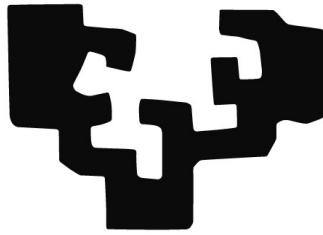


eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

**Linfedema y lipedema en mujeres: una intervención psicológica grupal**

Kathleen Phillips López

Universidad del País Vasco

Máster de Psicología General Sanitaria

Tutora: Karmele Salaberria Irizar

San Sebastián a 16 de Mayo de 2022

## RESUMEN

El linfedema y/o el lipedema son dos patologías padecidas en su gran mayoría por mujeres. En numerosas ocasiones el diagnóstico no se realiza o puede ser erróneo hasta que el trastorno ha evolucionado irreversiblemente. Este hecho junto con la vivencia de tener una enfermedad crónica para la que no existe cura, sino tratamientos paliativos que se deben realizar a diario y a lo largo de toda la vida, hace que las mujeres que lo padecen sufran consecuencias importantes que repercuten negativamente sobre su salud mental y calidad de vida. La depresión, la ansiedad, los problemas con la imagen corporal y el dolor crónico son identificados como los problemas más relevantes que estas mujeres deben afrontar como consecuencia del trastorno de linfedema y/o lipedema. A pesar de existir evidencia científica sobre los problemas psicológicos que afrontan estas mujeres, no se han encontrado estudios que propongan una intervención psicológica enfocada a abarcar las problemáticas inherentes y específicas a las que se enfrenta este colectivo. En el presente trabajo se realiza una propuesta de intervención psicológica grupal para mujeres en relación a la imagen corporal negativa, que les ayude a mejorar su calidad de vida y que pueda servir para los profesionales de la salud que trabajan diariamente con ellas.

**Palabras clave:** linfedema, lipedema, imagen corporal, depresión, ansiedad, calidad de vida, intervención psicológica grupal.

## ABSTRACT

Lymphedema and/or lipedema are two pathologies which to a large degree affect women. There is often either no diagnosis or, alternatively, a misdiagnosis, leading to the condition becoming chronic. As there is no cure, only palliative treatment on a daily basis throughout life, women's mental health and quality of life suffer. Depression, anxiety, body image disturbance and chronic pain are the most relevant health issues confronting women as a result of lymphedema and lipedema. Despite scientific evidence indicating psychological problems resulting from these two pathologies, no studies outlining psychological intervention in the treatment of these specific, inherent problems have been found. The present paper outlines a proposal for group treatment of body image disturbance with a view to improving women sufferers' quality of life. It may also aid health professionals who work with them daily.

**Keywords:** lymphedema, lipedema, body image disturbance, depression, anxiety, quality of life, psychological group intervention.

# ÍNDICE

# Página

1. Introducción.....	4
1.1. Concepto y características.....	4
1.2. Tratamiento.....	10
2. Justificación.....	12
3. Objetivos e hipótesis.....	16
4. Metodología.....	16
4.1. Participantes.....	16
4.2. Diseño.....	17
4.3. Instrumentos de evaluación.....	17
4.4. Intervención.....	22
4.4.1. Aspectos formales.....	22
4.4.2. Contenido.....	22
4.5. Análisis de datos.....	30
5. Procedimiento.....	30
6. Conclusiones.....	31
Referencias.....	33
Anexos.....	40
Anexo 1: Instrumentos de evaluación.....	40
Anexo 2: Ficha informativa para la asociación.....	73
Anexo 3: Consentimiento informado.....	76
Anexo 4: Documento para la protección de datos.....	78
Anexo 5: Tabla de objetivos y procedimientos terapéuticos del programa...	80
Anexo 6: Contrato terapéutico.....	81
Anexo 7: Material para pacientes de la primera sesión.....	82
Anexo 8: Material para pacientes de la segunda sesión.....	85
Anexo 9: Material para pacientes de la tercera sesión.....	88
Anexo 10: Material para pacientes de la cuarta sesión.....	91
Anexo 11: Material para pacientes de la quinta sesión.....	98
Anexo 12: Material para pacientes de la séptima y octava sesión.....	104
Anexo 13: Material para pacientes de la novena sesión.....	106
Anexo 14: Material para pacientes de la décima sesión.....	108

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Concepto y características

El **lipedema** es un trastorno crónico y degenerativo caracterizado por el acumulo simétrico de tejido adiposo (grasa) en las piernas y/o en los brazos. Sólo recientemente la enfermedad ha sido incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 2021) de la Organización Mundial de la Salud como una entidad clínica específica (Dudek et al., 2021). La Clasificación Internacional de Enfermedades incluye el lipedema en la categoría diagnóstica de “trastornos no inflamatorios del tejido subcutáneo” definiéndolo como un trastorno “caracterizado por una hinchazón de tejido adiposo sin fóvea, normalmente de las extremidades inferiores, muslos, caderas y parte superior de los brazos. Puede confundirse con el linfedema. Puede darse en el cuero cabelludo” (ICD-11, 2021).

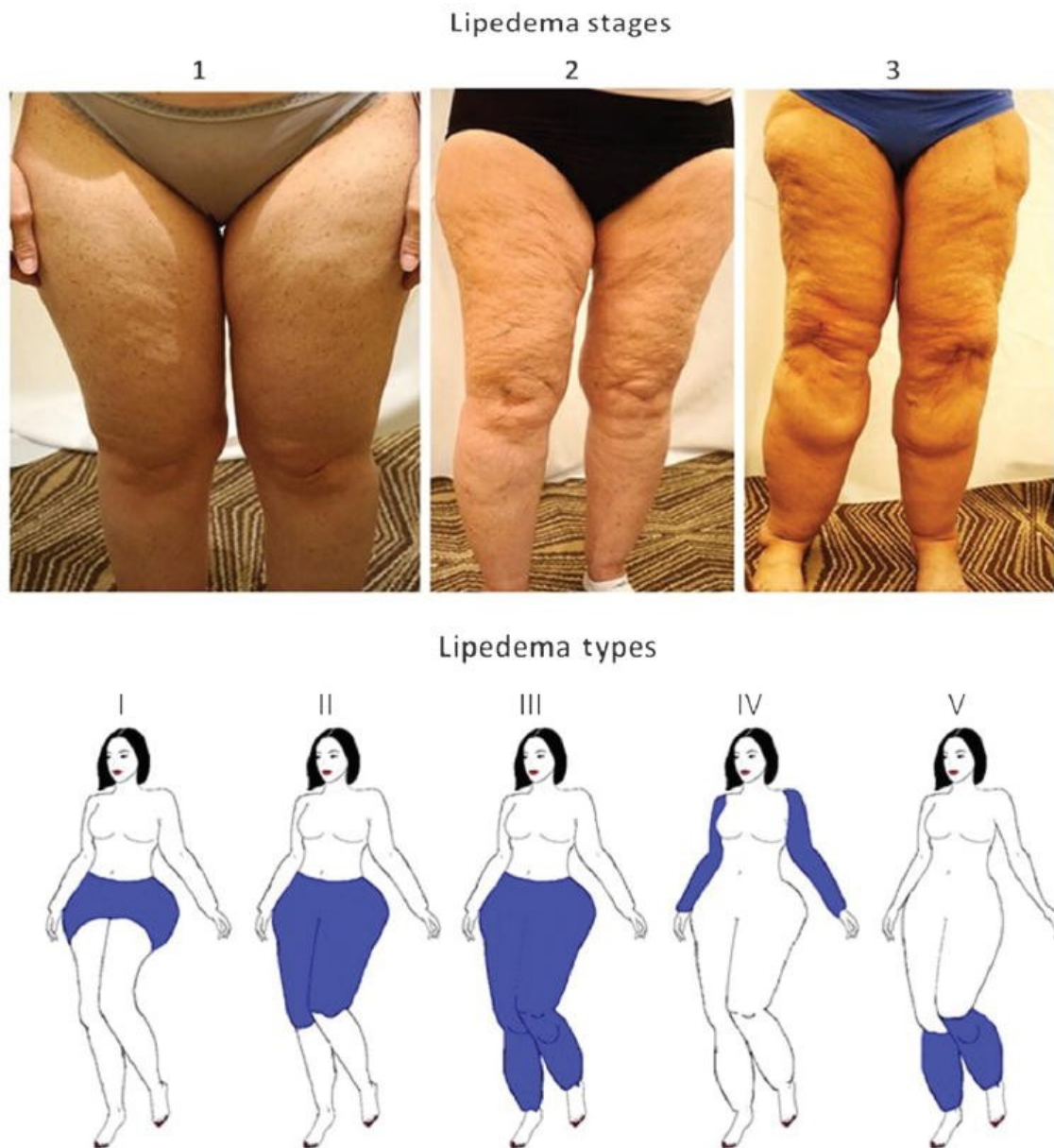
Existen tres fases en el trastorno del lipedema y cinco tipos de lipedema según el área del cuerpo afectada (Torre et al., 2018) que se pueden observar en la siguiente figura (ver figura 1).

El lipedema es un trastorno poco conocido que puede provocar dolor, inflamación y tendencia a la formación de moratones. Una de las mayores complicaciones del lipedema es la pérdida de movilidad como consecuencia del dolor o de la acumulación de grasa en las rodillas, así como otros trastornos comórbidos y complicaciones asociadas como son la obesidad, la insuficiencia venosa, la artritis y el linfedema secundario (Buck y Herbst, 2016).

En ocasiones el trastorno es mal diagnosticado y suele ser confundido con obesidad, lo que puede llevar a atribuir al paciente la causa del problema con la consecuente sensación de culpa y frustración. Este tipo de grasa acumulada no desaparece con dietas ni con ejercicio, por lo que las mujeres aunque traten de afrontar el problema creyendo que lo que padecen es obesidad se encuentran con que por mucho que se adhieran a dietas estrictas y hagan ejercicio de forma regular no consiguen perder grasa.

## Figura 1.

### Fases y tipos de lipedema



*Nota:* En la imagen de arriba se observan tres fases del lipedema (fase 1, 2 y 3). En la imagen de abajo la zona marcada en azul señala los tipos de lipedema que existen según las áreas del cuerpo afectadas. Adaptado de Torre et al. (2018).

Cuando el diagnóstico es erróneo y se confunde con la obesidad, los médicos aconsejan a las mujeres realizar dieta y ejercicio, consejos que no tienen consecuencias positivas, lo que puede llevar a interacciones difíciles entre médicos y pacientes, sintiéndose las mujeres no creídas por estos (Melander et al., 2021). De este modo, para las mujeres los centros de salud se convierten en lugares dónde se sienten juzgadas y dónde no encuentran una solución a sus problemas de salud.

Herbst (2012) señala que sin el tratamiento adecuado las mujeres con lipedema se enfrentan a ser estigmatizadas debido a los prejuicios, estereotipos e ideales sobre la apariencia corporal, la delgadez y la obesidad.

La etiología del lipedema no está clara, atribuyéndose a factores hormonales y a un componente genético. Además no existe una herramienta eficaz para el diagnóstico de este trastorno, así que se realiza en base al examen clínico y a la historia médica (Dudek et al., 2021). Los datos sobre la prevalencia del lipedema son poco concluyentes, siendo estos desconocidos según varios autores (Dudek et al., 2015; Torre et. al, 2018). En un estudio realizado por Földi y Földi (2006) se señala que aproximadamente el 11% en mujeres de todo el mundo pueden padecer lipedema, sin ofrecer datos sobre las características de la población que se ve afectada por este trastorno (población, edades, perfil sociodemográfico) (Dudek et al., 2015; Buck y Herbst, 2016).

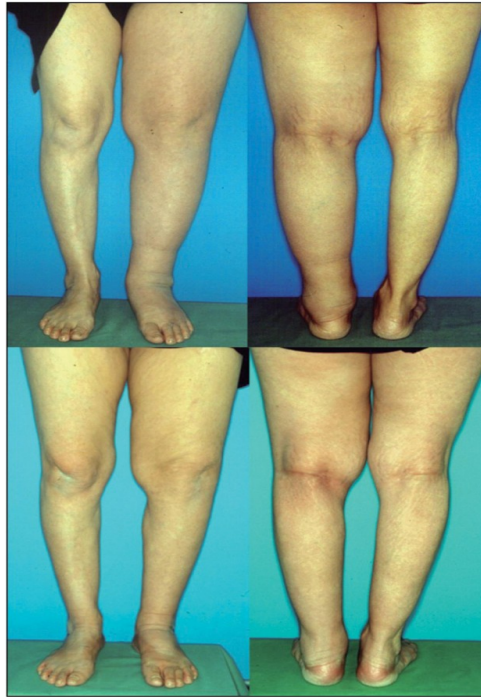
Un gran número de estudios indican que el lipedema está relacionado con una menor calidad de vida, ansiedad (Alwardat et al., 2019), depresión y problemas relacionados con la imagen corporal (Dudek et al., 2018). Además los problemas con la imagen corporal pueden llevar a la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria (Fetzer y Wise, 2015).

Este trastorno puede a su vez ser confundido con el linfedema por lo que tiene gran importancia realizar un diagnóstico diferencial adecuado para poder recomendar al paciente el tratamiento más conveniente.

El **linfedema** se define como un trastorno producido por la acumulación de fluido rico en proteínas, secundario a anomalías en el sistema de transporte linfático. Existen dos tipos: el linfedema primario, que se debe a anomalías en el desarrollo del sistema linfático, y el linfedema secundario, que es consecuencia del daño de los vasos linfáticos debido al trauma, cáncer, cirugía o infección. Las zonas más comprometidas son la extremidad inferior (90%), extremidad superior (10%) y genitales (- del 1%). En países desarrollados el linfedema secundario se debe principalmente al tratamiento quirúrgico del cáncer (Pereira y Koshima, 2018). Como se ha mencionado el lipedema puede producir linfedema secundario, por lo que en ocasiones hay mujeres que sufren ambas patologías.

## Figura 2.

*Mujer con trastorno de linfedema secundario*



*Nota.* Mujer de 49 años con linfedema de extremidad inferior izquierda secundario al tratamiento de un cáncer ginecológico. Arriba: antes del tratamiento con anastomosis linfático-venosas. Abajo: a los 17 meses posoperatorio. Adaptado de Pereira y Koshima (2018).

El diagnóstico del linfedema se realiza a partir de la historia clínica del paciente y del examen físico, siendo la medición de la extremidad la medida más importante para el diagnóstico y el seguimiento de la progresión de la enfermedad (Pereira y Koshima, 2018). Como síntomas físicos derivados de la patología se identifican la inflamación, la sensación de opresión, el dolor y la sensibilidad, la pesadez y la movilidad reducida de la extremidad afectada (brazos o piernas) (Kerchner et al., 2008).

Como consecuencias psicológicas derivadas del trastorno, se han identificado el impacto negativo en la autoestima, el malestar emocional y psicológico, problemas derivados de una imagen corporal negativa, problemas sexuales y dificultades sociales (Fu et al., 2012). En ocasiones, la ansiedad y la depresión se han identificado como consecuencia de la sensación de abandono por parte de los profesionales de la salud, o como consecuencia del impacto de la mastectomía por cáncer de mama (Abbasi et al., 2018).

Si se atiende la definición de Bowling e Iliffe (2011) de calidad de vida, como la percepción subjetiva por parte de un individuo de su nivel de bienestar y satisfacción en relación a su vida, y

ésta en relación a su condición física, emocional y su funcionamiento social, en algunos estudios se habla del impacto negativo en la percepción de la calidad de vida de estas mujeres (Fu et al., 2012).

En cuanto a la prevalencia del linfedema primario es difícil de determinar (Klärnas et al., 2017). Cómo señalan Winch et al. (2016) un número desconocido de personas sufren linfedema primario. Rockson y Rivera (2008) estiman la prevalencia de este trastorno en un 1,5/10.000 personas menores de 20 años. Del mismo modo en los datos más recientes que se han revisado se señala que se siguen sin conocer el número de pacientes que sufren linfedema primario sin ofrecer datos sobre el tipo de población afectada; únicamente se señala que se da en un 10% más en mujeres (Brix et al., 2021). Igualmente el linfedema secundario es difícil de determinar, lo que se puede observar a partir de la gran variabilidad en las tasas de incidencia señaladas en la literatura científica, como resultado de las diferencias en los métodos de medida y definiciones adoptadas (Klärnas et al., 2017). Hay datos que estiman que esta patología afecta a 1 de cada 1000 personas. La edad en la que se diagnostica suele ser entre los 50 y 58 años. El cáncer de mama es la patología más común relacionada con el linfedema secundario y se estima que entre un 15-20% de las mujeres que son tratadas por este tipo de cáncer tienen riesgo de sufrir linfedema secundario (Brix et al., 2021). Cormier et al. (2010) señala que el linfedema afecta a un 20% de las 1,2 millones de mujeres del primer mundo diagnosticadas con algún cáncer ginecológico sufrido en los últimos cinco años sin precisar más datos sobre las características de la población afectada.

Entre las consecuencias psicológicas de estos problemas se encuentra el de la imagen corporal negativa. Se entiende la imagen corporal como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Raich, 2000). Como señala Salaberria et al. (2007), un concepto es la apariencia física y otro distinto la imagen corporal. Personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así.

La imagen corporal es un concepto que se refiere a la forma en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Este concepto contempla aspectos perceptivos, subjetivos (satisfacción/insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y conductuales (Raich, 2000). Según Thompson (1990) está constituido por tres componentes que se describen a continuación:

- *Componente perceptual*: la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).



- *Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)*: actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo (por ejemplo: satisfacción, placer, ansiedad, asco, rechazo, etc.).
- *Componente conductual*: conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan (por ejemplo: conductas de evitación, ocultamiento, comprobación, etc.).

Las mujeres con linfedema y lipedema presentan en general una imagen corporal negativa, que en ocasiones y en función de la gravedad y el estadio de la enfermedad podría dar lugar a un trastorno dismórfico corporal cuyos criterios diagnósticos se mencionan a continuación (tabla 1). Actualmente el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) define el trastorno dismórfico corporal como una preocupación excesiva por los defectos o imperfecciones físicas, las cuales no son observables o parecen no tener importancia para otras personas. Se encuentra clasificado dentro del grupo de trastornos relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo.

**Tabla 1**

*Criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal según el DSM-5 (APA, 2013)*

- 
- a. Preocupación por uno o más defectos del aspecto físico, los cuales no son observables o parecen no tener importancia para otras personas.
  - b. En algún momento durante el transcurso del trastorno, el individuo ha realizado conductas repetitivas (por ejemplo, comprobaciones ante el espejo, un excesivo acicalamiento, pellizcarse la piel, búsqueda de aprobación) o conductas mentales (por ejemplo comprobar su apariencia con la de otras personas) en respuesta a preocupaciones por la apariencia.
  - c. La preocupación provoca malestar o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - d. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la presencia de preocupación por la grasa corporal o el peso en un individuo cuyos criterios cumplen con un trastorno de alimentación.
- 

Rosen (1995) señala los siguientes aspectos claves para el diagnóstico de un caso de trastorno dismórfico corporal:

## Tabla 2

*Aspectos a tener en cuenta para el examen y diagnóstico del trastorno dismórfico corporal (Rosen, 1995)*

- 
- El defecto físico no se observa por otra persona o es mínimo
  - Preocupación excesiva por la apariencia
  - Vergüenza por la apariencia en situaciones sociales
  - Excesiva importancia dada a la apariencia a la hora de valorarse a sí mismo
  - Evaluación de sí mismo negativa atribuyéndolo a la apariencia
  - Malestar al sentir que otros observan “el defecto”
  - Evitación de actividades por aspectos relacionados con la apariencia
- 

La preocupación excesiva en la dismorfofobia es por un “defecto físico” ausente o mínimo, en el caso de las mujeres con linfedema/lipedema, el defecto puede ser más o menos observable, pero la preocupación sí puede ser excesiva, interferir en la vida cotidiana y dar lugar a conductas de evitación, comprobación o aseguración.

En función de lo mencionado en diversos estudios, la enfermedad y los cambios físicos que estos trastornos generan a lo largo del tiempo, hacen que estas mujeres sean más vulnerables a padecer algún problema psicológico (Passik et al., 1993, 1995; Chachaj et al., 2010; Fu et al., 2012; Teo et al., 2015; Alcorso y Sherman, 2016; Stollendorf et al., 2016; Winch et al., 2016; Dudek et al., 2018; Torre et al. 2018; Alwardat et al., 2019; Melander et al., 2021).

Tanto en el caso del lipedema como en el del linfedema no existe una cura para la enfermedad sino tratamientos de tipo paliativo y preventivo, por lo que el ser diagnosticada de esta enfermedad supone enfrentarse a una dolencia crónica sin cura.

### 1.2. Tratamiento

El tratamiento del lipedema tiene como **objetivo** mejorar la condición física de la persona para que pueda llevar una vida lo más normalizada posible (Warren y Kappos, 2016). Confirmado el diagnóstico de lipedema se evalúa si el paciente padece obesidad o no. Dependiendo de la presencia o no de este factor el abordaje terapéutico es diferente. En este apartado se señalan las fases del tratamiento (Warren y Kapos, 2016; Alcolea et al., 2018):

*Tratamiento del lipedema para pacientes que no padecen obesidad:*

- Información y educación.
- Terapia de compresión: prendas de compresión, vendaje compresivo, prendas ajustables con velcro, presoterapia neumática intermitente.
- Ejercicio.
- Liposucción: supone la extracción de grasa o tejido adiposo usando una cánula, una jeringa o una máquina específica para ello. Se utiliza en el caso de que el paciente no mejore con la intervención no quirúrgica.

En el caso del *lipedema para pacientes que padecen obesidad* a las estrategias anteriores se añade un programa de pérdida de peso y fisioterapia.

En el caso del tratamiento del linfedema, el **objetivo** es limitar la morbilidad y mejorar la funcionalidad y calidad de vida del paciente (Pereira y Koshima, 2018). El tratamiento del linfedema consta de dos fases (Vignes et al., 2021):

*Primera fase. Tratamiento intensivo:*

- Información y educación.
- Vendas de compresión de poca elasticidad (24 horas de 3 a 5 semanas).
- Ejercicios mientras se llevan los vendajes.
- Drenaje linfático manual: es un masaje que se aplica sobre el sistema circulatorio cuyo objetivo es movilizar los líquidos del organismo para favorecer su eliminación.
- Cuidado de la piel y uñas.

*Segunda fase. Mantenimiento:*

- Medias de compresión (desde la mañana a la noche).
- Vendas de compresión de poca elasticidad (3 noches a la semana).
- Ejercicios mientras se llevan los vendajes.
- Drenaje linfático manual, si es necesario.
- Cuidado de la piel y uñas.
- Control del peso corporal.

Además en ocasiones se realiza tratamiento quirúrgico que se compone de (Vignes et al., 2021):

- Resecciones cutáneas: para remover tejido o lesiones por complicaciones del linfedema (el retirar exceso de piel tras una reducción del volumen hace que los vendajes y las medias de compresión sean más efectivas).
- Liposucción y posterior uso de manera permanente de las medias de compresión.

Por lo tanto los tratamientos para el lipedema y linfedema tienen aspectos en común, cómo son la importancia de informar y educar, el mantener un peso saludable, la terapia de compresión y el ejercicio, y otros aspectos que son específicos de cada trastorno, como son el drenaje linfático manual, el cuidado de la piel y uñas y los diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Muchos trabajos sobre el impacto psicológico del lipedema y del linfedema señalan la conveniencia de proporcionar apoyo psicológico a estas personas (Dudek et al., 2015, 2018, 2021; Alwardat et al., 2019). Por ello, se ha realizado una revisión de las siguientes bases de datos: Web of Science, PsycInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsyArticles y Proquest, utilizando las siguientes palabras clave en castellano y en inglés: lipedema, linfedema, intervención psicológica, impacto psicosocial, depresión, ansiedad, e imagen corporal negativa. La búsqueda se ha realizado sin límite de años.

De la revisión realizada no se ha encontrado una propuesta de intervención psicológica específica para estas mujeres y tomando en consideración las consecuencias que el trastorno puede tener sobre la imagen corporal, en este trabajo se propone una intervención grupal que aborde el tratamiento de la imagen corporal negativa analizando a su vez el impacto del tratamiento sobre los siguientes aspectos: la ansiedad, la depresión, la autoestima y la calidad de vida.

Para ello se ha tenido presente la experiencia de intervención psicológica en mujeres de la Asociación de afectados de linfedema primario y secundario, lipedema y flebedema de Guipúzkoa (AGADELPRISE) y los manuales de tratamientos que han mostrado su eficacia en el manejo de las alteraciones de la imagen corporal y para el tratamiento psicológico del trastorno dismórfico corporal (Thompson, 1990; Rosen, 1995, 1997; Raich, 2000; Cash y Pruzinsky, 2002; Bell y Rushforth, 2008; Cash, 2008; Cash y Smolak, 2011; Wilhelm et al., 2013; Fairburn, 2017; Sevillá y Pastor, 2019).

Las terapias más eficaces en el tratamiento del trastorno de la imagen corporal son las cognitivo-conductuales (Salaberria et al., 2000; Harrison et al., 2016; Singh y Veale, 2019), por lo que el presente trabajo se basa en estas. A continuación se detallan los componentes terapéuticos de los tra-

tamientos que se han seleccionado para crear el programa de intervención psicológica grupal para mejorar la imagen corporal para mujeres con linfedema y lipedema (tabla 3).

**Tabla 3**

*Intervenciones psicológicas seleccionadas y sus componentes terapéuticos ordenados por año de publicación*

<b>Referencias</b>	<b>Componentes terapéuticos</b>	<b>Otros datos de interés</b>
Thompson (1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición (con vídeo, espejo)</li> <li>- Terapia cognitivo-conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza un repaso generalizado de las diferentes intervenciones psicológicas y sus resultados, se presentan cuestionarios de evaluación y se ofrecen alternativas para el tratamiento.</li> </ul>
Rosen (1995, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Corrección de las distorsiones perceptivas del cuerpo</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Exposición con prevención de respuesta</li> <li>- Eliminación de conductas de comprobación y de comparación con otros</li> <li>- Promover actividades placenteras donde el cuerpo tiene un papel positivo (masajes, baile, ejercicio ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se propone un tratamiento cognitivo-conductual para los problemas de imagen corporal (1995).</li> <li>- Se propone la intervención cognitivo-conductual para abordar los problemas de imagen corporal negativa como parte de una intervención de los trastornos de alimentación (1997).</li> </ul>
Raich (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en percepción corporal</li> <li>- Desensibilación sistemática</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Exposición con prevención de respuesta</li> <li>- Prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presenta una adaptación de los programas de los autores Rosen y Cash (en esta tabla).</li> <li>- Se plantea una intervención grupal (3-4 personas) con la asistencia de dos psicólogos. A su vez se señala que la intervención puede ser realizada como un programa de autoayuda, una intervención psicológica individual o grupal.</li> <li>- Se abordan los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual.</li> </ul>
Bell y Rushforth (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación</li> <li>- Discusión de resultados psicométricos y formulación personalizada de objetivos</li> <li>- Mindfulness</li> <li>- Intervención conductual</li> <li>- Análisis crítico sobre los medios de comunicación</li> <li>- Exposición ante el espejo</li> <li>- Prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trata de un programa para personas con trastornos alimentarios. Se plantea como intervención tras el tratamiento de los trastornos de alimentación.</li> <li>- Se aplica individualmente por un terapeuta, pero se presenta también como posible programa de autoayuda.</li> <li>- Se distribuye en 12 sesiones de 50 minutos y un máximo de veinte y revisión a las seis semanas.</li> </ul>

<b>Referencias</b>	<b>Componentes terapéuticos</b>	<b>Otros datos de interés</b>
Cash (2008), Cash y Pruzinsky (2002) Cash y Smolak (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Mindfulness y aceptación</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Técnicas de relajación muscular progresiva, respiración diafragmática</li> <li>- Exposición en imaginación con prevención de respuesta</li> <li>- Promover experiencias orientadas a una experiencia positiva del propio cuerpo</li> <li>- Prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presenta como un programa de autoayuda para personas con problemas de imagen corporal, problemas alimentarios o trastorno dismórfico corporal. Se señala la importancia de no realizar el programa de autoayuda sin la ayuda de un profesional si el problema es significativo para la persona.</li> <li>- El programa se desarrolla en 8 pasos para completar entre 8 y 16 semanas.</li> </ul>
Fairburn (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación del problema con la imagen corporal</li> <li>- Revisión de las conductas de exámen, conductas de evitación de la apariencia corporal y sensaciones displacenteras relacionadas con la imagen corporal y comparación con los demás</li> <li>- Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trata de un módulo de trabajo relacionado con la imagen corporal negativa que se plantea como parte de un programa de autoayuda para superar el trastorno por atracón.</li> </ul>
Wilhelm et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Marcar objetivos y lograr compromiso por parte del paciente</li> <li>- Identificación de patrones de pensamiento negativo (distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos) y discusión racional de pensamientos negativos para trabajar creencias, valores e historia personal</li> <li>- Exposición ante situaciones que generan ansiedad y prevención de conductas rituales</li> <li>- Reeducción de la percepción de la imagen corporal ante el espejo: exposición ante el espejo con prevención de respuesta</li> <li>- Prevención de recaídas y seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa para tratar el trastorno dismórfico corporal.</li> <li>- Se trata de un manual creado para terapeutas, incluye fichas de trabajo, medidas de evaluación, etc.</li> <li>- Se desarrolla en 21 sesiones.</li> </ul>
Sevillá y Pastor (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Exposición con prevención de respuesta</li> <li>- Eliminar conductas de comprobación</li> <li>- Eliminar conductas de comparación con otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trata de un módulo dedicado a la imagen corporal como parte de un tratamiento para los trastornos de alimentación.</li> </ul>

*Nota.* Algunos de los trabajos más representativos hasta la fecha para tratar la imagen corporal negativa y/o el trastorno dismórfico corporal según la revisión bibliográfica que se ha realizado para este trabajo.

De la experiencia en el trabajo con estas mujeres en la asociación AGADELPRISE a continuación se mencionan algunas de las cuestiones que más les preocupan en relación al tema que se aborda en este trabajo:

*La imagen corporal:* Estas mujeres padecen un trastorno físico que puede estar más o menos acentuado y que se ve reflejado en la forma de distintas partes de su cuerpo. El cambio físico a medida que el trastorno evoluciona se hace más evidente, algo que puede suponer una preocupación permanente. Así las preocupaciones excesivas y recurrentes sobre su cuerpo y su imagen pueden relacionarse con un trastorno dismórfico corporal, ya que aunque la percepción negativa de su cuerpo parte de un problema real y no imaginado, sí se ha observado que las mujeres pueden potenciar la percepción de gravedad del problema sobre su apariencia, como ocurriría en el trastorno dismórfico corporal, siendo difícil precisar si por lo tanto existe o no dismorfia corporal.

Como consecuencia de las preocupaciones aparecen conductas de evitación de su propia imagen al no poder soportar el ver su cuerpo en espejos o reflejado en escaparates. Del mismo modo, mostrar el cuerpo ante los demás puede generar miedo y rechazo. Esto puede dar lugar a conductas de evitación ante actividades que para el resto de la sociedad se contemplan como normales (ir a la playa, piscina, gimnasio ...).

También, pueden existir problemas en las relaciones íntimas al temer mostrar su cuerpo, generando sentimientos de vergüenza y culpa.

Cuando el trastorno se confunde por parte de otras personas con obesidad, estas mujeres se sienten incomprendidas y frustradas. Si esto se produce por parte de profesionales sanitarios genera mayor malestar, al sentir que los profesionales no conocen su problema, lo que además dificultaría un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico.

Cuando las mujeres no pueden controlar sus cambios físicos con dieta y ejercicio, esto supone un problema para ellas generando sentimientos de frustración y rabia, porque a pesar de que una dieta equilibrada y ejercicio son recomendados a lo largo de su vida, estos hábitos saludables no tienen efectos claramente visibles sobre su aspecto físico.

La presión social que existe actualmente sobre el género femenino para mantener una determinada apariencia física, relacionada con una imagen socialmente aceptada como lo es la relacionada con la delgadez, el mantenerse joven y aparentar una buena forma física puede generar malestar en estas mujeres. Las personas que no cumplen con estos cánones de belleza se pueden enfrentar a la valoración social negativa que esto conlleva.

*Las prendas de vestir:* La compra de ropa puede convertirse en un problema para algunas mujeres, al no encontrar prendas de su talla y gusto.

*Los tratamientos de compresión:* El uso de medias de compresión y vendajes interfiere en la elección de prendas de vestir. Estas mujeres pueden optar de forma general por tapar estas medias y vendajes con pantalones. Además hay que tener en cuenta que se necesita tiempo para ponerse las prendas de compresión y en ocasiones la ayuda por parte de otras personas, junto con la incomodidad de estos tratamientos de forma general, en verano cuando hace calor, etc. A esto hay que añadir el impacto económico de este tipo de tratamientos, dado que la seguridad social únicamente cubre los gastos de un par de medias de compresión, cuando se necesitan por lo menos dos, ya que se deben lavar de forma habitual.

Así las mujeres que padecen de linfedema/lipedema hacen frente también a sentimientos negativos hacia su cuerpo, y dificultades en su vida cotidiana que impactan negativamente en su salud mental.

### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El *objetivo* del programa de intervención grupal que se plantea es la mejora de la imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres aquejadas de linfedema y lipedema.

Este objetivo general se divide en otros *objetivos específicos* que se pretenden conseguir con el programa de intervención y que a continuación se mencionan:

- Reducir síntomas depresivos relacionados con una imagen corporal negativa.
- Reducir síntomas ansiosos relacionados con una imagen corporal negativa.
- Fomentar una visión crítica por parte de las mujeres con respecto al medio social y cómo se aborda la imagen corporal femenina en la sociedad.
- Mejorar la calidad de vida percibida.
- Fomentar una mejora de la autoestima.

De la aplicación del programa de intervención se espera conseguir una mejora en la imagen corporal percibida, una reducción en la sintomatología ansiosa y depresiva, un aumento de la autoestima y una mejora de la calidad de vida.

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1. Participantes**

Las participantes serán todas aquellas mujeres de la Asociación AGADELPRISE que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:



a) ser mayor de edad; b) ser socias de AGADELPRISE; c) no estar recibiendo tratamiento psicológico en el momento de la aplicación del programa; d) no tener diagnosticado un trastorno de la conducta alimentaria; e) ser capaz de responder a los cuestionarios; f) poder acceder a un dispositivo móvil, tableta u ordenador con conexión a internet para poder trabajar con los materiales que se utilizarán a lo largo del programa, g) y dar el consentimiento informado.

#### 4.2. Diseño

Se utilizará un diseño de estudio de casos con medidas repetidas de evaluación en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos de 3, 6 y 12 meses.

#### 4.3. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación a utilizar en el presente programa para la mejora de la imagen corporal se resumen a continuación (tabla 4) y aparecen en el anexo 1, según el orden de aplicación.

**Tabla 4**

*Instrumentos de evaluación empleados en la fase de evaluación*

<b>Nombre</b>	<b>Autor y año</b>	<b>Notas de interés</b>
Ficha de datos personales	Creada “ad hoc”	Se recogen datos sociodemográficos y relacionados con el trastorno.
Cuestionario S-EDE-Q	Peláez-Fernández, 2003	Se emplea en la fase de admisión de los participantes para descartar la existencia de un trastorno de alimentación. Evalúa comportamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la alimentación y la imagen corporal.
Body image anxiety scale (BIAS)	Reed et al., 1991	Esta escala evalúa la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado relacionada con el peso y con zonas corporales.
Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner (Gardner Assessment of Body-Image)	Gardner et al., 1999	La escala se conoce también como “la escala de siluetas de Gardner”. Se obtiene un índice de insatisfacción con la imagen corporal.
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)	Phillips, 1996	Evalúa la existencia de un trastorno dismórfico corporal, y aunque no es un instrumento de diagnóstico ofrece información sobre la gravedad de un problema con la imagen corporal.

<b>Nombre</b>	<b>Autor y año</b>	<b>Notas de interés</b>
Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF)	Giraldo-O'Meara y Belloch, 2017	Evalúa pensamientos intrusos sobre el aspecto físico.
Hamilton Depression Rating Scale (versión heteroaplicada)	Hamilton, 1960	Es una medida de la intensidad o gravedad de la depresión.
Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS)	Rosenberg, 1979	Escala para evaluar la autoestima.
The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)	Skevington et al., 2004	Escala para evaluar la calidad de vida.
Escala de satisfacción con el tratamiento recibido	Creada "ad hoc"	Se evalúa la satisfacción con el tratamiento recibido y con aspectos del programa.

*Nota. En la tabla se presentan los instrumentos de evaluación utilizados según orden de aplicación.*

Las escalas de evaluación y sus características se presentan de forma detallada a continuación:

*Ficha de datos personales:* se recogerán datos sociodemográficos y relacionados con el trastorno, como el diagnóstico, años con el problema, tratamientos, operaciones realizadas, etc.

*Spanish Eating Disorder Examination Questionnaire S-EDE-Q* (Peláez-Fernández, 2003), es la versión en español del *Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)* (Fairburn y Beglin, 1994) que es una versión reducida del *Eating Disorder Examination (EDE)*, que se utiliza como un instrumento de screening en muestras comunitarias. Es una escala autoaplicada de 38 ítems que estudia comportamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la alimentación y la imagen corporal en los pasados 28 días. Tiene cuatro subescalas: restricción-dieta, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura. El cuestionario se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos (0=ningún día; 6= todos los días). Al final del cuestionario se añaden dos preguntas (sólo para mujeres), dónde se pregunta por el ciclo menstrual en los últimos tres meses. Para obtener las puntuaciones se obtienen las medias de cada subescala. Si estas superan o son iguales a 4 se considerará que existe una alteración alimentaria con significación clínica. Se trata de una escala con adecuada fiabilidad y validez, habiendo obtenido una consistencia interna aceptable para las cuatro subescalas de la versión española del EDE-Q, siendo el alfa de Cronbach igual o mayor que 0,74. También se han encontrado valores aceptables para los 22 ítems incluidos en las subescalas (Peláez-Fernández et al., 2012).

*Body image anxiety scale BIAS* (Reed et al., 1991). Se utilizará la traducción experimental realizada por Raich (2000). Esta escala evalúa la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado relacionada con el peso y con diversas zonas corporales. Utiliza una escala tipo Likert que se responde de 0 (casi nunca) a 4 (desde siempre). La ansiedad estado es valorada en tres diferentes situaciones diseñadas para producir baja, media y elevada ansiedad (elevada= estar en la playa llena de gente paseando por la orilla; media= dar un paseo por un mercado; baja= estar sola en casa viendo un programa de televisión). La ansiedad-rasgo mide la ansiedad corporal generalizada no situacional. Tiene buena consistencia interna, buena estabilidad temporal y validez (Raich, 2000).

*Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner (Gardner Assessment of Body-Image)* (Gardner et al., 1999). Este instrumento está formado por 13 siluetas de la figura humana sin detalles, en el que la figura central se corresponde con un valor de 0, las 6 hacia la izquierda en orden descendente, obtienen valores negativos de -1 hasta -6 y las seis figuras hacia la derecha en orden ascendente obtienen valores positivos de 1 hasta 6. A los sujetos se les indica que señalen la imagen corporal que perciben como propia y la que les gustaría tener. A través de la diferencia entre ambas (percibida-deseada) se obtiene el índice de insatisfacción con la imagen corporal. Cuando el resultado es negativo, la insatisfacción se produce porque el sujeto desea adelgazar, y cuando es positivo, porque el sujeto desea engordar (Cuervo et al., 2018). Esta escala muestra una validez y fiabilidad adecuada, con una fiabilidad test-retest de 0.87. La validez concurrente para evaluar el tamaño corporal percibido es alta (Gardner et al., 1999).

*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)* (Phillips, 1996). La *Escala Yale-Brown modificada para el trastorno dismórfico* se trata de una entrevista semiestructurada con 12 ítems que se puntúan de 0 no existencia de síntomas a 4 síntomas extremos, tomando como referencia la última semana. El total se obtiene con la suma de todas las puntuaciones (rango 0-48). En cada ítem se señala la pregunta que se debe realizar al entrevistado y los criterios concretos por los que se debe seleccionar determinada puntuación. No existen puntos de corte ya que no se trata de un instrumento de diagnóstico. A mayor puntuación mayor gravedad del problema. Se trata de una escala de evaluación con probada fiabilidad y validez, siendo el alfa de Cronbach de 0,80 (Phillips et al., 1997).

*Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico, INPIAF* (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2017). Se trata de un autoinforme compuesto por 3 partes. *La primera parte* consiste en un listado de 27 ítems que evalúan la frecuencia (desde 0 «nunca he tenido esta intrusión» hasta 6 «tengo esta

intrusión varias veces al día») con que se experimentan pensamientos intrusos sobre el aspecto físico. Se ofrece en primer lugar una explicación detallada de lo que significa una intrusión, y que es sobre lo que se va a preguntar. Los ítems se presentan agrupados en 4 posibles escenarios: sin disparadores específicos, al ver la propia imagen en superficies reflectantes, en situaciones sociales, y al mantener contacto físico con otras personas. *En la segunda parte*, se pide a la persona que seleccione del listado anterior el pensamiento intrusivo más molesto o desagradable que haya experimentado en los últimos 3 meses. Una vez seleccionado, se le pide que lo evalúe (utilizando una escala likert de 5 puntos desde 0 «nada» a 4 «muchísimo», en tres conjuntos de variables: reacciones emocionales, interferencia, dificultad para controlar el pensamiento, y valoraciones disfuncionales. *La tercera parte* consiste en una lista de 22 estrategias de neutralización/control de los pensamientos intrusivos agrupadas en 6 subescalas: control del pensamiento, control de la ansiedad, distracción, control social, estrategias obsesivo-compulsivas, y estrategias dismórficas. A mayor puntuación mayor problema. El alfa de Cronbach para la escala total y las subescalas y las correlaciones entre ítem-totales son satisfactorias. Para la escala total el alfa de Cronbach es 0,96 y para las subescalas es de entre 0,59 y 0,83 (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2019).

*Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960)*. Es una escala heteroaplicada de 17 ítems y ofrece una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. Cada ítem se valora de 1 a 2 o de 1 a 4, eligiendo la puntuación que mejor se ajusta a la situación que presenta el paciente. La puntuación total es la suma de todas las puntuaciones. Es una escala que no tiene puntos de corte ya que no se trata de una escala diagnóstica, pero existen distintas propuestas para interpretar la gravedad de los síntomas depresivos. En este trabajo se utilizan las puntuaciones propuestas por Bech (1996) para valorar el nivel de depresión existente: 0 a 7 sin depresión; 8 a 17 depresión menor; 18 a 29 depresión mayor; y más de 30 depresión mayor grave. La versión utilizada muestra resultados satisfactorios en cuanto a validez y fiabilidad. Presenta una buena validez concurrente ( $r = 0.82$ ) y de contenido, la fiabilidad entre evaluadores es de 0,99, y el coeficiente alfa de 0,72 (Ramos-Brieva y Cordeiro-Villafafila, 1988).

*Rosenberg Self-Esteem Scale, RSS (Rosenberg, 1979)*. Se ha utilizado para este trabajo la versión española de Echeburua (1995). La escala incluye 10 ítems cuyo contenido se centra en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Se responde en una escala likert de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo) con rango de 10 a 40. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumar todas las puntuaciones. Ma-

yores puntuaciones se corresponden con una mayor autoestima. Una puntuación menor a 24 indica baja autoestima. La escala presenta una fiabilidad test-retest de 0,77 y una consistencia interna de 0,89 (Sánchez-Carracedo et. al, 2004, Vázquez et al., 2004).

*The World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF* (Skevington et al., 2004). Se utiliza en este trabajo la versión española *Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF* (Lucas et al., 2011) que encontramos a disposición en el portal del Servicio Andaluz de Salud (2010). Al inicio del cuestionario se recogen datos personales (sexo, fecha de nacimiento, estudios, estado civil). Después se realizan 2 preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y posteriormente 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las preguntas se responden en una escala likert con 5 opciones de respuesta. No tiene punto de corte, puntuaciones mayores indican mayor calidad de vida. La fiabilidad y validez del instrumento es satisfactoria con un alfa de Cronbach de 0,88 y de 0,87- 0,88 para cada una de las preguntas y una consistencia interna mayor de 0,7 (Espinoza et al., 2011).

*Escala de satisfacción con el tratamiento recibido.* Se ha creado una escala de satisfacción con el tratamiento psicológico recibido que consta de 7 preguntas con varias posibilidades de respuesta y que versan sobre la relación con la persona que imparte el programa y con el tratamiento, la mejora de los síntomas, y si recomendarían el tratamiento a otras personas. Además se deja un espacio para realizar sugerencias de mejora.

*Aspectos formales de la evaluación:* la evaluación se llevará a cabo en dos sesiones individuales, la primera de dos horas de duración y la segunda de una hora de duración. A continuación se describe el contenido y los objetivos de cada una de las sesiones.

Primera sesión: tiene por objetivo comprender lo que implica la participación en el programa, realizar la evaluación y fomentar la motivación y el compromiso con el programa. Para ello, antes de iniciar la evaluación se proporciona la ficha informativa para la asociación (ver anexo 2). Se subraya lo que implica un tratamiento psicológico grupal y las ventajas de este tipo de tratamiento (por ejemplo, sentimiento de pertenencia a un grupo, el apoyo que se recibe por parte de personas que presentan la misma problemática, etc.). Asimismo, se informa sobre la posibilidad de participar en el grupo de WhatsApp creado para el programa con el objetivo de resolver dudas entre sesiones durante el tratamiento. Posteriormente se firma el consentimiento informado (anexo 3), se explica qué es la evaluación psicológica, por qué se realiza y cómo se tratan los datos recopilados y se procede a la firma del documento para la protección de datos (anexo 4). A continuación se realiza la evalua-

ción con los instrumentos mencionados previamente. Además se pide a las participantes que acudan a la próxima sesión con un “cuaderno de trabajo” que se utilizará a lo largo del programa durante las sesiones y para registrar tareas para casa.

Segunda sesión: se procede a la devolución de los resultados de la evaluación y a formular objetivos individuales de tratamiento. Para ello, se presenta un informe psicológico en el que se describen los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación y la interpretación de estos. Además se realiza la formulación de objetivos terapéuticos individuales que se anotan en el cuaderno de trabajo y se presenta el programa mediante la tabla de objetivos y procedimientos terapéuticos del programa (ver anexo 5).

Una vez finalizado el programa, se volverán a aplicar los cuestionarios en el postratamiento y en los seguimientos de 3, 6 y 12 meses, con el objetivo de evaluar el impacto del programa grupal y comprobar si los logros se mantienen.

#### **4.4. Intervención psicológica grupal**

En este apartado se describen las características formales del tratamiento y el contenido de cada una de las sesiones.

##### *4.4.1. Aspectos formales*

El programa de tratamiento se desarrolla en 10 sesiones semanales de dos horas de duración. El grupo estará formado por las socias de AGADELPRISE (un máximo de 6 personas) y la psicóloga que imparte el programa. Se realizará en una sala polivalente del edificio Txara I (Paseo Zarategui 100, 20015, Donostia). Para la intervención grupal se utilizará una sala amplia dónde se dispone de sillas con mesa incorporada, así como de un proyector y pantalla. Además se utilizará la página web del programa que ha sido elaborada por la autora del presente trabajo (<https://mimagenes-mia.wordpress.com>). Para el apoyo de las tareas entre sesiones se creará un grupo de WhatsApp que se utilizará en un horario determinado acordado previamente con el grupo de tratamiento y con la asociación.

##### *4.4.2. Contenido de las sesiones del Programa para la imagen corporal: Mi imagen es mía*

A continuación se describe el contenido de cada una de las sesiones; los materiales a utilizar estarán disponibles en la página web o se entregarán en mano. En la descripción de cada una de las sesiones se incluyen los objetivos, las actividades y técnicas, el material para las pacientes en el anexo correspondiente, y las tareas para casa asociadas a cada sesión.

El esquema de cada sesión se presenta en la siguiente tabla (ver tabla 5) y se describirá más ampliamente.

**Tabla 5**

*Esquema de las sesiones del Programa para la imagen corporal Mi imagen es mía*

<b>N.º</b>	<b>Contenido</b>	<b>Técnica</b>	<b>Anexo</b>
<b>Sesión</b>			
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de imagen corporal</li> <li>- Cómo se mantiene el problema de la imagen corporal</li> <li>- Entender el objetivo del programa</li> <li>- La relación de la imagen corporal negativa con el lipedem y linfedema</li> </ul>	- Psicoeducación	6, 7
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La insatisfacción corporal femenina</li> <li>- Momentos históricos y cánones de belleza</li> <li>- Ideales de belleza que existen en la sociedad actual</li> <li>- Las motivaciones psicológicas con respecto a los objetivos que promueven cambiar nuestra apariencia</li> <li>- Las influencias familiares y externas en el concepto de imagen corporal</li> <li>- El linfedema y lipedema en el contexto socio-cultural actual</li> </ul>	- Psicoeducación	8
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de atención plena (mindfulness)</li> <li>- Técnicas de atención plena</li> <li>- Beneficios de estas técnicas para una imagen corporal negativa</li> <li>- Concepto de aceptación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicio de atención plena básico</li> <li>- Barrido corporal</li> </ul>	9
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de reestructuración cognitiva</li> <li>- Auto-registros para el autoanálisis</li> <li>- Pensamientos automáticos o creencias autodevaluadoras e influencia sobre la imagen corporal</li> <li>- La “docena sucia” (Cash, 2008)</li> </ul>	- Reestructuración cognitiva	10
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los contenidos de la sesión 4 utilizando los ejemplos prácticos aportados por las participantes</li> </ul>	- Reestructuración cognitiva	10

N.º	Contenido	Técnica	Anexo
<b>Sesión</b>			
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de exposición</li> <li>- La actividad de exposición y la ansiedad</li> <li>- Cómo se afrontan los pensamientos intrusivos</li> <li>- Presentación de la relajación muscular progresiva de Jacobson y las distintas fases del entrenamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición</li> <li>- Primera fase del entrenamiento en relajación muscular progresiva</li> </ul>	11
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de exposición ante situaciones difíciles utilizando los ejemplos prácticos aportados por las participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición ante situaciones difíciles</li> <li>- Segunda fase del entrenamiento en relajación muscular progresiva</li> </ul>	12
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los contenidos de la séptima sesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tercera fase del entrenamiento en relajación muscular progresiva</li> </ul>	12
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas rituales</li> <li>- Técnicas para suprimirlas</li> <li>- Listado de las conductas rituales y uso de conductas alternativas</li> <li>- Concepto de exposición con prevención de respuesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición con prevención de respuesta</li> <li>- Fase de relajación mental del entrenamiento en relajación muscular progresiva</li> </ul>	13
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades placenteras para el cuerpo</li> <li>- Mantenimiento de logros</li> <li>- Valoración del programa</li> </ul>		14

### **PRIMERA SESIÓN: PSICOEDUCACIÓN**

*Objetivos:* establecer una buena relación terapéutica y entre las participantes del grupo, compartir la experiencia con el trastorno de linfedema y lipedema y la relación de este con la imagen corporal y proporcionar información sobre conceptos relacionados con la psicología de la apariencia y el desarrollo de la imagen corporal.

*Actividades y técnicas:* se utilizan técnicas grupales para la presentación de las participantes y dirigidas a favorecer la cohesión grupal, así como para conocer su trastorno de linfedema y lipedema y cómo creen que este afecta a su imagen corporal. Se explora la motivación del grupo para realizar el



tratamiento y los compromisos que se deben adquirir para seguir el programa, se solicita la firma del contrato terapéutico (ver anexo 6).

A continuación se introducen los contenidos que se exponen a continuación: el concepto de imagen corporal (parte perceptiva, creencias y actitudes, y conductas) y cómo se mantiene un problema de imagen corporal negativa. Se incide en la importancia de entender que el objetivo no es cambiar la apariencia, sino modificar cómo se percibe la imagen corporal. Esta idea clave se repasa a lo largo del programa. Se trabaja aquí la resistencia que puede surgir con respecto a esta idea: por un lado, se trata de modificar la creencia que suele ser habitual en las mujeres, por la que se considera que si existe un problema en la apariencia física no se puede tener una imagen corporal positiva. Por otro lado, se presta atención a las características particulares de estas mujeres, que en este programa van a tratar de aceptar un cuerpo que les genera problemas de salud.

*Material para pacientes:* tomado de Thompson (1990); Raich (2000); Cash y Pruzinsky (2002); Cash y Smolak (2011). Se puede ver en el anexo 7.

*Tareas para casa:* repasar los contenidos de la sesión que se encuentran en la página web del programa y reflexionar sobre ellos en relación a su experiencia vital, anotando las reflexiones que surgen en el cuaderno de trabajo.

## **SEGUNDA SESIÓN: PSICOEDUCACIÓN**

*Objetivos:* exponer el concepto de ideal de belleza y como éste ha ido evolucionando a lo largo de la historia y generar una visión crítica sobre cómo el contexto histórico y socio-cultural influye en la conformación de la imagen corporal y cómo se vive el trastorno de linfedema y lipedema en este contexto.

*Actividades y técnicas:* se revisan las tareas para casa y se proporciona información y se reflexiona en relación a los siguientes contenidos: el por qué de la insatisfacción corporal femenina; los cánones de belleza a través de diferentes momentos históricos; los ideales de belleza que existen en la sociedad actual; las motivaciones psicológicas con respecto a los objetivos que promueven cambiar nuestra apariencia (ropa, maquillaje, operaciones estéticas, dietas, etc.); cómo influye la familia, pareja o amigas/os en el concepto de imagen corporal; qué supone padecer linfedema y lipedema en el contexto socio-cultural actual. Se genera debate y reflexión. Se clarifica que aunque en las sesiones iniciales se trata su historia personal para entender como se ha construido su imagen corporal, en el programa de tratamiento se trabajará principalmente sobre los factores que mantienen la preocupación sobre su imagen corporal actualmente.

*Material para pacientes:* tomado de Raich (2000); Cash y Pruzinsky (2002); Cash y Smolak (2011). Se puede ver en el anexo 8.

*Tareas para casa:* revisar los contenidos de la sesión. Reflexionar en base a la experiencia de cada una sobre cómo influyen los medios de comunicación, el contexto socio-cultural e histórico, y el núcleo familiar, pareja y amistades en la imagen corporal, experiencia con las dietas y sus resultados, anotando las reflexiones en el cuaderno de trabajo. Realizar un auto-registro sobre situaciones en las que se han sentido incómodas en relación a su cuerpo (ver anexo 8).

### **TERCERA SESIÓN: ATENCIÓN PLENA**

*Objetivos:* aprender una técnica que puede ayudar a manejar las emociones negativas en relación al cuerpo, introducir el concepto de atención plena (mindfulness), practicar un ejercicio básico de atención plena y realizar un ejercicio de barrido corporal.

*Actividades y técnicas:* se revisan las tareas para casa: las lecturas y el auto-registro de situaciones incómodas, generando debate. Se introduce el concepto de atención plena (mindfulness), qué es; las técnicas que se utilizan para practicarla; cómo puede beneficiar para trabajar una imagen corporal negativa; y el concepto de aceptación. A continuación se realiza el ejercicio de atención plena básico (15 minutos) y el ejercicio de barrido corporal (30 minutos). Una vez realizados los ejercicios, se comparten experiencias con el grupo, prestando especial atención a los pensamientos que hayan aparecido y los sentimientos asociados a estos.

*Material para pacientes:* tomado de Asuero (2019, 2020); Cash (2008). Se puede ver en el anexo 9.

*Tareas entre sesiones:* revisar los contenidos que se han trabajado en la sesión. Realizar el auto-registro de situaciones incómodas en relación al cuerpo y los ejercicios de atención plena, el básico y el barrido corporal. Se solicita se anote en el cuaderno de trabajo las experiencias percibidas durante la realización de los ejercicios de atención plena y se continúe con el registro de situaciones incómodas en relación al cuerpo (ver anexo 9).

### **CUARTA SESIÓN: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

*Objetivos:* introducir el concepto de reestructuración cognitiva.

*Actividades y técnicas:* se repasan las tareas para casa. Se expone qué es la reestructuración cognitiva; la relación que existe entre emoción, pensamiento y conducta; la importancia de los auto-registros para el autoanálisis; qué son los pensamientos automáticos o creencias autodevaluadoras; cómo influyen los pensamientos y creencias autodevaluadoras sobre la imagen corporal; qué técnicas de reestructuración se van a utilizar y en qué consisten (discusión socrática, análisis de la funcionalidad del pensamiento y búsqueda de pensamientos alternativos). Se presenta la “docena sucia” (Cash, 2008), un listado de errores cognitivos en relación a los pensamientos sobre la imagen corpo-

ral; se analiza con los que se sienten identificadas y se presentan ejemplos de pensamientos correctivos. Se trabaja en la sesión sobre el proceso de reestructuración cognitiva.

*Material para las pacientes:* tomado de Raich (2000); Cash (2008); Ruiz (2016). Se presenta en el anexo 10.

*Tareas para casa:* revisar los contenidos de la sesión. Practicar los ejercicios de atención plena. Cumplimentar el auto-registro de situaciones incómodas con el cuerpo y discutir aquellos pensamientos que han aparecido en el registro buscando alternativas más adecuadas (ver anexo 10).

## **QUINTA SESIÓN: AFIANZAMIENTO DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

*Objetivos:* afianzar el aprendizaje de la técnica de reestructuración cognitiva.

*Actividades y técnicas:* Se revisan las tareas entre sesiones y se utiliza el material que aportan las participantes para trabajar aspectos relacionados con la reestructuración cognitiva. Se exponen nuevamente los contenidos que se presentaron la semana anterior sobre las distintas técnicas de discusión utilizando los ejemplos prácticos aportados por las participantes.

*Tareas para casa:* revisar los contenidos de la sesión. Rellenar el auto-registro de pensamientos automáticos y discusión (ver anexo 10). Realizar la actividad de atención plena.

## **SEXTA SESIÓN: EXPOSICIÓN ANTE EL ESPEJO**

*Objetivos:* seguir trabajando la reestructuración cognitiva, introducir la técnica de exposición ante el espejo e introducir el concepto de relajación muscular progresiva de Jacobson y realizar la primera fase del entrenamiento en relajación muscular progresiva.

*Actividades y técnicas:* Se revisan las tareas para casa; se continúan trabajando las técnicas de reestructuración cognitiva teniendo en cuenta para ello los datos que se obtienen mediante los autorregistros. Se introduce el concepto de exposición para lo que se exponen los siguientes contenidos: en qué consiste; los sentimientos que puede generar; qué es de prever que ocurra durante la actividad en relación a la ansiedad; cómo se afrontan los pensamientos intrusivos; y la exposición ante el espejo. Los ejercicios de exposición ante el espejo a realizar a lo largo de la semana se plantearán siempre en el siguiente orden: mirarse vestida ante el espejo, mirarse en bañador ante el espejo, mirarse en bragas y sujetador ante el espejo y mirarse desnuda. Se introduce el concepto de relajación muscular progresiva de Jacobson y se realiza la primera fase del entrenamiento seleccionado para el presente programa.

*Material para pacientes:* tomado de Raich (2000); Wilhelm et al. (2013); Bados (2016); Pastor y Sevilla (2020). Aparece descrito en el anexo 11.

*Tareas entre sesiones:* rellenar a diario el “auto-registro de pensamientos automáticos y discusión”. Realizar un ejercicio de relajación de los que se han aprendido en el programa previo a realizar a diario la actividad de exposición ante el espejo y rellenar cada vez que se realiza la exposición el “auto-registro para la exposición ante el espejo” (ver anexo 11).

### **SÉPTIMA Y OCTAVA SESIÓN: EXPOSICIÓN ANTE SITUACIONES DIFÍCILES**

*Objetivos:* afianzar el aprendizaje de la técnica de exposición ante el espejo, aprender la técnica de exposición ante situaciones difíciles y realizar la segunda y tercera fase del entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.

*Actividades y técnicas:* se revisan las tareas para casa de exposición ante el espejo donde se repasan los siguientes aspectos: cómo y cuando se ha realizado la práctica de exposición; los sentimientos que ha generado; los niveles de ansiedad durante la actividad y qué estrategias se han utilizado para reducir los niveles de ansiedad; cómo se han manejado los pensamientos intrusivos; experiencia general, dificultades planteadas y posibles soluciones. Se repasan si es necesario los contenidos presentados en la sexta sesión; en la séptima sesión se explica la exposición ante situaciones difíciles que se organiza de forma individual para su realización durante la semana; se verbaliza en el grupo el compromiso por cumplir con las actividades; la octava sesión se utiliza para repasar todos estos contenidos y afianzar la aplicación de esta técnica. En la séptima sesión antes de finalizar se realiza la segunda fase del ejercicio de relajación muscular progresiva y en la octava sesión, la tercera fase del entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.

*Material para pacientes:* tomado de Raich, 2000; Wilhelm et al., 2013; Bados, 2016; Pastor y Sevilla, 2020. Aparece en el anexo 12.

*Tareas entre sesiones:* realizar un ejercicio de relajación de los que se han aprendido en el programa seleccionado por las participantes de forma individual y según sus preferencias previo a realizar la actividad de exposición ante el espejo y para la tarea de exposición en vivo. Rellenar el “auto-registro para la exposición ante el espejo” y el “auto-registro para la exposición en vivo” (ver anexo 12). Esto se realizará a diario.

### **NOVENA SESIÓN: ELIMINACIÓN DE RITUALES, CONDUCTAS DE COMPROBACIÓN Y COMPARACIÓN**

*Objetivos:* introducir el concepto de eliminación de rituales y de exposición con prevención de respuesta y realizar la fase de relajación mental del entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.

*Actividades y técnicas:* se revisan las tareas entre sesiones. Se expone el concepto de conductas rituales como la comprobación y comparación, y las técnicas que se pueden aplicar para hacerles frente. Se crea un listado individual para cada participante dónde aparezcan las conductas que se quieran suprimir y se discute cómo hacerlo y qué alternativas se pueden programar. Se introduce la técnica de exposición con prevención de respuesta para lo que se presentan los siguientes contenidos: qué es y cómo se realiza; qué sentimientos y pensamientos pueden aparecer durante la exposición y por lo tanto posibles dificultades y soluciones. Se realiza la fase de relajación mental del entrenamiento en relajación muscular progresiva.

*Material para pacientes:* tomado de Raich, 2000; Wilhelm et al., 2013; Bados, 2016; Pastor y Sevilla, 2020. Esto aparece en el anexo 13.

*Tareas para casa:* observar si se producen conductas rituales y al ser consciente de ello no realizarlas o aplicar las alternativas planteadas en la sesión. Realizar un ejercicio de relajación de los que se han aprendido en el programa seleccionado por las participantes de forma individual y según sus preferencias previo a realizar a diario la actividad de la exposición con prevención de respuesta. Rellenar tras cada exposición el “auto-registro para la exposición con prevención de respuesta” (ver anexo 13).

## **DÉCIMA SESIÓN: ACTIVIDADES PLACENTERAS Y MANTENIMIENTO DE LOS LOGROS**

*Objetivos:* introducir la idea de realizar actividades placenteras para el cuerpo, exponer el concepto de mantenimiento de los logros y valorar el programa.

*Actividades y técnicas:* se repasan las tareas entre sesiones. Se introduce la idea de las actividades placenteras para el cuerpo; se revisan las que se realizan actualmente y las que se pueden realizar en el futuro. A continuación se expone el concepto de mantenimiento de logros. Se repasa lo que han aprendido durante el programa y se insiste en la importancia de continuar aplicando las técnicas para que estas se automaticen y de realizar los ejercicios para que se mantengan los logros.

*Material para pacientes:* tomado de Raich, 2000; Cash, 2008. Esto se presenta en el anexo 14.

Se explica nuevamente la fase de evaluación post-tratamiento y de seguimiento; se señala que en la cita de devolución de resultados post-tratamiento se hará entrega de un informe psicológico y se revisa el cumplimiento de objetivos. Para finalizar se comparten impresiones sobre el programa y se pone en valor el esfuerzo realizado y los logros alcanzados. Se rellena el cuestionario de satisfacción.

## 4.5. Análisis de datos

En primer lugar se debe señalar que la selección de la muestra, la evaluación de las participantes pre-tratamiento, la implementación del programa de apoyo psicológico, la evaluación post-tratamiento y de seguimiento y el análisis de los datos se realizará por la persona encargada de impartir el programa, sin disponer de personas ciegas al diseño experimental, lo que se debe tener en cuenta a la hora de valorar los resultados obtenidos (Moher et al., 2001).

En cuanto al análisis estadístico se obtendrán medias y desviaciones típicas en las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes en variables cualitativas. Para la comparación de los resultados entre las evaluaciones pre y postratamiento y los seguimientos se utilizarán medidas no paramétricas como la Z de Wilcoxon y la r para el cálculo del tamaño de las diferencias en variables cuantitativas.

Los resultados del análisis estadístico se presentarán a la asociación por escrito de forma que puedan valorar el continuar ofertando el servicio.

## 5. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se presentará el programa a la Asociación AGADELPRISE en una reunión con las personas responsables (presidenta y secretaria). Si el programa es aceptado por la asociación ésta se encargará de enviar a todas las socias un correo electrónico informando del programa y de su fecha de inicio, con una carta informativa adjunta (ficha informativa para la asociación, ver anexo 2). Se esperarán dos semanas para recibir las respuestas.

Una vez se tengan los datos de las personas interesadas, se contactará telefónicamente con ellas y se les citará para informarles sobre: en qué consiste el programa; número de sesiones; lugar de impartición; horario; sesiones de evaluación, etc. Si existen dudas en relación a la existencia de un trastorno de alimentación (criterio de exclusión) se pide rellenen el cuestionario seleccionado para tal fin que se enviará por correo electrónico y que se devolverá cumplimentado lo antes posible. Si aceptan participar se les enviará por correo electrónico el consentimiento informado que devolverán firmado.

A continuación se citará a las participantes para organizar las fechas y horarios de las sesiones de evaluación pre-tratamiento y el lugar. A continuación se aplicará el programa como se ha descrito en el presente trabajo (10 sesiones semanales de dos horas) en una de las salas habilitadas para impartir formaciones en el edificio Txara I (Donostia). Una vez finalizado el programa se organizarán las sesiones de evaluación post-tratamiento que tendrán lugar la semana siguiente a la finali-

zación del programa y se realizará la devolución de resultados entregando para ello un informe psicológico. Se les informará que a los tres, seis y 12 meses la terapeuta se pondrá en contacto para proceder a las evaluaciones de seguimiento.

Los resultados del programa se analizarán según se plantea en el apartado de análisis de datos y se entregarán por escrito a la asociación de modo anonimizado.

## **6. CONCLUSIONES**

El lipedema y linfedema tienen un impacto negativo sobre las mujeres que lo padecen existiendo problemas relacionados con la depresión, la ansiedad y la imagen corporal para los que no se ofrece una propuesta de intervención psicológica específica (Passik et al., 1993, 1995; Chachaj et al., 2010; Fu et al., 2012; Teo et al., 2015; Alcorso y Sherman, 2016; Stollendorf et al., 2016; Winch et al., 2016; Dudek et al., 2018; Torre et al. 2018; Alwardat et al., 2019; Melander et al., 2021). De la experiencia en el trabajo con las mujeres de la asociación AGADELPRISE se ha observado que los problemas con la imagen corporal negativa son muy habituales en estas mujeres y causan gran malestar. Por ello, en el presente trabajo se propone una intervención grupal para abordar el tratamiento de la imagen corporal negativa, basada en tratamientos empíricamente validados que han mostrado su eficacia en el manejo de las alteraciones de la imagen corporal y para el tratamiento psicológico del trastorno dismórfico corporal (Thompson, 1990; Rosen 1995, 1997; Raich, 2000; Cash y Pruzinsky, 2002; Bell y Rushforth, 2008; Cash, 2008; Cash y Smolak, 2011; Wilhelm et al., 2013; Fairburn, 2017; Sevillá y Pastor, 2019). Se analiza a su vez el impacto de este tratamiento sobre la ansiedad y la depresión, la autoestima y la calidad de vida.

El programa propone alcanzar los objetivos relacionados con mejorar la imagen corporal de las mujeres con lipedema y linfedema, e influir positivamente sobre la sintomatología ansioso-depresiva, autoestima y calidad de vida. Para la medición del impacto del programa sobre estos parámetros se han seleccionado instrumentos de evaluación con una adecuada validez y fiabilidad y que han sido utilizados en programas de mejora de la imagen corporal en castellano.

Existen algunas limitaciones de este trabajo que deben ser mencionadas. Por un lado este es un primer estudio piloto que se realizará con una muestra que se estima será pequeña y por lo tanto puede que no representativa; los resultados no serán generalizables a todas las pacientes de linfedema y lipedema ya que no se requiere un diagnóstico médico para participar en el programa. Puede haber personas que forman parte de la asociación que se encuentran en proceso de recibir un diagnóstico médico de linfedema o lipedema, que en muchas ocasiones requiere tiempo y la visita a varios especialistas, lo que no impide que puedan participar en este programa si cumplen con los re-

quisitos señalados. El que la muestra sea pequeña también puede suponer un problema si existen abandonos durante el tratamiento, lo que se trata de compensar con actividades que fomentan el compromiso e implicación de las participantes a lo largo del programa, aunque, como es sabido, estos son factores externos y fuera del control del experimentador. Sin embargo y ante la escasez de trabajos y que no existen publicaciones para este colectivo, se espera obtener resultados con cierta validez, aunque no sea éste un estudio experimental con grupo control.

Finalmente se debe señalar que este programa se trata sólo de una propuesta de intervención sobre la imagen corporal en mujeres de linfedema y lipedema y que se deberían realizar más estudios experimentales con programas de este tipo para que se pueda generar evidencia científica que avale intervenciones psicológicas concretas para este colectivo.



## Referencias

- Abbasi, B., Mirzakhany, N., Angooti, L., Irani, A., Hosseinzadeh, S., Mehdi, S. y Haghghat, S. (2018). The effect of relaxation techniques on edema, anxiety and depression in post-mastectomy lymphedema patients undergoing comprehensive decongestive therapy: a clinical trial. *PLOS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190231>
- Alcolea, J.M., Alonso, B., Arroyo, A., Domingo, P., Galindo, A., Gracia, M., Iglesias, C., Insua, E., Martín, E., Martínez, J.R., Ova, M., Río-González, A. y Villarino, A.L. (2018). Documento de consenso lipedema 2018. <https://aelinfedema.org/wp-content/uploads/2019/11/Consenso-Lipedema-v.Sep-2019.pdf>
- Alcorso, J. y Sherman, K.A. (2016). Factors associated with psychological distress in women with breast cancer-related lymphoedema. *Psycho-Oncology*, 25(7), pp. 865–872. <https://doi.org/10.1002/pon.4021>
- Alwardat, N., Di Renzo, L., Alwardat., M., Romano, L., De Santis, L.G., Gualtieri, P., Carrano, E., Nocerino, P. y De Lorenzo, A. (2019). The effect of lipedema on health-related quality of life and psychological status: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(4), pp. 851–856. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00703-x>
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asuero, A.M. (2019). *Con rumbo propio. Disfruta de la vida sin estrés*. (25ª Ed.). Plataforma Actual.
- Asuero, A.M. (2020). *Plenamente. Mindfulness o el arte de estar presente*. Booket.
- Bados, A. (2016). *Manual práctico de modificación de conducta 7. Técnicas de exposición en psicología clínica*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bech, P. (1996). *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-4 and ICD-10, 2nd edition*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-61169-8>
- Bell, L. y Rushforh, J. (2008). *Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimentarios*. Alianza Editorial.

- Bowling, A. y Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), pp. 13.  
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-13>
- Brix, B., Sery, O., Onorato, A., Ure, C., Roessler, A. y Goswami, N. (2021). Biology of Lymphedema. *Biology*, 10(4), pp. 261. <https://doi.org/10.3390/biology10040261>
- Buck, D.W. y Herbst, K.L. (2016). Lipedema: a relatively common disease with extremely common misconceptions, plastic and reconstructive surgery. *Global Open*, 4(9). <https://doi:10.1097/GOX.0000000000001043>
- Cash, T.F. (2008). *The Body Image Workbook. An Eight-Step Program for Learning to Like Your Looks*. (2ª Ed.). New Harbinger Publications, Inc.
- Cash, T.F. y Smolak, L. (2011). *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. (2ª Ed.). The Guilford Press.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (2002). *Body Image. A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. The Guilford Press.
- Cormier, J.N., Askew, R.L., Mungovan, K.S., Xing, Y., Ross, M.I. y Armer, J.M. (2010). Lymphedema beyond breast cancer. *Cancer*, 116(22), pp. 5138–5149.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.25458>
- Cuervo, C., Chacón, J., Zagalaz, M.L. y González, C. (2018). Cómo me veo: estudio diacrónico de la Imagen Corporal. Instrumentos de evaluación. *Magister*, 29(1), pp. 31.  
<https://doi.org/10.17811/msg.29.1.2017.31-40>
- Chachaj, A., Malyszczak, K., Pyszczak, K., Lukas, J., Tarkowski, R., Pudelko, M., Andrzejak, R. y Szuba, A. (2010). Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 19(3), pp. 299–305.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1573>
- Dudek, J.E., Bialaszek, W. y Ostaszewski, P. (2015). Quality of life in women with lipoedema: a contextual behavioral approach. *Quality of Life Research*, 25(2), pp. 401–408.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1080-x>
- Dudek, J.E., Bialaszek, W., Ostaszewski, P. y Smidt, T. (2018). Depression and appearance-related distress in functioning with lipedema. *Psychology, Health & Medicine*, 23(7), pp. 846–853.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1459750>

- Dudek, J.E., Bialaszek, W. y Gabriel, M. (2021). Quality of life, its factors, and sociodemographic characteristics of polish women with lipedema. *BMC Women's Health*, 21(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01174-y>
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R. y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica De Chile*, 139(5), pp. 579–586. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872011000500003>
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or Self-Report Questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), pp. 363-370.
- Fairburn, C. (2017). *La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control*. (2ª Ed.). Paidós.
- Fetzer, A. y Wise, C. (2015). Living with lipoedema: reviewing different self-management techniques. *British Journal of Community Nursing*, 20(10).  
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.sup10.s14>
- Földi, M. y Földi, E. (2006). *Földi's Textbook of Lymphology: For Physicians and Lymphedema Therapists*. Elsevier.
- Fu, M.R., Ridner, S.H., Hu, S.H., Stewart, B.R., Cormier, J.N. y Armer, J.M. (2012). Psychosocial impact of lymphedema: a systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psycho-Oncology*, 22(7), pp. 1466–1484. <https://doi.org/10.1002/pon.3201>
- Gardner, R., Stark, K., Jackson, N.A. y Friedman, B.N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Perceptual and Motor Skills*, 89(3), pp. 981–993.  
<https://doi.org/10.2466/pms.1999.89.3.981>
- Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2017). El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema infra-diagnosticado. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), pp. 69.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929>
- Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2019). The Appearance Intrusions Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(3), pp. 423-435. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000406>
- Hamilton, M. (1960). Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), pp. 56-62.

- Harrison, A., Fernandez de la Cruz, L., Euceder, J., Radua, J. y Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, pp. 43-51.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007>
- Herbst, L.K. (2012). Rare adipose disorders (RADS) masquerading as obesity. *Acta Pharmacologica Sinica*, 33(2), pp. 155–172. <https://doi.org/10.1038/aps.2011.153>
- International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics [Mayo de 2021].  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1172950828>
- Kerchner, K., Fleisher, A. y Yosipovitch, Y. (2008). Lower extremity lymphedema. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 59(2), pp. 324-331.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.04.013>
- Klérnas, P., Johnsson, A., Horstmann, V. y Johansson, K. (2017). Health-related quality of life in patients with lymphoedema a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), pp. 634–644. <https://doi.org/10.1111/scs.12488>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M.J. (2011). Suitability of the WHOQOL-Bref and Whoqol-Old for spanish older adults. *Ageing & Mental Health*, 15(5), pp. 595–604.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>
- Melander, C., Juuso, P. y Olsson, M. (2021). Women’s experiences of living with lipedema. *Health Care for Women International*, pp. 1-16. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1932894>
- Moher, D., Schulz, K. F. y Altman, D. G., (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomised trials. The CONSORT Group. *The Lancet*, 357, pp. 1191–1194.
- Passik, S.D., Newman, M., Brennan, M. y Holland, J. (1993). Psychiatric consultation for women undergoing rehabilitation for upper-extremity lymphedema following breast cancer treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(4), pp. 226–233.  
[https://doi.org/10.1016/0885-3924\(93\)90132-f](https://doi.org/10.1016/0885-3924(93)90132-f)
- Passik, S.D., Newman M.L., Brennan, M. y Tunkel, R. (1995). Predictors of psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 4(4), 255-263.  
<https://doi.org/10.1002/pon.2960040402>

- Pastor, C. y Sevilá, J. (2020). *Tratamiento psicológico de la hipocondría y la ansiedad generalizada. Un manual de autoayuda paso a paso*. (4ª Ed.). Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Peláez-Fernández, M.A. (2003). *Eating Disorder Examination Questionnaire-Spanish Version (S-EDE-Q)*. [https://psiquiatria.com/trabajos/usr\\_649245308.pdf](https://psiquiatria.com/trabajos/usr_649245308.pdf)
- Peláez-Fernández, M.A. (2004) *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la Comunidad de Madrid* [Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid]. <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26738.pdf>.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2012). Validation of the spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) for the screening of eating disorders in community samples. *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), pp. 817-824. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38893](http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893)
- Pereira, N.C. y Koshima, I. (2018). Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Revista Chilena De Cirugía*, 70(6), pp. 589–597. <https://doi.org/10.4067/s0718-40262018000600589>
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dismorphic disorder*. Oxford University Press.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., De Caria, C , y Goodman, W.K (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability and validity of a modified versión of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Buletin*, 33, pp. 17-22.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide.
- Ramos-Brieva, J.A. y Cordero-Villafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 22(1), pp. 21-28. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(88\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(88)90024-6)
- Reed, D., Thompson, J.K., Brannick, M. y Sacco, W. (1991). The State and Trait Body Image Anxiety Scale. En J.K. Thompson: *Body Image Disturbance: Assesment and Treatment*. Pergamon Press.

- Rockson, S.G. y Rivera K. (2008). Estimating the Population Burden of Lymphedema. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1131(1), pp. 147–154.  
<https://doi.org/10.1196/annals.1413.014>
- Rodriguez, M.A., Beato, L., Rodriguez, T. y Martínez-Sanchez, F. (2003). Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas españolas de psiquiatría*, Mar-Apr, 31(2), pp. 59-64.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books.
- Rosen, J.C. (1995). The Nature of Body Dysmorphic Disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 2, pp. 143-166.
- Rosen, J.C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (2ªEd.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 188-199). The Guilford Press.  
<https://cutt.ly/gTAWtaf>
- Ruiz, M.A. (2016). *Manual práctico de modificación de conducta 8. Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Salaberria, K., Borda, M., Amor, P.J. y Echeburua, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5, pp. 27-43.
- Salaberria, K., Rodríguez, S y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal (Perception of corporal image). *Osasunaz*, 8, pp. 171-183.
- Saludacia. (29 de Enero de 2015). *El ideal del cuerpo femenino a lo largo de la historia* [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ooKslnUhHMY>
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. y Raich, R.M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología conductual*, 12(3), pp. 551-576.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2010). *Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF*. <https://escala-de-calidad-de-vida-whoqol-bref.pdf>
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2019). *Tratamiento psicológico de los trastornos de alimentación*. Pirámide.
- Singh, A.R. y Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(7), pp. 131.  
[https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry\\_528\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_528_18)

- Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. y WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(2), pp. 299-310. <https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018486.91360.00>
- Stolldorf, D.P., Dietrich, M.S. y Ridner, S.H. (2016). A comparison of the quality of life in patients with primary and secondary lower limb lymphedema. *Western Journal of Nursing Research*, 38(10), pp. 1313–1334. <https://doi.org/10.1177/0193945916647961>
- Teo, I., Novy, D.M., Chang, D.W., Cox, M.G. y Fingeret, M.C. (2015). Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(11), pp. 1377–1383. <https://doi.org/10.1002/pon.3745>
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance. Assessment and Treatment*. Pergamon Press.
- Torre, Y.S., Wadea, R., Rosas, V. y Herbst, K.L. (2018). Lipedema: friend and foe. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 33(1). <https://doi.org/10.1515/hmbci-2017-0076>
- Vázquez, A.J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), pp. 247-255.
- Vignes, S., Albuissou J., Champion, L., Constans, J., Tauveron, V., Malloizel, J., Quéré, I., Simon, L., Arrault, M., Trévidic, P., Azria, P. y Maruani, A. (2021). Primary lymphedema French National Diagnosis and Care Protocol (PNDS; Protocole National De Diagnostic Et De Soins). *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01652-w>
- Warren, A.W. y Kappos, E. (2016). Lipedema: diagnostic and management challenges. *International Journal of Women's Health*, 8, pp. 389–395. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s106227>
- Wilhelm, S., Phillips, K.A. y Steketee, G. (2013). *Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. The Guilford Press.
- Winch, C.J., Sherman, K.A., Smith, K.M., Koelmeyer, L.A., Mackie, H. y Boyages, J. (2016). You're naked, you're vulnerable: sexual well-being and body image of women with lower limb lymphedema. *Body Image*, 18, pp. 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.002>

## **ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

### **FICHA DE DATOS PERSONALES**

Apellidos y nombre:

Teléfono:

Email:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

¿Tiene hijos?:

¿Cuántos?:

Edades:

¿Con quién está viviendo actualmente?:

Estudios:

Profesión:

Situación laboral (puesto que desempeña, ama de casa, desempleada ...):

¿Qué patología padece (linfedema, lipedema, ambas...)?:

¿Cuándo fue diagnosticada?:

¿Ha recibido alguna intervención quirúrgica debido a su patología? ¿Cuándo (año)?:

¿Está pendiente de recibir alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo?:



¿Recibe algún tratamiento relacionado con el linfedema/lipedema? ¿Cuál/es y con qué periodicidad?

Otros datos que el paciente considere de interés:

### **CUESTIONARIO S-EDE-Q**

**(Peláez-Fernández, 2003)**

#### **CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN**

**Instrucciones:** Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al **ÚLTIMO MES O A LOS ÚLTIMOS TRES MESES**.

Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

Recuerda que este cuestionario es anónimo.

<b>¿Cuántos días en los pasados 28 días ....?</b>	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influ-	0	1	2	3	4	5	6

ya en tu silueta o peso?							
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6.. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6

11. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
<b>EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:</b>							
15. ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)?	0 - Ninguna vez 1 - Alguna vez 2 - Menos de la mitad de las veces 3 - La mitad de las veces 4 - Más de la mitad de las veces 5 - La mayoría de las veces 6 - Siempre						

16. ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias?    0 – No        1 – Sí

En caso afirmativo:

17. ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta?

---

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías?

---

19. ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias?

0 – No      1 - Sí

En caso afirmativo:

20. ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios? \_\_\_\_\_

21. ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso? 0 – No      1 – Sí

En caso afirmativo:

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

23. ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0 – No      1 – Sí

En caso afirmativo:

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

25. ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0 – No      1 – Sí

En caso afirmativo:

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

27. ¿Has realizado ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso? 0 – No      1 – Sí

En caso afirmativo:

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? \_\_\_\_\_

En los últimos 3 meses...	Nada en absoluto	Levemente		Moderadamente		Marcadamente	
	0	1	2	3	4	5	6
29. ¿Ha influido tu peso en cómo	0	1	2	3	4	5	6

te has juzgado a ti mismo/a como persona?							
30. ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0 – No      1 - Sí

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación? 1 mes; 2 meses; 3 meses; Más de 3 meses

## **Corrección del S-EDE-Q:**

ÍTEMS DE ACTITUD: Subescalas. Cálculo:

Restraint (R) Media de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5

Eating Concern (EC) Media de los ítems: 6, 7, 9, 15, 34

Shape Concern (SC) Media de los ítems: 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35, 36

Weight Concern (WC) Media de los ítems: 11, 14, 29, 31, 32

Global Score (GS) Media de las subescalas: R, EC, SC, WC

Significancia clínica: Puntuaciones  $\geq 4$  en cada subescala

ÍTEMS CONDUCTUALES: Ocurrencia de la conducta:

Alguna conducta de dieta, 2:  $\geq 1$

Algún episodio de sobreingesta objetiva, 17:  $\geq 1$

Algún episodio de sobreingesta subjetivo, 20:  $\geq 1$

Algún episodio de vómito auto-inducido, 22:  $\geq 1$

Algún episodio de abuso de laxantes, 24:  $\geq 1$

Algún episodio de abuso de diuréticos, 26:  $\geq 1$

Algún episodio de ejercicio excesivo, 28:  $\geq 1$

Conductas regulares de dieta, 2:  $\geq 3$

Episodios regulares de sobreingesta objetiva, 17:  $\geq 2$

Episodios reguñares de sobreingesta subjetivos, 20:  $\geq 2$

Episodios regulares de vómitos autoinducidos, 22:  $\geq 2$

Episodios regulares de abuso de laxantes, 24:  $\geq 2$

Episodios regulares de abuso de diuréticos, 26:  $\geq 2$

Episodios regulares de ejercicio excesivo, 28:  $\geq 5$

Peláez-Fernández, M.A. (2003). *Eating Disorder Examination Questionnaire-Spanish Version (S-EDE-Q)*. [https://psiquiatria.com/trabajos/usr\\_649245308.pdf](https://psiquiatria.com/trabajos/usr_649245308.pdf)

Peláez-Fernández, M.A. (2004) *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la Comunidad de Madrid* [Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid]. <http://eprints.u-cm.es/tesis/psi/ucm-t26738.pdf>.

**Body image anxiety scale BIAS**  
**Escala de ansiedad ante la imagen corporal**

(Reed et al., 1990)

**Rasgo**

Las frases que va a leer a continuación quieren describir hasta qué punto se siente ansioso, tenso o nervioso en general acerca de su cuerpo o de partes específicas de su cuerpo.

Por favor lea cada afirmación y escoja la respuesta que mejor indique cómo se siente en general. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas.

0 nunca; 1 raramente; 2 algunas veces; 3 a menudo; 4 casi siempre

En general me siento ansioso/a, tenso/a, nervioso/a acerca de:

1. Mi sobrepeso
2. Mis caderas
3. Mis nalgas
4. Mis muslos
5. Mi abdomen
6. Mis piernas
7. Mi cintura
8. Mi tono muscular
9. Mis orejas
10. Mis labios
11. Mis muñecas
12. Mis manos
13. Mi frente
14. Mis barbilla
15. Mis pies

## Estado

Las frases que va a leer a continuación quieren describir hasta qué punto se siente ansioso, tenso o nervioso ahora acerca de su cuerpo o de partes específicas de su cuerpo mientras se imagina en la situación que se describe.

Por favor lea cada afirmación y escoja la respuesta que mejor indique cómo se sentiría si usted estuviera en la situación descrita. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas.

0 nunca; 1 raramente; 2 algunas veces; 3 a menudo; 4 casi siempre

Ahora mismo me siento ansioso/a, tenso/a, nervioso/a acerca de:

16. Mi sobrepeso
17. Mis caderas
18. Mis nalgas
19. Mis muslos
20. Mi abdomen
21. Mis piernas
22. Mi cintura
23. Mi tono muscular
24. Mis orejas
25. Mis labios
26. Mis muñecas
27. Mis manos
28. Mi frente
29. Mis barbilla
30. Mis pies

Imáginese:

- a) En la playa llevando traje de baño, a punto de entrar en el agua solo, mientras que la arena está llena de gente observándole
- b) Paseando por el mercadillo
- c) Está en casa relajado mirando la televisión en la que emiten su programa favorito



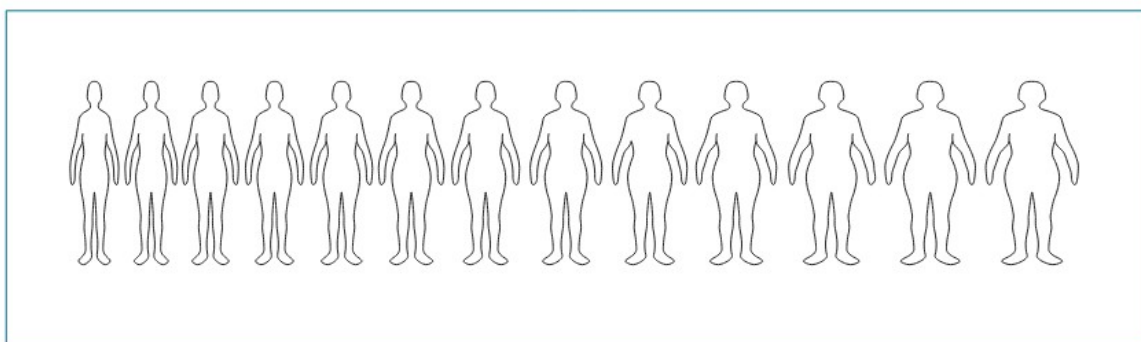
Raich, R.M. (2000). *Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide.

Versión en inglés: Thompson (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Pergamon Press.

### **Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner**

**(Gardner et al., 1999)**

**Instrucciones:** señale a continuación rodeando con un círculo la silueta que refleje su figura **real** corporal en estos momentos y por otro lado señale rodeando con un círculo la silueta que refleje la figura que **desearía** tener en estos momentos.



Rodriguez, M.A., Beato, L., Rodriguez, T. y Martínez-Sanchez, F. (2003). Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas españolas de psiquiatría*, Mar-Apr, 31 (2). 59-64.

Disponible para imprimir en:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Escala de Evaluacixn de la Imagen Corporal de Gardner.pdf>

### **Escala Yale-Brown modificada para el trastorno dismórfico**

**(Phillips, 1996)**

1. Tiempo que emplea en pensar en su defecto corporal: ¿Cuánto tiempo pasa pensando en su defecto (cara, nariz, pelo, piel, pecho, genitales, manos...)?

0 nada

1 poco (menos de 1 hora al día)

2 moderadamente (1-3 horas al día)

3 severo (más de tres horas al día)

4 extremado (más de 8 horas al día)

2. Interferencia debida a los pensamientos sobre el defecto corporal: ¿Hasta qué punto los pensamientos acerca de su defecto corporal interfieren en su trabajo o comportamiento social? ¿Hay cosas que no las puede hacer por ello?

0 nada

1 poco, ligera interferencia

2 moderada, interferencia pero manejable

3 severa

4 extrema e incapacitante

3. Malestar asociado con los pensamientos acerca del defecto corporal:

0 ninguno

1 poco perturbador

2 moderado perturbador

3 severo y muy perturbador

4 extremo, incapacitante malestar

4. Resistencia a los pensamientos sobre el defecto corporal: ¿Hasta qué punto trata de resistir sus pensamientos y/o de distraerse de ellos? (señale solamente el esfuerzo realizado para resistirlos, no si lo consigue o no).

0 Realiza un esfuerzo y siempre consigue resistirlos o bien son tan mínimos que ni siquiera requiere un esfuerzo para resistir ante los pensamientos

1 la mayor parte del tiempo trata de resistirlos

2 hace algún esfuerzo para resistirlos

3 la mayor parte del tiempo se abandona a los pensamientos, pero con alguna resistencia

4 se abandona a estos pensamientos

5. Grado de control sobre los pensamientos acerca del defecto corporal: ¿Hasta qué punto tiene control sobre sus pensamientos acerca del defecto corporal. Hasta qué punto consigue pararlos o distraerse de ellos?.

0 completo control o no hay necesidad de control porque los pensamientos son mínimos

1 mucho control, la mayoría de las veces es capaz de pararlos o distraerse de ellos con un poco de esfuerzo o concentración

2 control moderado, a veces es capaz de pararlos distraerse de ellos

3 poco control, la mayoría de las veces no es capaz de pararlos o solo con mucho esfuerzo o concentración puede distraerse de ellos.

4 ningún control, se experimenta como algo involuntario, muy raramente se ve capaz de dejar de prestarles atención aunque sea momentáneamente.

6. Tiempo dedicado a actividades relacionadas con el defecto corporal: ¿Cuánto tiempo dedica a actividades relacionadas con su preocupación sobre la apariencia o el defecto corporal (como mirarse al espejo, tratar de disimularlo, consultas o visitas al cirujano, etc.)?

0 nada

1 poco (menos de 1 hora al día)

2 moderadamente (1-3 horas al día)

3 severo (más de 3 horas al día)

4 extremado (más de 8 horas al día)

Lista de actividades que realiza:

Mirarse al espejo u otras superficies

Repasar y seleccionar ropa que ponerse

Actividades de autocuidado

Maquillarse

Camuflar el defecto con ropas u otras argucias

Controlar la apariencia de los demás o compararse

Preguntar a los otros acerca de la apariencia

Tocar

Otras:

7. Interferencia debida a las actividades relacionadas con el defecto corporal: ¿Hasta qué punto las actividades a que nos hemos referido interfieren en su vida social o de trabajo? ¿Hay alguna cosa que no hace por ello?

0 ninguna

1 poca, ligera interferencia en la vida social u ocupacional

2 moderada interferencia

3 severa interferencia

4 extrema e incapacitante interferencia

8. Malestar asociado con los comportamientos que lleva a cabo por el defecto corporal:

¿Hasta qué punto se siente mal si no puede realizar estas actividades? ¿hasta qué punto se sentiría perturbado?

0 en absoluto

1 poco o no perturbado si no puede realizar la conducta o cuando la está realizando

2 moderado o perturbado

3 severo y muy perturbado

4 extremo e incapacitante

9. Resistencia a las compulsiones: ¿Hasta qué punto se esfuerza para no realizar estas actividades?

0 Realiza un esfuerzo y siempre consigue resistirse o bien son tan mínimas que ni siquiera requiere su esfuerzo para resistirlas

1 la mayor parte del tiempo trata de resistirlas

2 hace algún esfuerzo para resistirlas

3 la mayor parte del tiempo se abandona a estas actividades, pero con alguna resistencia

4 se abandona a estas actividades

10. Grado de control sobre los comportamientos compulsivos: ¿Hasta qué punto es fuerte la tendencia a realizar las actividades? ¿Qué control tiene sobre ellas?

0 completo control o no hay necesidad de control porque la presión a realizarlas es mínima

1 mucho control, experimenta presión para realizarlas pero la mayoría de las veces es capaz de no llevarlas a cabo

2 control moderado, a veces es capaz de pararlas o distraerse de ellas

3 poco control, fuerte presión para llevar a cabo la conducta, puede controlarse sólo con dificultad

4 ningún control, se experimenta como algo involuntario y dominante, muy raramente se ve capaz de retrasar la actividad

## 11. Comprensión o conciencia del problema:

¿Es posible que su defecto se note menos o sea menos feo de lo que usted piensa que es?

¿Hasta qué punto está convencido de que esta parte de su cuerpo es tan poco atractiva como usted piensa?

¿Hay alguien que puede convencerle de que no se ve tanto?

0 conciencia clara, es capaz de pensar racionalmente

1 buena comprensión del problema, rápidamente es capaz de ver su absurdidad o la irracionalidad de sus pensamientos o conductas, pero no parece convencido del todo de que solamente sea una cuestión de ansiedad.

2 comprensión moderada del problema. Presenta resistencia a admitir que sus pensamientos y conductas son irracionales pero oscila. Pueden existir miedos irrales, pero no convicciones fijas.

3 poca comprensión del problema. Mantiene que sus pensamientos o conductas no son irracionales.

4 no tiene conciencia del problema. Delirante, está absolutamente convencido de que las preocupaciones y la conducta son irracionales. No responde a la evidencia contraria

12.Evitación: ¿Ha estado usted evitando hacer alguna cosa, ir a algún sitio o estar con alguien a causa de su defecto corporal? (Si contesta sí, ¿hasta qué punto evita estas situaciones?)

0 no hay evitación deliberada

1 evitación mínima

2 evitación moderada

3 severa, evita casi siempre

4 evitación extrema, el paciente evita casi todas las actividades

Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dismorphic disorder*. Oxford University Press.

## Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF)

(Giraldo-O'Meara y Belloch, 2017)

Este cuestionario recoge un listado de **intrusiones mentales**, es decir, pensamientos, sensaciones, imágenes o impulsos, molestos o desagradables, sobre **defectos en nuestro aspecto físico**. La mayoría de nosotros hemos tenido alguna vez estas intrusiones.

Se llaman «intrusiones» porque **invaden nuestra mente** en contra de nuestra voluntad, e **interrumpen** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En muchas ocasiones puede ser **difícil controlarlas**, es decir quitarlas de la mente, pararlas, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos. Además, resultan **molestas, desagradables**, y en ocasiones hasta **inaceptables**, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o simplemente porque nos parecen inoportunas.

Estas intrusiones mentales se pueden experimentar como:

**1. Imágenes**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente

**2. El impulso o la necesidad imperiosa y urgente** de hacer o decir algo

**3. Pensamientos**

**4. Sensaciones**

No se trata de **preocupaciones** a las que damos vueltas, sino de «**pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos intrusos**», que aparecen de pronto en nuestra mente, como una especie de «**flashes**» breves y molestos.

Nos interesa saber si tú has experimentado también estas **intrusiones mentales sobre defectos en tu aspecto físico**, y con qué frecuencia.

PARTE 1						
Así porque sí, sin venir a cuento, se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos desagradables como éstos:						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca he tenido esta intrusión	Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	Tengo esta intrusión varias veces al año	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	Tengo esta intrusión varias veces al día

	<i>Frecuencia</i>
Algo de mi aspecto físico me hace horroroso	
Estoy deformado/a	
Mi cuerpo funciona mal (mal olor, sudor, mal aliento, flatulencias, grasa en la cara, las manos, el pelo...)	
Tengo que tapar o disimular este defecto como sea (maquillarme, usar otra ropa, ir a la peluquería...)	
Tengo que encontrar una postura para esconder mi defecto	
<b><i>Cuando me miro en el espejo, o me veo reflejado/a en algún sitio (escaparates, cristales, etc...), o me veo en fotografías, vídeos, etc. se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos desagradables como éstos:</i></b>	
	<i>Frecuencia</i>
Mi aspecto físico es horroroso	
Tengo un defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas...) horrible, asqueroso	
Se me nota mucho el defecto (nariz, orejas, manos, sudor, aspecto grasiento, granos...)	
Con este defecto no puedo salir en ninguna foto	
Me gustaría saber cómo retocar mis fotos para tapar mi defecto	
He de buscar un cirujano o un dermatólogo para que me arregle esto	
He de hacer algo para quitarme este defecto	
<b><i>Cuando estoy con otras personas, conocidas o no, ya sea en espacios cerrados (restaurantes, trabajo, gimnasio...) o al aire libre (parques, playa, campo...). Se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones como éstos:</i></b>	
	<i>Frecuencia</i>
Cualquiera de estas personas tiene mejor aspecto que yo	
Se nota mucho mi defecto físico (nariz, boca, cabello, piel, músculos, orejas, genitales...)	
Quisiera preguntar cómo me ven	

Se están fijando en mi defecto	
Están hablando de mi aspecto	
Me gustaría preguntar qué hacen para mejorar su apariencia	
Se me nota mucho el defecto. Tendría que haberme vestido o maquillado de otra forma	
Tengo que taparme lo más posible para ocultar mi defecto	
<b>Cuando tengo contacto físico con alguien de mi familia, de mis amigos, o mi pareja, se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones como éstos:</b>	
	<b><i>Frecuencia</i></b>
Se nota mucho mi defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas...)	
Me está mirando el defecto, lo nota	
Me entran ganas de «despegarme»/ separarme	
No puedo hacer nada para disimular mi defecto físico	
Se está dando cuenta de que hay algo en mi cuerpo que funciona mal (huelo mal, sudo mucho, me huele el aliento...)	
Tengo que encontrar una postura que disimule o esconda mi defecto	
No puedo seguir así. He de hacer algo para quitarme este defecto	
<b><i>Otras intrusiones que he tenido sobre algún defecto físico</i></b>	
	<b><i>Frecuencia</i></b>

## PARTE 2

Ahora fíjate por favor en las intrusiones de la **lista anterior que hayas experimentado en los tres últimos meses. Si no has experimentado ninguna, aquí finaliza el cuestionario.**

Decide cuál de esas intrusiones es la más **MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te afecta cuando la tienes, y anótala a continuación



La intrusión que me resulta más molesta, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es esta (escríbela):

**Las siguientes preguntas están relacionadas únicamente con esta intrusión que has elegido como la más molesta. Por favor señala el número que mejor refleja tu experiencia.**

<p>1. ¿CUÁNTO te MOLESTA esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me molesta nada</p> <p><input type="checkbox"/> Es algo molesta</p> <p><input type="checkbox"/> Es bastante molesta</p> <p><input type="checkbox"/> Es muy molesta</p> <p><input type="checkbox"/> Es extremadamente molesta</p>	<p>2. ¿Te sientes ANSIOSO/A, NERVIOSO/A, ANGUSTIADO/A, cuando tienes esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento</p>
<p>3. ¿Te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente triste</p>	<p>4. ¿Te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento nada culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente culpable</p>
<p>5. ¿Te AVERGUENZA tener esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento avergonzado/a</p>	<p>6. ¿Te resulta difícil controlar la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p>

<input type="checkbox"/> Me siento algo avergonzado/a <input type="checkbox"/> Me siento bastante avergonzado/a <input type="checkbox"/> Me siento muy avergonzado/a <input type="checkbox"/> Me siento extremadamente avergonzado/a	<input type="checkbox"/> No me resulta difícil controlarla o dejar de pensar en ella <input type="checkbox"/> Me resulta algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella <input type="checkbox"/> Me resulta bastante difícil controlarla o dejar de pensar en ella <input type="checkbox"/> Me resulta muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella <input type="checkbox"/> Me resulta extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella
<p>7. ¿CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <input type="checkbox"/> No lo consigo en absoluto <input type="checkbox"/> Lo consigo algo <input type="checkbox"/> Lo consigo bastante <input type="checkbox"/> Lo consigo mucho <input type="checkbox"/> Lo consigo del todo	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración o lo que estés haciendo cuando la tienes?</p> <input type="checkbox"/> No interrumpe mi concentración <input type="checkbox"/> Interrumpe algo mi concentración <input type="checkbox"/> Interrumpe bastante mi concentración <input type="checkbox"/> Interrumpe mucho mi concentración <input type="checkbox"/> Interrumpe completamente mi concentración
<p>9. Esa intrusión, ¿crees que solo por el hecho de tenerla es IMPORTANTE?</p> <input type="checkbox"/> No lo creo en absoluto <input type="checkbox"/> Lo creo algo <input type="checkbox"/> Lo creo bastante <input type="checkbox"/> Lo creo mucho <input type="checkbox"/> Lo creo totalmente	<p>10. ¿Crees que la intrusión REVELA o DICE algo importante sobre ti, sobre quién eres?</p> <input type="checkbox"/> No creo que revele o diga nada sobre mí <input type="checkbox"/> Creo que revela o dice algo sobre mí <input type="checkbox"/> Creo que revela o dice bastante sobre mí <input type="checkbox"/> Creo que revela o dice mucho sobre mí <input type="checkbox"/> Creo que revela o dice algo muy importante sobre mí
<p>11. Cuando tienes la intrusión, ¿Te sientes RES-</p>	<p>12. Cuando tienes la intrusión ¿es IMPOR-</p>

<p>PONSABLE de impedir o prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con ella?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente responsable</p>	<p>TANTE para ti CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p><input type="checkbox"/> No es importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es algo importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es bastante importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es muy importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es extremadamente importante para mí controlarla</p>
<p>13. Cuando tienes la intrusión, ¿te parece AMENAZANTE, PELIGROSA para ti?</p> <p><input type="checkbox"/> No me parece que sea en absoluto amenazante o peligrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es algo amenazante o peligrosa para mi</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es bastante amenazante o peligrosa para</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es muy amenazante o peligrosa para mi</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es completamente amenazante o peligrosa</p>	<p>14. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto hace que te sientas INSEGURO/A, que te plantees DUDAS SOBRE TI MISMO/A o sobre circunstancias de la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> No hace que me sienta inseguro/a ni tener dudas para mi</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta un poco inseguro/a, con algunas dudas</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta bastante inseguro/a, con dudas</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta muy inseguro/a, me plantea muchas dudas sobre mi</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta extremadamente inseguro/a, me hace</p>
<p>15. Cuando tienes la intrusión, ¿te molesta porque significa que no eres PERFECTO/A?</p> <p><input type="checkbox"/> No me molesta porque significa que que no soy perfecto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesta algo porque significa que no soy perfecto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesta bastante porque significa que no</p>	<p>16. Cuando tienes la intrusión, ¿crees que por tenerla es MÁS PROBABLE que te suceda algo malo a ti o a otras personas?</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que suceda nada malo por tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es algo probable que suceda algo malo por tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es bastante probable que suceda</p>

soy perfecto/a <input type="checkbox"/> Me molesta mucho porque significa que no soy perfecto/a <input type="checkbox"/> Me molesta extremadamente porque significa que no soy perfecto/a	algo malo por tenerla <input type="checkbox"/> Creo que es muy probable que suceda algo malo por tenerla <input type="checkbox"/> Creo que es absolutamente probable que suceda algo malo por tenerla
17. ¿Crees que es INMORAL tener esta intrusión?  <input type="checkbox"/> No creo en absoluto que sea inmoral tenerla <input type="checkbox"/> Creo que es algo inmoral tenerla <input type="checkbox"/> Creo que tenerla es bastante inmoral <input type="checkbox"/> Creo que es muy inmoral tenerla <input type="checkbox"/> Creo que tenerla es absolutamente inmoral	

### PARTE 3

A continuación hay una lista con diferentes estrategias que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para **afrentar la intrusión que has seleccionado antes como la más molesta**.

**0: Nunca uso** esta estrategia

**1: Raramente uso** esta estrategia

**2: A veces uso** esta estrategia

**3: A menudo uso** esta estrategia

**4. Siempre uso** esta estrategia

**Las siguientes preguntas están relacionadas con la intrusión que has elegido antes como la más molesta.**

1. Me distraigo pensando en otra cosa	0 1 2 3 4
2. Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0 1 2 3 4
3. Intento crear o provocar otro pensamiento o imagen que yo sé que contrarresta	0 1 2 3 4

el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	
<b>Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:</b>	
4. Lavar o limpiar	0 1 2 3 4
Comprobar	0 1 2 3 4
Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0 1 2 3 4
Ordenar cosas	0 1 2 3 4
Tocarme, mirarme, observarme detenidamente	0 1 2 3 4
Pregunto su opinión a alguien en quien confío	0 1 2 3 4
Me hago una foto	0 1 2 3 4
5. Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido,	0 1 2 3 4
6. Intento buscar alguna explicación a la aparición de la intrusión	0 1 2 3 4
7. Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0 1 2 3 4
8. Trato de convencerme de que todo está bien	0 1 2 3 4
9. Me digo a mí mismo: «para», «no pienses más», «déjalo ya»,...	0 1 2 3 4
10. No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0 1 2 3 4
11. Trato de relajarme	0 1 2 3 4
12. Me riño a mí mismo por tener esa intrusión	0 1 2 3 4
13. Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión (por ejemplo, evito ir a sitios, estar con ciertas personas, hacer ciertas cosas..., etc.)	0 1 2 3 4
14. Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0 1 2 3 4
15. Intento centrarme en otras preocupaciones	0 1 2 3 4
16. Si puedo, hago caso a lo que me dice la intrusión	0 1 2 3 4
17. Intento aislarme, ocultarme de los demás	0 1 2 3 4
18. Comparo mi aspecto con el de otras personas	0 1 2 3 4
19 Otras cosas (indica cuáles):	0 1 2 3 4
<i>Giraldo-O'Meara, M. &amp; Belloch, A. (2016). European Journal of Psychological Assessment. Correo-e: amparo.belloch@uv.es; martha.giraldo@uv.es. Grupo I'TOC, www.itoc.info</i>	

## **ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (1960)**

Items	Valoración	
1. Humor deprimido. (Tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0. Ausente.	0
	1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.	1
	2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.	2
	3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.	3
	4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.	4
2. Sensación de culpabilidad.	0. Ausente.	0
	1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.	1
	2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.	2
	3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.	3
	4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.	4
3. Suicidio.	0. Ausente.	0
	1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.	1
	2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.	2
	3. Ideas de suicidio o amenazas.	3
	4. Intentos de suicidio (cualquier intento sería clasificado 4).	4
4. Insomnio precoz.	0. No tiene dificultad para dormirse.	0
	1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.	1
	2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.	2
5. Insomnio medio.	0. No hay dificultad.	0
	1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.	1
	2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).	2
6. Insomnio tardío.	0. No hay dificultad.	0
	1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.	1
	2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	2
	0. No hay dificultad.	0
	1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.	1

7. Trabajo y actividades.	<p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifiesto directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad.</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>		
8. Inhibición. (Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).	<p>0. Palabra o pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>		
9. Agitación	<p>0. Ninguna.</p> <p>1. “Juega” con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc..</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>		
10. Ansiedad psíquica.	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla.</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>		
11. Ansiedad somática.	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="470 1227 702 1597"> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Severa.</p> <p>4. Incapacitante.</p> </td> <td data-bbox="702 1227 1244 1597"> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrointestinales -boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.</li> <li>- Cardiovasculares – palpitaciones, cefalalgias.</li> <li>- Respiratorios -hiperventilación, suspiros.</li> <li>- Frecuencia urinaria.</li> <li>- Sudoración.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Severa.</p> <p>4. Incapacitante.</p>	<p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrointestinales -boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.</li> <li>- Cardiovasculares – palpitaciones, cefalalgias.</li> <li>- Respiratorios -hiperventilación, suspiros.</li> <li>- Frecuencia urinaria.</li> <li>- Sudoración.</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Severa.</p> <p>4. Incapacitante.</p>	<p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrointestinales -boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.</li> <li>- Cardiovasculares – palpitaciones, cefalalgias.</li> <li>- Respiratorios -hiperventilación, suspiros.</li> <li>- Frecuencia urinaria.</li> <li>- Sudoración.</li> </ul>			
12. Síntomas somáticos gastrointestinales.	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. Dificultad de comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>		
13. Síntomas somáticos generales.	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dosalgias, cefalalgia, algias musculares.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>		

	Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica 2.		
14. Síntomas genitales.	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como:  - Pérdida de libido. - Trastornos menstruales.	0 1 2 3
15. Hipocondría.	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondriacas.		0 1 2 3 4
16. Pérdida de peso. (Completar A o B).	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración). 0. No hay pérdida de peso. 1. Probablemente pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).		0 1 2
	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes). 0. Pérdida de peso inferior a 500g. en una semana. 1. Pérdida de más de 500g. en una semana. 2. Pérdida de más de 1kg. en una semana. Por término medio.		0 1 2
17. Insight. (Conciencia de sí mismo).	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo.		0 1 2
Suma total puntuaciones:			

Ramos-Brieva, J.A. y Cordero-Villafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 22 (1). 21-28. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(88\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(88)90024-6).

<https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

### **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1979)**

**NOMBRE:**

**TERAPEUTA:**

**FECHA:**

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:



<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	Valoración
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo

	4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.

Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca. Disponible en:

[https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Escala\\_de\\_Autoestima\\_RSES.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Escala_de_Autoestima_RSES.pdf)

### **ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF**

**(Lucas, 2011)**

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara a unas preguntas sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo:                      HOMBRE                                      MUJER

¿Cuándo nació?:      DÍA                                      MES                                      AÑO

¿Qué estudios tiene?: NINGUNO                                      PRIMARIOS

MEDIOS                                      UNIVERSITARIOS

¿Cuál es su estado civil?      Soltero/a      Separado/a      Casado/a      Divorciado/a

En pareja      Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a?      Sí                                      No

Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que es?

---



---



---

Enfermedad/Problema

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué

respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	<b>4</b>	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo o tache el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho está					

	con su salud?	1	2	3	4	5
--	---------------	---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a					

	está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---

---

**GRACIAS POR SU AYUDA**

Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M.J. (2011). Suitability of the WHOQOL-Bref and Whoqol-Old for Spanish Older Adults. *Aging & Mental Health*, 15 (5). 595–604. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2010). *Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF*. <https://escala-de-calidad-de-vida-whoqol-bref.pdf>

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Solicitamos responda estas preguntas marcando sus respuestas con un círculo. Gracias.

1. En general, ¿cómo calificaría la atención psicológica recibida?

MUY BUENA      BUENA      REGULAR      MALA      MUY MALA

2. La relación establecida con la psicóloga ha sido:

MUY BUENA      BUENA      REGULAR      MALA      MUY MALA

3. Describiría el proceso de acompañamiento y apoyo psicológico recibido como:

MUY BUENO      BUENO      REGULAR      MALO      MUY MALO

4. Cree que la orientación y respuesta a sus dudas por parte de la psicóloga ha sido:

MUY BUENA      BUENA      REGULAR      MALA      MUY MALA

5. Siente que después del apoyo psicológico recibido sus síntomas psicológicos (angustia, depresión, ansiedad, con respecto a la imagen corporal):

HAN DISMINUIDO      SE MANTIENEN IGUAL      HAN AUMENTADO

6. ¿Recomendaría el programa recibido a otra persona que esté viviendo una situación similar a la suya (problemas con la imagen corporal)?

SI      NO

7. Si tiene alguna sugerencia para mejorar la atención psicológica recibida en el programa, por favor escríbala a continuación:

**MUCHAS GRACIAS**



## ANEXO 2: FICHA INFORMATIVA PARA LA ASOCIACIÓN

*Esta ficha se envía por correo electrónico (por la Asociación) para informar de la puesta en marcha del programa y reclutar a las participantes. A su vez se utiliza para la primera sesión de evaluación en la que se explican los puntos importantes del tratamiento y se resuelven dudas.*

### ***Programa para la imagen corporal, Mi imagen es mía***

Este programa nace a raíz de la experiencia de trabajo para la Asociación Agadelprise, asociación de la que formas parte, y como trabajo de fin de máster del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad del País Vasco, trabajo que ha sido dirigido por la profesora Karnele Salaberría y que se gestó durante el curso 2021-2022.

Para poder plantear este programa que se presenta a continuación, primero se han estudiado las problemáticas que tenéis que hacer frente como mujeres con linfedema o lipedema, y una de ellas muy recurrente es el problema que puede surgir con la imagen corporal, el sentirse mal con el propio cuerpo, y que puede generar sentimientos de frustración, tristeza, ansiedad, perjudicando la autoestima y la calidad de vida. Sin duda el lipedema y linfedema son dos trastornos que afectan directamente a vuestro cuerpo; pero, independientemente de esto, las sensaciones que pueden aparecer con respecto a cómo sentimos nuestro cuerpo en ocasiones son negativas y hacen sufrir.

Este programa pretende ayudar a mejorar la imagen corporal, a partir de la idea de que lo importante no es cambiar nuestra apariencia sino nuestra percepción sobre nuestra apariencia. Esta idea al principio puede chocar, porque lo que suele ser habitual es querer cambiar lo que no nos gusta, modificar nuestra apariencia física, bien escondiéndola con maquillaje y ropas, o con tratamientos médicos; y más en una sociedad como la actual, donde se da tanta importancia a nuestro aspecto. Con este programa tratamos de aprender a convivir con nuestro cuerpo desde otro punto de vista, aceptándolo aunque nos produzca sentimientos contrariados, algo que en ocasiones no es fácil.

El Programa de imagen corporal – Mi imagen es mía – es un tratamiento psicológico grupal. Está basado en los tratamientos para la imagen corporal que han mostrado ser eficaces, utilizando las técnicas psicológicas más útiles. El programa consta de dos sesiones de evaluación (la primera de 2 horas y la segunda de 1 hora) y 10 sesiones de tratamiento (cada sesión dura dos horas y se llevan a cabo una vez a la semana). El grupo lo constituyen seis personas como máximo, todas socias de AGADELPRISE; se trata de un grupo pequeño, importante para crear un clima de confianza y que facilita el poder atender adecuadamente a cada una de las participantes.

El tratamiento no supone ningún coste añadido a la cuota de socias, y se puede abandonar cuando se quiera si surge cualquier imprevisto o por otros motivos.

Parte fundamental de la intervención son las sesiones de evaluación. En estas se responde a preguntas personales, se recogen datos y se rellenan cuestionarios para evaluar si existen sentimientos de ansiedad, de tristeza, para conocer la relación con nuestro cuerpo, la autoestima y la calidad de vida. Las sesiones de evaluación se realizan de forma individual antes de empezar el tratamiento, y al terminar las 10 sesiones grupales, a los tres meses, seis meses y al año, para saber si lo que hemos aprendido se mantiene en el tiempo.

Estas sesiones de evaluación son también importantes porque no solo queremos ofrecer el tratamiento, sino que queremos estudiar si realmente este tratamiento es el más adecuado o por lo menos si la mayoría de vosotras ha mejorado de forma general.

A continuación se describe brevemente el contenido de cada sesión:

#### Fase de evaluación:

**Primera sesión:** se cumplimentan unos cuestionarios y se responden a algunas preguntas para conocer distintos aspectos en relación a tu imagen corporal. La información obtenida ayudará a que podamos marcar unos objetivos específicos. Esta sesión se realiza de forma individual y tiene una duración aproximada de dos horas.

**Segunda sesión:** Se entregará un informe con los resultados de los cuestionarios, y se establecerán los objetivos a trabajar en el programa. Esta sesión será también individual y durará una hora.

#### Fase de Tratamiento:

**Sesión 1:** En esta primera reunión con el grupo, en primer lugar nos conoceremos, y después responderemos a: ¿Porqué tienes una imagen corporal negativa? Exploraremos esto en profundidad.

**Sesión 2:** Se trabajará sobre la construcción de la imagen corporal, las influencias pasadas son sólo una parte de tu imagen corporal, lo más importante se da en el presente, en lo que nos influye ahora y cómo actuamos y pensamos sobre ello. Lo vamos a explorar para poder entenderlo y comprender cómo funcionamos.

**Sesión 3:** vamos a aprender sobre atención plena (Mindfulness) y aceptación y cómo esto nos puede ayudar a manejar emociones negativas relacionadas con la imagen corporal.

**Sesión 4:** sientes lo que piensas y lo que piensas influye en lo que sientes. Lo que sientes sobre tu aspecto tiene una gran influencia sobre tus creencias, las interpretaciones y los patrones de pensamiento y viceversa. Lo estudiaremos y veremos como podemos “cambiar de idea”.

**Sesión 5:** no es fácil cambiar nuestros patrones de pensamiento, por lo que seguiremos trabajando en esta sesión con las técnicas que nos van a ayudar a poder hacerlo.

**Sesión 6:** seguiremos trabajando para aceptar nuestro cuerpo, aprendiendo a relajarnos y afrontando el sentir nuestro cuerpo sin que esto nos genere malestar.

**Sesión 7:** una imagen corporal negativa lleva a la gente a actuar para evitar los sentimientos negativos que genera. Estos comportamientos se llaman conductas evitativas y ayudan a minimizar las sensaciones de ansiedad en relación a nuestro cuerpo a corto plazo, pero en realidad lo que hacen es empeorar la situación. En esta sesión aprenderemos a entenderlo y se aprenderán estrategias para erradicar los patrones de evitación.

**Sesión 8:** en esta sesión continuaremos con el trabajo que hemos hecho en la anterior, ya que afrontar las conductas de evitación no es fácil y requiere práctica.

**Sesión 9:** aprenderemos a qué hacer con las conductas que hacemos automáticamente para fijarnos en partes de nuestro cuerpo y que nos alivian en el momento, pero que a la larga mantienen nuestra preocupación por el aspecto físico.

**Sesión 10:** aquí ya habremos llegado al final del programa. Veremos en esta última sesión las actividades placenteras que podemos hacer con nuestro cuerpo. Así mismo, el mejorar la imagen corporal no termina con el tratamiento, es una cuestión de vivir de otra manera, integrando lo aprendido aquí. Veremos cómo podemos aplicar a partir de ahora todo lo aprendido, para iniciar ese camino positivo de vivir sin estar de forma constante preocupadas por nuestra apariencia. Este paso nos va a enseñar a crear una relación de confianza y de disfrute de nuestro cuerpo.

Las técnicas psicológicas que se utilizan en el programa no suponen riesgo para la persona y tienen gran evidencia científica. Durante el programa, todo lo que se vaya ofreciendo a modo de materiales de lectura, etc. queda recogido en una página web creada para el programa para la que se proporcionará una clave de acceso. Además si se desea, se puede formar parte del grupo de WhatsApp de tratamiento (no es obligatorio) en el que se resuelven dudas entre sesiones. Se darán tareas entre sesiones para poner en práctica lo aprendido.

El objetivo es mejorar vuestro bienestar, calidad de vida, autoestima, y vuestra relación con vuestro cuerpo.

Esperamos que con esta ficha informativa se hayan podido aclarar las cuestiones más importantes, de manera que puedas tomar la decisión que creas mejor para ti. Si tienes más dudas puedes contactar con nosotras y estaremos encantadas de responder. Si te interesa participar puedes escribirnos a: ..... o llamar al número de teléfono:.....

Muchas gracias por tu tiempo.

Kathleen Phillips; Psicóloga General Sanitaria; **Colegiada GZ-02076**

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

En ..... con fecha ..... de ..... de .....

#### IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

D./Dña \_\_\_\_\_ Con DNI \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Nombre del profesional: Kathleen Phillips López

Titulación: Psicóloga general sanitaria

**Colegiado n.º: GZ-02076**

#### DESCRIPCIÓN DE LA ASISTENCIA PLANTEADA

Estás invitada a participar en un programa de mejora de la imagen corporal. Soy psicóloga general sanitaria, y este programa se realizó como trabajo de fin de Máster para la Universidad del País Vasco bajo la supervisión de la profesora Karmele Salaberria con el título “Linfedema y lipedema: una intervención grupal psicológica”.

Para poder llevar a cabo el programa se realizan varias sesiones de evaluación, en las que se recogen datos personales y se responden escalas psicológicas. La evaluación se realiza con la psicóloga responsable del programa en Txara I (Paseo Zarategui, 100, 20015 Donostia, Gipuzkoa), en un horario acordado previamente. Tras cada evaluación se ofrece un informe psicológico con los resultados, que se entrega de forma individual en una reunión con la psicóloga. Estas evaluaciones tienen lugar antes del tratamiento, una vez finalizado a las 10 semanas, a los tres meses, seis meses y al año. Esta información sirve para marcar objetivos individuales, ver si estos se han cumplido y analizar los resultados del programa.

El programa consiste en un tratamiento psicológico grupal que tiene lugar tras las sesiones de evaluación individual (una sesión individual de dos horas) y devolución de los resultados de la evaluación (sesión individual de una hora), dónde se marcan los objetivos terapéuticos. Las 10 sesiones restantes son semanales en grupo de 6 personas como máximo con una duración de dos horas y en ellas se trabajan los contenidos psicológicos con técnicas avaladas científicamente, y siempre teniendo en cuenta lo que supone tener un trastorno de lipedema y linfedema. Entre las sesiones se dan tareas para casa que se recomienda completar para obtener resultados satisfactorios. Como parte del seguimiento entre sesiones se ofrece la posibilidad de formar parte de un grupo de WhatsApp en el que participan la psicóloga y las personas que realizan el tratamiento grupal y que se atenderá en un horario determinado.



## ANEXO 4: DOCUMENTO PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

En cumplimiento del reglamento General de Protección en relación a los datos de carácter personal que va a proporcionar se informa al interesado de lo siguiente:

Responsable	Kathleen Phillips López
Finalidad	Gestión del contacto, gestión profesional, administrativa, de la intervención psicológica solicitada, así como el cierre de la misma. Remitirle comunicaciones e información sobre la intervención solicitada.
Legitimación	La propia intervención psicológica solicitada así como la relación contractual que se derive de la misma.
Destinatarios	Respecto del contacto y el servicio solicitado no se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, solicitar portabilidad de los mismos, oponerse al tratamiento y solicitar la limitación de éste.

#### 1.- IDENTIFICACIÓN Y DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE:

Kathleen Phillips López, es psicóloga general sanitaria con número de colegiado GZ02076 y domiciliado/a en \_\_\_\_\_, teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_; y responsable del tratamiento de sus datos personales.

En la presente política de privacidad se facilita información sobre el uso que Kathleen Phillips López realizará de sus datos personales.

#### 2.- INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	LEGITIMACIÓN	DESTINATARIOS	PLAZO DE CONSERVACIÓN
Gestionar la solicitud del servicio que realiza el interesado/a, el contacto, gestión	Atender la intervención psicológica requerida por el	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.	Mínimo 5 años desde el último episodio asistencial, según lo previsto en el Decreto

profesional, así como el cierre del mismo. Remítirle comunicaciones e información sobre el servicio solicitado.	interesado/a.		38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.
---	---------------	--	---

### 3.- EJERCICIO DE SUS DERECHOS:

A continuación le informamos de sus derechos respecto al tratamiento de sus datos:

- 1.- Derecho de acceso a sus datos personales para conocer el objeto de su tratamiento y las operaciones de tratamiento llevadas a cabo con ellos.
- 2.- Derecho de rectificación de cualquier dato personal inexacto.
- 3.- Derecho de supresión de sus datos personales, cuando esto sea posible.
- 4.- Derecho a solicitar la limitación del tratamiento de sus datos personales cuando la exactitud, la legalidad o la necesidad del tratamiento de los datos resulte dudosa, en cuyo caso, podremos conservarlos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- 5.- Derecho a la portabilidad de sus datos personales.
- 6.- Derecho de oposición al tratamiento de sus datos personales, salvo que exista una obligación legal de conservación.
- 7.- Derecho a la revocación de su consentimiento cuando lo desee.

Para ejercitar sus derechos podrá en cualquier momento y de forma gratuita dirigir un correo electrónico a [info@sinerabogados.com](mailto:info@sinerabogados.com), o presentar su solicitud en la presente dirección de contacto:

.....

### 4.- RECLAMACIONES:

Si considera que sus derechos no se han atendido debidamente, le informamos de que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Quedando informada, firma la presente en ..... a ... de ..... de .....

**Fdo**.....

*\*Documento adaptado que pone a disposición de los colegiados el Colegio Oficial de Psicólogos de Guipúzcoa.*

**ANEXO 5: TABLA DE OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DEL PROGRAMA**

<b>Objetivos</b>	<b>Procedimientos</b>
Conocer qué es la imagen corporal.	Psicoeducación: psicología de la apariencia, análisis de la historia personal con respecto a la imagen corporal, influencia del medio socio-cultural y familiar.
Conocer nuestra relación con nuestra imagen corporal.	Auto-registros.
Descubrir cómo la hemos construido.	Barrido corporal.
Conocer qué nos hace mantener una determinada imagen corporal.	Auto-registros.
Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo.	Técnicas de reestructuración cognitiva.
Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo.	Reestructuración cognitiva.
	Exposición.
	Auto-registros.
Afrontar situaciones difíciles en relación a nuestro cuerpo.	Exposición.
	Auto-registros.
Cambiar los comportamientos de evitación y rituales de comprobación y comparación.	Exposición.
	Supresión de rituales.
	Auto-registros.
Realizar actividades placenteras con el cuerpo.	Organizar actividades placenteras en las que el cuerpo tiene un papel positivo.
Mantener los logros conseguidos.	Análisis en grupo de los resultados del programa y cómo mantener los logros.

*Adaptado de Raich, R.M. (2000). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Pirámide. Páginas 149-150.*



## **ANEXO 6: CONTRATO TERAPÉUTICO**

Se especifican las condiciones generales del funcionamiento del grupo y se detallan una serie de compromisos que serán respetados por todas las partes para que el tratamiento se desarrolle de forma adecuada.

### **CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DE LA PSICÓLOGA**

1. Velar por la adecuación científica y profesional del programa de tratamiento.
2. Respetar la confidencialidad de los datos proporcionados por la participante y aquella información obtenida en cada una de las sesiones grupales.
3. Si se presentara alguna dificultad que requiera de un recurso diferente al presente, la psicóloga se compromete a informar de otros profesionales que se ajusten a las características particulares de la necesidad.

### **COMPROMISOS DE LA PARTICIPANTE**

1. Asistir de forma regular y puntual a las sesiones y avisar con antelación si no pudiera acudir.
2. Realizar las tareas entre sesiones indicadas y compartir en el grupo lo que crea oportuno para poder así cumplir con los objetivos de tratamiento y crear un clima de colaboración.
3. Respetar la confidencialidad de la información compartida con las otras personas en el grupo de tratamiento.
4. Guardar los turnos de palabra y mantener una actitud de respeto con respecto a las participantes del grupo.

**Fecha:**

**Firmas:**

Psicóloga

Participante

## ANEXO 7. MATERIAL PARA PACIENTES PRIMERA SESIÓN

### ¿Qué es la imagen corporal?

La imagen corporal es la percepción que tenemos en nuestra mente sobre nuestro cuerpo, algo que aunque no lo parezca es independiente de la apariencia física real. Hay personas que con una apariencia *normal* se sientan desfiguradas, incómodas con su propio cuerpo. Hay otras personas que aunque no respondan a los cánones de belleza actuales, es decir, el estar delgado, joven, fibroso... se sienten bien con su apariencia. Por lo tanto, la imagen corporal es una experiencia subjetiva y única, además de compleja.

¿Por qué vamos a dedicarle tiempo al tema de la imagen corporal en las sesiones? Porque se ha estudiado que una imagen corporal negativa puede influir sobre la calidad de vida, y en el caso de las mujeres con linfedema y lipedema, trastornos que impactan de forma directa en la apariencia, física, trabajar sobre la imagen corporal negativa puede ser de utilidad para sentirse mejor.

La imagen corporal se va adquiriendo, conformando desde la infancia y afecta a nuestras emociones, pensamientos, conductas y en nuestras relaciones con los demás, tanto en las relaciones más superficiales como en las más íntimas. La imagen corporal consta de tres componentes: 1) la parte perceptiva; 2) la parte cognitiva y 3) la parte conductual.

**1) La parte perceptiva** es la imagen mental, la representación que tenemos de nuestro cuerpo. Si os pido que cerréis los ojos e imaginéis vuestro cuerpo ¿cómo es?. En ocasiones, hay personas que imaginan su cuerpo con un tamaño y una forma, la plasman dibujándola y la diferencia entre la realidad y lo que una tiene en la mente es grande. Una persona con un problema de imagen corporal tiende a ver las zonas que no le gustan como más grandes, más deformadas, etc. de lo que en realidad son. Además, podemos tener una representación mental global del tamaño y la forma del cuerpo y representaciones muy precisas de zonas de nuestro cuerpo. Por ejemplo imaginaros que no os gusta vuestra nariz (¡es enorme!, pensáis): como consecuencia el tamaño o forma de esta zona se verá ampliado por este pensamiento. Por eso a veces nos sorprende que haya personas que nos dicen “yo no noto nada raro en X parte de tu cuerpo”, “yo te veo bien”, “estás igual que siempre”, y sin embargo vosotras no os sentís así. Nuestra percepción del cuerpo no es una fotografía, es algo subjetivo influido por las emociones y pensamientos, y se ha demostrado que las personas que tienen una imagen corporal negativa, deforman el tamaño o agrandan los defectos que creen tener. Seguro que os ha pasado que un día te ves bien en el espejo y otro día piensas que estás horrible y no ha habido cambios en la apariencia física. ¿Qué día tengo razón? El cuerpo es ante el espejo el mismo ambos días, pero no lo es nuestra percepción del mismo.

Algunas pensaréis que este no es vuestro caso, ya que el Linfedema y Lipedema es evidente y se ha desarrollado hasta tal punto que sí se *observa* desde fuera, pero esto no significa que los demás lo

vean tan negativamente como vosotras, ni que le concedan la importancia que para vosotras pueda tener.

Así, solemos percibir a los demás de forma global, no por zonas específicas y cuando nos fijamos mucho en determinadas partes corporales, lo hacemos porque normalmente esas zonas nos preocupan mucho. Cuando conoces a alguien, no es su nariz con la que hablas, es la persona en su conjunto con la que te relacionas, viendo a la persona como un todo, su cuerpo, su forma de ser, su forma de expresarse, etc. En cambio, cuándo se tiene un problema con la apariencia física es curioso como el todo desaparece y pasamos a sentirnos como unas piernas que no nos gustan, unos brazos con los que no estamos cómodas, o un trasero que no soportamos. Esto ocurre porque la percepción de la apariencia está afectada.

2) La parte **cognitivo-afectiva**: está basada en nuestras creencias y actitudes. Es decir cómo definimos nuestro cuerpo y cómo nos hablamos sobre él (soy fea, soy gorda, estoy deformada, soy asimétrica, soy horrible...). Es decir, lo que creemos que somos basándonos en nuestro cuerpo. Piensa un momento: ¿En base a qué términos te defines tú? ¿Qué dices de ti misma? ¿Qué palabras utilizas contigo misma? Los pensamientos y creencias que tenemos hacia el cuerpo son fruto de influencias sociales y en las mujeres el atractivo físico es importante, así lo considera la sociedad. El ser atractiva se relaciona directamente con tener otras capacidades: ser eficaz, ser buena en lo tuyo, ser competente en todas las áreas de la vida, etc. En cambio parece que si una mujer no cumple con los cánones de belleza establecidos (alejados del cuerpo normal y natural de las mujeres) tampoco será eficaz, competente... Así si tengo un problema de linfedema y lipedema, y no tengo el cuerpo proporcionado, soy una mujer perezosa, débil, torpe, poco productiva, etc., y como consecuencia me podré sentir triste, ansiosa, preocupada, frustrada, etc.

3) **La parte conductual**: una imagen corporal negativa afecta también a lo que hacemos en el día a día. Desde la ropa que nos ponemos, hasta todo un estilo de vida que incluye evitar situaciones en las que nos pueden observar y juzgar otras personas, y que hace que evitemos acudir a algunos sitios donde exponemos nuestro cuerpo, o hace que comprobemos nuestro cuerpo de forma constante tocando las partes que no nos gustan, midiendo nuestros miembros con los que no estamos a gusto, etc. Así podemos tender a evitar situaciones que nos incomodan en relación a nuestro cuerpo (piscina, playa, gimnasio, etc.) y por otro lado, podemos realizar conductas para compensar nuestro malestar, por ejemplo comprobamos nuestro cuerpo constantemente, lo tocamos, pellizcamos, medimos, nos miramos en el espejo, en los reflejos, nos comparamos con los demás, pasamos mucho tiempo maquillándonos y comprobando que estamos bien, nos cambiamos de ropa para encontrar la adecuada y dedicamos mucho tiempo a intentar encontrar la que disimula o mejora nuestra figura,

etc. Tanto lo que evitamos, como lo que hacemos para compensar nuestro malestar mantiene nuestra preocupación por el aspecto físico y nuestra apariencia.

### **¿Cuándo se convierte la preocupación por la imagen corporal en un problema?**

Cuando existe una preocupación con la imagen corporal ésta nos quita tiempo, energía y nos hace sentir mal, sentimos frustración, enfado, tristeza, vergüenza, de forma más o menos regular. Algunas de las características que nos pueden ayudar a saber si nuestra preocupación por la imagen corporal es un problema importante son las siguientes: a) la preocupación por la apariencia es excesiva, b) sentimos vergüenza en situaciones sociales donde creemos que nuestro cuerpo puede ser observado y evaluado, c) concedemos excesiva importancia a la apariencia a la hora de valorarnos, d) nos evaluamos de modo negativo atribuyéndolo a la apariencia, e) sentimos malestar al sentir que otros observan nuestro cuerpo, y f) evitamos actividades.

Para poder afrontar estos problemas existen tratamientos y programas terapéuticos que han sido estudiados y validados científicamente. Los objetivos de estos programas buscan mejorar la calidad de vida y aumentar la aceptación del cuerpo; reducir síntomas de ansiedad, preocupación, tristeza y frustración relacionados con una imagen corporal negativa; fomentar una visión crítica de cómo se aborda la imagen corporal femenina en la sociedad y mejorar la autoestima. El modo de conseguir estos objetivos es afrontar poco a poco lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos en relación a nuestro cuerpo. El objetivo va a ser cambiar cómo percibimos nuestra imagen corporal y trabajar para aceptar mejor nuestro cuerpo.

### **¿El linfedema y el lipedema, cómo influyen en nuestra imagen corporal?**

El linfedema y lipedema pueden tener una influencia directa en la imagen corporal. En ocasiones va a ser más visible y otras no lo será tanto, dependiendo de cada persona y de la evolución del trastorno. Es importante trabajar sobre la imagen corporal. Algunas pensaréis que es imposible sentirnos bien con vuestro cuerpo, y quizás, no nos engañemos, no lo consigamos del todo, pero quizá si podemos aprender a aceptar nuestro cuerpo, cuidarlo y tratarlo con respeto al ser una parte importante de nosotras.

## **ANEXO 8. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA SEGUNDA SESIÓN**

### **¿Porqué tantas mujeres están insatisfechas con su cuerpo?**

Las mujeres han internalizado unas normas socio-culturales sobre el atractivo físico que son ausencia de grasa, cuerpo tubular, caderas estrechas, cuerpo proporcionado. Mientras que el de los hombres es: musculoso, ancho de espaldas, estrecho de caderas, cuadrado, alto. La búsqueda del atractivo físico no es algo circunscrito a las mujeres. En el siglo XVI los hombres llevaban pelucas, se maquillaban y llevaban vestidos recargados. Esta moda desapareció con la Revolución Francesa, en la que se interpretó como clasista y la forma de vestir de los hombres paso a ser mucho más sobria. En la época actual el hombre vuelve a prestar atención a su apariencia externa. La investigación ha mostrado que la sociedad ha ido proponiendo unos ideales de belleza que han ido variando en el curso de las épocas, y las mujeres han intentado ajustarse a estas normas de belleza. Estas modas incluyen un determinado cuerpo, forma y peso corporal. En la actualidad el ideal de belleza pone gran énfasis en la delgadez. Sin embargo, esto no quiere decir que la delgadez sea bella o estética en sí misma, porque en otras épocas históricas el sobrepeso e incluso la obesidad han sido consideradas estéticas y deseables (ver vídeo: Saludacia, 2015). El ideal de belleza actual no es saludable y ésto hace que exista un descontento normativo en la población general. Las mujeres internalizan este ideal de belleza e intentan modificar su cuerpo para ajustarlo a este ideal. Como contrapartida la sociedad refuerza los cambios y da recompensas a las personas que se ajustan a ese ideal.

La investigación muestra que las personas que se ajustan al ideal de belleza son valoradas más positivamente, son consideradas más atractivas, han recibido más refuerzos en su infancia, tienen relaciones más satisfactorias con otras personas y tienen más facilidades para encontrar pareja y un puesto de trabajo. Algunas de las situaciones que más se dan en nuestra sociedad son las siguientes:

- La sociedad castiga psicológicamente a aquellos individuos que no se ajustan al ideal. En la actualidad por ejemplo se estigmatiza la obesidad. Los obesos son considerados perezosos, sin voluntad y poco productivos.
- Los medios de comunicación transmiten constantemente mensajes que promueven directa o indirectamente la pérdida de peso, por ejemplo: anuncios en revistas de productos light, artículos sobre dietas, fotografías de modelos, personajes populares ultradelgados en los que siempre se asocia la delgadez con salud, éxito, popularidad, etc.
- La autoestima en las mujeres depende mucho del atractivo físico, mientras que en los hombres depende más de otras características como la fuerza, la destreza física, el poder, la capacidad intelectual, etc.

- Una persona que se considera atractiva se ha estudiado que no solo es mejor vista, sino que es tratada favorablemente en comparación con personas menos favorecidas.
- La sociedad entrena a las mujeres para preocuparse por su apariencia externa y para valorarse principalmente por ella, excluyendo otras características más importantes en la definición del valor como persona.
- Hay personas que cuidan su peso porque creen que el sobrepeso y la obesidad perjudican la salud; por tanto, asocian delgadez con buena salud. Sin embargo, esto no siempre es verdad, tener sobrepeso no acorta la vida necesariamente, si la persona no tiene otra enfermedad como diabetes o hipertensión. Un peso ligeramente superior al medio se asocia con una mayor longevidad.
- Cambio en los roles sexuales: las mujeres se están equiparando a los hombres en varias esferas como la profesional, académica, económica. El cuidado y la preocupación por el cuerpo sirven para controlar la identidad femenina y mantener la energía y la preocupación de las mujeres en la esfera física. Así, las mujeres piensan que si se ajustan al ideal de belleza serán más aceptadas y admiradas. Piensan que pueden compensar su baja autoestima y sus sentimientos de inferioridad ofreciendo una imagen más acorde con lo que está de moda.

Los medios de comunicación no son los únicos que fomentan el deseo de tener una apariencia determinada. Hay otros factores ambientales que pueden generar insatisfacción corporal como la familia (padres y hermanos), compañeros de clase, amigos y parejas. Nuestros familiares y compañeros también han interiorizado las normas sociales sobre la apariencia y pueden confirmar nuestras sospechas o nuestras insatisfacciones. Todo ello tiene una influencia en nuestra historia personal y en cómo hemos ido conformando nuestra imagen corporal y la importancia que le concedemos.

### **Consecuencias de la dieta**

El que el cuerpo delgado sea el objetivo a alcanzar por parte de muchas mujeres hace que se recurra a hacer dieta para conseguir modificarlo. Por ello se van a señalar algunos aspectos que se deben tener en cuenta, ya que existen ideas erróneas sobre las dietas y cómo funciona nuestro cuerpo:

- Las personas están programadas para mantener un peso determinado, que se sitúa dentro de un intervalo y que suele ser su peso promedio. Este peso en muchas ocasiones, es superior al ideal social, sin embargo muchas mujeres tratan de alcanzar este ideal al cual no se ajustan naturalmente.
- Todo parece indicar que una serie de defensas metabólicas tienden a mantener el peso estable a pesar de los cambios en la dieta. Personas sometidas a dieta aprovechan mejor la energía de los alimentos, de manera que la pérdida de peso es inferior a la que sería de esperar. De forma inversa las personas sobrealimentadas aprovechan mucho menos la energía de los alimentos. Aumentan de peso hasta un punto y después la ganancia de peso es inferior a la esperada. Las personas que inten-

tan perder peso lo suelen recuperar poco después, atribuyendo esto a falta de voluntad, cuando es un problema de biología.

- Las personas con sobrepeso que pierden peso tienen grandes dificultades para mantenerlo: un 95% recuperan el peso perdido según estadísticas. ¿Tienen todas estas personas un problema de voluntad? Además se debe señalar que la dieta repetida aumenta la facilidad para engordar.

- Los atracones son resultado de las dietas. Cuanta más restrictiva es la pauta alimenticia más lucha el cuerpo contra ella provocando episodios de voracidad para evitar que se pierda más peso del programado genéticamente.

### **¿Qué supone padecer linfedema y lipedema en el contexto socio-cultural actual?**

Con todo lo que se ha explicado en los puntos anteriores se puede entender porqué una mujer con linfedema y lipedema sufre por su cuerpo. Hay unos cánones de belleza que dicen cómo debe ser una mujer para parecer atractiva y todo lo positivo asociado a ese canon. Si tenemos un problema físico que no podemos evitar y que genera consecuencias en nuestro cuerpo, esto puede afectar a nuestra imagen corporal ya que nos estamos saliendo de la norma, nuestro cuerpo no es como el de las demás, tiene un defecto, una asimetría, lo que puede generar una preocupación importante.

### **AUTO-REGISTRO DE INCOMODIDAD EN RELACIÓN AL CUERPO**

<b>Fecha</b>	<b>Situación (A)</b>	<b>¿Qué he pensado? (B)</b>	<b>¿Qué he sentido y qué he hecho? (C)</b>

## ANEXO 9. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA TERCERA SESIÓN

### ¿Qué es la atención plena?

Mindfulness, conciencia o atención plena, es una actitud de prestar atención a los acontecimientos de la vida en el momento presente con apertura e interés a lo que está sucediendo, y sin juzgar. Para ello, se entrenan 3 competencias: la capacidad de prestar atención en el presente, de estar abiertos a la experiencia observando y describiendo, y la amabilidad para suspender los juicios. Dicho así puede parecer un concepto difícil de entender por ello, quizá, es más fácil reconocer la actitud contraria, la del piloto automático. Por ejemplo, fíjate en tu día a día, cuántas veces estás haciendo alguna cosa sin prestar atención a lo que estás haciendo. Todos lo hacemos, en mayor o menor medida, y es muy útil. Es una capacidad que nos facilita la vida y nos permite hacer cosas rutinarias, que conocemos bien, mientras nuestros pensamientos se “ocupan” de otras cosas. Es una forma de aprovechar nuestro tiempo. Esa actitud de desconectar de las experiencias rutinarias para ocupar la mente en otras cuestiones, es lo opuesto a la conciencia plena.

Cuando tenemos un problema corporal, muchos pensamientos y sentimientos negativos con respecto a nuestro cuerpo nos preocupan y se convierten en repetitivos, los rumiamos. Algunas experiencias son molestas, dolorosas, nos distraen constantemente, nos entristecen,... Lo más seguro es que quieras deshacerte de ellas, así que seguramente reaccionas de alguna manera e intentas quitártelas de encima como sea. Para ello realizas “acciones correctivas” tratando de camuflar tu aspecto, evitas situaciones, compruebas tu cuerpo... para escapar del malestar que te produce. Pero estas estrategias de intentar deshacernos de nuestras emociones y pensamientos dolorosos los refuerzan, ya que no podemos huir de nuestra mente ni no tener un pensamiento.

La atención plena puede ayudar a reconocer lo que hacemos, sentimos y pensamos en relación a nuestro cuerpo, desde el punto de vista del que observa lo que ocurre en su interior, sin juzgar. Esto nos puede ayudar a conocernos mejor y manejar lo que surge en nuestra mente de una manera más serena y objetiva.

Un modo para ello es hacer una pausa y conectar con el presente, con lo que está sintiendo tu cuerpo, con lo que está ocurriendo a tu alrededor. Desarrollar conciencia plena, prestar atención al momento presente, nos lleva a reducir el malestar.

Para practicar la atención plena se debe:

- Prestar atención con intención, aprender a manejar tu atención para que no se disperse y salte al piloto automático.
- Prestar atención al momento presente porque es aquí donde la vida sucede.



- Prestar atención a tus sensaciones corporales, a los sonidos, a los olores, a cómo te sientes...
- Prestar atención sin juzgar, sin pensar en si te gusta o te disgusta lo que estás haciendo, en si lo estás haciendo bien o mal... simplemente practicar y observar qué ocurre.

No obstante, cuando empieces a prestar atención al presente te darás cuenta de que es un ejercicio más difícil de lo que parece: la mente se distrae con facilidad. Si observas cuál es el contenido de tu mente verás que hay tres tipos de contenidos: a) las sensaciones corporales: vinculadas a alguno de nuestros sentidos, como el frío o el calor, la luz, el hambre, el dolor, la molestia...; b) los estados de ánimo: las emociones y sentimientos que nos hacen sentir y actuar de una forma determinada y c) los pensamientos: ideas, recuerdos o fantasías. Además estos tres aspectos están interrelacionados entre sí, y en ocasiones, se centran en aspectos del pasado y del futuro. Para aprender a vivir en el presente deberás centrarte en las emociones y sensaciones que te anclan al presente, en el aquí y ahora, dejando ir aspectos del pasado y del futuro.

### **Ejercicio de práctica básico**

Siéntate cómodamente en un lugar tranquilo. Cierra los ojos y respira lentamente (no de una manera concreta, simplemente lentamente). Observa cómo el aire entra y sale por la nariz o por la boca. Simplemente trata de centrar durante unos 15 minutos la atención sobre la respiración. Verás que la mente no consigue mantener el foco, y que los pensamientos van y vienen, aparecen imágenes, sensaciones, etc. Cuando te des cuenta no las rechaces, acéptalas, déjalas ir y vuelve a centrarte en la respiración. Nuestro objetivo con la práctica de esta técnica será darnos cuenta del funcionamiento de la mente y volver a centrarnos en la respiración nuevamente y mantener la atención en esta actividad. Para que este ejercicio surta efecto hay que practicar todos los días.

### **Ejercicio de barrido corporal**

Muchas veces vivimos nuestro cuerpo como si fuera un objeto que solo es visto y observado desde fuera. Con este ejercicio vamos a tratar de experimentar nuestro cuerpo desde el interior, no desde el exterior como algo que se observa. Lo haremos de la siguiente manera:

1. Elige un lugar tranquilo, cómodo y tumbate. Comprueba que no serás distraída por el teléfono, la televisión, luces brillantes, o interrupciones de la familia o amigos. Tumbate y cierra los ojos.
2. Simplemente fíjate en la respiración, en la inhalación y exhalación y en cómo tu estómago sube y baja con la respiración.

3. Después simplemente experimenta las sensaciones del cuerpo como un todo. Nota como se siente tu cuerpo. Nota como siente el tacto de tu ropa, como siente la zona que toca la parte dónde estás tumbada.

4. Ahora nota tu pie izquierdo. Siente cómo se encuentra tu pie. Cuando estés prestando atención a tu pie izquierdo, intenta hacer que llegue la respiración a él, como si respiraras por tu pie. Solo imagina las sensaciones de tu respiración desde tu nariz hasta tu tripa y hasta tu pie. Permítete experimentar esta sensación. Si no puedes, no pasa nada. No hay nada que juzgar. Haz lo mismo con tu pie derecho.

A continuación hacemos lo mismo con las siguientes partes del cuerpo: el gemelo de la pierna izquierda, el de la derecha; la rodilla izquierda, la derecha; la pantorrilla izquierda, la derecha; la pelvis y las nalgas; la zona del estómago; la zona del pecho; la espalda; los hombros; el brazo izquierdo; la mano izquierda; el brazo derecho; la mano derecha; el cuello; la frente y por último la cabeza.

El objetivo del barrido corporal es experimentar con atención plena el cuerpo en el momento presente, con lo que aparezca en ese momento. No es un test ni un examen. Es una oportunidad de aprender a tener atención plena en nuestro cuerpo y a aceptar la experiencia que surja sin juzgar. La recomendación es realizar este ejercicio durante 20 minutos o media hora a diario durante dos semanas. De esa manera podrás ver que tu capacidad de prestar atención, observar y no enjuiciar crece según practiques, contribuyendo a que puedas aceptar tu cuerpo y las sensaciones, emociones y pensamientos asociados al mismo.

### **El concepto de aceptación**

La aceptación significa ver las cosas como realmente son en el momento presente. Las buenas y las malas y también las que no lo son tanto. Aceptar es acoger lo que viene a nuestra mente sin rechazarlo, observándolo, siendo consciente de lo que ocurre sin tratar de bloquearlo o evitarlo. Cuando tenemos emociones desagradables, éstas nos pueden servir como señal adaptativa de que algo no va bien, de que algo está ocurriendo. Cuando tratamos de “apagar” la emoción que estamos sintiendo en vez de aceptarla y observar qué pasa, creamos un problema que se mantiene en el tiempo. La aceptación nos puede ayudar a integrar mejor lo que nos está ocurriendo con nuestro cuerpo, creando una distancia entre nosotros y lo que pensamos y sentimos.

## **ANEXO 10. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA CUARTA SESIÓN**

### **¿Qué es la reestructuración cognitiva?**

La reestructuración cognitiva es una técnica muy utilizada para la reducción del malestar asociado a pensamientos. Mediante esta técnica se pretende que la persona se dé cuenta de los pensamientos automáticos y verbalizaciones internas que acompañan a sus emociones y conductas y que le generen malestar. Utilizando los auto-registros se registran los pensamientos, las emociones y las conductas asociadas, y mediante técnicas de discusión y comprobación se trabaja sobre lo que pensamos para influir en nuestras emociones y conductas. De esta manera partimos de la comprensión del funcionamiento mental a partir de la relación que se da entre emociones, pensamiento y acciones.

### **La relación que existe entre emoción, pensamiento y conducta**

En psicología entendemos que existe una relación entre lo que nos pasa (los acontecimientos, A), lo que pensamos sobre lo que nos pasa (pensamientos, B), lo que sentimos (sentimientos de tristeza, culpa, ... C) y lo que hacemos. Es decir, nuestro diálogo interno influye decisivamente en cómo nos sentimos y actuamos. Este diálogo interno muchas veces es irracional, autodevaluador, contiene errores,... y nos genera sufrimiento. La reestructuración cognitiva tiene por objeto aprender a identificar cómo pensamos, darnos cuenta de su influencia en nuestras emociones y aprender a modificar los pensamientos.

### **¿Qué son los pensamientos automáticos y las creencias autodevaluadoras?**

Los pensamientos automáticos son pensamientos negativos que nos invaden sin querer y que nos son difíciles de controlar. A veces estos pensamientos nos llevan a comportarnos de una manera no adecuada o que nos daña emocionalmente. Normalmente los pensamientos automáticos suelen ser incorrectos, culpabilizadores, catastróficos, poco precisos, no tienen en cuenta la realidad, suelen ser dogmáticos y rígidos y producen emociones negativas, ya que exageran las imperfecciones oscureciendo los aspectos positivos de nuestra imagen. Ciertas situaciones desencadenan estos pensamientos automáticos sin que nos demos cuenta y no nos planteamos si son adecuados o no, ajustados o no.

La imagen corporal está muy influenciada por las creencias que tenemos sobre nuestra apariencia física y estas creencias aprendidas a lo largo de nuestra vida se reflejan en la manera que tenemos de evaluar nuestro aspecto físico, nos pueden llevar a conclusiones erróneas y nos hacen sentirnos mal.

A continuación se muestra una lista de 12 creencias irracionales o autodevaluadoras referidas al cuerpo, junto con una sugerencia para su posible discusión y pensamientos alternativos más adaptativos (Cash, 2008).

### 1. *La bella o la bestia*

Idea irracional: “Soy horrible”, “estoy deformada”,...

Discusión: las cosas no son totalmente negras o totalmente blancas, existe el gris.

Alternativa:

- “En una escala del 1 al 10, no soy un 10, pero tampoco soy un 1”.
- “No soy totalmente perfecto/a, pero tampoco soy totalmente imperfecto/a”.
- “Hay cosas de mi apariencia positivas (recordarlas)”.
- “¿Cuál es la evidencia de que soy totalmente imperfecto/a, hay evidencia de lo contrario?”.

### 2. *El ideal irreal*

Idea irracional: “Debería estar delgada y fibrosa”, “tengo que tener un cuerpo delgado con todo el ejercicio que estoy haciendo”,...

Discusión: las imágenes ideales muy pocos de nosotros las podemos igualar. La belleza es relativa, los estándares varían con el tiempo y las culturas. Si la belleza lo fuese todo, entonces sólo las personas atractivas tendrían citas, se casarían o trabajarían. La felicidad no depende de lo que tenemos, sino en cómo consideramos lo que tenemos.

Alternativa:

- “No tengo que tener un cuerpo perfecto para tener una apariencia positiva”.
- “Nadie excepto yo espera que tenga un aspecto diferente y si fuera así es su problema, no el mío”.
- “Nadie se queja de mí excepto yo”.
- “No quiero compararme con ese ideal; es sexista y rechazo tratarme de forma sexista”.

### 3. *La comparación injusta*

Idea irracional: “No soy tan guapa como ella”, “ellas son mucho más atractivas”,...

Discusión: todos somos diferentes y tenemos cuerpos distintos. No por ello me tengo que sentir mejor o peor. Lo importante es que acepte mi apariencia independientemente de cómo sean los demás. Puedo tener una buena imagen de mí independientemente de las diferencias con el resto de personas.

Alternativa:

- “Siempre será posible hallar una persona más bella que la más bella. No me tengo que sentir mal porque haya algo en mí que no me guste”.
- “Si hay alguien en quien veo aspectos muy bellos no necesariamente me he de sentir mal porque yo no le igualo. El hecho de que me guste el aspecto de otra persona no cambiará mi aspecto”.

#### 4. *La lupa:*

Idea irracional: “Odio mi tripa”, “no soporto mis caderas, me hacen parecer horrible”, “con estos brazos no puedo ir a ningún lado”,...

Discusión: ¿Escojo a las personas en función del peso o talla que poseen? ¿Estoy centrándome en lo que no me gusta y me estoy olvidando de cosas que están bien?

Alternativa:

- Escribir cuatro de tus rasgos que más te gustan y cuando exageres decir: “Estoy exagerando, éste no es el retrato de mi apariencia. Estoy centrándome en lo que no me gusta. Me gustan mis ojos, mis uñas, dientes, pelo, etc.”.
- Dedicar la misma cantidad de tiempo a estas características positivas cuando descubres que estás criticando aspectos que no te gustan.
- “No puedo estar contenta con mí ... pero hay muchas más cosas en mí que eso, la gente ve más cosas en mí que el defecto que yo critico”.

#### 5. *Una mente ignorante:*

Idea irracional: “Me dices que me ves muy bien, pero lo dices por quedar bien”.

Discusión: tiendo a minimizar o ignorar cualquier aspecto positivo de mi cuerpo o apariencia.

Alternativa:

- Cuando me digan algo agradable sobre mi apariencia diré un simple “gracias”. No lo negaré ni minimizaré.
- Dedicar tiempo a cuidar partes del cuerpo que te gusten o que no te desagradan sin ignorarlas.

#### 6. *Fealdad radiante:*

Idea irracional: “Eres fea”.

Discusión: este tipo de pensamientos hay que combatirlos parando las críticas antes de que se extiendan rápidamente, pensando por ejemplo “¡Alto!”.

Alternativa:

- Seguir la norma del tiempo equitativo (dedicar el mismo tiempo a centrarse en características positivas cada vez que critiques tu cuerpo) y hacerse un cumplido.
- “Si no puedo decir nada agradable sobre mí mismo/a no diré nada” y hacer algo que no tenga ninguna relación con lo que pensamos hasta que los sentimientos negativos hayan disminuido.

- “Darte cuenta de cada aspecto de tu cuerpo y lo injusto que es no lo arreglará”: obsesionarse con él no es bueno.

### 7. *El juego de la culpa:*

Idea irracional: “Por culpa de este cuerpo desagradable que tengo no consigo pareja”, “si estuviera más delgada habría conseguido ese trabajo”, “si no tuviera estas piernas sería más feliz”.

Discusión: ¿Qué evidencia hay de que mi apariencia sea la culpable de eso?.

#### Alternativa:

- Si hay evidencia de que tu aspecto es el culpable, ¿qué puedes hacer para cambiarlo?
- Si algunos te rechazan por eso, es su problema.
- Detecta cuando te culpabilizas por tu apariencia, busca evidencias de tu conclusión y di: “Para de culpabilizarte”.

### 8. *Mala lectura de la mente:*

Idea irracional: “No me habla porque tengo este aspecto”, “no me saluda porque mira como estoy”.

Discusión: la gente no es simpática si tú no lo eres y tú puedes inhibir su simpatía porque temes que a los demás no les guste tu apariencia. Esas personas pueden ser tímidas o inhibidas. No a todo el mundo tiene que gustarle tu apariencia, como no a todo el mundo le gusta tu coche o tu casa.

#### Alternativa:

- “Porque yo no me sienta atractivo/a no significa que otros piensen que no lo soy”.
- “¿Qué otras explicaciones existen?”: hay gente con prejuicios hacia los obesos. Si tú estás en sobrepeso, esta persona no sólo te rechaza a ti, sino a millones de personas; ¿vale la pena preocuparse por lo que estas personas piensan de ti?”.

### 9. *Prediciendo desgracias:*

Idea irracional: “No puedo ir a no ser que me desaparezca por completo el acné”, “los otros se darán cuenta de los granos que tengo y no les gustará”.

Discusión: las prohibiciones se hacen debido a falsas predicciones de desgracias que no son reales sino que son imaginadas por tus pensamientos, que están distorsionados. Esto es predicción de desgracias y mala interpretación de la mente. Es tu malestar el que te está paralizando y no tu aspecto o lo que otros están pensando.

#### Alternativa:

- ¿Porqué no voy a ir aunque tenga acné?, ¿hay alguna ley que lo prohíba?

#### 10. Belleza limitadora:

Idea irracional: “Nunca me contratarán porque estoy gordo/a”, “nunca me amarán por mi apariencia”.

Discusión: No sabes si estas cosas se producirán en el futuro. Sin evidencias reales estás adelantando conclusiones.

Alternativa:

- “Estoy preocupada o asustada por si no seré amado/a”.
- “Voy a dejar de preocuparme por el futuro y me voy a centrar en el presente”.

#### 11. Sentirse feo:

Idea irracional: “Mi cadera es igual a la de una vaca”, “este corte de pelo me hace parecer estúpido/a”.

Discusión: Darte cuenta de que tus sentimientos y autopercepciones son eso, sentimientos y autopercepciones. Piensa en todas aquellas ocasiones en las que has visto a alguien criticar algo sobre su apariencia que a ti te parecía bien o por lo menos no lo veías tan negativamente como ellos.

Alternativa:

- Sabiendo lo enorme que es una cadera de una vaca, reconoce que es una exageración.
- “No me siento feliz con mi nuevo corte de pelo como me gustaría”.
- Cuanto te sientas feo/a intenta pensar más objetivamente, como un observador fiable.
- Cambia los pensamientos “yo soy” por “me siento”.

#### 12. El reflejo de mal humor:

Idea irracional: “Que mal día, y encima me pesan estas piernas enormes como siempre”.

Discusión: “Mi apariencia no es realmente la cuestión”. “He tenido un mal día o una experiencia decepcionante. De esto tengo que ocuparme. Voy a dejar mi apariencia fuera de esto”.

Alternativa:

- “¿Qué fue lo que me preocupaba antes de empezar a criticar mi cuerpo?”.
- “Ya estoy otra vez victimizando mi cuerpo, cuando es un espectador inocente”.

### **Guía para realizar el cambio cognitivo**

Detectar el pensamiento automático o creencia autodevaluadora: es muy importante completar los auto-registros sobre situaciones incómodas con el cuerpo, porque estos nos van a dar mucha información sobre lo que pensamos, en qué momento y los sentimientos y conductas consecuentes. El auto-registro es una buena herramienta para detectar los pensamientos. También podemos prestar

más atención a lo que pensamos a lo largo del día, cómo con la técnica de atención plena, siendo más conscientes y prestando atención cuando nuestra mente divaga sobre los mismos temas negativos hacia nosotras. Otro truco puede ser fijarnos en la lista de la “docena sucia” que vamos a aprender y ver si está surgiendo alguna de esas creencias irracionales.

Observar los efectos del pensamiento en los sentimientos y conductas: para esto como en lo anterior nos pueden servir los auto-registros, de ahí su importancia. También podemos fijarnos cuando notamos esos pensamientos incómodos cómo nos sentimos y qué hacemos. Se trata de conocernos mejor.

### **AUTO-REGISTRO DE INCOMODIDAD EN RELACIÓN AL CUERPO**

<b>Fecha</b>	<b>Situación (A)</b>	<b>¿Qué he pensado? (B)</b>	<b>¿Qué he sentido y qué he hecho? (C)</b>

Replantear los pensamientos automáticos: no por pensar una cosa ésta ha de ser cierta. Para ello podemos hacer lo siguiente. Imaginemos que somos científicos que tienen que ver si sus hipótesis son ciertas. Para ello tienen que plantearse una serie de preguntas sobre lo que creen que es verdad. Nosotros haremos lo mismo con nuestros pensamientos. Para ello vamos a utilizar tres tipos de preguntas: ¿es el pensamiento objetivo?, ¿es el pensamiento útil?, ¿es el pensamiento rígido, extremo o exagerado?

- *Preguntas que cuestionan la objetividad del pensamiento:* si no tenemos pruebas que sustenten nuestro pensamiento o incluso tenemos pruebas en contra, entonces, aunque el pensamiento nos parezca muy realista y llevemos tiempo pensándolo, tendremos que concluir que es inadecuado. *Ejemplos:* ¿qué pruebas tengo para pensar esto?; ¿qué pruebas tengo en contra de este pensamiento?; ¿encaja esta idea con lo que ahora sé sobre...?.
- *Preguntas que cuestionan la utilidad de un pensamiento:* los pensamientos son adecuados y saludables cuando son útiles. Útil significa que a corto plazo nos dan autocontrol emocional y conductual, que a medio plazo nos ayudan a mejorar nuestra calidad de vida y que a largo plazo contribuyen a alcanzar nuestras metas y sentirnos más felices. *Ejemplos:* ¿para qué me sirve pensar de esta forma?; ¿me resulta útil para controlar mis emociones?; ¿me resulta útil para controlar mi comportamiento?; ¿me ayuda a tener buenas relaciones sociales, familiares o laborales?; ¿cómo será mi vida dentro de cinco años si sigo pensando de esta forma?.



- *Preguntas que cuestionan la forma de los pensamientos, el tipo de lenguaje:* los pensamientos inadecuados tienden a expresarse en un lenguaje extremo, autoritario, rígido, polarizado y demandante. *Ejemplos:* ¿qué palabras uso para expresar mis pensamientos?; ¿qué tipo de lenguaje?; ¿hay palabras como nunca, siempre, todo, nada, nadie, seguro que, necesito, no puedo soportarlo, debería, es terrible, gordo, cerdo...?.

Buscar alternativas al pensamiento: si después de analizar un pensamiento y discutirlo concluimos que el pensamiento no es una hipótesis realista de la situación en la que ha aparecido, deberemos encontrar una hipótesis alternativa, un pensamiento más ajustado a las características de la situación, un pensamiento que sea una adecuada interpretación de la situación. No se trata de pensar en color rosa o de pensar positivamente, se trata de pensar realísticamente: creer aquello que podemos demostrar, que activa emociones y comportamientos saludables y bajo un lenguaje flexible, de continuos y probabilístico.

Ahora fíjate en la “docena sucia” y mediante el auto-registro de pensamientos automáticos y discusión intenta practicar.

### **AUTO-REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y DISCUSIÓN**

A continuación ponemos unos ejemplos de formas en las que podemos registrar nuestros pensamientos para hacerlos más nítidos y fáciles de debatir:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	PREGUNTAS	PENSAMIENTO ALTERNATIVO

## ANEXO 11. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA SEXTA SESIÓN

### ¿Qué es la relajación muscular progresiva?

(Pastor y Sevillá, 2020)

La meta de la relajación muscular es que la persona aprenda a identificar las sensaciones de tensión para eliminarlas y sustituirlas por un estado de relajación. Para conseguir esto, el entrenamiento consiste en tensar y soltar los diversos músculos de nuestro cuerpo, divididos en diferentes grupos. Lo que nos permitirá aprender a diferenciar la tensión de la relajación.

El proceso se entrena por fases. En una primera fase, el cuerpo se divide en 16 grupos musculares que se tensan y sueltan uno por uno. Dominado este primer paso, se llega a una segunda más corta de 8 grupos musculares. El objetivo es que el procedimiento sea cada vez más breve y más cómodo de aplicar. Le sigue una tercera fase de 4 grupos musculares, para acabar con lo que se denomina relajación mental.

#### **Primera fase: 16 GRUPOS MUSCULARES**

1º Grupo: Manos y antebrazos.

2º Grupo: Bíceps.

3º Grupo: Tríceps.

4º Grupo: Hombros-trapecio.

5º y 6º Grupo: Cuello (hacia delante, hacia atrás).

7º Grupo: Frente.

8º Grupo: Ojos.

9º Grupo: Labios y mejillas.

10º Grupo: Mandíbula.

11º Grupo: Pecho-espalda.

12º y 13º Grupo: Abdominales (hacia dentro, hacia fuera).

14º Grupo: Muslos.

15º Grupo: Gemelos.

16º Grupo: Pies.

- Duración aproximada: 20 minutos.

- Práctica recomendada: 2 veces diarias durante una o dos semanas.

#### **Segunda fase: 8 GRUPOS MUSCULARES**

1º Grupo: Brazo derecho.

2º Grupo: Brazo izquierdo.

3º Grupo: Cara.

4º Grupo: Cuello.

5º Grupo: Espalda y hombros.

6º Grupo: Abdominales.

7º Grupo: Pierna derecha.

8º Grupo: Pierna izquierda.

Duración aproximada: 8-10 minutos.

Práctica recomendada: Dos veces diarias durante una semana. Si en los primeros ensayos no se consigue el mismo nivel de relajación que con el procedimientos de los 16 grupos, se debe practicar un par de días más el de 16 grupos.

### **Tercera fase: 4 GRUPOS MUSCULARES**

1º Grupo: Ambos brazos.

2º Grupo: Cara-cuello.

3º Grupo: Espalda-hombros-abdomen.

4º Grupo: Piernas.

Duración aproximada: 4 minutos.

Práctica recomendada: 2 veces diarias durante una semana. Si en los primeros ensayos no se consigue el mismo nivel de relajación que con el procedimiento de 8 grupos, se debe practicar un par de días más el de 8.

### **Relajación mental**

Este procedimiento supone un cambio importante con respecto a los anteriores, ya que no existe fase de tensión sino que directamente se intenta producir relajación en los músculos. En este punto la persona está más familiarizada con las sensaciones de relajación-tensión por lo que puede evaluar mentalmente su cuerpo para eliminar la tensión que se localice en cualquier grupo muscular.

En la posición de relajación con los ojos cerrados, se centra la atención en ambos brazos. Se buscan posibles puntos de tensión en los antebrazos, bíceps y tríceps, y sin hacer ningún movimiento muscular se eliminan. Se invita a disfrutar de las sensaciones de relajación que se notan al eliminar la tensión. Ahora se centra la atención en la cara y el cuello y se realiza lo mismo. Se hace lo mismo con la zona de la espalda, hombros y abdomen. Por último se hace lo mismo con las piernas.

Duración aproximada: 2 minutos.

Práctica recomendada: 2 veces diarias durante una semana. Si en alguno de los cuatro grupos musculares existe dificultad para realizar el ejercicio se realiza la fase anterior durante un par de días más.

### **SIGUIENTES PASOS EN RELAJACIÓN**

Después de practicar la Relajación Mental dos veces diarias durante una semana, se observará que cada vez se necesita menos tiempo para eliminar la tensión.

Los siguientes pasos van destinados a conseguir relajarse en cualquier situación. Para ello, se va practicando relajación en situaciones cada vez menos cómodas. Por ejemplo, se puede seguir una progresión. Del sillón se puede pasar a una silla, de la habitación silenciosa a la sala de estar, de ahí mientras se conduce, de pie, caminando, en la calle, etc. Lo más eficaz es que la persona diseñe su propia evolución en base a su estilo de vida.

Después de conseguir relajarse en estas situaciones, se podría dar un paso más, y ser utilizada para sentirse mejor en situaciones que provoquen sensaciones negativas de baja intensidad. Funciona mejor si se utiliza tan pronto como cuando una persona se da cuenta de que ha ocurrido algo que le ha generado tensión o malestar.

### **¿Qué es la exposición en vivo?**

En los auto-registros hemos podido aprender que existe un tipo de comportamiento que o bien no hacemos nunca (conductas de evitación), o lo hacemos de una manera repetitiva (rituales). La sensación de alivio que acompaña a la evitación de una situación no deseada es tan intensa que hace muy probable que en el futuro no queramos enfrentarnos a ella. Esto se llama en psicología reforzamiento negativo. Por otra parte, reasegurarse de alguna cosa, por ejemplo, comprobar que llevamos bien la chaqueta que nos tapa toda la parte superior del cuerpo escondiendo aquello que no nos gusta, también resulta inmediatamente gratificante y nos predispone a que lo volvamos a realizar repetidamente. A estos comportamientos que nos sirven para darnos tranquilidad los llamamos rituales. En el tratamiento del malestar de la imagen corporal se incide en ambos tipos de comportamiento, en la evitación y en la comprobación y comparación. La manera de abordar estos comportamientos negativos que sólo hacen que se mantenga y/o aumente la preocupación corporal es afrontar la situación que los provocan y dejar de hacerlos, lo que llamamos exposición en vivo y por otro lado exposición con prevención de respuesta o supresión de las comprobaciones o la reaseguración.

### **Los sentimientos que puede generar**

A nadie nos gusta tener que estar en situaciones que nos generan malestar. Es algo natural querer evitar esas situaciones, ya que nuestra mente y cuerpo aprende rápidamente que esas situaciones nos generan ansiedad. Este es precisamente el sentimiento que suele prevalecer. Malestar, ansiedad, nerviosismo, tensión... La buena noticia es que la ansiedad no es peligrosa, y si nos mantenemos en ella, aunque sea incómoda, desaparece. Esta es la única manera de superar lo que nos genera malestar: afrontando las situaciones y evitando las comprobaciones, y aunque lo pasemos mal, manteniéndonos ante la situación, dado que la ansiedad como todas las emociones suelen tener un pico máximo, para luego descender y extinguirse, como hemos visto en los ejercicios de conciencia plena.

### **¿Qué es de prever que ocurra durante la actividad en relación a la ansiedad?**

La ansiedad tiene una duración determinada. Nuestro organismo está programado para que dure unos instantes o minutos, y si nos mantenemos en la situación esta va a tender a desaparecer. Lo máximo que suele durar son unos 40 minutos de sensación incómoda. La ansiedad intensa y muy molesta es como una oleada, sube hasta alcanzar un pico, y si aguantamos, esta desciende. El aguantar es la única manera de enseñar a nuestro cuerpo y mente que no pasa nada, que esa situación antes temida ya no nos genera la sensación de peligro que antes nos generaba, porque si nos mantenemos en ella, veremos que no ocurre nada malo.

### **¿Cómo se enfrentan los pensamientos intrusivos?**

Los pensamientos intrusivos no ocurren únicamente cuando se presta atención a la apariencia, hay una amplia variedad de situaciones relacionadas con otros aspectos (interacciones con otras personas, estrés en el trabajo, problemas de pareja, etc.) que nos pueden hacer tener este tipo de pensamientos. También cuando te sientes evaluada negativamente en otras facetas tienes en mente tu apariencia física, de manera que lo negativo en otras facetas de tu autoevaluación se generaliza también a tu apariencia física. Por ello, podemos revisar nuestros auto-registros para encontrar aquellas situaciones o aspectos relacionados con nuestro cuerpo que nos van a generar malestar. Realizaremos una revisión de nuestros diarios de pensamiento correctivo, atendiendo a lo que se señala a continuación:

#### **Revisar los diarios de pensamiento correctivo**

Preguntar por experiencias negativas de la imagen corporal:

1. ¿Qué sucedió?
2. ¿Qué pensamiento o sentimientos negativos emergieron?
3. Tener bien presente que la vuelta a algunos episodios negativos sobre la imagen corporal no quiere decir que has fracasado, es normal que ocurran.
4. Los errores pueden prevenirse mediante las estrategias de afrontamiento. En este error concreto, ¿qué hiciste al comienzo de los sentimientos negativos?
5. ¿Qué debiste haber hecho? Corrección de percepción, cognición o conducta:
  - Ser más realista con tu apariencia
  - Cuestionar los pensamientos negativos
  - No inhibir tu conducta
  - No comprobar el cuerpo

### Exposición ante el espejo

La exposición en vivo como hemos dicho requiere afrontar las situaciones o partes de nuestro cuerpo que no nos agradan y molestan. Existen diferentes tipos de exposición y en esta sesión vamos a aprender la técnica de exposición ante el espejo, que consiste en lo siguiente:

1. Exposición ante el espejo: Vamos a exponernos a las distintas partes de nuestro cuerpo ante el espejo. Primero vestidas, luego con traje de baño, después en ropa interior para finalizar haciendo la exposición sin ropa. Con un “listado para la exposición ante el espejo” vamos a graduar en USA (unidades de ansiedad del 1-100%) las diferentes partes del cuerpo en orden creciente de ansiedad que producen verlas en el espejo. Después nos exponemos a ellas en vivo hasta lograr la habituación y supresión de la ansiedad.

#### LISTADO DE JERARQUÍA PARA LA EXPOSICIÓN ANTE EL ESPEJO

Ítems	USA (1-100%)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

12.	
13.	
14.	
15.	

\*USA: unidades de ansiedad.

### AUTO-REGISTRO PARA LA EXPOSICIÓN ANTE EL ESPEJO

<b>Fecha y hora</b>	<b>Emociones antes de la exposición (1-100%)</b>	<b>Pensamientos y discusión utilizada (breve descripción)</b>	<b>Descripción (he terminado la exposición sin/con ropa, ...)</b>	<b>Emociones después de la exposición (1-100%)</b>

## ANEXO 12. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA SÉPTIMA Y OCTAVA SESIÓN

### ¿Qué es la exposición de situaciones difíciles?

La exposición de situaciones difíciles consiste en afrontar situaciones que nos generan malestar en relación a nuestro cuerpo (ir a la piscina, exponer alguna parte del cuerpo, llevar ropa ceñida, etc.). Para ello vamos primero a realizar un ejercicio de identificación de situaciones, para el cual también podemos repasar nuestros auto-registros y a continuación realizaremos un listado de situaciones difíciles en orden de graduación en USA (unidades de ansiedad de 1-100%, de menor a mayor ansiedad). De esta manera organizaremos nuestro trabajo de exposición para poder llevarlo a cabo y superar así nuestros miedos y problema de imagen corporal. Debemos recordar aquí que sin exposición no podemos superar de forma completa un problema de imagen corporal, y aunque en un principio es difícil y molesto, con el tiempo ganaremos en seguridad al ver que podemos superar lo que antes nos parecía difícil o imposible.

### JERARQUÍA PARA LA EXPOSICIÓN EN VIVO

Situación	USA (1-100%)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	



11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

\*USA: unidades de ansiedad.

### AUTO-REGISTRO PARA LA EXPOSICIÓN EN VIVO

<b>Fecha y hora</b>	<b>Emociones antes de la exposición (1-100%)</b>	<b>Situación</b>	<b>Pensamientos y discusión utilizada (breve descripción)</b>	<b>Emociones después de la exposición (1-100%)</b>

## ANEXO 13. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA NOVENA SESIÓN

### ¿Qué son las conductas rituales?

Las conductas rituales son las que hemos descrito como las conductas por exceso. Esas conductas que hacemos para sentirnos bien en el momento, pero que mantienen el problema en el tiempo: las comprobaciones mediante el tacto del cuerpo, en el espejo, preguntando a los demás si se nota mucho nuestro defecto, el cambiarnos de ropa varias veces hasta vernos bien, el maquillarnos de forma obsesiva para tapar algún defecto,... todas esas conductas que hacemos demasiado que sirven para sentirnos mejor en el momento con nuestra apariencia pero que mantienen el problema a la larga por el simple hecho de hacerlas y no poder evitarlo. Se deben dejar de realizar estas comprobaciones para terminar con el problema.

### La exposición con prevención de respuesta

Otra técnica que se utiliza para terminar con las conductas rituales es la exposición con prevención de respuesta. La exposición con prevención de respuesta será por ejemplo provocar el impulso de comprobar una parte del cuerpo para sentir en el momento la ansiedad que genera este impulso hasta que esta ansiedad desaparece, evitando no comprobarlo. El procedimiento que se utiliza para realizar la exposición con prevención de respuesta es el siguiente:

1. Identificar los rituales que llevamos a cabo: para ello podemos utilizar los auto-registros que hemos ido completando a lo largo del programa o reflexionar sobre como se desarrolla normalmente nuestro día a día. Una vez los identifiquemos realizaremos un listado de las conductas rituales que queremos suprimir.
2. Escribir consecuencias predichas de la eliminación de los rituales: muchas veces nuestra imaginación nos juega malas pasadas, pensando e imaginando todo lo que nos puede ocurrir si no hacemos esa conducta que nos alivia momentáneamente. Es conveniente tener estos pensamientos en cuenta para darnos cuenta de que puede que las cosas no ocurran como anticipamos pueden ocurrir.
3. Escribir un plan paso a paso para eliminar el ritual: de esta forma ante la ansiedad del momento sabremos con mayor exactitud qué es lo que tenemos que hacer y tendremos menos riesgo de abandonar la exposición.
4. Reforzarse en el esfuerzo: es bueno premiarnos por nuestros logros a lo largo del día, de ese modo nos motivamos para futuras exposiciones y nos valoramos por nuestro esfuerzo.
5. Examinar los resultados reales versus los resultados predichos: de esta manera podremos comprobar que lo que pensábamos podría ocurrir no ha ocurrido, y si lo ha hecho, quizás no haya sido tan malo como pensábamos.

6. Insistir en que cambiando la conducta se modifican las actitudes: no darnos por vencidas, y perseverar en la idea de que si no se modifica la conducta difícilmente podremos superar un problema de imagen corporal.

### AUTO-REGISTRO DE RITUALES

A continuación vamos a identificar los rituales que solemos realizar:

Descripción de la conducta	Momento del día en la que aparece	Qué lo desencadena (pensamientos, sentimientos, acontecimientos ...)

### AUTO-REGISTRO PARA LA EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Fecha, hora y duración de la exposición	Emociones antes de la exposición (1-100%)	Conducta ritual	Acciones realizadas para manejar la ansiedad	Emociones después de la exposición (1-100%)	Satisfacción con la propia actuación
<p>Conclusiones a extraer:</p> <p>Acciones a emprender (si fuera el caso):</p>					

## **ANEXO 14. MATERIAL PARA PACIENTES DE LA DÉCIMA SESIÓN**

### **Las actividades placenteras para el cuerpo**

En esta sesión vamos a analizar las actividades que hacemos que nos benefician y nos aportan algo positivo en relación a nuestro cuerpo. Ya hemos llegado al final del programa, y las técnicas expuestas hasta aquí si se practican de forma habitual nos ayudarán a sentirnos mejor, mejorando nuestra calidad de vida. Esta nueva situación nos dará nuevas oportunidades de hacer cosas positivas para nosotras que quizás antes no nos planteábamos. Ahora es el momento de preguntarse. ¿Qué actividades hago a día de hoy dónde mi cuerpo disfruta y yo en él? Y, si no hay muchas cosas que hacemos o queremos hacer más, la siguiente pregunta que deberíamos hacer es: ¿Qué puedo hacer a partir de hoy para disfrutar más de mi cuerpo y con mi cuerpo? ¿Qué nuevas actividades puedo hacer y añadir a mi día a día? Seguro que encontramos cosas que nos pueden beneficiar y dónde podamos poner la atención en que nuestro cuerpo tenga un papel positivo, como por ejemplo el probar algún nuevo deporte, bailar, recibir un masaje, hacerse una manicura o pedicura, darnos crema y masajearnos, probar nuevos complementos para el pelo, maquillarnos de maneras nuevas, etc. (actividades que realzan nuestra apariencia, actividades que realzan las capacidades de nuestro cuerpo, experiencias sensoriales ...).

### **El mantenimiento de los logros**

Haber aprendido diferentes maneras de mejorar la propia autoestima en cuanto a la imagen corporal no significa que a partir de ahora todo va a ser perfecto. La terapia de imagen corporal solo es una ayuda y no va a hacer que desaparezcan todos estos problemas. El cambio es un proceso gradual y para muchas personas los principales cambios vienen después del programa. Es necesario practicar y refinar estas técnicas que se han aprendido hasta automatizarse. La única manera de no olvidar lo que se ha aprendido es usándolo. Los primeros cambios son más difíciles de conseguir porque se han construido sobre la nada, pero los siguientes son construcciones sobre los cambios anteriores. El objetivo actual es el mantenimiento de los logros. Al final de la terapia tenemos que reflexionar sobre lo que hemos aprendido.

Hemos aprendido aspectos relacionados con la atención plena y la relajación muscular progresiva para poder reducir la ansiedad no solo relacionada con la imagen corporal sino sobre otros aspectos de nuestra vida.

Cuando se tengan sentimientos negativos sobre la apariencia, es importante que volvamos a la autoobservación y al auto-registro del modelo aprendido (A-B-C). Ésta es la habilidad más importante para descubrir los errores de pensamiento sobre el cuerpo. ¿Durante cuánto tiempo se ha de aplicar esto? Corregir el diálogo interno negativo no es rápido ni fácil pero se consigue con la práctica. El hábito de corregir el pensamiento es algo que se ha de utilizar siempre.

Nos hemos expuesto a situaciones que antes se evitaban. Seguirán ocurriendo situaciones difíciles pero ahora sabemos cómo hacerlas frente. También hemos aprendido a dejar de comprobar y de compararnos con los demás. Y a partir de ahora vamos a hacer un esfuerzo por realizar conductas positivas relacionadas con nuestro cuerpo, hasta que esto sea lo más habitual de nuestro día a día.

### **¿Cómo prevenir el malestar con nuestra imagen corporal?**

Si sabemos que nos tenemos que enfrentar a una situación que nos hace sentirnos mal con nuestra apariencia:

- Nos adelantamos a la situación para prevenir posteriores pensamientos negativos.
- Identificamos las situaciones de antemano.
- Pensamos qué puede pasar.
- Qué consecuencias negativas tendrá en nuestros sentimientos.
- Qué técnicas empleamos para combatir estos sentimientos.
- Desarrollamos un plan.
- Imaginamos que estamos en la situación.
- Imaginamos que manejamos la situación, corrigiendo los pensamientos.
- Después de haber practicado con la imaginación nos será mucho más fácil enfrentar la situación real.
- El objetivo es enfrentarnos a la situación y no una ejecución perfecta.
- Seremos realistas, el cambio necesita tiempo, no esperaremos que nuestras habilidades de enfrentamiento funcionen a la primera. Esto es un pensamiento irreal, mejorarán a medida que las utilicemos.
- Nos recompensamos.
- Cuando nos hemos sabido enfrentar a una situación difícil aunque no nos sintamos perfectamente bien con nuestra apariencia nos felicitamos por ello.
- Haremos algo que nos guste, algo que dé sensación de dominio o placer, nos damos tiempo libre, lo celebramos.

La investigación en psicología ha demostrado que lo mejor para las personas es la sensación de control sobre la propia vida y sentirse bien con el propio yo, del cual el yo corporal es algo muy importante. Sea como sea nuestro físico es importante que lo aceptemos ya que nos pertenece, es una parte de nosotras. Para continuar creciendo y teniendo experiencias positivas y disminuir las insatisfacciones debemos continuar practicando. Al cabo de unos meses revisaremos nuestra experiencia y podremos comprobar las mejoras.