana que están relacionados con creencias religiosas, teniendo un mayor índice de prevalencia en mujeres musulmanas que en judías (Calvo, 2012).

El proceso de aculturación que viven las minorías étnicas y las personas migrantes que se asientan en países occidentales supone un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (López, 2017).

Existen tasas de TCA en muestras caucásicas prácticamente idénticas a las registradas en países de Occidente (Jennings et al., 2005 Mousa et al., 2010). Otro estudio realizado por Jennings et al., (2005) mostró que el grupo de mujeres asiáticas tenían una puntuación

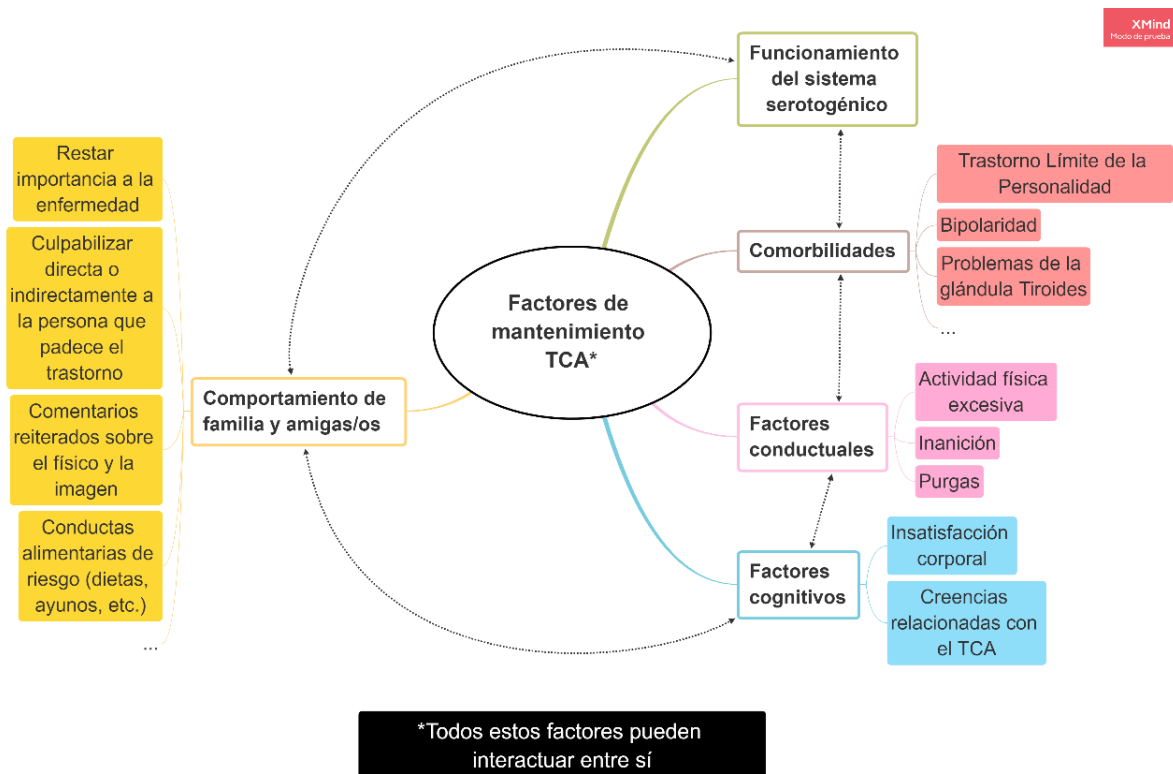
mucho más alta en síntomas asociados al TCA que el grupo de mujeres caucásicas de su muestra.

Por todo ello, como bien indica López (2017): “la definición de la cultura y los síntomas nucleares que se relacionan con los TCA siguen siendo a día de hoy un desafío” (p.45).

### 3.3.3. Factores de mantenimiento

Los factores de mantenimiento son aquellos que prolongan la patología en el tiempo y que dificultan la recuperación completa de la enfermedad. En este sentido, cabe destacar como mantenedores: factores cognitivos, factores conductuales, funcionamiento del sistema serotogénico, comorbilidades e influencia del comportamiento de familia y amigos (Lladó, 2017), todo ello reflejado en la siguiente figura (figura 4).

Figura 4. Factores de mantenimiento de un TCA. Elaboración propia.



Adaptado de Faya (2012), Garner (1993), Lladó (2017), Toro (2014).

A mediados de los 90, Garner (1993) y Woodside (1995) demuestran que la insatisfacción corporal es un factor cognitivo condicionante para el mantenimiento del TCA. Algunas creencias relacionadas con la enfermedad como el miedo a engordar y la sensación de control se sitúan como factores cognitivos de mantenimiento (Lladó, 2017).

Por su parte, algunos de los factores conductuales que actúan como factores de mantenimiento de los TCA son la actividad física excesiva – sobre todo en el caso de la Anorexia Nerviosa- y conductas de inanición o purga, ya que éstas tienen efectos psicológicos y biológicos que intervienen en el mantenimiento del trastorno (Garner, 1993; Woodside, 1995).

En este sentido, el papel del sistema serotoninérgico cumple un papel fundamental como factor de mantenimiento. Este sistema interviene en la regulación de la respuesta al estrés, síntomas obsesivo compulsivos, apetito, humor e impulsos, por lo que se relaciona de manera directa con la cronicidad o recaídas. Autores como Faya (2012) o Toro (2014) indican que en las personas que padecen estos trastornos, las alteraciones del sistema serotoninérgico permanecen tras superar el trastorno y controlar el estado nutricional.

La actuación del grupo de apoyo de la persona con TCA -es decir, familia y amigos- es un factor de mantenimiento de la enfermedad. Sin embargo, no solamente interviene en el mantenimiento de la misma, sino también en su desarrollo y cronificación (Morandé y Casas, 1997). No obstante, esto también ocurre con las alteraciones cognitivas sobre la percepción de la imagen corporal (Garner, 1993).

Así, cabe destacar que, aunque los factores de mantenimiento puedan clasificarse en subgrupos diferenciados, estos pueden interactuar entre sí complicando aún más el proceso de recuperación. En este sentido, Lladó (2017) expone que existen otros elementos que, por sí mismos o al entrar en contacto de forma simultánea con otros, intervienen de forma directa en el mantenimiento de la enfermedad.

### **3.3. El grupo de apoyo en la persona con Trastorno de la Conducta Alimentaria**

Como ya se ha mencionado anteriormente, el grupo de apoyo se considera un factor de desarrollo y mantenimiento del TCA (Morandé y Casas, 1997) pero también cabe destacar que puede ser un factor de protección importante (Faya, 2009; Leonidas y Dos Santos, 2014; Linville et al., 2012, citado por Rodgers et al., en 2020, p. 1167; Sepúlveda, 2009), clave en el proceso de recuperación (Sepúlveda, 2009).

Si bien es cierto que numerosos autores sugieren la inclusión de los progenitores en el tratamiento de sus hijos e hijas y particularmente en el tratamiento de TCA (Golan y

Crow, 2004; Gowers y Waugh, 2004; LeGrange, 1999; National Institute for Clinical Excellence, 2017; Nicholls y Magagna, 1997; Zucker et al., 2005) por la mejora en el progreso y resultados de su hija o hijo (Pasold et al., 2010; Pereira et al., 2006), cabe plantearse la importancia de apoyar el funcionamiento emocional y comunicativo del grupo de apoyo. Solo un trabajo educativo de acompañamiento y apoyo puede fortalecer su capacidad de participación en el proceso de recuperación y cimentar las pautas terapéuticas para lograr que sea un apoyo eficaz. Del mismo modo, es crucial fomentar en ellos la importancia de continuar -con las adaptaciones necesarias- con su vida propia y los correspondientes autocuidados, como ya se ha planteado en programas como el de Treasure et al. (2007), con muy buenos resultados.

Para este proceso de cambio se precisa de un buen apoyo, su familia, a la que habrá que educar para buscar su colaboración y otro tanto de su entorno social más próximo, que se inserte en el ambiente más positivo y rechace el más perjudicial (Turón, 2009, p.126).

En este sentido, es evidente que los fenómenos relacionados con la familia tienen una importancia significativa antes, durante y después del trastorno, ya que esta es quien proporciona las bases para el desarrollo intelectual, emocional y social integral, incluyendo la personalidad y la autoestima (Kroplewski et al., 2019).

Un estudio realizado por Kroplewski et al. (2019) muestra que las personas con mayor riesgo de padecer un TCA realizan una valoración considerablemente negativa de las dimensiones del funcionamiento familiar y de todos los componentes de la autoestima, en comparación con la valoración realizada por las personas de la muestra sin mayor riesgo de padecer un TCA.

Partiendo de estos datos, el objetivo de evitar que el grupo de apoyo sea un factor de mantenimiento y que, a medio plazo, se convierta en un factor de protección, se ve concretado en el análisis y mejora de la propia dinámica familiar (estilo educativo parental, habilidades comunicativas de los progenitores, regulación emocional, ocio familiar, autoestima y autocuidados) sumado a la necesidad de comprensión de la enfermedad por parte de familia y amistades (Treasure et al., 2007).

Sin embargo, también cabe tener en cuenta la influencia del TCA en los miembros del grupo de apoyo, que experimentan en numerosas ocasiones tendencias ansioso-depresivas, fruto del malestar de la situación (Sepúlveda et al., 2009).

Las exigencias y responsabilidades inherentes a la función parental se intensifican en el caso de los padres de niños cuya salud emocional y física se ve comprometida por un trastorno alimentario. La salud emocional y física de los padres puede verse afectada negativamente. Por lo tanto, es imperativo que los padres se ocupen de su propio bienestar emocional y físico como parte de sus esfuerzos para tener éxito en la difícil tarea de criar a un niño que sufre un trastorno alimentario. Los padres deben buscar un entorno seguro, comprensivo y de apoyo en el que puedan procesar y enfrentar su propia angustia y recuperar la confianza en su capacidad para ser padres de manera competente y exitosa (Pasold et al., 2010, p.319).

De acuerdo al estudio de Pasold et al., (2010), crear una red de apoyo entre familias de personas con TCA supone crear una importante fuente de apoyo emocional. Los resultados del estudio, cuya muestra cuenta con 261 familiares, reflejan un alto nivel de satisfacción con el grupo de apoyo e indican que éste les ayudaba a comprender los síntomas y el tratamiento del TCA, además de aprender cómo apoyar a su hijo o hija durante el transcurso de la enfermedad.

Asimismo, cabe entender que el proceso terapéutico para el grupo de apoyo de la persona con TCA gira en torno a pautas y acciones concretas que deben llevarse a cabo en numerosas ocasiones de forma previa a su entendimiento. Esto supone un nivel de estrés y frustración muy alto para las familias, pues no tienen un espacio independiente en el que abordar cómo están viviendo ellas y ellos la situación y en el que aprender a gestionar aquello que sienten y experimentan al respecto. Autores como Higher (2005) y Sepúlveda (2009) indican la importancia de apoyar y fomentar el sentido de competencia familiar para lograr que el clima e impacto de la enfermedad sea más positivo, puesto que sin ese trabajo educativo el trastorno también puede acarrear consecuencias emocionales complejas para el grupo de apoyo.

Por otro lado, cabe destacar que las intervenciones se realizan únicamente con las personas más allegadas de la persona que padece el trastorno en el plano de convivencia,

normalmente progenitores. En este sentido, se obvia una parte educativa y de apoyo fundamental: el grupo de iguales.

Durante la adolescencia y juventud -y en realidad, en todas las etapas de la vida, aunque de formas claramente diferentes- el grupo de iguales es un eje fundamental de la vida y desarrollo de la persona. En este sentido, y teniendo en cuenta que el apoyo social se sitúa como factor clave para manejar y reducir los TCA (Leonidas y Dos Santos, 2014; Linville et al., 2012, citado por Rodgers et al., en 2020, p. 1167), es importante incluir en el proceso educativo y de acompañamiento a todas las personas del grupo de apoyo que quieren y necesitan aprender cómo pueden formar parte del proceso de recuperación desde el papel que desempeñan. Esta pauta de intervención de carácter educativo podría no solamente suponer un apoyo para la persona que padece el TCA, su familia y amistades próximas de manera individual, sino también apoyo y soporte mutuo entre los diferentes grupos. Además, las pautas terapéuticas estarían más respaldadas por el entorno más próximo de la persona que padece el trastorno, por lo que sería más fácil que toda la red de la persona con TCA remase hacia una misma dirección en el proceso de recuperación.

### **3.3.1. Propuestas de intervención con familias de personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en la actualidad**

Entender la intervención de los familiares con personas con TCA supone hacer una importante revisión a los principales programas y estrategias. Es innegable que la mayor parte de programas de intervención están diseñados para trabajar con familias y se basan en la psicoeducación (Sánchez- Povedano, 2009; Sepúlveda, 2009; Soriano, 2009), ya que se ha demostrado que reduce la angustia de los familiares de personas con TCA (Sepúlveda et al., 2020). No obstante, cabe destacar que todos estos programas se realizan desde una perspectiva clínica, siendo la educación una herramienta pedagógica empleada únicamente en el ámbito de la prevención.

Uno de los estudios pioneros sobre el papel de la psicoeducación en familias de personas con TCA llevado a cabo por Uehara et al., (2001) demostró que la psicoeducación ayuda a reducir la angustia y el estrés y promueve relaciones más positivas en la familia. Este hecho ha sido constatado en intervenciones posteriores llevadas a cabo en distintos lugares del mundo como Estados Unidos (Zucker et al., 2005), Alemania (Holtkamp et al., 2005) y España (Padierna et al., 2005). En la tabla siguiente se pueden ver toda una

serie de programas psicoeducativos revisados, así como sus principales objetivos (Tabla 4).

*Tabla 4. Revisión de programas psicoeducativos dirigidos al contexto familiar de personas con TCA. Elaboración propia.*

<b>PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS</b>	
Nombre del programa	Objetivos
<b>El grupo de apoyo para padres del Hospital Infantil de Arkansas (1994)</b>	Crear un espacio donde los familiares pudieran compartir sus inquietudes y miedos.
<b>Programa Aanchen (2005)</b> (ver anexo I)	Aumentar el conocimiento de las personas cuidadoras sobre distintos aspectos del TCA.
<b>Programa de Psicoeducación familiar para TCA (2014)</b> (ver anexo II)	Reducir las dificultades y el malestar asociado al rol de cuidador/a de la persona con TCA.
<b>Modelo de Intervención Familiar Calgary (2009)</b>	Favorecer conductas de salud dirigidas al autocuidado biopsicosocial de la persona a nivel individual y familiar.
<b>El tratamiento basado en la familia (2005)</b> (ver anexo III)	Entrenar a los familiares para ejercer un control correcto de la alimentación en la persona con TCA.
<b>El Programa de Cuidados Colaborativos de Maudsley (2008)</b> (ver anexo IV)	Enseñar a padres y madres habilidades de comunicación positiva y técnicas de afrontamiento.

*Adaptado de Sepúlveda et al., (2020).*

En estos programas se ha hecho frente a problemas explícitos de la dinámica familiar tales como: sobreprotección, atribuciones erróneas sobre la enfermedad, acomodación e incompetencia personal con los síntomas del TCA por parte de los progenitores y alta expresividad emocional. Asimismo, también encontramos un abordaje educativo de los TCA, técnicas de resolución de conflictos que tienen que ver con habilidades comunicativas y técnicas de autorreconocimiento, la importancia de aprender a cuidarse y cómo hacerlo y la asimilación del trastorno para comprender su proceso (Smith y Crane, 2007; Treasure, 2007). De la misma forma, en otros programas encontramos otras áreas

de intervención con la familia, tales como: el perfeccionamiento excesivo, la variedad de reacciones emocionales y la ansiedad (Sepúlveda et al., 2008).

### **3.4. La figura del educador o educadora social en el tratamiento rehabilitador de la persona con TCA y su grupo de apoyo**

A lo largo del marco teórico se ha evidenciado que los TCA son mucho más que una patología clínica. Las personas que lo sufren están rodeadas de precedentes y estímulos que tienen mucho que ver con el sistema que nos aguarda y sobre el que vivimos (Faya, 2012; Garner, 1993; Lladó, 2017).

Desde el modelo conceptual Psicodinámico hasta el Biopsicosocial, se puede constatar cómo la cultura y la dinámica social tienen mucho que ver en la presencia (y auge) de estos trastornos, pues, citando a Moncusí (2012): "su surgimiento y reproducción tienen una raíz en procesos sociales cuyo abordaje resulta imprescindible" (p. 237).

Así, educar sobre todas estas violencias sistémicas a las que están sometidas nuestros cuerpos y reflexionar sobre cómo se viven y se extrapolan a la vivencia de un TCA, es una cuestión que compete a la Educación, y más concretamente, a la Educación Social. La labor educativa no trata tanto de sanar como de construir cimientos sólidos y valores sociales por encima de los mandatos impuestos, en pro de la integridad, la salud y el empoderamiento colectivo.

Cabe resaltar la necesidad de una «educación» que incida en los procesos de socialización, entendiendo estos últimos como procesos a través de los cuales el cuerpo es construido en función de las normas y necesidades sociales (Foucault), pero también como procesos que permiten a los propios sujetos negociar y reinterpretar estas normas (*agencia humana*). (Zafra, 2012, p.42).

Esta intervención tiene que estar presente para sembrar el grado de conciencia y sensibilización necesario para construir mentes críticas, capaces de situarse y tomar decisiones en pro de su salud y la de la comunidad. No podemos olvidar que la figura preparada profesionalmente para el desarrollo de programas y proyectos de prevención e intervención socioeducativa es la de la educadora social y no otra, y que todos los problemas de carácter clínico siempre tienen repercusión en la dinámica social, a menor o mayor escala. Recordemos que el propio concepto de salud abarca, a día de hoy, la

dimensión física, psíquica y social (OMS, 1995), y pese a que se trata de tres áreas diferenciadas, cada una de ellas repercute en el funcionamiento de las demás.

De este modo, cabe entender al educador o educadora social como una figura imprescindible en el ámbito de salud mental por la relevancia del entorno comunitario en el ámbito y por el rol profesional rehabilitador y preventivo. García y Rigol (2005) exponen que, en las nuevas perspectivas de atención en salud mental, el perfil de la educadora o educador social se dirige hacia acciones reformistas, comunitarias, rehabilitadoras e integradoras que dan paso a la atención biopsicosocial e interdisciplinar necesaria y pertinente.

Esta figura cumple una serie de funciones generales como profesional del ámbito socioeducativo dentro del campo de salud mental: diagnóstico de dificultades desde un punto de vista educativo, implementación de métodos psicopedagógicos para contribuir a la superación de dificultades, acompañamiento en el proceso de recuperación, mediación entre el usuario y los Servicios y fomento del cumplimiento de objetivos del Servicio General de Rehabilitación (García y Rigol, 2005).

No obstante, el educador o educadora social también cumple con una serie de funciones específicas en el ámbito de salud mental, que se presentan junto a las funciones generales en la siguiente figura (figura 5).

Figura 5. Funciones generales y específicas de atención directa de la educadora o educador social en Salud Mental. Elaboración propia.



Adaptada de García y Rigol (2005).

Además, también se sitúa como figura referente para las personas usuarias por su función pedagógica a través del acompañamiento. El educador o educadora social potencia la autonomía, organiza, estructura y dinamiza actividades, reconoce conflictos y garantiza la convivencia del grupo, así como trabaja en equipo interdisciplinar (Escribano, 2005). La siguiente tabla (tabla 5) muestra al lector a todas las funciones que cumple la figura profesional del educador social dentro del contexto rehabilitador en Salud Mental.

*Tabla 5. Las funciones de la educadora o educador social en el proceso de rehabilitación psicosocial en salud mental. Elaboración propia.*

LA EDUCADORA O EDUCADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL				
Funciones generales	Funciones específicas			
Diagnosticar dificultades desde un punto de vista “educativo”.	Atención directa	Tareas no asistenciales		
Contribuir a la superación de las dificultades con métodos psicopedagógicos.	Realizar entrevistas de acogida, seguimiento, soporte-contención, valoración durante el proceso del usuario.	Equipo interdisciplinario	Marco donde se desarrolla la intervención	
Acompañar en el proceso rehabilitador.	Dinamizar actividades y talleres constituyéndose como referente / escolta.	Aportar e intercambiar la observación obtenida en la atención directa.	Pensar, programar y evaluar las actividades individuales o grupales	Gestionar la organización e implementación de actividades.
Mediar entre el usuario y los Servicios.	Reforzar la autonomía personal, dinamizar el fomento de la relación social y la inserción comunitaria en los diferentes espacios.	Participar en la elaboración, seguimiento, revisión y evaluación del PIRR y de los espacios de intervención.	Transcribir datos significativos para el seguimiento del proceso y evaluaciones.	Transcribir entrevistas con el usuario o la familia.
Fomentar el cumplimiento de los objetivos generales del Servicio General de Rehabilitación.	Observar e intervenir priorizando las necesidades que el usuario muestre en cada momento.	Intervenir en el trabajo de equipo: reuniones, supervisión, etc.	Controlar la asistencia de los usuarios en las actividades.	Participar en reuniones de coordinación con servicios colaboradores.
		Coordinación con otros servicios (sanitarios, sociales normalizados, recursos educativos, de tiempo libre...), trabajo en red.	Tareas de acompañamiento o de ayuda domiciliaria PSI.	Tutelar pisos asistidos.

*Adaptada de García y Rigol (2005).*

Por otro lado, las problemáticas y dinámicas familiares se sitúan como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, que puede subvertirse como factor de protección y ayuda (Faya, 2012 y Sepúlveda, 2012).

El proceso de subversión de la dinámica familiar disfuncional a una funcional es un proceso educativo. Esto es, las dinámicas, roles y estilos educativos parentales son una cuestión educativa, no terapéutica. Cabe diferenciar, de nuevo, la labor terapéutica de la socioeducativa, pues el ser humano manifiesta creencias, ideas y aprendizajes que son fruto de la cultura y educación subyacente, no de un problema clínico (Zafra, 2012).

Así, la figura de la educadora o educador social se sitúa como eje vertebrador del entendimiento y posterior mantenimiento de la acción terapéutica con las personas del grupo de apoyo, así como soporte educativo para reconstruir dinámicas, creencias y actitudes sobre los TCA y la responsabilidad colectiva que sostiene este tipo de trastornos. Del mismo modo, la educadora social se consolida como una figura profesional pertinente en salud mental por su enfoque psicopedagógico y sociocultural y su labor mediadora, pedagógica y de acompañamiento (Escribano, 2005).

#### **4. Objetivos**

El presente Trabajo de Fin de Grado trata de abordar un objetivo general de cara al lector o lectora del mismo, que se concreta en objetivos específicos.

Así, el objetivo general del presente Trabajo Fin de Grado es:

- Elaborar una propuesta de intervención socioeducativa dirigida al acompañamiento del grupo de apoyo de personas que padecen un TCA y se encuentran en proceso de recuperación.

En este sentido, los objetivos específicos correspondientes al anterior objetivo general, son:

- Realizar una búsqueda de conceptos clave a través de literatura científica que permitan situar la problemática en la actualidad.
- Acercar al lector o lectora a una conceptualización de los TCA más allá del modelo biomédico a través de información científica y contrastada.

- Justificar la necesidad de intervención con las personas del grupo de ayuda y acompañamiento de la persona con TCA desde el ámbito socioeducativo.
- Fundamentar el papel de la educadora o educador social como figura esencial dentro del equipo multidisciplinar que trabaja con personas con TCA y su grupo de apoyo.
- Sensibilizar sobre la importancia de acompañar al grupo de apoyo de la persona con TCA también desde contextos no terapéuticos.
- Comprender la importancia de la labor educativa con los agentes implicados en el desarrollo y recuperación de un TCA.
- Justificar la pertinencia de la Educación Social en Salud Mental.

## 5. Metodología

La metodología utilizada para la elaboración del presente Trabajo de Fin de Grado se centra en la búsqueda documental e investigación bibliográfica sobre TCA a través de diversas fuentes de carácter científico, como: Google Scholar, ERIC, Dialnet y ResearchGate.

La primera búsqueda se centró en conceptos tales como: TCA, epidemiología TCA, grupo de apoyo en personas con TCA, deterioro social en personas con TCA y Educación Social y TCA, a partir de los cuales se elaboró el marco teórico.

Toda la información recabada procede de fuentes primarias y se han escogido teniendo en cuenta la rigurosidad de las mismas, obviando todo tipo de publicación que no cumpliera con este criterio. Esto es, se ha considerado que las fuentes perteneciesen a figuras profesionales o entidades que abalan científicamente la rigurosidad sobre la materia, como, por ejemplo: *American Psychological Association*, *International Journal of Eating Disorders*, *European Eating Disorders Review* o *Annals of Psychology*, entre otras. Todas las aportaciones que pueden compartir estas fuentes están fundamentadas en estudios, investigaciones o prácticas de campo que constatan la veracidad de sus afirmaciones. En este sentido, se han consultado fuentes en español y en inglés con el objetivo de partir de un abanico documental más amplio que permita contrastar la información. Así, el presente trabajo recoge datos pertenecientes a investigaciones realizadas en España y en otros lugares del mundo como: Australia, Estados Unidos, Inglaterra, China, Ghana o Brasil.

Asimismo, se ha comenzado leyendo artículos y publicaciones relacionadas con los TCA comprendidos desde diferentes disciplinas tales como: medicina, psicología, antropología, sociología y pedagogía. Se ha considerado abordar la problemática desde distintos paradigmas con el propósito de brindar una conceptualización más amplia que no esté sesgada y reducida a un campo de estudio -en este caso, el biomédico-.

Partiendo de estos criterios de búsqueda y selección, se ha elaborado un marco teórico concreto que recoge de forma ordenada los puntos clave para entender y situar el presente trabajo en el ámbito de la Educación Social. Esto ha sido posible gracias a las numerosas fuentes consultadas, que han permitido elaborar un criterio de selección pertinente y ajustado a la propuesta.

Por último, cabe destacar que la información del presente trabajo es actual, pues la mayoría de publicaciones no tienen más de 5 años de antigüedad. No obstante, se encontrarán datos de investigaciones de los años 90 y principios de los años 2000 que, si bien es cierto que distan temporalmente de la actualidad más cercana, se ha considerado importante incluirlas para entender cuáles son los precedentes y puntos de partida de las investigaciones y datos actuales. De la misma forma, se ha establecido una búsqueda en profundidad de diferentes guías y programas que han permitido ir dilucidando la intervención. En este sentido, no solo se han tenido en cuenta las últimas respuestas pedagógicas ante la problemática, sino que se ha llevado a cabo una investigación de programas que parten de los años 90 y desembocan en propuestas de la actualidad.

## **6. Propuesta de intervención. Defendiendo Ágora**

Tras fundamentar la importancia del acompañamiento desde contextos no terapéuticos, se ha elaborado *Ágora*, una propuesta de intervención socioeducativa centrada en tres bloques de contenido: formación, sensibilización y regulación emocional.

Ágora (ἀγορά) es un término de origen griego que hace referencia a las plazas de las ciudades- estado de la Antigua Grecia, donde los ciudadanos y ciudadanas se encontraban para debatir sobre cuestiones políticas relacionadas con la ciudad. Etimológicamente, ágora deriva del verbo ἀγείρω, que significa textualmente "reunir". En este sentido, Ágora se sitúa como una propuesta de intervención socioeducativa destinada a personas con una

coyuntura común: ser parte del grupo de apoyo de un ser querido con un Trastorno de la Conducta Alimentaria en proceso de recuperación.

*Ágora* responde al acompañamiento del grupo de apoyo de la persona con TCA durante la fase inicial de su rehabilitación, por lo que se han elegido estos tres bloques de contenido teniendo en cuenta las necesidades principales del grupo de apoyo en relación a esta circunstancia en concreto. Asimismo, se consolida como una propuesta de intervención diseñada para llevarse a cabo en un periodo de tiempo de tres meses, dirigida a toda persona que esté viviendo una situación de TCA en el entorno cercano. Cuenta con 12 sesiones de 1 hora y media cada una, con actividades sujetas a las adaptaciones correspondientes en función de las características del grupo.

La propuesta ha sido creada y ajustada para un número máximo de 20 destinatarios, que trabajarían de la mano de dos educadores o educadoras sociales. De este modo, si bien es cierto que las sesiones pueden adaptarse a un mínimo de 10 y un máximo de 30 personas, no es recomendable sobrepasar el número máximo de participantes, pues es importante crear lazos de pertenencia e identidad grupal entre todos los miembros del grupo.

En este sentido, cabe destacar que los contenidos son sinérgicos y se contemplan desde la interacción de los mismos. Durante las sesiones, los contenidos se irán intercalando con el fin de que la carga formativa del bloque I (Formación) pueda equilibrarse con la expresión emocional del bloque II (Sensibilización) y, por último, que ambos puedan integrarse a través de las actividades que se corresponden con el bloque III (Regulación Emocional).

Se trata de una propuesta novedosa en tanto a que cuenta con la apertura hacia el grupo de iguales. La propuesta invita a que puedan trabajar juntos sobre aspectos fundamentales que les competen para que su ser querido alcance y mantenga la recuperación - entendimiento de la enfermedad y sus procesos, habilidades de comunicación, regulación emocional (estrés, ansiedad y frustración), estrategias de resolución de conflictos, autoconcepto, etc.- (véase la tabla 6), además de propiciar un clima seguro y distendido. Resulta de suma importancia entender la importancia de la unión de estos dos agentes, pues el fin último de la intervención es la creación de un gran grupo de apoyo formado por personas unidas por una circunstancia concreta (TCA) y que se reconocen en el rol de cuidador o cuidadora, pero que también encuentran otros motivos de arraigo.

En definitiva, *Ágora* pretende subvertir las conductas, ideas y creencias negativas hacia la enfermedad en un conocimiento crítico sobre la misma para entender qué está ocurriendo, qué pueden hacer ellos y ellas desde su posición y cómo deben hacerlo, todo ello sin olvidarse de sí mismos y desde una metodología centrada en el contacto social y apoyo emocional.

## 6.1. Objetivos

Por su parte, el objetivo general de la propuesta es:

- Acompañar al grupo de apoyo de la persona que padece un TCA durante los primeros meses del proceso de recuperación desde el ámbito socioeducativo.

En este sentido, los objetivos específicos correspondientes al anterior objetivo general, son:

- Comprender el TCA atendiendo al principio de individualización de la persona: conceptualización, pautas, fases y tiempos.
- Desarrollar habilidades comunicativas tales como la empatía, la asertividad y la escucha activa.
- Elaborar estrategias de manejo de la frustración en situaciones emocionalmente complejas a través de técnicas de regulación emocional y autoconocimiento.
- Propiciar momentos de autocuidado y distensión de forma grupal e individual.

## 6.2. Metodología

La metodología de *Ágora* es una metodología basada en talleres. Cada sesión está compuesta por varias actividades con las que se busca alcanzar una serie de objetivos previamente establecidos, que responden a los objetivos de la propuesta en cuestión.

Así, los principios metodológicos que fundamentan la presente intervención son:

- **Participativa y activa.** La acción profesional se sitúa como motor hacia la participación de todos los miembros del grupo, siendo las personas destinatarias una fuente de aprendizaje para los demás. Es vital que entiendan su participación como un pilar fundamental de la intervención, pues solo así las sesiones se desarrollarán de forma óptima.

- **Flexible y abierta.** El intercambio de vivencias, ideas o sentimientos entre las personas del grupo se realiza sobre la pauta metodológica de generar expresión emocional a través de la creación de un clima seguro. Esta expresión emocional se genera a partir de la respuesta a los intereses de las personas destinatarias. En este sentido, se establece que el bloque formativo responda a sus dudas y deseos de aprendizaje frente a un contenido fijo previamente estipulado. Así, se prioriza la acogida emocional de las personas destinatarias como pauta metodológica frente a las concreciones de las actividades, que estarán sujetas a cambios y modificaciones con el fin último de adaptarlas lo máximo posible a la circunstancia y procesos del grupo.
- **Racionalizadora.** El desarrollo del pensamiento crítico contribuye al autoconocimiento y a la formación de actitudes críticas. Todas las actividades diseñadas para la propuesta tienen una parte reflexiva, que es generada a través del diálogo y la puesta en práctica del contenido a abordar. En este sentido, cabe destacar que se priorizará siempre la reflexión a partir de las aportaciones del grupo frente a las reflexiones generadas por las o los educadores.
- **Autocrítica.** Es imprescindible que las personas participantes estén dispuestas a reflexionar sobre pensamientos, creencias, ideas y actitudes que mantienen sobre la enfermedad y la vivencia de la misma. Estos aspectos de ningún modo pueden cuestionarse o modificarse sin este enfoque personal y autocrítico, presente en toda la intervención.
- **Socializadora.** La comunicación e interrelación entre los miembros del grupo es una de las bases metodológicas de la presente intervención. La inclusión de todos los miembros y la puesta en práctica de habilidades comunicativas tales como: la escucha activa, la asertividad y la empatía están presentes de forma transversal – cuando no es directa- durante todas las sesiones. En este sentido, no solamente se busca un aprendizaje basado en la socialización, sino también una mejora de sus habilidades comunicativas.
- **Colaborativa o interdisciplinar.** Para que la intervención pueda ajustarse del todo a los procesos de los participantes, es recomendable contar con el punto de vista profesional de quienes trabajan con algunos de los miembros del grupo de apoyo como parte de la terapia de la persona con TCA (psicólogos o psicólogas). Este enfoque interdisciplinar supondría una amplitud de enfoque

respecto al ajuste de actividades y facilitaría la labor pedagógica y de acompañamiento por parte de los educadores o educadoras sociales.

En lo que respecta a otras cuestiones metodológicas de la intervención, cabe destacar la importancia de crear un clima cómodo y seguro para los y las participantes. Para ello, las sesiones serán llevadas a cabo en un espacio amplio, donde se ubiquen mesas de trabajo grupal pero también elementos que incitan a la comodidad y promueven un clima más distendido como pueden ser sofás, plantas y un dispensador de agua. Se prefiere un espacio luminoso y bien acondicionado.

En este sentido, se considera poner música tranquila de fondo durante todas las sesiones para propiciar calma, seguridad y reflexión. Los educadores dispondrán de un repertorio musical adecuado, pero se priorizará que sean las personas destinatarias quienes elaboren las *playlists* de las sesiones.

Además, las sesiones están planteadas para que al comienzo se dediquen 10 minutos a hablar sobre cómo ha ido su semana, cómo se encuentran, qué emoción ha predominado en su semana y cuál predomina en el día de la sesión. Estos 10 minutos previos al inicio de la sesión deben desarrollarse con todos los destinatarios sentados en círculo, y forman parte tanto de la creación de un clima seguro y de confianza como de indicador emocional a tener en cuenta por las profesionales al implementar las actividades de la sesión.

### **6.3. Actividades**

Los contenidos de las actividades elaboradas en *Ágora* se cimentan sobre tres bloques de carácter fundamental: formación, sensibilización y regulación emocional.

Las actividades diseñadas para cada una de las sesiones se ajustan a un total de 20 personas. No obstante, son actividades que permiten realizar adaptaciones para ajustarse a un número mayor o menor de participantes (10 personas mínimo, 30 personas máximo).

Cabe destacar que en cada una de las sesiones se realizan actividades de varios bloques, por lo que la propuesta se centra en partir desde un nivel básico de conocimiento y reconocimiento emocional hacia un nivel de expresión grupal y confianza más complejo. Para lograrlo, se ha considerado que cada sesión cuente con actividades de diferentes bloques con el objetivo de complementar los distintos contenidos y aprendizajes entre sí.

Asimismo, además de entender los bloques de contenido como interrelacionares, se ha decidido incluir en las sesiones actividades de varios bloques con el objetivo de que resulten diversas y dinámicas para las personas destinatarias. Por este motivo, se ha considerado acercar a los conceptos y temáticas clave que se trabajarán en los distintos bloques de contenido a través de la siguiente tabla (tabla 6), junto a sus correspondientes actividades.

*Tabla 6. Bloques de contenido. Propuesta de intervención socioeducativa Ágora. Elaboración propia.*

BLOQUES DE CONTENIDO		
Nombre	Contenido y temática	Actividades
<b>Bloque I: Formación</b>	TCA (qué es un trastorno, qué es un TCA, cómo se manifiesta, clasificación (AN, BN, TCANE, etc.), sintomatología, factores de riesgo, proceso de recuperación (fases, tiempos, principio de individualización), comorbilidad, etc.	Las actividades de este bloque de contenido parten de las demandadas a nivel formativo planteadas por las personas destinatarias en la evaluación inicial.
<b>Bloque II: Sensibilización</b>	Áreas dañadas por el TCA, despersonalización de conductas del TCA, alta expresión emocional, cognición en el TCA, vivencias del TCA, cuidados a través del lenguaje, influencia del entorno, ideal de belleza, autoconcepto, autoestima.	Pel(daños) del TCA Pienso luego existo Vivencias A través del lenguaje Cuidó luego existo ¿Qué digo?
<b>Bloque III: Regulación Emocional</b>	Estrés y ansiedad: técnicas de respiración; reconocimiento de emociones negativas: ira, frustración y tristeza; reflexión y reconocimiento acerca del apego y la vinculación emocional; conflicto: causas, fases y estrategias; habilidades comunicativas: empatía, asertividad y escucha activa.	Estoy aquí Me analizo Resuelvo Mis vínculos Me reconozco

Emoción-Lenguaje-Cuerpo

Como ya se ha mencionado anteriormente, las sesiones abarcan actividades de varios bloques de contenido. En este sentido, y antes de describir de forma más detallada cada una de las sesiones de la intervención, se ha considerado oportuno acercar al lector o lectora de forma visual a los objetivos y actividades de cada una de las sesiones a través

de la siguiente tabla (tabla 7). En cada una de las actividades, encontraremos entre paréntesis el número del bloque al que pertenece, siendo Formación (I), Sensibilización (II) y Regulación Emocional (III) respectivamente.

*Tabla 7. Objetivos y actividades de cada sesión. Propuesta de intervención socioeducativa  
Ágora. Elaboración propia.*

Sesión	Objetivos	Actividades
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desarrollar confianza en el grupo</li> <li>○ Mejorar el clima de grupo,</li> <li>○ Conocer a los miembros del grupo</li> <li>○ Crear un clima distendido</li> <li>○ Presentar Ágora.</li> </ul>	<p>Dinámica de presentación</p> <p>Dinámica de afirmación</p>
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Resolver cuestiones asociadas a la vivencia de TCA.</li> <li>○ Conocer todas las áreas dañadas tanto a nivel personal como social de una persona que padece un TCA.</li> <li>○ Trabajar sobre la alta expresión emocional dirigida a la persona con TCA.</li> <li>○ Despersonalizar las conductas realizadas por el TCA y situarlas como parte de la sintomatología del mismo.</li> </ul>	<p><b>Formación (I)</b></p> <p>“Pel(daños) del TCA” (II)</p>
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejorar el clima del grupo</li> <li>○ Desarrollar confianza en el grupo</li> <li>○ Resolver cuestiones asociadas a la vivencia de TCA.</li> <li>○ Adquirir una herramienta de regulación emocional dirigida a la canalización del estrés o la frustración</li> <li>○ Entender la importancia de la respiración en el proceso de gestión de emociones intensas y negativas.</li> </ul>	<p>Técnica de conocimiento</p> <p><b>Formación (I)</b></p> <p>“Estoy aquí” (III)</p>
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Resolver cuestiones asociadas a la vivencia de TCA.</li> <li>○ Conocer algunos de los pensamientos de las personas que padecen un TCA.</li> <li>○ Comprender la complejidad de lidiar con estos pensamientos.</li> <li>○ Fomentar la comprensión de la disfuncionalidad de la cognición en este trastorno.</li> </ul>	<p><b>Formación (I)</b></p> <p>“Pienso, luego existo” (II)</p>

Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comprender que el proceso de cada trastorno es diferente, ya que cada persona y su circunstancia también lo es, aunque compartan un patrón común</li> <li>○ Identificar los pensamientos desencadenantes antes de que deriven en emociones incontrolables.</li> <li>○ Considerar técnicas de regulación emocional adecuadas a cada persona y situación.</li> </ul>	<p>“Vivencias”(II)</p> <p>“Me analizo” (III)</p>
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abordar la idea de belleza dentro del ideario colectivo.</li> <li>○ Entender la presión estética como uno de los factores que influyen en el autoconcepto y en el desarrollo de TCA.</li> <li>○ Entender el lenguaje como una herramienta de empoderamiento.</li> <li>○ Aprender técnicas para un uso compasivo del lenguaje dentro del diálogo interno.</li> <li>○ Crear un ambiente cómodo y seguro para las y los participantes.</li> <li>○ Fomentar el diálogo y la escucha activa.</li> </ul>	<p>“Emoción-Lenguaje-Cuerpo” (I, II y III)</p>
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Resolver cuestiones asociadas a la vivencia de TCA.</li> <li>○ Definir qué es un conflicto.</li> <li>○ Conocer las causas de un conflicto y sus fases.</li> <li>○ Aprender estrategias para hacer frente a los conflictos de forma asertiva y eficaz.</li> </ul>	<p><b>Formación (bloque I)</b></p> <p>“Resuelvo” (III)</p>
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dar a conocer la importancia analizar y controlar las expresiones basadas en la imagen utilizadas en el entorno y, especialmente, con la persona con TCA.</li> <li>○ Reconocer emociones negativas como culpa, tristeza y frustración.</li> <li>○ Trabajar la autocompasión desde un enfoque racional y crítico.</li> </ul>	<p>“A través del lenguaje” (II)</p> <p>“Cuido, luego existo” (III)</p>
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilizar sobre la relevancia del apego y vinculación emocional. Tomar conciencia del propio estilo de apego. Valorar la utilidad y sentido del propio estilo de apego.</li> <li>○ Cuestionarse la necesidad y utilidad de generar cambios en el propio estilo de apego.</li> <li>○ Reconocer las emociones propias.</li> <li>○ Fomentar una gestión emocional óptima de emociones negativas: ira, frustración y tristeza.</li> </ul>	<p>“Mis vínculos” (III)</p> <p>“Me reconozco” (III)</p>

Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afianzar la cohesión del grupo</li> <li>○ Desarrollar confianza en el grupo</li> <li>○ Adquirir una herramienta de regulación emocional dirigida a la canalización del estrés o la frustración</li> <li>○ Entender la importancia de la respiración en el proceso de gestión de emociones intensas y negativas.</li> </ul>	<p>Técnica de cohesión</p> <p>“Estoy aquí” (III)</p>
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Resolver cuestiones asociadas a la vivencia de TCA.</li> <li>○ Fomentar el uso de un lenguaje que haga alusión a cualidades personales, no físicas, a la hora de emitir mensajes positivos, así como a la hora de realizar una crítica.</li> <li>○ Comprender la transcendencia que tiene la forma de expresar halagos o críticas hacia una persona que padece un TCA.</li> </ul>	<p><b>Formación</b></p> <p>“¿Qué digo?” (II)</p>
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Crear un clima de distensión grupal.</li> <li>○ Compartir reflexiones y vivencias de la experiencia en Ágora.</li> <li>○ Evaluar el grado de satisfacción de las personas destinatarias.</li> <li>○ Realizar el cuestionario de evaluación final.</li> </ul>	<p><i>Meriendágora</i> final (evaluación final)</p>

A continuación, se procede a explicar de forma detallada cada una de las sesiones, con las indicaciones correspondientes para su correcta implementación y sus actividades. Cada una de las sesiones ha sido adaptada para cumplir con el tiempo establecido de cada sesión (1h y media), por lo que las actividades deben ajustarse lo máximo posible al tiempo indicado.

**Sesión 1:** La sesión comienza con la presentación de los educadores a cargo (nombre y funciones). Tras ello, se realiza una breve presentación de lo que es Ágora y de cuáles son sus objetivos, del mismo modo que se reafirmarán cuestiones clave (horario, lugar, compromiso de asistencia). A continuación, se procede a realizar una dinámica de presentación entre los miembros del grupo (ver anexo V). Tras la presentación, a través de Mentimeter, se pregunta acerca de las expectativas sobre Ágora como parte de la evaluación inicial de la propuesta y como puente para introducir los bloques de contenido. Para completar la presentación, las educadoras presentarán el buzón de dudas (véase el punto 5.6), el cuaderno de reflexiones e informarán del dossier de contenidos al que podrán acceder al finalizar cada una de las sesiones con la información y los contenidos de la sesión a través de una carpeta en drive creada para tal fin. De esta forma, al finalizar

la intervención, tendrán un portfolio (online o físico, según preferencias) con todo lo abordado en *Ágora*. Al finalizar la presentación completa, se procede a abrir turno de preguntas y se realiza una técnica de afirmación y confianza grupal (ver anexo VI).

**Sesión 2:** La sesión comenzará con un abordaje a nivel formativo de algunas de las cuestiones marcadas en la evaluación inicial por los miembros del grupo. Tras la exposición de ideas y contenidos y las correspondientes aportaciones y resolución de dudas, se procederá a realizar una actividad del bloque II denominada "Pel(daños) del TCA" (ver anexo VII), donde reflexionamos sobre las áreas dañadas en el TCA y la alta expresión emocional volcada sobre la persona por la sintomatología del trastorno.

**Sesión 3:** La tercera sesión comenzará resolviendo algunas de las dudas del buzón e introduciendo la parte formativa de la sesión según lo establecido por los profesionales previamente. Tras ello, se introducirá una técnica de conocimiento a elegir por los educadores en función de las características del grupo y se dará paso a una actividad del bloque III: "Estoy aquí" (ver anexo VIII), en la que trabajaremos la técnica de respiración abdominal como herramienta de regulación emocional.

**Sesión 4:** La cuarta sesión comenzará con una actividad del bloque II llamada: "Pienso, luego existo" (ver anexo IX), donde trataremos de sensibilizar acerca de la cantidad de pensamientos intrusivos que tienen las personas con TCA y la complejidad de lidiar con ellos. Al finalizar la actividad, se resuelven algunas dudas del buzón y, si no las hubiera, se procede con actividades de carácter formativo (bloque I).

**Sesión 5:** La quinta sesión comienza con una actividad del bloque II: "Vivencias" (ver anexo X), en la que abordaremos la importancia de conocer el principio de individualización dentro de la vivencia de la problemática. Continuamos y cerramos la sesión con otra actividad del bloque III: "Me analizo" (ver anexo XI), donde trataremos de analizar las situaciones de descontrol emocional y contemplar señales que indiquen que estamos llegando al límite para tratar de prevenir el conflicto.

**Sesión 6:** El ecuador del proyecto. Esta sesión se dedicará a trabajar de forma introspectiva y reflexiva acerca de cómo el entorno condiciona la percepción de la belleza y de nuestro propio autoconcepto, cómo influye el lenguaje en nuestra autoestima y la importancia del reconocimiento de emociones a través de técnicas de regulación emocional. Por todo ello, "Emoción-Lenguaje-Cuerpo" (ver anexo XII) es un taller que responde a contenidos del bloque II y III de manera directa y trabaja aspectos del bloque

I de forma indirecta. Se comenzará la sesión explicando que el taller estará dividido en 4 bloques: belleza, corporalidad, emociones y lenguaje. Para comenzar, se lanzarán algunas preguntas, como: “¿a qué responde el ideal de belleza?”, “¿cómo ha evolucionado el canon a lo largo de la historia?” Se realiza un breve repaso histórico de la evolución del canon de belleza y se fomenta la reflexión crítica compartida acerca de todo este mandato y su relación con los TCA para dar paso a la actividad 1 del taller denominada: “BellezaS”(ver anexo XII). La sesión continúa realizando un abordaje del cuerpo como producto y como medio con el entorno a través de las siguientes preguntas: “¿qué productos consumimos por la necesidad impuesta de acercarnos a ese ideal y deseo estético y cuáles por decisión propia?”, “¿qué es mi cuerpo para mí?, ¿desde qué emociones me hablo?” y se introduce la actividad 2: “¿Qué me permite hacer mi cuerpo?” (ver anexo XII). Así, se llega a resolver el nombre del taller: Emoción (desde dónde) Lenguaje (cómo) Cuerpo (hacia dónde).

A continuación, se introduce el bloque de emociones y se formulan las siguientes preguntas: ¿Qué es una emoción?, ¿cómo reconozco las emociones en mi cuerpo?, ¿Cuál es la función o funciones de las emociones? Se realiza una aproximación conceptual de las emociones básicas y cómo identificarlas a través del cuerpo. Por último, en el bloque de lenguaje, hablamos de tres aspectos clave para la comunicación: psicolingüística, subversión del lenguaje y comunicación intrapersonal y se realiza la tercera y última actividad: “Día a día” (ver anexo XII), con la que se dará por finalizada la sesión.

**Sesión 7:** La séptima sesión comenzará resolviendo dudas del buzón (en caso de no haberse abordarán conceptos y cuestiones del bloque I), y continúa con una dinámica de cohesión grupal a elegir por las educadoras según las necesidades del grupo. Tras ello, se realiza la actividad del bloque III llamada “Resuelvo” (XIII), en la que se trabajará sobre el conflicto y estrategias de resolución del mismo.

**Sesión 8:** La octava sesión está dedicada al bloque II, y comenzará con la actividad: “A través del lenguaje” (ver anexo XIV), donde reflexionaremos acerca del uso del lenguaje y su funcionalidad y le precederá la actividad de este mismo bloque denominada: “Cuido, luego existo” (ver anexo XV), en la que se trabajará el reconocimiento de emociones negativas como la tristeza y la culpa y la importancia de ser autocompasivos.

**Sesión 9:** La novena sesión comenzará con una actividad del bloque III: “Mis vínculos” (ver anexo XVI), en la que reflexionaremos sobre el apego y la vinculación emocional.

En este sentido, la sesión se completará con la actividad perteneciente al mismo bloque (III) “Me reconozco” (ver anexo XVII), en la que se trabajará en torno al reconocimiento de emociones propias y más concretamente, sobre la regulación de la ira, frustración y tristeza.

**Sesión 10:** En la décima sesión, se llevará a cabo una técnica de cohesión y afirmación grupal a elegir por las educadoras en función de las necesidades del grupo y se retomará la actividad del bloque III “Estoy aquí” (ver anexo VIII) con el objetivo de mejorar la técnica de respiración e integrarla como herramienta de regulación emocional.

**Sesión 11:** La penúltima sesión girará en torno a la actividad del bloque II “¿Qué digo?” (ver anexo XVIII) en la que retomaremos de forma práctica la importancia del lenguaje a la hora de relacionarnos y más concretamente, con la persona con TCA. Durante esta sesión, las educadoras tratarán de fomentar la reflexión hilando la actividad con los contenidos ya trabajados. De esta manera, se busca que las personas participantes encuentren la cohesión de los contenidos, así como observar por parte de las educadoras si estos contenidos han sido integrados. Tras ello, se realizará una última dinámica de afirmación y confianza grupal a elegir por los educadores y para finalizar, se plantearán las cuestiones necesarias para la última sesión.

**Sesión 12: Meriendágora final.** Para la última sesión, cada participante traerá algo de comer o de beber (concretado en la anterior sesión) con el fin de crear un espacio cómodo de diálogo y disfrute. De manera distendida, las educadoras darán las gracias a todas las personas que han formado parte de Ágora y los invitan a continuar con el vínculo establecido entre ellos. Además, se fomentará que expliquen de forma oral qué ha significado Ágora para ellos y ellas, lo que servirá a las educadoras como ítem de observación de cara a la evaluación final. Para finalizar, se atenderán todas las dudas y cuestiones y se entregará el dossier físico a todos los que lo solicitasen por esa vía (físico/online) además de completar el cuestionario de evaluación final. Se realizará una última dinámica de cohesión y afirmación grupal a elegir por los educadores o educadoras en función de las características y necesidades del grupo llegados a este momento.

#### **6.4. Temporalización**

Ágora es una propuesta diseñada para llevarse a cabo en 12 sesiones, con una duración estimada de 1 hora y media cada una. Las sesiones planteadas están pensadas para llevarse a cabo una vez a la semana, ya que las sesiones en sí mismas trabajan aspectos complejos

y requieren de una gestión emocional importante por parte de las personas destinatarias teniendo en cuenta el momento en que se recomienda su implementación (durante los primeros meses de tratamiento de la persona con TCA).

Esta propuesta no está planteada bajo una temporalización concreta puesto que la problemática a la que responde está sujeta a la eventualidad de la propia circunstancia. De esta forma, *Ágora* se sitúa como una propuesta de intervención socioeducativa planteada para llevarse a cabo durante tres meses, una vez a la semana, en sesiones de 1 hora y media, con un total de 12 sesiones y 18 horas en total para las personas participantes.

En este sentido, cabe destacar que las figuras profesionales también se reunirán una vez por semana en reuniones de 1 hora para evaluar la sesión anterior y realizar los ajustes pertinentes en la siguiente. Además, cabe considerar la reunión final de evaluación y coevaluación de la intervención, de 2 horas estimadas de duración. De este modo, las educadores o educadoras sociales encargadas de la implementación contarían con un total de 31 horas, divididas en 12 sesiones (18 horas en total, 1h y media/sesión) y 12 reuniones (13 horas en total, 11 reuniones de 1h y 1 reunión final de 2h).

## 6.5. Evaluación

La evaluación de la presente propuesta de intervención responde a una evaluación interna, realizada bajo el principio de coevaluación. Esto es así en tanto que se considera imprescindible que tanto educadores como destinatarios evalúen la intervención.

La evaluación de la propuesta de intervención se realiza en tres momentos clave de la misma: al inicio, para conocer el grado de sensibilización y preferencias de las personas destinatarias, durante la implementación, para ajustar lo máximo posible las sesiones a su nivel de conocimiento y preferencias, así como realizar los ajustes y modificaciones pertinentes y al final, para evaluar el grado de satisfacción y la consecución de los objetivos marcados. Así, *Ágora* cuenta con evaluación inicial, procesual y final.

La **evaluación inicial** se realizará a través de un cuestionario (ver anexo XIX) en el momento de inscripción (podrá realizarse en formato online a través de Google Forms o físico). Este cuestionario permitirá conocer de primera mano el nivel de conocimiento y sensibilización que poseen las personas participantes en relación a la problemática y otros datos de interés como: qué contenidos a nivel formativo desean abordar, cuáles son sus mayores dificultades en el proceso de acompañamiento de la persona con TCA, qué rol

desempeñan con esa persona y su nivel de compromiso de asistencia y participación en la propuesta.

A **nivel procesual**, cabe señalar que cada una de las actividades diseñadas para las sesiones cuenta con una evaluación individual. Así los objetivos de las sesiones son trasladados a las actividades y evaluados mediante las mismas. Uno de los instrumentos utilizados para evaluar procesualmente el desarrollo de las sesiones será el cuaderno de reflexiones (ver anexo XX), donde al finalizar cada una de las sesiones los miembros del grupo tendrán que plasmar de forma individual y anónima algunas de las reflexiones acerca de la sesión, actividades y contenidos o contestar a las preguntas lanzadas por las educadoras. Al finalizar cada sesión, los educadores recogerán todas las reflexiones. A diferencia del dossier o portfolio (donde se irán subiendo los contenidos diariamente), se valorará adjuntar el diario de reflexiones al final del proyecto en el dossier. Del mismo modo, los profesionales se reunirán un día a la semana para evaluar la sesión anterior y realizar los cambios y ajustes necesarios de cara a la siguiente.

Otro de los instrumentos utilizados para la evaluación procesual es el buzón de dudas o buzón *Ágora*. En este buzón, las personas destinatarias podrán compartir: dudas, reflexiones, recomendaciones (cine, lectura, música, podcast...), aspectos de mejora para las sesiones, etc., durante todo el transcurso de la intervención. Si el buzón no funcionara por sí mismo, los educadores tendrán que fomentar su uso a través de la formulación de cuestiones concretas. Esto puede ser, por ejemplo, compartir en una semana una película o serie que les haya gustado, un artista que les inspire, algo que les esté aportando *Ágora*, algo que quieran mejorar de su comunicación (consigo mismos o con los demás), algo que les gustaría aprender durante las siguientes sesiones, etc.

La **evaluación final** de *Ágora* se llevará a cabo en la última sesión (sesión 12) a través de un cuestionario final (ver anexo XXI) y a través de la propia sesión, en la que se valorará el grado de satisfacción de las personas destinatarias a través de la observación sistémica. Se observarán y valorarán aspectos como: índice de asistencia respecto a la media de las sesiones, compromiso con lo acordado en la sesión previa (comida o bebida), comunicación y participación en el grupo y muestras de confianza y cohesión, como pueden ser: concretar un plan grupal para un futuro próximo, expresar tristeza por el fin de la intervención o manifestar gratitud con las personas participantes o con las educadoras.

## 7. Conclusiones

El diseño y elaboración del presente TFG ha supuesto un reto desde el principio. Los TCA y el campo de Salud Mental abarcan mucho más que un diagnóstico clínico. En este sentido, es importante recordar que somos seres sociales configurados para vivir en comunidad, cuyos pensamientos, vivencias, sentires y dificultades repercuten e influyen de forma directa en los demás. Desde el ámbito educativo sigue siendo necesario aludir a obviedades como esta para confrontar el individualismo dominante bajo el que se justifica una acción educativa dirigida únicamente hacia la persona que tiene el problema (Ballesteros, 2019).

Así como nadie nace preparado para lidiar, o, mejor dicho, para saber lidiar adecuadamente con un problema de salud mental (y de salud, en general), tampoco las personas que forman parte de su círculo. Vivir un trastorno mental al lado de quien lo padece también tiene repercusiones en las vidas de alrededor, y la forma en que se acompaña afecta de forma directa al bienestar de su ser querido y a su proceso de recuperación.

El objetivo general del TFG -elaborar una propuesta de intervención socioeducativa dirigida al acompañamiento del grupo de apoyo de personas que padecen un TCA en proceso de recuperación- ha sido abordado a través del diseño de la propuesta Ágora.

Todo el trabajo realizado se ha dirigido hacia la consecución del objetivo general del trabajo y sus correspondientes objetivos específicos, que pueden verse reflejados a lo largo del mismo. En él, se evidencia la búsqueda de conceptos clave a través de literatura científica, los cuales han permitido situar la problemática en la actualidad bajo una conceptualización que va más allá del modelo biomédico. La necesidad de intervención con las personas del grupo de acompañamiento de la persona con TCA desde el ámbito socioeducativo ha sido una cuestión justificada a lo largo de todo el marco teórico, buscando ser fundamentado a través de información científica y contrastada. En este sentido, fundamentar el papel del educador o educadora social como figura esencial dentro del equipo multidisciplinar que trabaja con personas con TCA y su grupo de apoyo ha sido un objetivo clave sobre el que se ha desarrollado uno de los puntos del marco teórico y que también se refleja de forma más didáctica en la propia propuesta de intervención.

La consecución de los objetivos específicos planteados ha cimentado las bases en la sensibilización sobre la importancia de acompañar al grupo de apoyo de la persona con TCA desde contextos no terapéuticos y de la importancia de la labor educativa con las personas implicadas en el desarrollo y recuperación de este tipo de trastornos. Parece obvio que la consecución de todos estos objetivos específicos confirma la consecución del último de los objetivos del trabajo: justificar la pertinencia de la Educación Social en Salud Mental.

No obstante, el presente trabajo cuenta con una serie de limitaciones. La escasez de programas y proyectos de intervención socioeducativa dirigidas a trabajar sobre esta problemática ha supuesto crear la propuesta sin ningún modelo de referencia previo. Además, la metodología y las sesiones han sido elaboradas presuponiendo un mayor número de destinatarios adultos que adolescentes. Esto ha sido así teniendo en cuenta que los familiares son quienes mayormente acompañan durante el proceso terapéutico, del mismo modo que son conocedores y conscientes del proceso que está atravesando su ser querido. Si bien es cierto que todas las actividades han sido elaboradas bajo el principio metodológico de flexibilidad y apertura, es cierto también que la adaptación de algunas actividades a un público mayoritariamente adolescente podría suponer que la direccionalidad de la sesión fuera radicalmente distinta.

Por otro lado, la propuesta de intervención diseñada no ha sido implementada, lo que supone que su eficacia no se haya comprobado mediante la praxis. Esto supone también que solo se cuente con las limitaciones observadas y no con aquellas variables y puntos clave emergentes durante el proceso de implementación y que han de tenerse en cuenta para la adecuación y mejora de la intervención.

Sin embargo, se considera la propuesta aguarda una serie de puntos fuertes importantes. En primer lugar, la creación de una propuesta de carácter socioeducativo dirigida al acompañamiento del grupo de apoyo de personas con TCA supone un esfuerzo novedoso desde un punto de vista educativo por la escasez de referencias previas. Además, la apertura de la propuesta, que no solamente se dirige a familiares, sino también a amigos, amigas, hermanos o pareja, es una oportunidad de unión y aprendizaje entre personas que comparten un interés común: acompañar a una persona de su círculo durante el proceso de recuperación del TCA. Por todo ello, no trata únicamente de brindar apoyo educativo y emocional durante el transcurso de la intervención, sino también que el apoyo emocional se mantenga entre los miembros del grupo una vez finalice la intervención.

Ágora se sitúa como una propuesta de intervención socioeducativa que apuesta por un modelo de acción interdisciplinar en el ámbito de Salud Mental, donde el proceso terapéutico llevado a cabo con familias se da la mano con el proceso educativo y de acompañamiento, en el que además se incluyen otros agentes importantes en el proceso de recuperación.

Conviene señalar que para una optimización de resultados en el proceso rehabilitador de la persona con TCA esta propuesta tendría que desarrollarse de forma paralela al comienzo del proceso terapéutico; sin embargo, no es un requisito necesario para que la propuesta sea efectiva en sí misma desde un punto de vista educativo.

Mirándolo con prospectiva, las líneas futuras de este trabajo podrían dirigirse hacia la consideración de este tipo de propuestas de intervención dentro de los planes de rehabilitación psicosocial de las personas con TCA en el ámbito público y privado.

Además, el diseño, fundamentación y creación del presente trabajo incita a considerar seriamente el enfoque socioeducativo dentro del campo de Salud Mental y a contemplar el trabajo específico de figuras profesionales de distintos ámbitos hacia un fin rehabilitador común y necesario.

Se ha demostrado a través de numerosas fuentes científicas a lo largo del trabajo (Panea-Pizarro et al., 2021; Rojo, 2014; Soriano, 2009; Stice et al., 1994; Toro, 2014; Zafra, 2012) la importancia del enfoque interdisciplinar para un entendimiento no sesgado de la problemática. Esto podría suponer dentro de las líneas futuras del trabajo una ampliación de la temporalización de la propuesta que también implique la adhesión de profesionales de otros ámbitos -como la Sociología, Antropología, Psicología, Terapia Ocupacional o Pedagogía- para la elaboración o mejora de actividades y recursos, partiendo de la interseccionalidad de enfoques clave cuya aproximación a la problemática responde a la vivencia del TCA en el siglo XXI.

## 8. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders - DSM-5*.
- Aronson, E. (2000). *El animal social*. Alianza Editorial.
- Babio, N. (2007). *Asociación entre la severidad de las alteraciones de la conducta alimentaria y el patrón dietético: estudio comparativo en escolares de primaria y secundaria* [Tesis Doctoral]. Universidad Rovira y Virgili, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Reus.
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Perez, S. y Arijá, V. (2009). A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 485-491.
- Ballesteros, B. (2019). *Investigación social desde la práctica educativa*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Balottin, L., Mannarini, S., Mensi, M. M., Chiappedi, M., y Gatta, M. (2017). Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. *Frontiers in Psychology*, 7. 10.3389/fpsyg.2016.02046
- Benítez, J.A. (2021). Clasificación automática de textos sobre Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) obtenidos de Twitter. *Trabajo Fin de Máster en Ingeniería y Ciencia de Datos por la UNED*.
- Bisquerra, R. (2011). *Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias*. DESCLÉE.
- Calvo-Medel, D. (2012). *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza.
- Calvo-Sagardoy, R. (2012). El espectro del atracón como síntoma. *Controversias sobre los trastornos alimentarios. FITA*, 47-61.
- Carrillo, M., V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No solo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 2, 120-141.
- Castejón, M. y Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(1), 64–73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>

- Couturier, J., Kimber, M., Barwick, M., Woodford, T., Mcvey, G., Findlay, S., Webb, C., Niccols, A. y Lock, J. (2021). Family-based treatment for children and adolescents with eating disorders: a mixed-methods evaluation of a blended evidence-based implementation approach. *Translational Behavioral Medicine*, 11(1), 64–73.
- Denisoff, E., y Endler, N. S. (2000). Life experience, coping, and weight preoccupation in young adult women. *Can. J. Behaviour. Science.* 32, 97-103. 10.1037/h0087483
- Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later: findings from project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 67-73.
- Escribano, I. (2005). La función profesional del educador y la educadora social en los servicios de rehabilitación en salud mental. *Revista de Educación Social*, 3.
- Faya, M. (2012). La intervención de los agentes sanitarios en la prevención de los trastornos alimentarios. *Controversias sobre los trastornos alimentarios. FITA*, 105-119.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. y Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- García, J., Rigol, M. (2005). El educador social en el proceso de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental. *Revista de Educación Social*, 3.
- Gillberg, C. (2001). Regional Cerebral Blood Flow in Weight-Restored Anorexia Nervosa: A Preliminary Study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(4), 239-242.
- Golan, M., y Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62, 39–50.
- Gowers, S., y Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions. *Journal of Child* 45(1), 62-83. 10.1046/j.0021-9630.2003.00309.x
- Graell, M. y Baztarrica, R. (2012). Perspectiva de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Controversias sobre los trastornos alimentarios. FITA*, 61-71.

- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A.R. y Anastasiadou, D. (2014). Programa de Psicoeducación Familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 22(1), 131-147.
- Haynos, A. F., Hall, L. M., Lavender, J. M., Peterson, C. B., Crow, S. J. y Klimes-Dougan, B. (2018). Resting state functional connectivity of networks associated with reward and habit in anorexia nervosa. *Hum. Brain Mapp.* 1,1–11. 10.1002/hbm.24402
- Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L. y Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7 (6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Jackson, T. y Chen, H. (2007). Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 241-249.
- Jackson, T. y Chen, H. (2010). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 454-464.
- Jennings, P. S., Forbes, D., McDermott, B., Juniper, S. y Hulse, G. (2005). Acculturation and eating disorders in Asian and Caucasian Australian adolescent girls. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(1), 56-61.
- Jiménez-Morales, M. (2012). La prevención de los trastornos del comportamiento alimentario en los medios de comunicación. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. FITA, 71- 83.
- Kroplewski, Z., Szczes´niak, M., Furman´ ska, J. y Gójska, A. (2019). Assessment of Family Functioning and Eating Disorders – The Mediating Role of Self-Esteem. *Frontiers in Psychology*. 10, 1-13. 10.3389/fpsyg.2019.00921
- Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 727–740.
- Leys, C., Kotsou, I., Goemanne, M. y Fossion, P. (2017). The influence of family dynamics on eating disorders and their consequence on resilience: a mediation model. *The American Journal of Family Therapy*. 45, 123–132. 10.1080/01926187.2017.1303654

- Lladó, G. (2017). Biomarcadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes. [Tesis Doctoral]. Universidad Europea de Madrid.
- Lock, J. (2018). Family therapy for eating disorders in youth, *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6):431-435. 10.1097/YCO.0000000000000451
- Maher, A., Cason, L., Kannis-Dymand, L., Milliar, P., Wood, A., Allen, A., Huckstepp, T., Mason, J. y Stallman, H. (2021). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 30(1), 3-22. <https://doi.org/10.1002/erv.2866>
- Milksch, S., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. y Wade, T. (2020) The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 96-106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>
- Molina, R.M., Alberdi, I., Castro, M., Gutiérrez-Fernández, N., Carrasco-Perera, J.L. y Díaz-Marsá, M. (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-111. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>
- Moncusí, A. (2012). *Los TCA como construcción sociocultural*. En M. Gracia, (Ed.), Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios (pp. 227- 251). URV.
- Morandé, G., y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, 243-60.
- Morandé, G. (2012). Situación actual de los TCA en la infancia y en la adolescencia. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. FITA, 185-195.
- Nicholls, D., y Magagna, J. (1997). A group for the parents of children with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 565-578.
- Olatunji, B. O., Levinson, C., Calebs, B. (2018). A network análisis of eating disorder symptoms and characteristics in an impatient sample. *Psychiatry Research*, 262(1), 270-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.027>
- Oliveira-Cardoso, E., Coimbra, A.C. y Santos, M.A. (2018). Qualidade de Vida em Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. *Psicología Clínica e Cultura*, 34(1) <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34411>
- OMS. (2020). Spanish (Spain) WHOQOL- BREF. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)- BREF World Health Organization*.

- Pacheco, R., Michelena, G., Mora, G., y Miranda, G. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Revista Cubana De Medicina Militar*, 43(2), 157- 168.
- Palmieri, S., Mansueto, G., Ruggiero, G.M., Caselli, G., Sassaroli, S. y Spada, M. (2021). Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 28(5), 1254- 1265.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2573>
- Panea- Pizarro, I., Moran, J. M., Lavado- García, J., Beato-Fernández, L., Dominguez- Martin, A.T., Huerta- González, S., Novo, A., Pedrera-Zamorano, J. y López- Espuela, F. (2021). Health- Related Quality of Life in Spanish Women with Eating Disorders. *Nutrients*, 13(2), 403-420. <https://doi.org/10.3390/nu13020403>
- Paniagua, H. y García, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española Salud Pública*, 77(3), 411-422. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n3/original8.pdf>
- Rojo, L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria en el siglo XXI. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. FITA, 11-19.
- Sánchez-Povedano, M. y Navarro, S. (2012). Rehabilitación psicosocial e inclusión en TCA. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. FITA, 133-157.
- Sepúlveda, A. (2012). Intervención familiar en los trastornos del comportamiento alimentario. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. FITA, 203-213.
- Sepúlveda, A., Moreno, A. y Beltrán, L. (2020). Actualización de las Intervenciones Dirigidas al Contexto Familiar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario: El Rol de los Padres. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 49-62.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.355>
- Soriano, J. (2012). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria desde la familia y la escuela. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. FITA, 97-104.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E. y Stein, R. I. (1994). Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840.

- Striegel-Moore, R. H., y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychological Association*. 62, 181–198.10.1037/0003-066X.62.3.181
- Toro, J. (2014). Etiopatogenia en TCA. *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral*. Panamericana.
- Turón, V. (2009). Evolución de los TCA. ¿Es posible la curación? *Controversias sobre los trastornos alimentarios. FITA*, 119-133.
- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The Family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. PMA Pub. Corp.
- Villarino, A. (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria. No todo es anorexia y bulimia. *Controversias sobre los trastornos alimentarios. FITA*, 33-47.
- von Ranson, K. M. (2008). Personality and eating disorders. *Annual Review of Eating Disorders (Part 2)*, 84–96.
- Weinberger-Litman, S. L., Rabin, L. A., Fogel, J., Mensinger, J. L. y Litman, L. (2016). Psychosocial mediators of the relationship between religious orientation and eating disorder risk factors in young Jewish women. *Psychol. Relig. Spiritual*.8, 265–276. 10.1037/a0040293
- Welch, S. L. y Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or Comorbidity in Bulimia Nervosa. A Controlled Study of Deliberate Self-Harm and Alcohol and Drug Misuse in a Community Sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 169(4), 451-458.
- Zafra, E. (2007). Aprender a comer: procesos de socialización y “trastornos del comportamiento alimentario”. [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Zafra, E. (2012). Experiencias de aprendizaje alimentario desde lo corporal. Nuevas propuestas para la educación alimentaria. En M. Gracia (Ed.), *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios* (pp. 41- 59). Publicacions URV.
- Zucker, N. L., Ferriter, C., Best, S., y Brantley, A. (2005). Group parent training: A novel approach for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 391–405.

## 9. Anexos

### Anexo I. Sesiones del Programa Aachen (Sepúlveda et al, 2020).

Tabla 2. *Sesiones del Programa Aachen (Holtkamp et al., 2005).*

Sesión 1- Información sobre la AN	Concepción del trastorno y de la implicación de la sociedad en el desarrollo del mismo. Consecuencias de la desnutrición a nivel físico, psicológico, cognitivo y social. Trabajo con los familiares acerca de ideas irracionales sobre dieta y miedos.
Sesión 2- Información sobre la BN	Concepción del trastorno y consecuencias del mismo. Implicación emocional de los atracones y las conductas compensatorias para las personas que lo sufren.
Sesión 3- Alimentación equilibrada	Concepción de la dieta equilibrada, aportando ejemplos de planes de comida, y de la realización de las comidas en familia. Importancia de la relación entre dieta y crecimiento, insistiendo en la necesidad de la ingesta y de la realización de ejercicio supervisado.
Sesión 4- Terapia cognitivo conductual	Abordaje de la ambivalencia en relación al TCA.
Sesión 5- Prevención de recaídas	Anticipación de posibles problemas. Revisión de la responsabilidad que los padres consideran que tienen en la alimentación y las conductas relacionadas con la patología.

**Anexo II.** Descripción del “Programa de Psicoeducación familiar para TCA” (Sepúlveda et al., 2020).

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

**Anexo III.** Fases del tratamiento basado en la familia (*Family- Based Treatment*) (Sepúlveda et al, 2020).

1. Normalización de la alimentación: El objetivo de esta fase es que los familiares tomen el control sobre los patrones alimentarios de sus hijos, para lo cual se realiza un entrenamiento en cómo llevar a cabo dichas comidas alimentarias. Durante dicho entrenamiento se trata de que sean capaces de dar apoyo a los hijos durante las comidas.
2. Cesión el control alimentario de forma paulatina a los hijos, para que sean los responsables de su alimentación.
3. Mantenimiento de la identidad saludable. Una vez alcanzada, se ayuda al mantenimiento de la misma.

**Anexo IV.** Contenido del Programa de Cuidados colaborativos de Maudsley (Sepúlveda et al., 2008 y Treasure et al., 2007; citado en Sepúlveda et al., 2020).

Sesión 1- Descripción del modelo de estrés de los TCA.	Se persigue que los familiares reconozcan que sus comportamientos influyen el mantenimiento del TCA de su familiar.
Sesión 2- Habilidades de comunicación (E. Motivacional)	Se enseña la teoría Transteórica del Cambio y se trabaja a través de los animales (Treasure et al., 2011), donde los cuidadores se ven reflejados y conocen cuales son los comportamientos adecuados y cuales no lo son.
Sesión 3- Aspectos relacionados con la comunicación	Se trabaja para generar habilidades de comunicación, escucha activa, comunicación no verbal. Se aprenden estrategias para el cambio de comportamiento.
Sesión 4 – Habilidades de E. motivacional	Se realizan los análisis funcionales de los comportamientos y se trabaja sobre la ambivalencia.
Sesión 5 – Comportamientos frente al TCA	Tarea de reflexión donde los cuidadores reflexionan sobre sus comportamientos frente al TCA y sobre un posible cambio en él. También se gestionan las emociones de los cuidadores.
Sesión 6 – Prevención recaída	Manejo de conductas difíciles y repaso de contenidos.

**Anexo V.** Ficha de actividad técnica de presentación grupal ¿Nombre o número?  
Elaboración propia. Adaptada de Francia (2020).

<b>TÉCNICA DE PRESENTACIÓN</b>	
<b>Nombre</b>	¿Nombre o número?
<b>Número destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los nombres de las personas del grupo</li> <li>- Crear una primera toma de contacto entre los participantes.</li> <li>- Crear un clima distendido.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Cuando las personas destinatarias comiencen a entrar en la sala, tendrán que escribir en una tarjeta que les entregarán las educadoras o educadores al comenzar la sesión su nombre y, por detrás, un número. Así, todas las personas del grupo deben llevar sus nombres puestos con un imperdible en la ropa, y se colocarán en círculo. Tras esto, cuando las educadoras lo indiquen, tendrán que presentarse al mayor número de personas posible en 5 minutos. Posteriormente, tendrán que volver a su sitio y girar la cartulina, haciendo que el resto de participantes solo vean el número, no el nombre. Seguidamente, se les entregará un folio, en el que tendrán que escribir los nombres de los demás participantes junto al número que tenía cada uno.</p> <p>Francia, G. (2020). <i>Nombre y número. Dinámicas de presentación divertidas para niños y adultos</i>. Psicología- Online. <a href="https://www.psicologia-online.com/dinamicas-de-presentacion-divertidas-para-ninos-y-adultos-5387.html">https://www.psicologia-online.com/dinamicas-de-presentacion-divertidas-para-ninos-y-adultos-5387.html</a></p>
<b>Recursos</b>	<p>Materiales: folios, bolígrafos, cartulinas, carpetas (para apoyar), imperdibles, sillas.</p> <p>Humanos: 2 educadoras sociales.</p>
<b>Duración</b>	Aproximadamente 15 minutos.
<b>Evaluación</b>	Las educadoras observarán si más de la mitad de los participantes se han acordado de más de la mitad de los nombres. Se dejará la cartulina con el nombre durante toda la sesión para facilitar la comunicación entre el grupo.

**Anexo VI.** Ficha de actividad: técnica de afirmación y confianza grupal *Somos Ágora*.

Adaptada de "las siluetas de la mano".

<b>TÉCNICA DE AFIRMACIÓN Y CONFIANZA GRUPAL</b>	
<b>Nombre</b>	Somos Ágora
<b>Número destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar confianza en el grupo.</li> <li>- Mejorar el clima de grupo.</li> <li>- Conocer a los miembros del grupo.</li> <li>- Crear un clima distendido.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>A cada persona se le entrega un folio en blanco con la silueta de una mano. Deberán rellenar cada uno de los dedos con las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportaciones que le gustaría obtener del grupo.</li> <li>• Aspectos más valorados por él/ella en las personas.</li> <li>• Aquello que más le preocupa de las relaciones personales actualmente.</li> <li>• Las aportaciones que él/ella desea hacer a los demás.</li> <li>• La que considera su mayor cualidad.</li> </ul> <p>Las educadoras recogerán las manos y las reparte al azar entre todo el grupo, sin que a nadie le toque su propia mano. Así, cada participante tendrá que descubrir de quién es la mano que le ha tocado. Cuando lo descubra, tendrá que poner el nombre de la persona en la mano correspondiente y se colocará en la pizarra, donde estará escrita la siguiente afirmación: "Somos Ágora". Posteriormente, cada persona explica su silueta a los demás.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Materiales: folios, lápices de colores, celo, pizarra, mesas, sillas. Humanos: 2 educadoras sociales.</p>
<b>Duración</b>	Aproximadamente 40 minutos.
<b>Evaluación</b>	<p>Para evaluar esta técnica, las educadoras recogerán la respuesta a las siguientes preguntas en el cuaderno de reflexiones:</p> <p>¿Qué os ha parecido la técnica? ¿Cómo os habéis sentido? ¿Qué nos ha aportado esta técnica como grupo? ¿Qué impresiones habéis tenido a lo largo de la dinámica?</p>

**Anexo VII.** Ficha de actividad *Pel(daños) del TCA*. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Sensibilización</b>
<b>Nombre</b>	Pel(daños) del TCA
<b>Número de destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer todas las áreas dañadas tanto a nivel personal como social de una persona que padece un TCA.</li> <li>• Trabajar sobre la alta expresión emocional dirigida a la persona con TCA.</li> <li>• Despersonalizar las conductas realizadas por el TCA y situarlas como parte de la sintomatología del mismo.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Cada uno de los participantes escribe en un papel cuáles creen que son las áreas o dimensiones afectadas por el TCA de la persona que lo padece, así como un breve ejemplo de la misma (dimensión social: tiene miedo a relacionarse). A continuación, se pedirá que de forma voluntaria compartan con el resto del grupo lo que han apuntado y por qué, anotando las áreas nombradas y los ejemplos en una pizarra que habrá delante del grupo. La finalidad es que entre todos se realice un compendio integral de todas las áreas que se ven dañadas durante el trastorno a través de ejemplos reales observados por cada persona del grupo de apoyo. En el caso de que falte algún área por nombrar, la educadora será la responsable de completar el "esquema" y ofrecer su correspondiente explicación.</p> <p>Al final de la actividad se hará una síntesis por parte de la educadora que explique las áreas afectadas y por qué de manera breve, atendiendo a las dudas que puedan manifestar los integrantes.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Materiales: pizarra, rotulador, sillas, bolígrafos, folios, mesas.</p> <p>Humanos: una educadora.</p>
<b>Duración</b>	40 min aproximadamente.
<b>Evaluación</b>	Se evaluará la actividad a través del cuaderno de reflexiones.

**Anexo VIII.** Ficha de actividad *Estoy aquí*. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Regulación emocional</b>
<b>Nombre</b>	Estoy aquí
<b>Número destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquirir una herramienta de regulación emocional dirigida a la canalización del estrés o la frustración.</li> <li>- Entender la importancia de la respiración en el proceso de gestión de emociones intensas y negativas.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Cada persona se tumba boca arriba en una colchoneta. La educadora o educador comenzará a explicar cómo realizar una respiración adecuada.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Situar el cuerpo en una posición relajada (si es posible, tumbado boca arriba).</li> <li>2) Inhalar el aire por la nariz y expulsarlo por la boca.</li> <li>3) Situar una mano en el abdomen, pues es lo que tiene que hincharse y deshincharse (¡esto hay que entrenarlo y es normal que no salga a la primera!).</li> <li>4) Coger aire cada vez de forma más pausada.</li> </ol> <p>Uno de los profesionales narrará la descripción de un lugar tranquilo, describiendo cada detalle para que cada persona pueda trasladarse al paisaje de la forma más cercana posible. Tras esto, se dejarán unos minutos de silencio y se pedirá a los participantes que se incorporen despacio y comiencen a explicar cómo se han sentido.</p>
<b>Recursos materiales</b>	<p>20 colchonetas 1 equipo de música Altavoces 20 cojines/almohadas</p>
<b>Recursos humanos</b>	2 educadoras/es sociales
<b>Duración</b>	1h
<b>Evaluación</b>	<p>La técnica será evaluada mediante la observación de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas destinatarias hablan de forma pausada y tranquila tras la actividad.</li> <li>- Expresan deseos de forma directa o indirecta de mejorar la técnica: "no consigo controlar mi respiración", "¿qué hago si no logro imaginarme el paisaje?", "¿haremos esto en más sesiones?..."</li> </ul>

**Anexo IX.** Ficha de actividad *Pienso, luego existo*. Elaboración propia.

<b>Fase</b>	<b>Sensibilización</b>
<b>Nombre</b>	“Pienso, luego existo”
<b>Numero destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer algunos de los pensamientos de las personas que padecen un TCA.</li> <li>- Comprender la complejidad de lidiar con estos pensamientos.</li> <li>- Fomentar la comprensión de la disfuncionalidad de la cognición en este trastorno.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Se divide al grupo en varios subgrupos. A cada uno le corresponde un pensamiento propio de una persona con TCA: “no merezco que me quieran”, “soy mala persona, solo hago sufrir a la gente de mi alrededor”, “no tengo nada bueno en mí”, etc. Cada grupo debate en torno a tres preguntas: ¿en qué situación puede aparecer este pensamiento?, ¿cómo me siento con este pensamiento?, ¿en qué le afecta a la persona? Posterior a esto, cada subgrupo expondrá sus respuestas y aportaciones. Para ello, tendrán una pelota pequeña que deberán lanzar de unas personas a otras, hasta que hablen todos los grupos. Tras ello, tendrán que escribir un pensamiento en positivo del pensamiento que les ha tocado.</p> <p>Cada grupo escribirá en la pizarra su pensamiento cuando lo exponga ante los demás participantes.</p> <p>La educadora o educador finalizará la sesión recopilando oralmente todas las ideas aportadas y enlazándolas con la reflexión de la formación del autoconcepto en base a esos pensamientos.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Humanos: dos educadores/as sociales.</p> <p>Materiales: sillas, pizarra, rotulador.</p>
<b>Duración</b>	40 minutos aproximadamente.
<b>Evaluación</b>	Se evaluará la actividad a través del cuaderno de reflexiones.

**Anexo X.** Ficha de actividad *Vivencias*. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Sensibilización</b>
<b>Nombre</b>	Vivencias
<b>Numero destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	Comprender que el proceso de cada trastorno es diferente, ya que cada persona y su circunstancia también lo es, aunque compartan un patrón común.
<b>Desarrollo</b>	Los participantes se colocarán tumbados en el suelo boca arriba con los ojos cerrados. La educadora o educador comenzará a dar características que cumplen de manera genérica personas con TCA, así como algunas más específicas (obsesión por la imagen, aislamiento, retraimiento social, tendencias depresivas, irascibilidad, etc.). Cuando nombre una característica que cumpla su ser querido con TCA, el participante debe realizar la posición que indique el educador (por ejemplo: poner la mano derecha sobre el abdomen, levantar el brazo izquierdo, cruzar las piernas...). Al finalizar la actividad, se pedirá que abran los ojos y miren a su alrededor. Verán que no todo el mundo tiene las mismas posiciones, sin embargo, habrá personas con posturas en común. Esto servirá para explicar de forma metafórica que, si bien todos parten del suelo (TCA), cada uno de ellos, incluso aquellos que son allegados de personas con el mismo trastorno, verán que no todos comparten las mismas características, lo que supone un tratamiento individualizado atendiendo a las particularidades de cada persona y, sobre todo, siendo conscientes de que no cumplir todas y cada una de las características no significa no estar sufriendo un TCA.
<b>Recursos</b>	Humanos: una educadora Materiales: 20 colchonetas
<b>Duración</b>	40 minutos
<b>Evaluación</b>	Se evaluará a través del cuaderno de reflexiones, contestando a la siguiente pregunta además de su reflexión personal. - ¿Crees realmente que cada vivencia de TCA es diferente?, ¿por qué?

**Anexo XI.** Ficha de actividad *Me analizo*. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Regulación emocional</b>
<b>Nombre</b>	Me analizo
<b>Número destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los pensamientos desencadenantes antes de que deriven en emociones incontrolables.</li> <li>- Considerar técnicas de regulación emocional adecuadas a cada persona y situación.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Dos de los profesionales a cargo de la actividad harán una simulación de una situación controvertida de la vida diaria, en la que una persona del grupo de apoyo pierde los nervios con la persona con TCA. En este sentido, los destinatarios deberán estar atentos a los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué aspectos visibles en la conversación desencadenan en la pérdida de control?</li> <li>- ¿En cuántos momentos dividirías la conversación en función de los desencadenantes?</li> <li>- ¿Cuándo considerarías debería haber parado la conversación?, ¿por qué?</li> </ul> <p>Tras ello, se pide por pequeños grupos que indiquen cómo sería el abordaje de esa situación desde un enfoque comunicativo eficaz.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Materiales: 20 sillas, 2 micrófonos de solapa Humanos: 2 educadoras sociales.</p>
<b>Duración</b>	30 min aproximadamente.
<b>Evaluación</b>	<p>La actividad se evaluará mediante la elaboración de una técnica de regulación por parte de cada uno de los destinatarios que considere que puede aplicar en su vida diaria, así como la emoción que regula con ella. Las técnicas deben justificarse y añadirse al cuaderno de reflexiones, que más tarde la educadora añadirá al portfolio con la información sobre técnicas de regulación emocional que considere.</p>

**Anexo XII.** Ficha de taller *Emoción-Lenguaje-Cuerpo*. Elaboración propia.

Bloque	<b>Formación, Sensibilización y Regulación Emocional</b>
<b>Nombre</b>	Emoción- Lenguaje- Cuerpo. El lenguaje como herramienta simbólica de empoderamiento y corporalidad
<b>Tipo de actividad</b>	Sensibilización
<b>Objetivos</b>	<p>Con el taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar la idea de belleza dentro del ideario colectivo.</li> <li>- Entender la presión estética como uno de los factores que influyen en el autoconcepto y en el desarrollo de TCA.</li> <li>- Entender el lenguaje como una herramienta de empoderamiento.</li> <li>- Aprender técnicas para un uso compasivo del lenguaje dentro del diálogo interno.</li> <li>- Crear un ambiente cómodo y seguro para las y los participantes.</li> <li>- Fomentar el diálogo y la escucha activa.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Bloque I. Belleza.</p> <p><b>Actividad 1. BellezaS:</b> A través de Mentimeter, la educadora pide que contesten a la siguiente pregunta con el fin de que aparezcan todas las respuestas juntas: “¿qué es la belleza para mí? Tras contestar, se reflexionará acerca de lo siguiente: La belleza es diversa, subjetiva. Se concreta en la individualidad de la experiencia, pero también se crean esquemas de lo que es bello por norma (presión capitalista) en el ideario colectivo. Sin embargo, si hablamos de lo que nosotras a nivel personal e íntimo consideramos bello, observamos que no responde a esa norma impuesta, sino a lo que nos aporta bienestar y sensaciones mayormente positivas; es importante interiorizar esto para poder trasladarlo a la persona con TCA.</p> <p>Bloque II. Corporalidad</p> <p><b>Actividad 2. “ ¿Qué me permite hacer mi cuerpo?</b></p> <p><i>Las personas destinatarias escribirán en una lista todas las cosas que su cuerpo les permite hacer. Desde actividades del día a día, hasta donde podamos y sepamos trasladar al papel, ¡la idea es abarcar lo máximo posible! De esa lista escogerán aquello que valoren más en este momento o que les apetezca destacar.</i></p> <p>A través de Mentimeter, escriben solo la palabra, la acción.</p> <p>Por ejemplo, si han escrito que su cuerpo les permite cantar, solo tendrán que escribir: cantar.</p> <p>Se creará una nube de palabras con todas las aportaciones (las educadoras deberán generar el código de forma previa a la actividad).</p> <p>Bloque IV. Lenguaje.</p> <p><b>Actividad 3: “Día a día”</b></p> <p>La educadora expone de forma escrita situaciones de la vida diaria que suponen un alto nivel de frustración, algunas relacionadas con la vivencia del TCA como figura del grupo de apoyo, y otras dentro del marco de la cotidianidad más normativa. Las personas destinatarias tendrán que decir qué se dirían a sí mismas en esas situaciones.</p>

	<p>Ejemplo: Situación 1: Me he levantado y al hacerme el desayuno, me he tirado el café por encima. Después de recogerlo y limpiarlo todo, he tenido que vestirme rápido para no llegar tarde a la reunión. Sin embargo, me he comido un atasco de media hora y mi jefa me ha dicho que no puedo volver a llegar a tarde a una reunión.</p> <p>¿Cómo me siento?, ¿qué me digo? (respuesta) Me siento decepcionada conmigo misma. Me siento triste porque no he cumplido con mi deber y ahora tengo que estar pendiente de que no me vuelva a pasar, lo cual me supone un nivel alto de estrés. Soy un desastre, nada me sale bien.</p> <p>Después, en pequeños grupos y haciendo referencia a esas situaciones, tendrán que elaborar una propuesta de diálogo interno basado en el cuidado y respeto hacia uno mismo.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Materiales: proyector, ordenador, folios, bolígrafos, 5 mesas grandes y sillas. Humanos: 2 educadoras/es sociales.</p>
<b>Evaluación</b>	<p>El taller se evaluará a través del cuaderno de reflexiones y a través de la siguiente escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El taller me ha resultado enriquecedor</li> <li>○ El taller ha sido un espacio seguro donde me he sentido cómodo/a para participar</li> <li>○ El clima del taller ha propiciado el diálogo y la escucha activa</li> <li>○ Entiendo el lenguaje como una herramienta útil con la que empoderarme</li> <li>○ Sé cómo ayudarme y acompañarme a través del lenguaje (en mi diálogo interno: cómo me hablo, qué me digo...)</li> <li>○ Creo que todo lo que he aprendido hoy es útil en mi proceso de acompañamiento a la persona con TCA.</li> </ul>

**Anexo XIII.** Ficha de actividad *Resuelvo*. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Regulación emocional</b>
<b>Nombre</b>	Resuelvo
<b>Número destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir qué es un conflicto.</li> <li>- Conocer las causas de un conflicto y sus fases.</li> <li>- Aprender estrategias para hacer frente a los conflictos de forma asertiva y eficaz.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Los profesionales a cargo explicarán qué es un conflicto, las causas de un conflicto y el ciclo del conflicto. Se preguntará acerca de situaciones de conflicto recientes con la persona con TCA. De este modo, se irán realizando ejercicios prácticos en los que los destinatarios tendrán que poner en práctica aquello que se está exponiendo, aplicándolo a su vida diaria. La charla estará abierta a cualquier tipo de pregunta en cualquier momento, y los ejercicios prácticos serán completamente interactivos. El documento a partir del cual se trabajará, en el que aparecen los ejercicios a realizar es:</p> <p>GEUZ (Centro Universitario de Transformación de Conflictos). (2008). <i>Guía para el diálogo y resolución de conflictos en familia</i>. Vizcaya (España): Ayuntamiento de la anteiglesia de Leioa.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Materiales: 20 sillas, 5 mesas grandes, 1 proyector, 1 ordenador, 6 micrófonos, bolígrafos, folios.</p> <p>Humanos: 2 educadoras/es sociales.</p>
<b>Duración</b>	1h
<b>Evaluación</b>	<p>La actividad se evaluará mediante la siguiente escala Likert, que evaluará del 1 al 5 (siendo uno completamente en desacuerdo y 5 completamente de acuerdo), los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sé definir qué es un conflicto.</li> <li>- Conozco las posibles causas de un conflicto.</li> <li>- He aprendido las fases de un conflicto.</li> <li>- Considero que tengo más herramientas para resolver un conflicto tras esta sesión.</li> <li>- Considero que esta sesión me ha ayudado a adquirir competencias comunicativas que se dirigen hacia una comunicación afectiva óptima.</li> </ul>

**Anexo XIV.** Ficha de actividad *A través del lenguaje*. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Sensibilización</b>
<b>Nombre</b>	A través del lenguaje
<b>Numero destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	Dar a conocer la importancia analizar y controlar las expresiones basadas en la imagen utilizadas en el entorno y, especialmente, con la persona con TCA.
<b>Desarrollo</b>	<p>La educadora pondrá encima de la mesa 20 papeles con frases o expresiones que utilizamos en la vida diaria y cuyo foco de atención y priorización está en la imagen (por ejemplo: <i>has adelgazado, ¿no?; el otro día vi a ___ y llevaba unas pintas...; no me gusta eso que te has puesto; qué tipo tienes, cómo se nota que te cuidas; cómo ha engordado ___, eh; etc.</i>).</p> <p>A continuación, se pedirá a los participantes que cojan los papeles que reflejen expresiones que hayan utilizado con alguien de su entorno. Si en un papel se ven reflejadas varias personas, se pondrán juntas.</p> <p>Tras esto, se pedirá a los participantes que lean la frase que han cogido y expliquen por qué creen que no es apto utilizar dicha expresión.</p> <p>Finalmente, la educadora explicará la connotación meramente física que aguarda cada una de las expresiones, promoviendo la reflexión crítica entre los participantes de si realmente es necesario realizar esos comentarios, o no.</p>
<b>Recursos</b>	Humanos: una educadora Materiales: folios, 5 mesas grandes y 20 sillas.
<b>Duración</b>	30 minutos aproximadamente.
<b>Evaluación</b>	Se evaluará a través del cuaderno de reflexiones.

**Anexo XV.** Ficha de actividad *Cuido, luego existo*. Elaboración propia.

Bloque	Sensibilización
<b>Nombre</b>	“Cuido, luego existo”
<b>Numero destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer emociones negativas como culpa, tristeza y frustración.</li> <li>- Trabajar la autocompasión desde un enfoque racional y crítico.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Se divide al grupo en varios subgrupos. A cada uno le corresponde un pensamiento negativo propio de una persona muy allegada de alguien con TCA: “soy un mal padre/madre/amigo/a”, “tenía que haberme dado cuenta antes de lo que estaba pasando (TCA)”, “he cometido muchos errores con mi hija/o/amigo/a”, etc. Cada grupo debate en torno a tres preguntas: ¿en qué situación aparece este pensamiento?, ¿cómo me siento con este pensamiento?, ¿en qué me afecta? Posterior a esto, cada subgrupo expondrá sus respuestas y aportaciones. Para ello, tendrán una pelota pequeña que deberán lanzar de unas personas a otras, hasta que hablen todos los grupos. Tras ello, tendrán que escribir un pensamiento racional en positivo del pensamiento que les ha tocado. Las educadoras reflexionarán junto a ellos acerca de lo difícil que es el rol de cuidador y del compromiso que muestran con el proceso de recuperación de la persona allegada. También se hablará de las diferencias percibidas en los distintos roles (amiga/padre/madre/pareja...).</p> <p>Cada grupo escribirá en la pizarra el pensamiento en positivo y la educadora los incluirá junto a las reflexiones y aportaciones en el portfolio.</p>
<b>Recursos</b>	<p>Humanos: un educador/a social.</p> <p>Materiales: sillas, pizarra, rotulador, pelota de goma espuma.</p>
<b>Duración</b>	45 min aproximadamente.
<b>Evaluación</b>	Se evaluará la actividad a través del cuaderno de reflexiones.

**Anexo XVI.** Ficha de actividad *Mis vínculos*. Extraída de Bisquerra (2011). *Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias*.

Bloque	Regulación Emocional
Nombre	Mis vínculos
Número destinatarios	20
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar sobre la relevancia del apego y vinculación emocional.</li> <li>- Tomar conciencia del propio estilo de apego. Valorar la utilidad y sentido del propio estilo de apego.</li> <li>- Cuestionarse la necesidad y utilidad de generar cambios en el propio estilo de apego.</li> </ul>
Desarrollo	<p>La educadora lanza las siguientes preguntas para reflexionar individualmente:  <i>¿qué vínculos a lo largo de mi vida han sido los más significativos para mí? ¿qué tienen en común?, ¿esto que tienen en común qué dice de mí? ¿estas características comunes de mis vínculos, tienen algo que ver con el vínculo que he establecido con mi hijo, o con mi alumno?, ¿qué estaría viendo si observara estos vínculos que he creado en otras personas?, ¿mi hijo/amigo/pareja qué está aprendiendo de mí y de él con el vínculo que tenemos los dos?, ¿qué hay de favorable en nuestro vínculo?, ¿qué hay de desfavorable?, ¿qué siento y pienso que sería positivo cambiar de nuestro vínculo para que sea aún más positivo, sobre todo para mi hijo o alumno?, ¿qué voy a hacer (pensar en acciones concretas) a partir de ya mismo para generar los cambios que quiero en nuestro vínculo?, ¿cómo vivo la tristeza que puedo experimentar cuando se marcha o desaparece una persona querida?</i></p> <p>Se sugiere que las respuestas se escriban. También se sugiere que los educadores hablen sobre la importancia de mantener un vínculo seguro con sus hijos por la repercusión en sus relaciones sociales del futuro, y por la influencia en la formación de autoconcepto y autoestima. Para quienes no sean padre/madre de la persona con TCA, se realizarán las mismas preguntas y se preguntará cómo han sido sus relaciones de apego familiar y de qué manera considera que esto le ha influido, y se relacionará con las respuestas de los padres. Se propiciará el diálogo y la reflexión conjunta.</p> <p><b>Actividad extraída y adaptada de Bisquerra (2011). Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias, páginas 130-131.</b></p>
Recursos	<p>Materiales: sillas, mesas, folios, bolígrafos  Humanos: 2 educadores sociales</p>
Duración	45 min
Evaluación	La actividad se evaluará mediante el cuaderno de reflexiones.

**Anexo XVII.** Ficha de actividad Me reconozco. Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Regulación emocional</b>
<b>Nombre</b>	Me reconozco
<b>Número destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer las emociones propias.</li> <li>- Fomentar una gestión emocional óptima de emociones negativas: ira, frustración y tristeza.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>Se dividirá al grupo en tres pequeños subgrupos de 10 personas. En cada uno de ellos, el profesional correspondiente le acompañará durante unos minutos de reflexión, en los que tendrán que pensar una situación reciente con la persona con TCA en la que hayan sentido una de las emociones (que se expondrá a continuación) de forma intensa y explicar cómo la exteriorizaron y abordaron. Las emociones a trabajar por grupos son: frustración, ira y tristeza. De este modo, los integrantes de los subgrupos compartirán las situaciones elegidas y su manejo de la emoción, y reflexionarán juntos al final con ayuda de la educadora sobre qué conductas son fruto de una buena gestión emocional y cuáles no, creando una posible alternativa de mejora entre todo el grupo. Finalmente, cada uno de los grupos elegirá dos portavoces que expondrán a los demás aquellas situaciones que hayan sido bien gestionadas, y aquellas que son objeto de mejora, exponiendo la técnica elaborada por su propio grupo para una correcta regulación de la emoción pertinente (con ayuda del profesional a cargo), pudiendo utilizar una pizarra para la exposición de las ideas.</p>
<b>Recursos materiales</b>	<p>Materiales: 3 mesas grandes circulares, 20 sillas, folios y bolígrafos, una pizarra.</p> <p>Humanos: 2 educadoras sociales.</p>
<b>Duración</b>	45 min aproximadamente.
<b>Evaluación</b>	<p>La actividad se evaluará mediante una pregunta que lanzarán los educadores al finalizar la actividad, y que recogerán de forma escrita:</p> <p>“Si siento ira/tristeza/frustración de forma intensa y debo realizar alguna tarea, acudir a algún sitio en el que me esperan o hablar con alguien de mi entorno, ¿qué puedo hacer? ”</p> <p>Cada subgrupo responderá con una emoción diferente.</p>

**Anexo XVIII.** Ficha de actividad *¿Qué digo?* Elaboración propia.

<b>Bloque</b>	<b>Sensibilización</b>
<b>Nombre</b>	¿Qué digo?
<b>Numero destinatarios</b>	20
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar el uso de un lenguaje que haga alusión a cualidades personales, no físicas, a la hora de emitir mensajes positivos, así como a la hora de realizar una crítica.</li> <li>- Comprender la transcendencia que tiene la forma de expresar halagos o críticas hacia una persona que padece un TCA.</li> </ul>
<b>Desarrollo</b>	<p>La educadora dividirá al grupo en cuatro subgrupos. A cada uno de ellos, les dará un folio en el que hay una conversación focalizada o bien hacia una crítica, o bien hacia un halago y su previa contextualización. Aparecerán conversaciones de la vida diaria en las que no interviene como participante activo una persona con TCA.</p> <p>Cada uno de los subgrupos deberá construir una nueva conversación en la que el mensaje no se vea focalizado en cualidades físicas, sino personales. Posteriormente, se compartirá con los demás grupos la reconstrucción de la conversación, y se valorará entre todos si se ha conseguido el objetivo, o en su defecto, qué falta para llegar a él.</p> <p>Por último, la educadora fomentará una reflexión conjunta acerca de la importancia de saber emitir un mensaje a través de una serie de preguntas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ ¿Creéis que ese tipo de mensajes solo afectan a una persona con TCA? ”</li> <li>- “ ¿Por qué a ellas les afecta de forma más severa? ”</li> </ul>
<b>Recursos</b>	Humanos: una educadora Materiales: 19 sillas, 4 mesas de trabajo medianas, 10 folios y 1 bolígrafos.
<b>Duración</b>	40 minutos
<b>Evaluación</b>	La evaluación se realizará a través del cuaderno de reflexiones y con las preguntas que realizará la educadora al finalizar la actividad.

## Anexo XIX. Cuestionario de evaluación inicial. Elaboración propia.

### ÁGORA. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INICIAL

Bienvenido o bienvenida a Ágora,

Un proyecto de intervención socioeducativa destinado al acompañamiento del grupo de apoyo de personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Este cuestionario tiene el objetivo de ajustar la propuesta a tus intereses y necesidades y toda la información recogida tiene un fin estrictamente profesional. Es totalmente anónimo y si hay alguna pregunta a la que no deseas contestar, eres totalmente libre de hacerlo. No te llevará más de 10 minutos. ¡Gracias!

- 1) ¿Cuál ha sido tu motivación principal para formar parte de este proyecto?
  - a) No comprendo la enfermedad de mi ser querido.
  - b) Necesito apoyo.
  - c) No sé cómo ayudar más de lo que lo hago.
  - d) Otra(s): \_\_\_\_\_
- 2) ¿Qué \_\_\_\_\_ esperas \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ este \_\_\_\_\_ proyecto?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) El rol que desempeñas con la persona con TCA es:
  - a) Madre/ padre
  - b) Hermano/a
  - c) Amigo/a
  - d) Pareja
  - e) Otro: \_\_\_\_\_
- 4) ¿Sobre qué aspectos consideras que necesitas información? (puedes marcar todas las opciones que quieras):
  - a) TCA: qué es exactamente, cómo se manifiesta y clasificación.
  - b) Sintomatología y factores de riesgo.
  - c) Proceso de recuperación: fases, tiempos, individualización del tratamiento.
  - d) Cuidados de las personas del grupo de apoyo hacia la persona con TCA.
  - e) Cuestiones concretas de un TCA específico (si es así, ¿cuál? \_\_\_\_\_)
  - f) Otro(s): \_\_\_\_\_
- 5) La relación que mantienes ahora mismo con la persona que padece TCA es:
  - a) Buena
  - b) Regular
  - c) Conflictiva

Explica aquí qué es lo que más te preocupa al respecto:

---

---

---

---

6) Señala del 1 al 5 tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
Soy una persona con habilidades comunicativas muy desarrolladas (empatía, escucha activa y asertividad)					
Soy una persona mayormente extrovertida					
Me cuesta expresarme emocionalmente					
Sufro mucho estrés					
Me cuesta manejar la frustración en situaciones emocionalmente complejas					
Me siento solo/a e incomprendido/a en el proceso que está atravesando mi ser querido (TCA)					
Me siento muy desorientado/a respecto a lo que le está pasando a mi ser querido (TCA)					
Me dedico tiempo a mí mismo/a durante la semana					
Estoy dispuesto/a a trabajar conmigo/a mismo/a para ser un punto de apoyo para la persona con TCA					
Estoy abierto/a a aprender y compartir con otras personas en mí misma situación					
Mi grado de compromiso con este proyecto es alto					

¡Muchas gracias por tu colaboración!

**Anexo XX.** Evaluación procesual. Propuesta y ejemplo de plantilla para el cuaderno de reflexiones. Elaboración propia.

# Sesión 2

02/04/2023

Formación, *Pel(daños) del TCA*



PENSAMIENTOS, REFLEXIONES, EMOCIONES... ¿QUÉ TE HA APORTADO LA SESIÓN DE HOY?

**Anexo XXI.** Cuestionario final de evaluación. Elaboración propia.

**ÁGORA. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL**

Muchísimas gracias por compartir estos meses con Ágora. A través de este cuestionario final evaluamos si se han cumplido los objetivos del proyecto, por lo que es de suma importancia que respondas con la mayor sinceridad posible. También se valoran los aspectos de mejora y puntos fuertes tanto del proyecto como de los profesionales. Toda la información recogida tiene un fin estrictamente profesional y no te llevará más de 10 minutos. ¡Gracias!

Señala del 1 al 5 tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
Considero que a través de este proyecto he desarrollado o mejorado habilidades comunicativas como la empatía, la escucha activa y la asertividad					
Soy más asertiva/o a la hora de realizar una crítica o recibirla que antes de comenzar el proyecto					
Comprendo mejor y de manera más profunda qué es un TCA					
Cada TCA es una vivencia personal y como tal responde al principio de individualización en el tratamiento					
Los tiempos de recuperación de un TCA responden a cuestiones concretas, pueden medirse y concretarse					
He aprendido cuestiones de los TCA que desconocía					
Las recaídas son parte del proceso de recuperación					
Me siento más seguro/a cuando tengo que hacer frente a un conflicto					
He aprendido mucho a través de escuchar a mis compañeros y compañeras					
He adquirido estrategias de regulación emocional eficientes en momentos de mucho estrés o frustración					
Me he sentido mayormente cómodo/a durante las sesiones					
Estos meses me he sentido acompañado/a y reconfortado/a					
El acompañamiento realizado durante Ágora ha sido una fuente de apoyo emocional para mí					
Ha sido gratificante juntarnos personas de diferentes edades					
Me hubiese gustado formar un grupo de edad más acotado y ajustado al rol que desempeña con la persona con TCA					
He disfrutado de los momentos de distensión con el grupo					
Considero que ha habido suficientes momentos de distensión					
Los profesionales han mostrado una actitud activa y motivadora en todo momento					
El espacio ha sido el adecuado					
La duración de las sesiones ha sido adecuada					
Creo que se mantendrá el contacto entre algunos miembros del grupo					
Recomendaría participar en Ágora					

**Anexo XXII.** Propuesta de logo para Ágora. Elaboración propia.

