



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Projecte d'intervenció grupal per treballar  
l'autoestima en trastorns de la conducta alimentària

Mireia Juncosa Naveros

Dirigit per Dra. Joana Roigé Castellví

Grau de Psicologia

TREBALL DE FI DE GRAU

Tarragona 2022/2023

Mireia Juncosa Naveros; Universitat Rovira i Virgili

En primer lloc, agraeixo la confiança que m'ha proporcionat ITA Tarragona i tots els seus professionals, fent especial menció a la Laura Garcia, la meva tutora de pràctiques i a les dues entrevistades.

També m'agradaria agrair a la meva tutora Joana Roigé Castellví per la seva ajuda, acompanyament i guia en totes les etapes d'aquest projecte.

# Índex

1. Introducció .....	4
2. Marc Teòric .....	5
2.1. Trastorns de la conducta alimentaria.....	5
2.2. Classificació dels trastorns alimentaris .....	8
2.2.1. Anorèxia nerviosa .....	10
2.2.2. Bulímia nerviosa .....	12
2.2.3. Trastorn per afartament .....	14
2.3. Prevalença.....	15
2.4. Tractament.....	16
2.4.1. Teràpia grupal .....	18
2.5. Autoestima i TCA.....	21
3. Objectius .....	23
4. Metodologia .....	24
4.1. Context on es desenvolupa l'acció .....	24
4.2. El grup terapèutic .....	25
4.3. Elaboració del projecte d'intervenció .....	26
4.3.1. Realització d'entrevistes a professionals.....	26
4.3.2. Qüestionari .....	27
4.3.3. Disseny de les sessions grupals .....	28
4.4. Planificació .....	31
5. Resultats .....	32
5.1. Valoració de les entrevistes a les professionals .....	32
5.2. Valoració de les teràpies grupals .....	36
5.3. Valoració de l'autoestima: qüestionari de Rosenberg .....	41
6. Conclusions.....	42
7. Bibliografia .....	45
8. Annexos .....	50
Annex 1: Transcripció de les entrevistes.....	50
Annex 2: Escala d'autoestima de Rosenberg .....	62
Annex 3: Qüestionari d'avaluació .....	62
Annex 4: Material sessió 1 .....	63
Annex 5: Material sessió 4 .....	65

Annex 6: Diari de camp de la sessió 1.....	66
Annex 7: Diari de camp de la sessió 2.....	68
Annex 8: Diari de camp de la sessió 3.....	70
Annex 9: Diari de camp de la sessió 4.....	73

# 1. Introducció

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) representen un problema de salut greu que afecta mundialment milions de persones a dia d'avui (Pérez, 2018).

Aquesta afectació en el comportament alimentari, s'ha estudiat en un passat des d'una visió reduccionista i merament conductual. Contràriament, la bibliografia i diverses investigacions actuals indiquen i demostren la interacció que té l'acte alimentari amb els problemes emocionals (Thomas, 2012; Calvo et al., 2014; Monell et al., 2022; Prefit et al., 2019) i amb la baixa autoestima i autopercepció negatives (Bardone-Cone et al., 2018), així com la significació que aquests factors tenen en el desenvolupament i manteniment dels TCA.

D'aquesta manera, millorar l'autoestima i crear plans d'intervenció a nivell emocional (Calvo et al., 2014) és un aspecte important dintre del tractament d'aquest context clínic, ja que permet treballar les capacitats de cura personal per aconseguir el benestar d'aquestes pacients (Calvo et al., 2011).

Tenint tot això en compte, aquest treball pretén crear i implementar un seguit de sessions per treballar l'autoestima en pacients que presenten un diagnòstic d'algun trastorn de la conducta alimentària i fer una avaluació d'aquesta intervenció.

L'elecció del tema d'estudi està impulsada per la necessitat que presenten aquests col·lectius de millorar l'autoestima. A més a més, la gravetat dels casos, la seva forta prevalença, incidència i la seva possibilitat de cronificació destaquen la importància i impacte que tenen aquests trastorns en la societat d'avui dia i posen en evidència la necessitat d'un tractament específic (Pérez, 2018), destacant la rellevància que té aquest tema en l'actualitat.

## **Motivació personal**

He decidit endinsar-me en aquest món perquè com a futura professional de la psicologia considero que és important la creació de material d'intervenció que estigui d'acord amb les teories actuals i que estigui adaptat a les pacients i les seves necessitats.

Altrament, també crec que és una competència bàsica per a la nostra carrera laboral. Penso que aquesta és una molt bona oportunitat per posar en pràctica aprenentatges teòrics tractats al llarg dels meus estudis com ara els diferents rols i tècniques utilitzades pels terapeutes. És un treball que servirà per desenvolupar-me en aquest àmbit i a adquirir un aprenentatge personal molt enriquidor al qual sol es pot accedir des de l'acció com a professional.

## **2. Marc Teòric**

### **2.1. Trastorns de la conducta alimentària**

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) es caracteritzen per presentar una alteració persistent en els comportaments alimentaris (American Psychiatric Association, 2013). Es tracta d'un conjunt de trastorns psiquiàtrics que provoquen canvis tant en la conducta, les emocions com en els pensaments (Toro & Artigas, 2013) i causen greus conseqüències en la salut física i psicològica, així com en l'entorn psicosocial d'aquells qui la pateixen.

De fet, l'acte alimentari va més enllà de cobrir les necessitats primàries bàsiques i nutritives necessàries per a la supervivència de l'organisme. És un acte molt significatiu pels humans en el qual es veu implicat un gran factor social (Pérez, 2018). D'una banda, els hàbits alimentaris es troben ajustats i relacionats amb la cultura i, fins i tot, amb diversos grups ètnics, arribant a definir aquests grups socials. A més a més, l'alimentació representa un moment de socialització en el nostre dia a dia, un fet compartit que pot esdevenir en un benestar tant personal com col·lectiu (Lozano Marroquín et al., 2021). Segons Dominguez (2008) l'alimentació

funciona a partir de pautes i patrons socioculturals que es sobreposen als impulsos biològics, és a dir, que entén que l'alimentació es modifica d'acord amb l'entorn social.

La realitat de la nostra societat mostra un augment de l'atenció al menjar i de la cultura de la dieta. La influència social i cultural contribueixen a crear una pressió constant per aconseguir una imatge que encaixi dintre del cànon de bellesa actual: la primesa, a la qual les dones són més vulnerables. Aquesta sobrevalorització de la primesa està relacionada amb l'àmplia difusió i promoció que se n'ha fet per part de les xarxes socials i els principals mitjans de comunicació, tenint en compte el paper distintiu de la publicitat i els anuncis. La interiorització de tots aquests inputs contribueix a l'establiment de comparacions i estigmes, afectant la percepció i a les connotacions que s'atribueixen al cos, connectant així la primesa amb èxit, elegància, seguretat, control sobre un mateix, vàlua personal, perfecció, acceptació social i atractiu, entre d'altres (Cohen, 1997; Pérez, 2018; Serra, 2015).

Aquest context crea un ambient més propici a desenvolupar trastorns alimentaris. Així doncs, cada vegada més, els TCA estan significat un problema de sanitat urgent en les societats més desenvolupades, les occidentals, especialment entre les adolescents i adultes joves. La incidència d'aquestes malalties afecta a tots els estats socials (Serra, 2015; Chinchilla, 2003).

Aquestes circumstàncies psicosocials, però, no són suficients per explicar l'aparició dels trastorns, sinó que en l'actualitat s'entenen com a trastorns d'etiologia multifactorial. És a dir, són el resultat de la interacció d'un conjunt de diversos factors a nivell tan individual: biològics i psicològics; com a nivell sociocultural: familiars, socials i culturals (Calvo et al., 2014; Rodríguez-López et al., 2020; Chinchilla, 2003; Cohen, 1997), creant una gran complexitat funcional.

Com s'ha comentat anteriorment, la denominació TCA engloba un conjunt d'actituds i conductes atípiques davant la ingesta (Thomas, 2012). Les persones amb TCA tenen una obsessió sobre el control de pes i una preocupació extrema per la seva figura (Serra, 2015). De manera que,

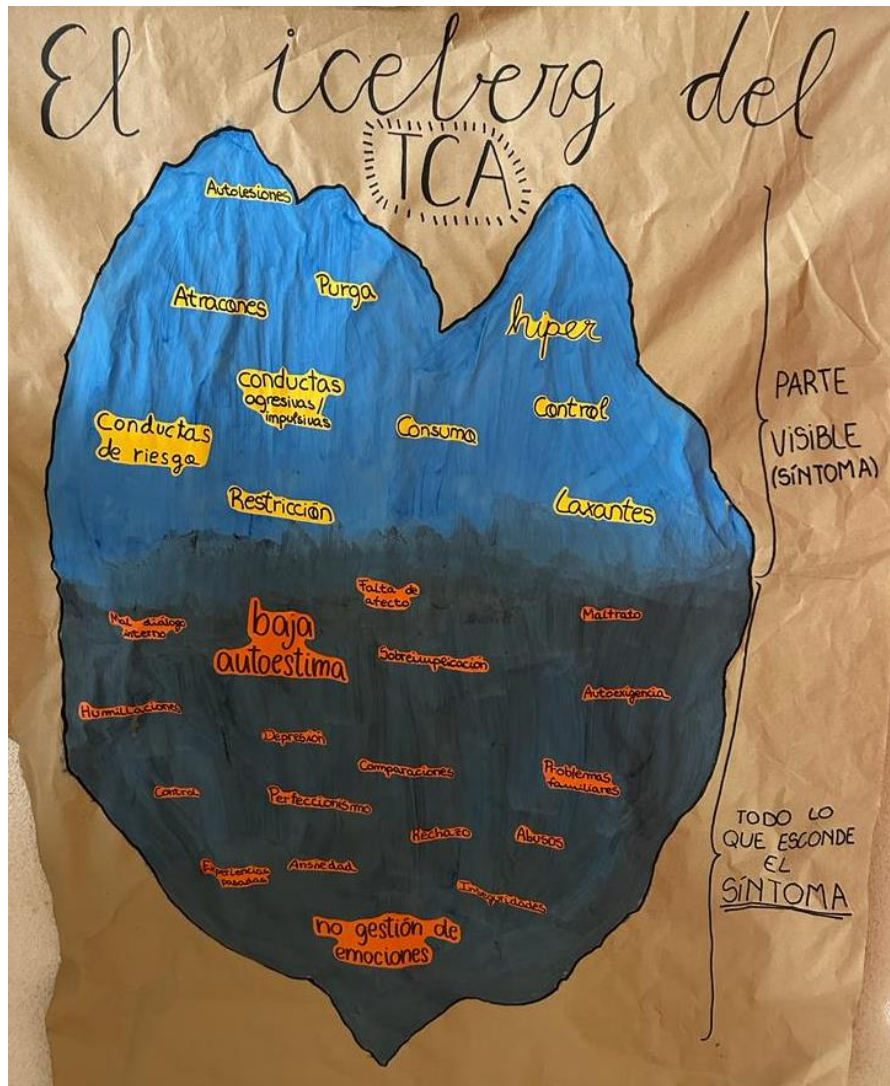
centren els seus recursos d'atenció en el control del menjar i en el cos, sobre el qual tenen una gran distorsió (Calvo, et al., 2011). Per aquests individus, la imatge corporal té una gran influència en la seva autovaloració i autoestima (Lugli i Vivas, 2006). Aquesta insatisfacció corporal i por a guanyar pes condueix consegüentment a un seguit de conductes restrictives i compensatòries, algunes de les quals poden ser: la pràctica excessiva d'exercici físic, el seguiment de dietes estrictes, la inducció voluntària de vòmits i l'ús de laxants o diürètics, tot amb la motivació de mantenir un pes baix o baixar de pes de manera accelerada (Pérez, 2018; Serra, 2015).

Els trastorns de la conducta alimentària, però, no es poden reduir a totes aquestes conductes esmentades anteriorment que les pacients realitzen. Sinó que, tornant a fer èmfasis en la complexitat funcional d'aquests trastorns, s'han de tenir en compte altres aspectes més intrínsecs de les pacients, cognitius i emocionals, per tal de poder conèixer amb profunditat el funcionament del trastorn i els aspectes que el mantenen en cadascun d'ells i, així poder assolir una recuperació plena: tant des d'un aspecte físic com emocional (ITA, 2023; Pérez, 2018).

D'aquesta manera, els trastorns alimentaris també poden ser entesos com a una expressió dels problemes emocionals interns. És a dir, els problemes emocionals interns s'expressen a través d'un control i obsessió excessius sobre la dieta, sobre la imatge i sobre el cos (ITA, 2023) i a través del símptoma alimentari les pacients intenten suplir aquestes carències i absència de regulació dels estats emocionals negatius (Calvo et al., 2014). Hi ha diversos estudis que demostren que hi ha una relació significativa entre una mala regulació emocional i aquestes malalties psiquiàtriques (Prefit et al., 2019; Asuero et al., 2012; Monell et al., 2022).

Una manera gràfica d'entendre aquest concepte és, com es mostra en la *Figura 1*, utilitzant la metàfora del iceberg. En el TCA hi ha una part visible, és a dir conductual, que és la que es troba a la superfície i l'entorn pot veure i detectar, però totes aquestes conductes van acompanyades d'una part no visible, emocions, pensaments i creences..., com ara poden ser: l'ansietat, la inseguretad, la depressió, el perfeccionisme, el control, l'autoexigència, la humiliació, un mal diàleg intern, etc. que influeixen i mantenen aquestes conductes.

Figura 1: Mural de l'iceberg del TCA realitzat per un grup de pacients d'ITA el 2023.



Font: elaboració pròpia.

De fet, hi ha diversos factors que són característics de les persones amb TCA: el perfeccionisme, la baixa autoestima, la rigidesa i obsessió de pensament i la insatisfacció corporal, entre d'altres (Asuero et al., 2012).

## 2.2. Classificació dels trastorns alimentaris

Existeixen dos manuals principals de classificacions diagnòstiques que s'utilitzen actualment a escala mundial. El DSM-5 (APA, 2013) i la desena Classificació Internacional de les Malalties (CIE-10) (Organització Mundial de la Salut, 1992). En la taula següent es mostren les agrupacions que fan aquests dos manuals dels trastorns alimentaris.

Taula 1. Agrupacions diagnòstiques dels trastorns alimentaris segons els principals manuals de classificacions diagnòstiques.

<p align="center"><b>Trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments. DSM-5</b></p>	<p align="center"><b>Síndromes de comportament associats a trastorns fisiològics i alteracions físiques. Trastorns de la conducta alimentària. CIE-10</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pica</li> <li>- Trastorn de ruminació</li> <li>- Trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments</li> <li>- Anorèxia nerviosa</li> <li>- Bulímia nerviosa</li> <li>- Trastorn per afartament</li> <li>- Altres trastorns de la conducta alimentària especificats</li> <li>- Trastorns de la conducta alimentària no especificats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anorèxia nerviosa</li> <li>- Bulímia nerviosa</li> <li>- Altres trastorns de la conducta alimentària, inclou:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorn d'ingestió compulsiva</li> <li>• Trastorn d'evitació/restricció de la ingesta</li> <li>• Altres trastorns especificats de la conducta alimentària</li> </ul> </li> <li>- Trastorn de la conducta alimentària no especificat</li> </ul>

Font: elaboració pròpia.

Tot i aquesta classificació, s'ha de ressaltar que una característica destacable dels TCA és la migració diagnòstica entre els diferents trastorns: anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, trastorn per afartament o TCANE (Pérez, 2018). La migració diagnòstica es defineix com el canvi de diagnòstic per l'evolució del propi trastorn. Així, és habitual que les pacients transitin d'un quadre a un altre, sent la tendència que es comenci amb un quadre de tipus més restrictiu (anorèxia nerviosa) que evoluciona cap a un quadre de bulímia o afartaments (Pérez, 2018; Gaete et al., 2020)

Com es pot observar en la taula, el DSM-5 i CIE-10 reconeixen diversos trastorns. Aquest treball, però, es focalitzarà en l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i el trastorn per afartament, ja que els altres no es troben

dintre de l'objecte d'estudi. Aquests tres trastorns tenen un denominador comú: la preocupació desmesurada pel cos i pel menjar.

### 2.2.1. Anorèxia nerviosa

L'anorèxia nerviosa (AN) és un dels principals trastorns del comportament alimentari. El trastorn va ser denominat per primera vegada com AN a mitjans del segle XIX, per William W. Gull, un metge anglès. Considerant-lo un trastorn de falta d'apetit, el va anomenar "*an-orèxia*" (pèrdua de la gana) i "*nerviosa*" per assenyalar que aquesta falta no prové de causes biològiques conegudes (Toro & Artigas, 2013).

Així doncs, és un trastorn que es caracteritza principalment per una restricció de la font energètica provinent de la ingesta que condueix a una pèrdua de pes important (APA, 2013) i que a la llarga també provoca una alteració en les sensacions perceptives de gana i sacietat (Chinchilla, 2003). Aquesta restricció és deguda a una por irracional i molt intensa a guanyar pes o a engreixar que no s'elimina quan les pacients baixen de pes, sinó que en molts casos incrementa.

Intentant mitigar el malestar que els hi produeix aquesta por, van realitzant conductes per reduir el pes que tenen (Toro & Artigas, 2013). Aquestes inclouen: ús de laxants o diürètics, restricció de la ingesta (com ara ús de dietes, selecció o prohibició de certs aliments), vòmits o fer exercici físic obsessiu (OMS, 1992). Són conductes dedicades a aconseguir un control de pes inicialment intencionat, però que es torna obsessiu (Chinchilla, 2003). La baixada de pes no s'atura, tot i el pes corporal significativament baix, és a dir, inferior al mínim normal, que alguns pacients assoleixen en relació amb la seva edat, sexe, desenvolupament i salut física (APA, 2013).

Són persones amb estils cognitius centrats en el control, perfeccionisme i autocrítica. A través d'aquests intenten equilibrar la seva falta d'autoestima i sentiments d'ineficàcia aconseguint amb l'autoexigència un sentit de competència i èxit.

Els pacients presenten distorsions cognitives en la pròpia percepció corporal, que tenen un gran impacte negatiu en la seva autoimatge. Són molt poc conscients del seu estat físic i no perceben les seves necessitats

nutritives. A més a més, donen molta importància al pes corporal en la seva autoavaluació i autoestima, com que estan insatisfets amb el seu cos, consegüentment també ho estan amb ells mateixos com a persones (Toro & Artigas, 2013). De fet, és habitual que realitzin conductes d'autocomprovació per valorar canvis en la seva talla o pes: pesar-se, mirar-se en miralls, mesurar el seu cos (amb la seva pròpia roba, amb les mans...), així com són habituals les comparacions constants amb altres persones i tapar-se per vergonya a mostrar el seu cos.

Aquesta poca autoconsciència sobre el seu estat de preocupació pel cos i pel menjar provoca una tendència a negar o ocultar la seva malaltia, inclús tot i estar molt greus. Això fa que hi hagi molts pacients que, sobretot inicialment, siguin resistents al canvi i consegüentment al tractament (Calvo et al., 2014) i no vulguin deixar el símptoma, ja que els hi aporta seguretat perquè és una mostra del seu autocontrol i autodisciplina.

Com s'ha comentat en l'apartat anterior, l'acte alimentari és un acte social. D'aquesta manera, és important comentar que davant la seva preocupació pel menjar molts pacients eviten menjar en públic. A més, l'autoexigència també els porta a prioritzar la realització de les conductes per a reduir pes, com ara l'excés d'exercici físic, davant de qualsevol altra alternativa i això pot provocar un aïllament social (Calvo et al., 2011).

El diagnòstic d'aquest trastorn tant en el DSM-5 com en el CIE-10 presenta dos subtipus en funció de les conductes adoptades per evitar guanyar pes:

- **Tipus restrictiu:** durant els últims tres mesos no s'han produït episodis de purga o afartaments. Es realitzen conductes de restricció de la ingesta i excés d'exercici físic com a mètode de reduir el pes corporal.
- **Tipus amb afartaments i purgues:** durant els últims tres mesos sí que presenta episodis d'afartaments o purga: vòmits autoprovocats i abús de laxants o diürètics.

Tal com especifica el DSM-5 "no és atípic que un mateix cas clínic passi d'un subtipus a un altre, per tant, s'ha de tenir en compte que és una descripció que s'utilitza per descriure els símptomes predominants en un cert moment

de la malaltia i no per descriure'n un curs longitudinal i invariable" (APA, 2013, p.339).

Aquest trastorn també presenta un conjunt d'altres manifestacions físiques vinculades a la desnutrició com ara: l'amenorrea, caiguda o debilitament capil·lar, una temperatura corporal i tensió baixos, entre d'altres (Calvo et al., 2011).

L'AN acostuma a iniciar-se durant l'adolescència o durant l'edat adulta primerenca i afecta principalment a noies i dones, tot i que s'ha descrit alguns casos fora d'aquestes etapes vitals (APA, 2013).

### 2.2.2. Bulímia nerviosa

La bulímia nerviosa (BN) va ser descrita per primera vegada per Gerard Russell l'any 1979 com a una variant de l'anorèxia nerviosa. Actualment, es caracteritza per una alternança recurrent d'episodis d'afartaments i de comportaments compensatoris similars als de l'anorèxia: purgues autoprovocades a través d'un abús de laxants i diürètics o vòmits, restricció o realització excessiva d'exercici físic; amb la intenció d'evitar l'augment de pes (APA, 2013).

Un episodi d'afartament consisteix en ingerir una quantitat de menjar superior a la normal en un període reduït de temps (habitualment inferior a dues hores) i on la persona experimenta una sensació de pèrdua de control sobre la ingesta, tant per contenir-se i no menjar, com per parar de fer-ho. Els afartaments es caracteritzen més per una variació en la quantitat d'ingesta d'aliments que no tant en el valor energètic o calòric d'aquest, tot i això, els individus acostumen a menjar aliments que en altres circumstàncies evitarien (APA, 2013). Acostumen a realitzar-se d'amagat i a estar seguits d'un gran sentiment de culpa i remordiment (Serra, 2015). Els afartaments poden ser desencadenats per diversos antecedents estressants que provoquen un sentiment negatiu. La restricció de la dieta també s'ha vist lligada a l'inici d'episodis d'afartaments. L'afartament és, doncs, una manera de minimitzar o gestionar aquests factors precipitants i, tot i aconseguir-ho a curt termini, a llarg termini té efectes negatius en aquests pacients com ara la insatisfacció personal i una mala autoavaluació.

L'altra característica fonamental de la bulímia nerviosa són els comportaments compensatoris per evitar l'augment de pes. Dels ja mencionats, el més freqüent és el vòmit autoproduït que com a efectes immediats provoca l'alleujament del malestar físic i la reducció de la por a guanyar pes (APA, 2013). A més a més, són una manera de gestionar la vergonya i la culpa després de realitzar la ingesta excessiva (Chinchilla, 2003).

Igual que en l'anorèxia, els pacients també presenten una preocupació extrema pel pes i figura, i una distorsió en la imatge corporal (Serra, 2015). És per això que el pes i la constitució corporal d'aquestes pacients tenen una gran importància en la seva autoavaluació i autoestima. Pel que les conductes d'autocomprovació, de comparació amb altres persones o d'amagar el seu cos per vergonya, presents en l'anorèxia també són realitzades per les pacients amb BN.

Els individus amb bulímia nerviosa acostumen a trobar-se dintre d'un rang de pes normal o tenir sobrepès (APA, 2013). Tant els afartaments com les conductes compensatòries es realitzen d'amagades, per tant, el fet que en aquest trastorn no hi hagi un impacte físic que es pugui percebre, dificulta la detecció precoç del problema per part de familiars o de l'entorn (Serra, 2015; ITA, 2023). A més, a nivell físic, com a conseqüència del vòmit provocat poden presentar una pèrdua i erosió de l'esmalt dental o afectacions en les glandules salivals.

Aquest trastorn es sol iniciar en l'adolescència tardana o en l'edat adulta primerenca, tot i que té un inici lleugerament més tardà que l'anorèxia. Aquest inici es troba generalment vinculat a la realització de dietes per perdre pes. És molt més freqüent en noies i dones que en homes: una proporció del 90% al 10% (APA, 2013).

És important fer una diferenciació entre l'AN de subtipus afartaments i purgues i la BN. Tots dos trastorns inclouen conductes d'afartament, però no s'hauria de diagnosticar BN en cas que es compleixin els criteris d'aquest tipus d'AN, com seria, per exemple, presentar una pèrdua de pes important. Per tant, les persones amb AN presenten un pes significativament baix, mentre que les persones amb BN es troben en un rang de pes normal o

amb sobrepès (APA, 2013). Les pacients que presenten diagnòstics de BN tendeixen a mostrar majors nivells d'impulsivitat (Salorio et al., 2010).

### 2.2.3. Trastorn per afartament

El trastorn per afartament (TA) o trastorn d'ingestió compulsiva segons el CIE-10, es caracteritza per tenir episodis d'afartaments de manera recurrent. Es diferencia de la bulímia nerviosa perquè les conductes compensatòries reiterades com ara les purgues es troben absents en aquest trastorn.

Com s'ha mencionat anteriorment, els afartaments es caracteritzen per un consum de grans quantitats de menjar sense necessàriament tenir la sensació física de gana. Una ingesta que es produeix a un ritme molt més ràpid de l'habitual i en període de temps reduït i que no s'atura fins que les pacients s'han quedat desagradablement plenes. Hi ha una sensació de pèrdua de control sobre què s'està menjant. Com s'especifica en el DSM-5 els factors desencadenants més freqüents d'aquests episodis són els sentiments negatius en relació amb el pes, o la constitució corporal i els aliments.

Els afartaments provoquen un malestar intens, sensacions de culpa i fins i tot tristesa, ansietat o sentiments depressius (Chinchilla, 2003). Aquests episodis es solen produir d'amagades, ja que els individus es senten avergonyits dels problemes alimentaris que tenen. És comú que aquesta vergonya faci que els individus amb TA evitin realitzar els àpats davant d'altres persones. A més a més, també presenten una preocupació pel cos i la figura, una baixa autoestima i experimenten malestar i insatisfacció corporals.

Els pacients amb aquests trastorns acostumen a trobar-se en un estat de pes normal/sobrepès o obesitat. Tot i així, és necessari fer una distinció entre l'obesitat i el trastorn per afartament, perquè no totes les persones que tenen obesitat, un excés de greix corporal, tenen un trastorn mental. L'obesitat pot actuar com a factor de risc en alguns trastorns mentals, però no és en si mateixa un trastorn mental. Les persones obeses sense TCA no

realitzen afartaments, tenen un deteriorament funcional i malestar inferior i una millor qualitat de vida que aquelles que sí que la pateixen.

El trastorn per afartament habitualment comença durant l'adolescència o en l'edat adulta primerenca, tot i que també pot començar durant l'edat adulta més tardana. El TA té una proporció segons el gènere de les pacients molt menys desequilibrada que l'AN i la BN (APA, 2013).

### 2.3. Prevalença

Hi ha certes discrepàncies en relació amb la incidència i prevalença d'aquestes malalties (Pérez, 2018), ja que la prevalença pot variar en funció de diferents factors: els criteris de diagnòstic, el tipus de trastorn estudiat i les característiques de la població d'estudi. D'aquesta manera, la majoria d'estudis de prevalença es focalitzen en dones adolescents i joves, perquè són el principal grup de risc per aquesta psicopatologia (Arija et al., 2022), sent la població clínica aproximadament un 90% dones i un 10% homes en l'anorèxia i la bulímia nervioses (APA, 2013).

Actualment, es coneix que els TCA es distribueixen de manera global en els diferents països, tot i que hi ha molts més estudis en països industrialitzats, i que afecten a totes les cultures, ètnies i grups socioeconòmics (Arija et al., 2022). En els últims anys, la prevalença dels TCA ha augmentat (Galamiche, 2019).

Segons el DSM-5 (APA, 2013) la prevalença al cap de 12 mesos en dones joves és de 0'4% en l'AN i d'1-1'5% en la BN. En el cas del TA s'indica una prevalença del 1,6% en dones iguals o majors de 18 anys i un 0'8% en homes iguals o majors de 18 anys a Estats Units.

A nivell mundial, un estudi realitzat en diferents països desenvolupats observa una prevalença de TCA del 2'4% en el conjunt de la població (Dahlgren, 2017). A Europa, la prevalença estimada en les dones amb AN és d'un 1-4%, la de la BN es del 1-2% i la del TA és del 1-4% (Arija et al., 2022).

Finalment, a Espanya sobre l'AN una revisió de diferents estudis realitzats en dones joves indica una prevalença del 0,14-0,88% (Arija et al., 2022). A més a més, un altre estudi dut a terme per un grup de treball de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA (2009) indica que la prevalença en dones d'entre 12 i 21 anys és de 0,14-0,9%.

En la BN la revisió d'estudis indica una prevalença d'entre 0,37-1,24% en dones joves (Arija et al., 2022). Altres, indiquen 0,41-2,9% (Guía de Práctica Clínica, 2009)

En el TA la prevalença és aproximadament d'un 2-3% en la població femenina universitària (Thomas, 2012; Arija et al., 2022; Sepulveda et al., 2008) i 0,8% en la població general (Muro et al., 2017).

## 2.4. Tractament

Com s'ha comentat anteriorment, els TCA són trastorns que tenen un gran impacte en diferents àrees de la vida d'una persona: físic, cognitiu, emocional... D'aquesta manera, és molt important realitzar un tractament multidisciplinari (Calvo et al., 2011) que permeti tractar totes les àrees afectades per la malaltia, així com també tractar altres trastorns associats o comòrbids, si es presenten (ITA, 2023; Gaete et al., 2020). Un tractament multidisciplinari és aquell que entén de manera integral la malaltia i la tracta des d'un enfocament psicològic, nutricional, mèdic i psiquiàtric (Gaete et al., 2020). Aquest tipus de tractament assegura un pronòstic molt més favorable, sobretot si s'aplica des d'un inici (Chinchilla, 2003).

Hi ha molts tipus d'intervencions diferents des dels quals tractar aquesta psicopatologia que han resultat eficaces, com per exemple: cognitiu-conductual (Calvo et al., 2011), teràpia familiar (Gaete et al., 2020; Raich, 2011), interpersonal, etc. A més a més, és habitual que la psicoteràpia es combini amb psicofàrmacs.

En l'inici del tractament és crucial centrar-se i treballar la consciència de la malaltia, ja que en aquesta psicopatologia en molts casos abans d'iniciar el tractament les pacients no reconeixen que tenen un problema (Serra, 2015;

ITA, 2023). Les pacients troben en la malaltia i el símptoma un espai de seguretat i valor (Calvo et al., 2014), per tant, la renúncia d'aquests implica una pèrdua d'altres atributs com són la seguretat i autocontrol (Calvo et al., 2011). Tots aquests aspectes comentats provoquen una resistència al canvi i al tractament, pel qual és necessari treballar en la motivació cap al canvi, relacionada amb l'actitud de les pacients en el tractament, així com la seva adherència al mateix (ITA, 2023).

També s'ha de produir una millora dels hàbits d'ingesta i de l'estat físic. S'han de reestructurar les seves conductes alimentàries (quantitat, varietat d'aliments, ritme, etc.) ajudant al pacient a identificar les funcions del símptoma fent psicoeducació sobre el funcionament dels trastorns alimentaris. Paral·lelament, la funció de l'entorn extern més proper al pacient, principalment el nucli familiar, proporcionant contenció i establiment de límits, per la qual cosa també és important psicoeducar en aquest context.

Quan el pacient ja té més control sobre la conducta alimentària, el tractament es focalitza en la millora de les relacions personals, socials i familiars i en el manteniment d'aquest control del símptoma. La flexibilització de pensament i l'autoconeixement que s'adquireix al llarg del procés terapèutic afavoreix que el pacient sigui conscient del perquè de les seves conductes i aprengui a identificar i gestionar les emocions i pugui així transformar-les per poder acabar adquirint una millor estabilitat tant personal com interpersonal (ITA, 2023; Calvo et al., 2011). A més a més, també és necessari treballar l'autoestima i autoconcepte, donar importància a l'autocura i ajudar a establir una imatge corporal positiva.

Hi ha diverses opcions de tractament per les pacients amb TCA i seran els professionals qui avaluaran quin tractament és el més adequat per a cada persona en cada moment de la malaltia, tenint en compte altres factors externs, com és a vegades l'econòmic. Els tres tipus principals són els següents:

- **Tractament d'ambulatori:** les pacients reben un tractament coordinat a través de consultes externes amb el nutricionista, el

psicòleg, el metge i el psiquiatre. La freqüència de sessions mensuals varia en funció del servei que s'utilitza.

- **Hospital de dia:** s'implementa en cas que el tractament d'ambulatori sigui insuficient. Són programes diaris de dilluns a divendres que tenen una duració de varies hores al dia (varia en funció del tipus de servei), que inclouen la realització de diverses teràpies tant individuals com grupals i d'algunes de les cinc ingestes diàries en els centres. És un programa que permet tenir més incidència en el tractament sense treure a la pacient del seu entorn.
- **Ingrés 24h:** és un recurs que s'usa en casos on es necessita un entorn més controlat per poder frenar el símptoma o es mostra dificultat per seguir les indicacions terapèutiques pautades per l'equip de professionals. Les pacients es troben fora de l'entorn familiar i reben atenció durant totes les hores del dia.

Cada vegada més, el procés terapèutic inclou l'alternança de teràpies individuals, grupals i familiars, ja que, com ja s'ha especificat, el sofriment no es limita a la persona diagnosticada, sinó que també es manifesta en tots els seus entorns socials: familiar, grup d'iguals i fins i tot en àmbit acadèmic o laboral. Així, hi ha molts beneficis que es poden obtenir en intervenir grupalment, que igual que en moltes altres psicopatologies, ha demostrat tenir amplis avantatges, arribant-se a considerar un component clau (Serra, 2015).

#### 2.4.1. Teràpia grupal

Els TCA estan estretament relacionats amb els problemes interpersonals. De fet, els estudis aquests últims són considerats factors tant de manteniment com de risc d'aquestes malalties (Giovinazzo & Tozzi, 2017; Keel et al., 2012). Comunicar les seves necessitats, evitar els conflictes, la seva inseguretats i cognició socials són algunes de les dificultats que presenten (Sánchez, 2022). A més a més, és necessari destacar que alguns pacients també han patit situacions d'assetjament escolar, essent un dels desencadenants més freqüents (Mora-Merchán et al., 2019), que resulten en aïllament i menys relació amb el grup d'iguals.

Així, la teràpia grupal és una eina que té un gran potencial dintre d'un procés terapèutic, ja que, entre d'altres, afavoreix a l'adherència al tractament i a la motivació al canvi, que tal com s'ha esmentat en l'apartat de *Tractament* és un aspecte de vital importància en aquests trastorns. Yalom l'any 1970 va reunir els mecanismes terapèutics grupals en 11 factors (Vinogradov & Yalom, 2012):

1. **Difusió d'esperança:** la interacció amb pacients que es troben en punts diferents del tractament i poder veure el seus processos i avanços inspiren una gran esperança respecte a la seva pròpia millora.
2. **Universalitat:** els pacients senten un gran alliberament quan són conscients que no són les úniques persones que tenen aquests problemes, que no estan sols i que hi ha gent que els entén.
3. **Transmetre informació:** en el grup terapèutic la transmissió d'informació té lloc tant per part de la psicoeducació dels terapeutes com a partir de la participació dels propis membres per transmetre i comprendre la naturalesa de la malaltia, proporcionar recursos, tècniques i consells.
4. **Altruisme:** els pacients generalment quan inicien el tractament creuen que no tenen valor i que no poden oferir res als altres, per tant, el sentiment d'ajudar a l'altre i sentir-se útil els resulta molt gratificant i pot resultar fins i tot en una millora de l'autoestima.
5. **Desenvolupament de tècniques de socialització:** els membres del grup breument després d'entrar-hi actuen amb dinàmiques iguals a les que interactuen amb altres persones de la seva esfera social. Això permet avaluar i intervenir les relacions socials i els comportaments socials desadaptatius que s'estableixen de manera natural i a la vegada aprendre i desenvolupar les seves habilitats socials bàsiques.
6. **Comportaments imitatius:** els pacients també aprenen a partir de l'observació dels seus companys. Poder presenciar o participar en teràpies de pacients amb problemàtiques similars els beneficia. Aprenen de l'experiència dels altres.
7. **Catarsi:** compartir les sensacions i emocions internes afavoreix a una millor comprensió i gestió de les pròpies emocions. A més, també provoca un gran alleujament per a la persona i l'acceptació per part del

grup. Aquest factor es troba molt relacionat amb els factors de cohesió i universalitat.

8. **Recapitulació correctiva del grup familiar primari:** els pacients a vegades repeteixen conductes, dinàmiques i rols familiars primaris en el grup. Identificar, qüestionar i modificar-los per provar nous comportaments permetrà el creixement d'aquests pacients.
9. **Factors existencials:** des d'un enfoc existencial, els problemes dels pacients són entesos com a una lluita i preocupació pels factors existencials: la mort, la llibertat, l'aïllament i la falta de sentit. Parlar i expressar aquestes preocupacions al grup prenen consciència de les frustracions i limitacions de la realitat que han d'afrontar i aprendre a acceptar-les.
10. **Cohesió de grup:** és un aspecte primordial i fa referència al grau en què els membres del grup es senten atrets mútuament. S'accepten i es donen suport desenvolupant relacions significatives provocant també una major assistència. Tal com indica Montse Sánchez Povedano, directora d'ITA i presidenta de FITA, els beneficis d'una bona cohesió grupal en TCA comporten: aprendre el valor de la cooperació davant l'autosuficiència pretesa pel TCA, una sensació de seguretat i ajuda mútua entre els membres, valor del grup com agent de canvi i s'augmenta la satisfacció pel treball grupal (fet que també resultarà adaptatiu per la vida social que mantenen fora del grup).
11. **Aprenentatge interpersonal:** el grup terapèutic és un entorn segur i sincer on tard o d'hora els seus membres actuen en base els seus patrons de funcionament habituals i això permet experimentar experiències emocionals correctives. Tot el creixement i aprenentatge extret de les interaccions interpersonals afavoreixen al seu desenvolupament personal i ajuda a tractar trastorns.

El grup altrament també actua com a mecanisme de control per obtenir una meta comuna, en aquest cas: la recuperació del TCA. Dintre del grup, les accions de cada membre reben una retroalimentació o altra en funció de si aquestes accions s'han percebut a favor de la meta comuna o, al contrari se n'allunyen. Per tant, aquest sistema té un gran potencial per guiar als seus membres cap a la recuperació (Sánchez, 2022). Cal remarcar que la

retroalimentació no és realitzada únicament pel grup terapèutic, sinó que també per part de l'equip de professionals.

La retroalimentació pot presentar-se en forma de:

- **Feedback positiu:** el grup valora i reforça una acció, fent que aquesta sigui més probable que es repeteixi.
- **Feedback negatiu:** una acció en contra de la meta serà corregida i menys probable que torni a succeir.

Aquest funcionament afavoreix que els membres siguin capaços de relacionar les seves conductes amb les conseqüències que aquestes tenen dintre del grup i a ser conscients que els seus actes tenen un impacte en l'opinió que els altres tenen d'ells (Jiménez et al., 2021).

Les teràpies grupals afavoreixen l'empatia i la millora de la cognició social durant les interaccions, implica una reducció de l'aïllament social i l'exposició a situacions evitades com poden ser els conflictes. Aquests últims aporten un gran aprenentatge grupal, ja que promouen la cerca de solucions, necessitat de posar límits o la comunicació assertiva. El conflicte permet aprendre, flexibilitzar i modificar hàbits i patrons de funcionament desadaptatius. Tots aquests aspectes resulten molt beneficiosos pels processos personals de les pacients amb TCA.

## 2.5. Autoestima i TCA

L'autoestima ha estat definida per molts autors diferents. Actualment, hi ha cert acord en entendre-la com la valoració o actitud, positiva o negativa que s'adopta sobre un mateix. És a dir, la valoració que fem de les característiques presents en el nostre autoconcepte (APA, 2023). Rosenberg l'any 1965 ja exposava que l'autoestima es troba estretament relacionada amb l'autoconcepte. Així doncs, l'autoconcepte engloba totes les creences sobre el mateix individu: les característiques, capacitats, qualitats, rols, etc. mentre que l'autoestima, seria el resultat de l'opinió de totes aquestes qualitats.

L'autoestima és un constructe que es basa en els components tant cognitius com afectius (Bardone-Cone et al., 2018) sobre un mateix. Tenir una bona autoestima és essencial pel desenvolupament personal, social i escolar/laboral dels individus i pot actuar com a factor protector davant de factors estressants externs (Liu et al., 2014; Asuero et al., 2012). Una alta autoestima afavoreix a sentiments de felicitat i benestar, a tenir més capacitat d'establir relacions adequades amb l'entorn, més autocontrol dels impulsos, més confiança i seguretat per afrontar diverses situacions vitals, més capacitat per resoldre conflictes i a mostrar una actitud positiva i d'acceptació cap al propi cos (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009; Rodríguez y Caño, 2012; Keane y Loades, 2016).

El TCA ha estat sovint relacionat amb una baixa autoestima i amb insatisfacció corporal. La bibliografia ha demostrat com la baixa autoestima es considera un factor de risc o mantenidor d'aquestes psicopatologies (Bardone-Cone et al., 2018; Asuero et al., 2012), determinat per alguns autors com una de les seves principals afectacions (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009). A més, alguns estudis també han demostrat com l'autoestima actua com a moderador entre altres factors i el risc de TCA (Bardone-Cone et al., 2018). Per exemple, els resultats d'un estudi de Mousavi, Rostani, Moghadam i Behrouzian (2022) mostraven com l'autoestima podia modular la relació entre el perfeccionisme i símptomes de TCA. Les persones amb puntuacions altes de perfeccionisme tenien més probabilitat de realitzar conductes TCA en el cas de tenir una autoestima baixa.

Cal destacar que un dels components clau de l'autoestima és l'autoimatge, que esdevé molt important en el context dels trastorns de la conducta alimentària. La insatisfacció amb imatge corporal i la preocupació extrema pel pes són indicadors d'una autoimatge negativa i consegüentment d'una baixa autoestima (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009). La baixa autoestima augmenta la probabilitat de sentir aquesta insatisfacció i preocupació corporals, i també la probabilitat de l'inici de la realització de conductes compensatòries per part dels pacients en un intent de controlar la seva figura i pes. De fet, els resultats de l'estudi fet per Asuero,

Avargues, Martí y Borda (2012) van en aquesta línia i indiquen que les pacients amb una baixa autoestima en comparació amb els grups d'autoestima alta i mitja presenten alts nivells d'insatisfacció corporal, ansietat i una discrepància major entre l'IMC real i l'ideal.

Tenint tot això en compte, es veu la pertinència de treballar i fomentar l'autoestima en aquest context clínic a través de la utilització de tècniques tant per a la prevenció com el tractament dels TCA.

### 3. Objectius

#### **Objectiu general:**

L'objectiu general d'aquest treball és conèixer l'efectivitat d'un breu projecte d'intervenció grupal per treballar l'autoestima en un context clínic específic en trastorns de la conducta alimentària.

#### **Objectius específics:**

- Planificar diverses sessions i material d'intervenció per treballar l'autoestima.
- Millorar l'autoestima de les participants involucrades.
- Avaluar l'autoestima d'un grup terapèutic de pacients amb trastorns de la conducta alimentària abans i després de realitzar el projecte d'intervenció proposat.
- Avaluar els resultats de cadascuna de les sessions realitzades.

#### **Hipòtesis**

- Les participants obtindran una autoestima baixa o molt baixa en l'escala de valoració de l'autoestima.
- S'observarà una millora en l'autoestima de les pacients després de la realització de les sessions.

## 4. Metodologia

Aquest treball s'emmarca en un context professionalitzador, és a dir, que té com a finalitat crear i posar en pràctica un material d'intervenció específic per un grup terapèutic de pacients amb TCA. Amb la finalitat d'assolir els objectius plantejats, l'estudi s'ha estructurat seguint les fases següents:

### 4.1. Context on es desenvolupa l'acció

La realització de les teràpies grupals plantejades en aquest treball es faran al centre ITA Tarragona, centre especialitzat en TCA que ofereix servei d'hospital de dia i consultes externes de dilluns a divendres i on vaig tenir l'oportunitat de realitzar les pràctiques externes de final de grau. Principalment, es tracten casos de TCA, tot i que també hi ha casos amb altres psicopatologies, com ara depressió, ja que s'ha valorat que el tractament en aquests pacients en particular també pot ser beneficiós.

L'objectiu principal que té aquest centre és millorar la qualitat de vida dels pacients, respondre a les seves necessitats, acompanyar-los i proporcionar-los-hi eines per aconseguir el seu benestar i autonomia. El servei que ofereixen consisteix en el tractament integral d'aquestes patologies psiquiàtriques, en mans d'un servei d'especialistes multidisciplinaris: nutricionistes, psicòlegs, psiquiatres, metges i neuro-psicòlegs amb els quals es treballen totes les àrees afectades per la malaltia.

El tractament es centra sempre en la persona afectada i en el seu entorn, essent la família una part crucial del procés de recuperació. És per això que mensualment els terapeutes i la nutricionista fan teràpies familiars per poder tractar problemàtiques que passen en aquest entorn i que perjudiquen o preocupen al pacient, fer psicoeducació sobre el trastorn i, sobretot, per poder fer contenció, ja que és molt important el control, vigilància i suport dels pares per assegurar-se que els pacients estan seguint les pautes i no fan símptoma. En els casos que no és així es dificulta i s'allarga molt el tractament. A més a més, també es celebren reunions multifamiliars online, on els pares poden viure aquest acompanyament

entre ells, veure que no són els únics amb aquestes problemàtiques a casa, sentir-se entesos i on també poden rebre més informació psicoeducativa.

Els usuaris d'aquest servei acostumen a ser adolescents que provenen de diverses zones de tota la província de Tarragona i fins i tot de la Plana de Lleida, ja que la resta de centres d'ITA que ofereixen l'opció d'hospital de dia a Catalunya es troben ubicats a la província de Barcelona. Generalment, són noies d'entre 14 i 22 anys i, tot i que també es tracten casos on l'edat es troba fora d'aquest interval (sigui per damunt o per sota), aquests no acostumen a assistir a l'hospital de dia (amb excepcions). Es tracta d'un centre privat. No obstant això, és un centre concertat de l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) per la prestació sanitària de l'assegurança escolar obligatòria, és a dir, la seguretat social cobreix el tractament a alumnes d'entre 14 i 28 anys que estiguin cursant algun tipus de formació reglada, tant el tractament en hospital de dia, en ambulatori, com en ingrés 24h. Tot i així, malgrat les ajudes, continua sent un servei que no està a l'abast de tothom. Per tant, les pacients que hi participen acostumen a provenir de famílies amb un mitjà o bon nivell socioeconòmic, fet que consegüentment també provoca que la diversitat sociocultural que trobem en aquest context no sigui gaire elevada.

## 4.2. El grup terapèutic

L'hospital de dia està format per dos grups: fase 1 i fase 2. La primera fase, el grup amb qui jo vaig estar durant les meves pràctiques i on es realitzarà la intervenció, són pacients que encara es troben en un punt inicial del tractament. Són casos on s'ha valorat que les consultes externes no són suficients per a la seva evolució favorable, moltes vegades per la falta de contenció que tenen fora del centre. Assisteixen al centre de 9:00 a 17:00 de dilluns a divendres (amb excepcions i permisos personals atorgats pels professionals) i hi fan 4 de les 5 ingestes diàries al centre conjuntament amb 3 teràpies grupals diàries.

Actualment, està format per 9 noies d'entre 15 i 22 anys. De les 9 pacients, 2 tenen un diagnòstic de depressió, en alguns casos amb comorbiditat amb

altres trastorns, com per exemple el trastorn límit de la personalitat, però sense presència de TCA. Les altres 12 pacients totes tenen un diagnòstic de TCA, sigui de BN, AN o TA. En alguns casos els trastorns de TCA també són comòrbids amb depressió o amb el trastorn límit de la personalitat.

### 4.3. Elaboració del projecte d'intervenció

La realització de les pràctiques en aquest centre em va permetre, a través de l'observació, entendre i poder veure el funcionament de diversos tipus de teràpies grupals realitzades per diversos psicòlegs i altres professionals, fet que m'ha sigut molt útil a l'hora de planificar de les teràpies. A més a més, la interacció directa amb les pacients al llarg de les meves pràctiques també m'ha facilitat conèixer al grup, entendre quines dinàmiques i exercicis poden funcionar millor i quines són algunes de les seves necessitats i demandes per poder-les treballar, així com quines són les dificultats més habituals.

Altrament, tal com s'ha descrit en el marc teòric, a través de la recerca bibliogràfica també s'han pogut determinar quines són algunes de les principals afectacions que tenen les pacients amb TCA i, per tant, hi ha un conjunt d'estudis i investigacions científiques que corroboren i que sustenten el sentit i la importància de treballar l'autoestima en aquest context terapèutic

La planificació del projecte està formada per la realització d'entrevistes a professionals per poder extreure informació, l'aplicació d'un qüestionari de valoració de l'autoestima i un conjunt de teràpies grupals cadascuna amb els seus objectius específics, però totes emmarcades en una mateixa direcció i objectiu general: el desenvolupament de l'autoestima.

#### 4.3.1. Realització d'entrevistes a professionals

Com a mètode de recopilació d'informació sobre les teràpies grupals, s'ha realitzat una entrevista a tres psicòlogues que actualment treballen com a terapeutes al centre ITA, el centre de salut mental on es desenvoluparà

l'acció terapèutica plantejada en aquest estudi, és a dir, que treballen dia a dia amb el grup on es desenvoluparan les teràpies.

Per tant, els criteris d'inclusió establerts per als professionals del centre ITA han estat:

- Ser professionals de la psicologia especialista en TCA.
- Realitzar teràpies habitualment en un context grupal a ITA.

S'ha optat per efectuar una entrevista semiestructurada amb preguntes obertes sobre les teràpies grupals i el seu funcionament, amb la finalitat d'aconseguir informació. Les tres entrevistes s'han realitzat durant la meua estada de pràctiques en el propi centre, comptant amb el consentiment informat de les participants per poder gravar i, posteriorment, transcriure aquestes entrevistes. A partir d'aquestes transcripcions, adjuntes a l'[annex](#), s'han analitzat les entrevistes per treure informació útil per a poder dissenyar les teràpies.

#### 4.3.2. Qüestionari

Per poder-ne fer un seguiment exhaustiu i operacionalitzar la variable estudiada (l'autoestima) s'ha plantejat utilitzar un disseny de test re-test per tal de poder avaluar si la intervenció ha pogut assolir els seus objectius. L'escala que s'ha decidit aplicar ha estat l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965, adaptació al castellà de Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F, 2007) per la seva fàcil i ràpida aplicació i correcció i els seus valors psicomètrics.

L'EAR és una escala autoaplicada que inclou 10 ítems que es centren en els sentiments de respecte i acceptació cap a un mateix. 5 estan enunciats positivament i 5 negativament en una escala tipo Likert de 4 punts (1= molt en desacord, 2= desacord, 3= d'acord i 4= molt d'acord). La puntuació total fluctua entre 10 (baixa autoestima) i 40 (alta autoestima). L'índex de consistència interna mesurat amb alfa de Cronbach es troba entre 0'80 i 0'87 i una fiabilitat test re-test de 0'72 (Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004; Martín et al., 2007).

### 4.3.3. Disseny de les sessions grupals

Es proposen 4 sessions d'una durada d'entre 1h i 15min a 1h i 30min cada una. En cada sessió es mostren els objectius específics de la sessió, els materials i el desenvolupament de la mateixa.

A més, s'ha realitzat un qüestionari de valoració (veure a [annex](#)) que les pacients realitzaran una vegada acabada cada una de les sessions que permetrà, a posteriori, fer-ne una revisió i millora.

- *Sessió 1*

La primera sessió es denomina "Autorebuig". Els materials, adjunts a l'[annex](#), necessaris per a desenvolupar-la són un poema del Jorge Bucay, una fitxa de preguntes i material necessari per escriure: fulls i bolígrafs. Els **objectius** són:

- Reflexionar de quina manera actua l'autorebuig a les seves vides.
- Identificar pensaments negatius recurrents.
- Reconstruir els pensaments negatius en afirmacions positives.

El **desenvolupament** de la sessió consisteix a fer una lectura individual del poema i subratllar tot allò amb el que es senten identificades i poder comunicar com han interpretat el poema i amb què les ha fet connectar. A continuació les pacients han de respondre un seguit de preguntes sobre l'autorebuig i finalment, aquelles qui vulguin, compartir amb el grup allò que han reflexionat per poder crear un debat comú. El dinamitzador fa una reflexió sobre la importància dels pensaments irracionals relacionats amb els esquemes cognitius i distorsions o biaixos cognitius amb els quals algunes pacients funcionen (sobregeneralització, raonament emocional, etc.) i el paper que tenen en aquest autorebuig. Així com, remarcar la importància de la detecció d'aquests pensaments per poder reestructurar-los i convertir aquesta veu crítica de forma positiva. Finalment, les participants han de detectar un pensament negatiu recurrent que se'ls presenti en diverses ocasions i han de fer l'exercici de transformar-lo en una afirmació positiva. Per concloure, parlar de com s'han sentit i fer una reflexió final sobre la limitació que provoca l'autorebuig.

- Sessió 2

La segona sessió es denomina "Què és l'autoestima?". Per a desenvolupar-la s'utilitzarà una presentació PowerPoint. Els **objectius** són:

- Conèixer què és l'autoestima i l'autoconcepe.
- Entendre perquè és important tenir una bona autoestima.
- Reconèixer qualitats positives d'un mateix.

El **desenvolupament** de la sessió consisteix en exposar una presentació de PowerPoint sobre què són l'autoestima i l'autoconcepte i per a què són rellevants. Durant la presentació s'intercalen parts d'explicació amb l'opinió de les pacients a través de diverses preguntes: què és per a vosaltres l'autoestima?, per què creieu que és important tenir una bona autoestima?, com es construeix?, i com creieu que pot afectar una autoestima alta vs. baixa? La presentació té una durada aproximada d'entre 20-30 min. A continuació es realitza una dinàmica on cada pacient ha d'escriure 10 vegades "jo sóc" i escriure 10 característiques que considerin positives. Un cop ja tinguin la llista completa s'ajunten per parelles i es realitza un joc de rol on una fa de compradora i l'altra s'ha d'intentar vendre. Finalment, es fa una reflexió sobre com s'han sentit durant la realització de la dinàmica.

- Sessió 3

La tercera sessió es denomina "L'autoestima com a motor de canvi". Per a desenvolupar-la s'utilitzarà una presentació PowerPoint i material necessari per escriure: fulls i bolígrafs. Els **objectius** són:

- Entendre les debilitats com un potencial a desenvolupar.
- Reconèixer les pròpies debilitats.
- Determinar un camí d'accions cap al canvi.

El **desenvolupament** de la sessió consisteix en una presentació de PowerPoint sobre la percepció de les capacitats, fortaleces i debilitats plantejant l'opció de veure les debilitats com a punt de millora i procés de motivació al canvi i no com a autocrítica i autorebuig. És important que es faci èmfasi en no maximitzar aquestes debilitats, així com en la importància de les expectatives. La presentació té una durada aproximada d'entre 15-20 min. A continuació es realitza una dinàmica on cada pacient realitzarà una

llista de 10 característiques que considerin que les defineixen (incloent-hi qualitats positives i negatives). A continuació, han de realitzar una llista similar de com m'agradaria ser. Finalment, de manera grupal es comenta la dinàmica a partir de les següents preguntes: com us heu sentit fent aquesta activitat?, creieu que són llistes realistes?, us heu trobat moltes dificultats? Quines?

- Sessió 4

La quarta sessió es denomina "El cercle". Per a desenvolupar-la s'utilitzaran còpies impreses en paper del dibuix d'una flor amb els pètals buits, una fitxa de preguntes (adjunta a [l'annex](#)) i material necessari per escriure: fulls i bolígrafs. Els **objectius** són:

- Fomentar la comunicació i interacció positiva entre els membres del grup
- Aprendre a valorar les qualitats positives d'un mateix i dels altres.
- Comparar la idea que tenen els altres sobre mi amb la meua autovaloració.
- Aprendre a valorar les diferències individuals i les característiques úniques de cada persona.
- Identificar i compartir estratègies efectives per la cura i benestar personals i discutir maneres d'incloure-les en la rutina diària.

El **desenvolupament** de la sessió consisteix a fer que cada membre del grup posi el nom en un full amb el dibuix d'una flor amb els pètals buits. A continuació, cada persona passarà el dibuix a la persona que tingui a la dreta i aquesta haurà d'escriure dintre d'un pètal una característica positiva sobre la persona a la qui pertany el full. Aquesta acció es repetirà un seguit de vegades fins que els papers hagin completat una volta sencera i tornin a estar en mans dels seus propietaris. De manera que cadascú tindrà davant seu el dibuix de la seva flor plena de missatges que hauran escrit les companyes. Un cop acabat, cadascuna de les participants contesta la fitxa de preguntes, a partir de la qual es realitza una reflexió grupal. Finalment, comentar quines accions fan en el seu dia a dia amb la finalitat de cuidar-se i estimar-se. Confeccionar de manera grupal una pluja d'idees i a partir de les propostes grupals, a nivell individual, que es faci una llista de les

opcions que, de manera realista, serien capaces d'adoptar en el seu dia a dia. Per fer el tancament preguntar què s'emporten d'aquesta sessió.

#### 4.4. Planificació

El treball de camp s'ha realitzat seguint la programació següent:

Taula 2. Cronograma.

<b>GENER</b>				Entrevista als professionals		
				Disseny i preparació de les sessions		
<b>FEBRER</b>				Disseny i preparació de les sessions		
<b>MARÇ</b>						
Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
		1	2	3	4	5
6	7	8	9 Sessió 1	10	11	12
13 Sessió 2	14	15	16 Sessió 3	17	18	19
20	21	22	23 Sessió 4	24	25	26
27	28	29	30	31		

Font: elaboració pròpia.

Taula 3. Llegenda del cronograma.

<b>COLOR</b>	<b>SIGNIFICAT</b>
	Primera administració de l'escala de Rosenberg
	Sessió grupal
	Segona administració de l'escala de Rosenberg

Font: elaboració pròpia.

## 5. Resultats

### 5.1. Valoració de les entrevistes a les professionals

A continuació, es mostra una taula resum sobre les entrevistes realitzades. Les preguntes de les entrevistes han estat agrupades en categories i a partir de les aportacions de les psicòlogues participants s'ha fet un anàlisi.

Taula 4. Anàlisi de les entrevistes fetes als professionals.

CATEGORIA	FRAGMENT	ANÀLISIS
<b>Característiques generals de les teràpies grupals a ITA</b>	<p><i>"Els tallers tenen una estructura que bàsicament és aquella que el terapeuta vol donar"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"El grup proporciona un espai per ajudar-se i motivar-se entre elles i buscar entre elles els compromisos que poden anar complint"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"en un context grupal els individus es troben amb gent que estan en la mateixa posició i situació que ells [...], té una funció d'acompanyament i recolzament ja que habitualment en tenen molt poc en el seu àmbit social"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"...els objectius han d'estar relacionats amb el que es vol aconseguir fent aquell taller específic"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"En les teràpies o tallers específics el terapeuta adopta un rol més actiu,</i></p>	<p>Totes les terapeutes coincideixen en que en els tallers grupals el terapeuta té un rol dinamitzador, on proposa una tema i/o activitat al grup a través dels quals es volen aconseguir uns objectius establerts. El grup és una eina de treball més per assolir</p>

	<p><i>perquè ha d'exposar el tema que es treballarà primer, exposar l'activitat que es realitzarà i després ja participarà el grup o no, en funció del taller. A vegades hi ha algun taller que és més teòric i el terapeuta concentra tot el protagonisme."</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"el grup, aporta un plus a partir de la identificació amb les altres i les seves experiències, hi ha molt més reforç ja que no hi ha una diferència de rols"</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"Primer exposa un tema i a continuació probablement hi hagi alguna fitxa a completar i després comentar o alguna activitat més dinàmica que tingui algun sentit en funció del tema que es tracti. En aquest cas el rol del terapeuta és més actiu ja que és una teràpia més psico-educativa."</i> <b>Psicòloga 3</b></p> <p><i>"El tractament en grup té una funció de suport i de compartir experiències a més afavoreix a que tinguin més recursos"</i> <b>Psicòloga 3</b></p>	<p>aquests objectius.</p> <p>El grup proporciona identificació, suport, l'obtenció de més recursos i possibles solucions. Per això, és molt útil incloure aquest tipus de tractament en el procés terapèutic d'aquestes psicopatologies.</p>
<p><b>Aspectes a considerar en la planificació i realització</b></p>	<p><i>"Tenir molt clars els objectius, la forma en que es volen obtenir (operacionalitzar), el material necessari i el desenvolupament de la teràpia. Sempre dirigir el taller cap a l'objectiu que es busca."</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"La validació cap a l'altra persona [...] i el vincle segur i terapèutic fan que les teràpies funcionin"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"Per poder fer una teràpia s'ha de mostrar molta seguretat i capacitat per adaptar-se al grup"</i> <b>Psicòloga 1</b></p>	<p>Per realitzar una teràpia és molt important primer determinar quines necessitats té el grup, quins són els objectius de la teràpia i com es volen aconseguir. A partir d'aquí</p>

	<p><i>"Quan organitzem tallers és important tenir un objectiu concret i guiar la teràpia cap allò que es vol treballar"</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"El respecte entre els membres del grup és molt important. Fomentar la participació, l'assertivitat, la confiança i sobretot que no jutgin"</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"És molt important veure en quin punt estan les pacients, fixar-nos en les seves necessitats"</i> <b>Psicòloga 3</b></p>	<p>guiar la sessió cap a l'assoliment d'aquests objectius sempre validant tot allò que passa durant la sessió i assegurant que el grup manté el respecte i la confiança pels iguals.</p>
<p><b>Complicacions que es poden trobar en el moment de realització</b></p>	<p><i>"...dinàmiques disfuncionals entre dues persones del grup que creen una col·lisió que pugui acabar afectant a tot el grup"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"El problema es tracta sempre en funció de les pacients, de si es pot tractar el problema directament amb el grup o si es un tema que primer requereix que es parli en individual i després en grup."</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"Que algunes no vulguin participar, que algunes s'adormin, que un tema no el vulguin tocar i llavors explotin, que a vegades es jutgin entre elles sense adonar-se'n, o que una es senti malament per alguna cosa que li han dit,...</i> <i>Aprendre aquesta gestió emocional i a no passar els límits."</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"Davant de totes aquestes conductes es recondueix i es reforça molt la comunicació ja que això també reforça el que és un espai segur on poden compartir i gestionar els conflictes."</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"S'actua diferent amb cada pacient"</i> <b>Psicòlogues 1, 2 i 3</b></p>	<p>Davant de les diverses complicacions que han plantejat les terapeutes es pot veure que és necessari tractar els problemes que sorgeixen al llarg de les teràpies. En funció de cada pacient es decidirà si es més adequat parlar la situació durant la teràpia o fer-ho posteriorment a nivell individual. És molt important reforçar la comunicació amb el grup.</p>

<p><b>Valoració de les teràpies segons els professionals</b></p>	<p><i>"El grup té un gran poder: sentir-se escoltat, acompanyament, validació i identificació"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"Hi ha pacients que al principi els hi costa molt degut a experiències socials desagradables viscudes, n'hi ha d'altres que no els hi costa tant. A la llarga ho acaben rebent molt bé"</i> <b>Psicòloga 1</b></p> <p><i>"El grup és bàsic i una gran ajuda en la recuperació. És veritat que no funciona a tothom però des de la meva experiència veig més que funciona què que no funciona."</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"Generalment hi ha aquesta resistència a l'inici, els hi costa obrir-se, però un cop ho fan es nota moltíssim. Hi ha moltes pacients que ara tenen l'alta que diuen que elles van canviar molt quan es van obrir al grup."</i> <b>Psicòloga 2</b></p> <p><i>"Les pacients que reben teràpies grupals avancen molt més ràpid, tenir un suport grupal t'ajuda a sentir-te més comprés, reconfortat i amb més motivació cap al canvi que no pas si vens tu sol hi has de fer tot aquest treball tu sol."</i> <b>Psicòloga 3</b></p> <p><i>"Arribar a un lloc on hi ha un grup de gent que ja fa temps que hi és acostuma a espantar-les bastant"</i> <b>Psicòloga 3</b></p> <p><i>"És un altre entorn diferent que es pot aprofitar i que pot aportar molts beneficis per a l'evolució: treballar de maneres més artístiques o dinàmiques."</i> <b>Psicòloga 3</b></p>	<p>Les psicòlogues entrevistades consideren que, tot i que hi pot haver una resistència inicial a participar en teràpies grupals, aquestes són generalment molt beneficioses per a les pacients i que ajuden a accelerar el procés terapèutic. També permeten treballar de manera molt diferent a la sessió individual.</p>
--	---	---

Font: elaboració pròpia.

## 5.2. Valoració de les teràpies grupals

De cada sessió es mostra una valoració personal subjectiva realitzada a partir de l'observació directa de les sessions així com després els resultats de les valoracions fetes per les pacients.

- *Sessió 1: "L'autorebuig"*

En aquesta sessió s'ha treballat l'autorebuig i els pensaments intrusius a partir d'un poema i d'una petita activitat. Per conèixer més detalladament el desenvolupament d'aquesta sessió consultar el diari de camp adjunt en [l'annex 5](#).

La valoració general que es fa de la sessió és positiva. Per una banda, la majoria de les pacients, a excepció de la pacient 5, han participat de manera activa. En la primera activitat, com que es treballava a partir del text d'un poema potser ha afavorit que algunes pacients que normalment no s'obren sí que ho fessin. A més, l'actuació del grup davant de les dificultats d'alguns membres ha estat molt positiva i s'ha pogut veure l'altruisme dintre del grup, un dels factors que indicava Yalom.

Per altra banda, les pacients han pogut connectar amb el poema i han reflexionat sobre com actua l'autorebuig en cadascuna d'elles i quines són algunes de les formes en què s'expressa (els pensaments intrusius).

Així doncs, tenint en compte l'observació feta durant la sessió es considera que s'han assolit els objectius plantejats en aquesta sessió: reflexionar de quina manera actua l'autorebuig a les seves vides, identificar pensaments negatius recurrents i reconstruir els pensaments negatius en afirmacions positives, ja que a excepció de la pacient 5, ho han fet totes les participants.

- *Sessió 2: "Què és l'autoestima?"*

En aquesta sessió s'ha definit i comentat el concepte d'autoestima i alguns dels seus aspectes més importants. Per conèixer més detalladament el desenvolupament d'aquesta sessió consultar el diari de camp adjunt en [l'annex 6](#).

En relació amb la segona sessió, se'n fa una valoració molt positiva perquè durant el seu desenvolupament s'ha creat debat i les noies han estat molt participatives al llarg de totes les explicacions relacionades amb el constructe d'autoestima: exposant dubtes, creences, reflexions de com la seva autoestima les havia influenciat durant el seu desenvolupament, etc. Totes han manifestat entendre què és l'autoestima, per què és rellevant, com es construeix i de quina manera pot afectar tenir una baixa o alta autoestima en diferents àmbits del dia a dia. El temps dedicat a la sessió va ser escàs, ja que no es va poder realitzar tota l'activitat plantejada. Per culpa del debat que es va crear durant l'explicació i presentació del PowerPoint no es va poder dur a terme la dinàmica preparada, que es va aplaçar i es va dur a terme en la pròxima teràpia. Tot i així, les participants han verbalitzat que han gaudit del taller i que els hi ha resultat útil.

A partir de l'observació directa es pot dir que s'han complert dos dels objectius d'aquesta sessió: conèixer què són l'autoestima i l'autoconcepte i entendre la importància d'una bona autoestima. Pel que fa al tercer objectiu: reconèixer qualitats positives d'un mateix, no s'ha pogut assolir, ja que l'activitat planificada no s'ha pogut realitzar per falta de temps.

- *Sessió 3: "L'autoestima com a motor del canvi"*

En aquesta sessió s'han treballat les fortaleces, les debilitats, considerant-les com a punts de millora i les expectatives realistes. Per conèixer més detalladament el desenvolupament d'aquesta sessió consultar el diari de camp adjunt en [l'annex 7](#).

Aquesta sessió ha resultat efectiva, ja que s'han tractat temes molt importants per a l'autoestima com l'autoconeixement, les expectatives realistes o la necessitat de canviar d'actitud per aconseguir allò que es vol. També s'ha treballat l'activitat "Com sóc i com m'agradaria ser", que ha resultat ser útil per algunes pacients (ja que n'hi ha hagut que no han participat en la teràpia) per la reflexió personal i la millora de les pròpies qualitats i debilitats. A més, s'ha pogut crear un espai de confiança on les pacients han pogut compartir les seves experiències i preocupacions i han rebut el suport i ajuda del grup. És destacable el cas de la pacient 1, que malgrat no haver estat capaç de veure les seves qualitats positives, ha

rebut el suport del grup i ha pogut sentir-se reconeguda i valorada. En general, crec que ha estat una sessió molt positiva per a la millora personal de les pacients, especialment per aquelles que han creat la llista d'accions de canvi durant la sessió.

Tenint tot això en compte, es considera que s'han assolit parcialment els objectius, ja que hi ha hagut algunes pacients que sí que ho han fet, però d'altres que no. Els objectius d'entendre les debilitats com un potencial a desenvolupar i reconèixer les pròpies debilitats han estat assolits per totes aquelles pacients que han participat en la teràpia. Mentre que l'objectiu de determinar un camí d'accions cap al canvi només ha estat assolit per 3 de les pacients. A més, s'ha de considerar que l'objectiu que no va poder ser assolit en la sessió passada, reconèixer qualitats positives d'una mateixa, sí que s'ha pogut completar en aquesta.

- *Sessió 4: "El cercle"*

En aquesta sessió s'ha realitzat una dinàmica grupal per reforçar les qualitats positives de cada membre del grup. Per conèixer més detalladament el desenvolupament d'aquesta sessió consultar el diari de camp adjunt en [l'annex 8](#).

Aquesta sessió no ha estat tan efectiva. Tot i que l'activitat ha tingut un impacte positiu al grup, ja que ha aportat cohesió, valor al grup i satisfacció personal, el grup ha estat dispers i ha costat mantenir la seva atenció i concentració en la tasca. És positiu dir que un cop mencionada l'activitat han estat capaces de realitzar-la adequadament i amb tranquil·litat. Pel que fa a la reflexió final malgrat que no s'ha pogut profunditzar tal com s'havia previst s'ha obert un debat interessant sobre la validesa de l'activitat i sobre les pròpies creences i pensaments sobre un mateix que poden inferir en la percepció i validesa que fem dels missatges positius dels altres. D'aquesta manera, s'ha relacionat amb l'autorebuig i l'autoestima, treballats en les sessions passades. En resum, la sessió ha presentat alguns aspectes positius i d'altres que s'haurien de millorar.

Els objectius s'han assolit parcialment. Es considera que els que s'han pogut aconseguir són: fomentar la comunicació i interacció positiva entre els membres del grup, aprendre a valorar les diferències individuals i les

característiques úniques de cada persona i aprendre a valorar les qualitats positives d'un mateix i dels altres. Per altra banda, es considera que els objectius següents no han estat satisfets: identificar i compartir estratègies efectives per la cura i benestar personals i discutir maneres d'incloure-les en la rutina diària i comparar la idea que tenen els altres sobre mi amb la meva autovaloració. En el primer cas per falta de temps per poder realitzar una activitat i, en l'altre per la reflexió superficial i insuficient que s'ha fet.

- *Resultats del qüestionari de valoració*

Taula 5. Resultats de l'avaluació de la sessions: puntuacions mitjanes sobre 10.

<b>Ítem</b>	<b>Sessió 1</b>	<b>Sessió 2</b>	<b>Sessió 3</b>	<b>Sessió 4</b>
Quina valoració fas del contingut de l'activitat?	8,88	7,67	7,23	8,45
Consideres que ha estat una activitat útil per a tu?	7,38	6,56	7,67	9,11
Com valores l'actitud del dirigent de l'activitat?	7,75	7,45	7	7,36
Quina valoració general fas de la sessió?	8	7,56	7,89	8,89

Font: elaboració pròpia.

**SESSIÓ 1:** Les participants van indicar el poema com l'aspecte que els hi havia semblat més interessant de la sessió.

També es van recollir suggeriments per millorar la sessió:

- Utilitzar música
- Donar més importància a fer la transició de pensament intrusiu a positiu

**SESSIÓ 2:** Els aspectes més interessants de la sessió segons les pacients van ser:

- Trobar el factor cognitiu, conductual i emocional de l'autoestima.
- La reflexió de com actuaria una autoestima alta o baixa en diferents àmbits.

També es van recollir suggeriments per millorar la sessió: dedicar més temps a explorar quines poden ser les causes d'una baixa autoestima.

**SESSIÓ 3:** Els aspectes més interessants de la sessió segons les pacients van ser:

- La reflexió sobre les expectatives realistes.
- L'activitat de realitzar un pla d'acció per apropar-me a com m'agradaria ser.

També es van recollir suggeriments per millorar la sessió: donar més espai a l'activitat de buscar les accions que m'apropin a les meves expectatives realistes.

**SESSIÓ 4:** L'aspecte considerat més interessant va ser l'activitat de la flor.

Com aspecte a millorar van assenyalar el que es poguessin incloure missatges negatius en l'activitat de la flor.

A partir d'aquestes valoracions es poden extreure les conclusions següents:

1. Els resultats del qüestionari de valoració mostren un bon nivell de satisfacció amb la primera teràpia, especialment amb el contingut de l'activitat: el poema, coincidint amb l'aspecte que els hi va semblar més interessant de la sessió.
2. Pel que fa a les puntuacions de la segona sessió es pot veure que hi ha una puntuació lleugerament més baixa a la utilitat de la teràpia. Això podria ser degut a que aquesta teràpia va ser més teòrica.
3. En la sessió 4 s'ha de destacar la puntuació de la utilitat de l'activitat, un 9,11 sent la puntuació màxima de totes les sessions i ítems. A més, la puntuació global de la sessió també és molt positiva.
4. El contingut de les sessions va ser ben valorat per la majoria dels participants amb puntuacions mitjanes entre 7 i 9. Això pot indicar que els temes tractats i les activitats realitzades van ser rellevants i útils per a les pacients.
5. En general l'actitud del dirigent també va ser ben valorada positivament amb puntuacions mitjanes entre 7 i 8.
6. Les sessions 1 i 4 han estat les que han obtingut millor valoració dels continguts de l'activitat i a la vegada són les sessions amb una millor

valoració general. Això podria indicar que les activitats específiques, el poema i l'activitat de la flor, podrien ser rellevants per a les participants i contribuir a la seva satisfacció global amb les sessions.

7. Les propostes de millora de les sessions indiquen que les participants tenen idees i opinions sobre com es podrien millorar aquestes sessions per satisfer millor les seves expectatives i necessitats. Podrien ser una guia per a una proposta de millora del projecte d'intervenció.
8. La valoració general de les sessions van ser elevades, amb una mitjana de 8,08. Això indica que, en general, les participants van estar satisfetes amb les sessions.

### 5.3. Valoració de l'autoestima: qüestionari de Rosenberg

A continuació, es mostra una taula resum que agrupa les puntuacions obtingudes en les aplicacions del qüestionari de Rosenberg. La primera aplicació abans de realitzar les teràpies i, la segona posteriorment.

Taula 6. Puntuacions del qüestionari de valoració de l'escala de Rosenberg.

<b>Pacients</b>	<b>1<sup>a</sup> Administració</b>	<b>2<sup>a</sup> Administració</b>
Pacient 1	14	15
Pacient 2	18	22
Pacient 3	12	12
Pacient 4 (*)	28	27
Pacient 5	19	17
Pacient 6(*)	28	30
Pacient 7	23	23
Pacient 8	17	22
Pacient 9	24	23

Font: elaboració pròpia.

(\*) Són les pacients que tenen depressió sense presència de TCA.

El rang de puntuació normal en aquesta escala es troba en puntuacions d'entre 25 i 35 punts. Els resultats obtinguts en un estudi realitzat l'any 2007 per Martín Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. i Grijalvo, F. a població

general universitària indica que la puntuació mitjana de la població espanyola de dones universitàries és de 31,14 amb una desviació típica de +/-4,55 (Martín et al., 2007). Analitzant els resultats expressats en la Taula 6 i comparant-los amb els de l'estudi mencionat es pot concloure que:

1. La pacient 4 i la pacient 6 tenen una bona autoestima.
2. Les dues pacients amb puntuacions d'autoestima més elevades són les que presenten un diagnòstic de depressió sense TCA.
3. La resta de pacients presenten una autoestima baixa, destacant a les pacients 1 i 3 amb puntuacions molt baixes, 14 i 12 respectivament.
4. Aquests patrons es mantenen tant en la primera com segona administració.
5. La pacient 8 és la que ha mostrat una diferència més gran entre les dues administracions: 5 punts. Tot i així segueix presentat un nivell d'autoestima baix comparat amb la mitja.
6. La pacient 2 ha mostrat una diferència de 4 punts entre la primera i segona administració, tot i així segueix presentat un nivell d'autoestima baix comparat amb la mitja.
7. No hi ha una diferència significativa entre les puntuacions de la primera administració i la segona, de manera que no hi ha hagut una millora de l'autoestima després de realitzar el projecte d'intervenció.

## 6. Conclusions

En relació als resultats obtinguts en aquest treball es pot concloure que:

- L'autoestima és un factor molt important en el desenvolupament i manteniment dels TCA, com s'ha pogut veure tant en el desenvolupament de les sessions com en l'aplicació de l'escala de Rosenberg. De fet, és destacable com totes les pacients diagnosticades amb TCA han obtingut puntuacions d'autoestima baixes o molt baixes en l'escala de Rosenberg ([Taula 6](#)) en comparació amb les pacients que presenten un diagnòstic de depressió, confirmant així la hipòtesis inicial. D'aquesta manera els resultats d'aquest estudi van en la mateixa línia que la recerca

bibliogràfica utilitzada, indicant que la baixa autoestima és una de les principals afectacions dels TCA i que és un dels factors que interfereix en la probabilitat de sentir insatisfacció i preocupació corporals. Aquesta preocupació pel cos i importància de l'autoimatge s'ha vist molt present al llarg de les sessions, tal i com es pot veure en els Annexos 6, 7, 8 i 9.

- Demostrada la necessitat i importància de treballar l'autoestima en aquest context clínic, les sessions realitzades han implementat bons recursos, han tingut un impacte i un feedback positius per part de les pacients i s'han assolit adequadament la majoria dels objectius plantejats. Tot i així, les puntuacions de l'escala de Rosenberg indiquen que la intervenció realitzada ha estat insuficient per assolir l'objectiu general d'aquest projecte: millorar l'autoestima. Per tant, s'haurien d'implementar canvis i propostes de millora.

Així, en relació amb la segona hipòtesi plantejada no es pot confirmar una millora de l'autoestima de les pacients després de realitzar les sessions. Aquesta falta de millora de l'autoestima podria estar relacionada amb la falta de temps i de recursos implementats, una de les limitacions que es comentarà a continuació.

- El tractament grupal és una eina terapèutica alternativa a la teràpia individual molt potent per treballar amb pacients amb TCA, especialment tenint en compte els problemes en les relacions interpersonals, i sobretot en el grup d'iguals, que acostumen a presentar. En les entrevistes es menciona una resistència inicial per part de les pacients a participar en teràpies grupals, però aspectes com: la cohesió, la identificació, el suport, els conflictes, i altres mencionats i explicats en la teoria i que s'han pogut observar de manera implícita en les sessions, són eines molt beneficioses que ajuden a accelerar el procés terapèutic.

Aquest estudi presenta diverses limitacions: la mida de la mostra, la falta d'assistència de les pacients en algunes sessions i la limitació del projecte d'intervenció en si mateix.

La mida de la mostra és molt reduïda i totes les dades i informació obtinguda estan contextualitzades en el grup terapèutic del servei d'hospital de dia d'ITA Tarragona. Es per aquest motiu que l'extrapolació d'aquestes dades en altres contextos no és possible, destacant així la poca validesa externa que presenta aquest estudi.

La falta d'oportunitat d'assegurar l'assistència de tot el grup durant tot el projecte dificulta fer un seguiment de les pacients en la intervenció. És a dir, pel propi funcionament del centre ITA, el grup sobre el qual s'ha realitzat la intervenció no ha sigut completament estable, ja que hi ha hagut dues pacients que no han assistit a totes les sessions, dificultant així la extracció de resultats i conclusions.

Finalment, cal destacar la limitació de la durada del propi projecte d'intervenció, ja que per falta de recursos i de temps no s'ha pogut realitzar una intervenció i seguiment més prolongats i profunds que aportarien molta més informació i conclourien en unes dades més fiables.

Com a línies futures de millora d'aquest treball, es plantegen canvis en el projecte d'intervenció. Per una banda, canvis en les sessions realitzades, amb objectiu de millorar-les. Tenint en compte tant les aportacions que han fet les pròpies pacients com les dificultats o observacions fetes durant la realització, com ara ajustar el temps de les teràpies per a que es puguin realitzar totes les activitats. Per altra banda, allargar el nombre de sessions de la intervenció per tal de que aquesta sigui més profunda i permeti assolir l'objectiu principal: millorar l'autoestima. Seria important afegir sessions per treballar l'autoimatge, ja que és un aspecte imprescindible en l'autoestima i el TCA. Tot i així, s'ha de tenir sempre en compte el grup amb qui es treballa perquè depèn del punt del tractament en que es trobin algunes pacients poden no estar preparades per a fer-ho. De fet, en la intervenció proposada en aquest treball no s'ha tractat l'autoimatge ja que hi havia moltes pacients que havien iniciat tractament feia poc. A més a més, jo com a terapeuta tampoc em veia capacitada per poder gestionar una sessió d'aquest tipus. Finalment, també seria necessari repetir la mateixa intervenció en diferents mostres per poder analitzar la funcionalitat de les sessions plantejades.

Com a conclusió general, a més a més de tot l'aprenentatge personal que he adquirit com a professional, el present estudi mostra indicis de que les sessions realitzades han estat beneficioses i útils, tot i no obtenir uns resultats que confirmen la millora de l'autoestima de les pacients. Per tant, seguir en aquesta línia d'investigació i aplicant les propostes de millora proposades potser es podrien obtenir uns resultats més concloents.

## 7. Bibliografia

Arija-Val, Victoria, Santi-Cano, María José, Novalbos-Ruiz, José Pedro, Canals, Josefa, & Rodríguez-Martín, Amelia. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15. Epub 31 de octubre de 2022. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). **Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos**. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Asuero, R., Avargues, M. L., Martín, B., & Borda, M. (2012). Preocupación por la Apariencia Física y alteraciones emocionales en mujeres con Trastornos alimentarios con autoestima Baja. *Escritos De Psicología/ Psychological Writings*, 5(2), 39-45. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1007>

Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, vol XXII (1-2), 29-42.

Bardone-Cone, A. M., Thompson, K. A., & Miller, A. J. (2018). The self and eating disorders. *Journal of Personality*, 88(1), 59-75. <https://doi.org/10.1111/jopy.12448>

Calvo Sagardoy, R., (2011). **Comprendiendo y superando la cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria**. *Acción Psicológica*, 8(1), 35-56.

Calvo Sagardoy, R., Gallego Morales, L. T., Solórzano Ostolaza, G., Kassem García, S., Morales Martínez, C., Codesal Julián, R., & BlancoFernández, A. (2014). **Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente**. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 941-952.

Chinchilla Moreno, A. (2003) **Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones**. Barcelona: Masson.

Cohen, M.A. (1997) **Tostadas y mermelada para el Desayuno: Hacer las paces con la alimentación emocional**. Madrid: Pirámide.

Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. *Feeding and eating disorders in the DSM5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples*. *J Eat Disord* 2017;5:56-66. DOI: 10.1186/s40337-017- 0186-7

Domínguez-Vásquez, P, Olivares, S, & Santos, JL. (2008). **Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil**. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es)

Gaete P., Verónica, & López C., Carolina. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral*. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>

Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tivolacci MP. *Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review*. *Am J Clin Nutr* 2019; 109:1402-13. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342

Giovinazzo, R. A., & Tozzi, F. (2017). Interpersonal problems and symptom severity in eating disorders: a meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 43. doi: 10.1186/s40337-017-0174-7

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Disponible a: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Alím\\_compl\\_\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf)

ITA. *Tratamiento Trastornos de la conducta alimentaria - TCA, ITA*. Available at: <https://itasaludmental.com/tratamientos/tca> (Accessed: February 7, 2023).

Jiménez, D., Cruz, E.B. and Bautista, M.L. (2021) "Aportes teórico-prácticos a la psicoterapia desde la perspectiva de Irvin David Yalom: un ensayo breve," *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 24 (3), pp. 1207–1218.

Keane, L., y Loades, M. (2016). Low self-esteem and internalizing disorders in young people, a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/camh.12204>

Keel, P. K., Haedt, A., Edler, C., & Heatherton, T. F. (2012). A longitudinal study of risk factors for the development of bulimic pathology in college women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 639-648. doi: 10.1002/eat.20962

Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., y Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>

Lozano Marroquín, Cristina, Calvo Díaz, Gabriela, Armenta Hurtarte, Carolina, & Pardo, Romina. (2021). **La influencia de los grupos sociales en la alimentación de estudiantes universitarios**

**mexicanos.** *Psicumex*, 11, e346. Epub 23 de agosto de 2021.  
<https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.346>

Lugli, Z.R., Vivas, E. (2006). *Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 79/80, 23-32.

Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2):458–467.

Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2022). Emotion dysregulation and eating disorder outcome: Prediction, change and contribution of self-image. *Psychology and psychotherapy*, 95(3), 639–655.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12391>

Mora-Merchán, J. A., González-Valero, G., Rodríguez-Muñoz, R. C., & Galván-Martín, M. A. (2019). Bullying as a determinant of eating disorders: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1829. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101829>

Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Sociedad Chilena De Psicología Clínica*, 27(2), 181–190.

Mousavi Asl, E., Rostami, H., Moghadam Sadegh, A., Abdi, L., & Behrouzian, F. (2022). Mediating role of self-esteem and self-efficacy in the relationship of perfectionism and negative reactivity with eating disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1).  
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.111449>

Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. A., Martínez-González, M. A., Martín-González, M., & Molina, A. J. (2017). Prevalence of binge eating disorder in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 215, 152-162.

Pérez Rodríguez, A. (2018) ***Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología***. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Tesis Doctoral.

Prefit, A. B. , Cândea, D. M. , & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>

Raich, R.M. (2011) "Guía de tratamiento," in *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide, pp. 147–194.

Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 389-403

Rodríguez-López, A., Rodríguez-Ortíz, E. and Romero-Gonzalez, B. (2020) ***Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: Nuclear aspects***. *Colombia Medica*. Available at: <https://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4342>

Salorio, P., Soler, F., Garcia, M., Martinez, M., Pagán, G., López, I., & Murcia, H. R. S. (2010). *Ira e impulsividad en los trastornos de la conducta alimentaria*. Un estudio preliminar.

Sánchez, M. (2022) "Más allá de la terapia de grupo: El grupo terapéutico como instrumento de cambio." Barcelona.

Sepulveda, A.R., Carrobbles, J.A. & Gandarillas, A.M. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health* **8**, 102 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-102>

Serra, M. (2015) *Els trastorns de la conducta alimentària*. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: Vull Saber.

Thomas Val·losera, M. (2012) ***Factors emocionals associats a la conducta alimentària en adolescents. Adaptació i validació de l'EES-***

**C i l'EPI-C.** Universitat de Girona. Disponible a:  
<http://hdl.handle.net/10803/84094>

Toro, J. and Artigas, M. (2013) *Vencer la anorexia. El cuerpo como enemigo*. Barcelona: Plataforma Editorial.

Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255  
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>

Vinogradov, S. and Yalom, I.D. (2012) *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

## 8. Annexos

### Annex 1: Transcripció de les entrevistes

#### Entrevista a la psicòloga 1

- Quines són les característiques generals de la teràpia grupal: Quina estructura tenen? Quina durada? Quin rol té el terapeuta?

Els tallers tenen una estructura que bàsicament és aquella que el terapeuta vol donar, mentre en canvi les teràpies lliures sí que tenen una estructura més definida: algú planteja un tema sobre el qual vulgui parlar (alguna cosa que li produeix malestar, per exemple) i entre tots van gestionant la teràpia. En aquest cas el rol del terapeuta és bàsicament de direcció i guia. Tots es diuen el que opinen, es pregunten, es validen i després si hi ha alguna cosa que no està del tot clara o cal emfatitzar o també si cal assegurar-se que la conversa no se'n va cap a un altre tema, és a dir, que no ens allunyem de l'objectiu doncs el terapeuta a través de preguntes redirigeix la conversa. El terapeuta en ocasions també pot recalcar coses com per exemple podria ser algun aspecte positiu que hagi fet el pacient.

En la teràpia lliure el rol del terapeuta és més de guia mentre que en un taller el rol que té és molt més actiu.

- Quins són els objectius principals de la teràpia grupal? És a dir, quina finalitat té implementar-la en un procés terapèutic?

A nivell general s'introdueix perquè s'hi troben diferents factors de tractament que no es troben en la teràpia individual. El primer és el fet de que en un context grupal els individus es troben amb gent que estan en la mateixa posició i situació que ells, un missatge es rep diferent si el comunica un terapeuta o un company. Després també té una funció d'acompanyament i recolzament ja que les nenes amb TCA (ja que el grup amb qui treballo són tot noies) habitualment tenen molt poc recolzament en el seu àmbit social. Finalment, també poder ajudar-se i motivar-se entre elles i buscar entre elles els compromisos que poden anar complint.

Òbviament dintre d'alguna teràpia o taller que estigui enfocat en treballar algun aspecte en específic hi haurà a part uns altres objectius que estaran relacionats amb el que es vol aconseguir fent aquell taller específic.

- Quines pautes consideres importants seguir en la planificació d'aquestes?

Tenir molt clars els objectius, la forma en que es volen obtenir aquests objectius (operacionalitzar), el material necessari i el desenvolupament de la teràpia. Sempre dirigir el taller cap a l'objectiu que es busca.

- Com ajudar a crear un espai segur i de confiança on les pacients es sentin segures?

Primer bàsicament i principalment des de la validació cap a l'altra persona. Que les pacients notin que diguin el que diguin i passi el que passi els terapeutes i el grup estaran allà. Les teràpies funcionen perquè hi ha un vincle segur, el vincle terapèutic i això fa que una teràpia funcioni; el crear aquesta relació entre pacient i terapeuta i també entre les noies de l'hospital de dia.

- Complicacions més habituals que s'acostumen a donar?

Algunes vegades s'estableixen dinàmiques disfuncionals entre dues persones que tenen certes característiques molt comuns entre elles o certes carencies que creen col·lisió entre elles i que això pugui desembocar en conflictes que afecten a tot el grup.

- Com afrontar-les?

Principalment tractant el problema. El problema es tracta sempre en funció de les pacients, de si es pot tractar el problema directament amb el grup o si es un tema que primer requereix que es parli en individual i després en grup. Si veiem que les dinàmiques que s'estableixen entre ells són molt rígides i que hi ha molta gent implicada seria oportú que entressin dues terapeutes en una sessió grupal per poder fer aquest paper de jo m'altre amb uns i tu amb els altres per tal de que ningú es senti que té o no la raó, sinó que la qüestió es que hi ha algunes conductes que no són correctes i poder reestructurar-les.

- Si algun membre del grup no està participant gens hauríem d'implicar-lo d'alguna manera o li deixem el seu espai a part?

Això dependrà del origen multifactorial: de com està aquesta persona, de la situació que està vivint en el moment, etc. Què busca amb aquesta actitud: la nostra atenció?, tot el contrari? A més, també hem de tenir en compte el què busco jo amb la meua teràpia, amb els objectius que estic plantejant jo en aquell moment. Per exemple: busco que la persona tingui eines per a demanar ajuda? per dir que està malament? Clar, en aquest cas li hauríem de prestar atenció però tampoc anar-li darrere constantment ja que no es complirien els objectius de la teràpia.

Per tant, sempre ens hem d'adaptar al pacient, veure quines són les seves necessitats així com els objectius terapèutics en aquell moment i en base a això decidir.

- Heu treballat mai amb pacients de TCA que estiguin fora d'aquestes teràpies grupals? Percebeu algunes diferències entre els que fan tractament amb teràpia grupal de les que no?

Sí que hi he treballat però no en pacients d'hospital de dia, per tant les condicions són diferents i no puc comparar les dues mostres, això ja és un

tema d'investigació pura i dura. Tot i així, jo sí que crec que el grup té un gran poder. Quan et sents molt malament i veus que ningú et valida o ningú t'entén sentir-te compresa i acompanyada és molt important.

- Com considereu que ha estat la rebuda per part de les pacients de TCA davant de la teràpia grupal?

Depèn molt de la pacient. Sí que es veritat que aquí rebem pacients que per perfil general són pacients que han patit bullying, que no han estat gaire acceptades a nivell social, pacients que a lo millor són molt introvertides, amb simptomatologia molt interioritzant a qui els hi fa molta por mostrar-se perquè els hi ha fet mal en el moment en què s'han obert als altres. Aquest tipus de pacient ho acostumen a rebre molt malament i els costa molt explicar que els hi passa i obrir-se, etc. Després sempre hi ha alguna pacient que dintre del que els hi costa és una cosa normal que ve del fet de trobar-se davant d'un lloc nou amb gent desconeguda on t'has d'obrir i explicar com et sents. Costar costa a tothom, hi ha gent que més i gent que menys en funció la seva personalitat i situacions viscudes però a la llarga totes acaben adaptant-se (cadascú tarda el temps que necessita) i al final estan molt a gust i ho acaben rebent molt bé.

- Sota el vostre punt de vista quins beneficis té?

Validació, sentir-me escoltat, sentir que algú em mira, que algú em pregunta i que vol saber de mi, que m'entenen i que estan en la mateixa situació que jo. Que em puguin donar consells i explicar que els hi ha funcionat a les altres en situacions similars que elles hagin viscut. L'acompanyament. Està molt relacionat amb els objectius de les teràpies.

- Per acabar si teniu algunes recomanacions/consells personals

Tenir molta seguretat, ja que estàs davant d'un grup i ser molt conscient d'en quin lloc estàs. Saber quin és el teu paper i quins són els teus objectius, s'ha de tenir molt clar això per poder fer una teràpia. I ser conscient de que t'hauràs d'adaptar molt al grup.

Entrevista a la psicòloga 2

- Quines són les característiques generals de la teràpia grupal: Quina estructura tenen? quina durada? rol del terapeuta, etc.?

L'estructura, en quant a teràpia lliure (que és diferent que els tallers), és primer fer la recerca de la persona que exposarà la seva demanda o la seva preocupació i a partir d'aquí el rol del terapeuta hauria de ser el de conduir, intentar que el grup sigui el que participa i anar dirigint a través de preguntes i també donar resposta quan toqui. Si que es veritat que hi ha vegades o moments que pot passar que el grup no tiri tant i en aquests casos el terapeuta participi més, però des del meu punt de vista principalment el seu rol hauria de ser més conductor.

En les teràpies o tallers específics el terapeuta adopta un rol més actiu, més protagonista perquè ha d'exposar el tema que es treballarà primer, exposar l'activitat que es realitzarà i després ja participarà el grup o no, en funció del taller. A vegades hi ha algun taller que és més teòric i el terapeuta concentra tot el protagonisme.

- Quins són els objectius principals de la teràpia grupal? És a dir, quina finalitat té implementar-la en un procés terapèutic?

L'objectiu és, evidentment, donar resposta a la demanda o la preocupació de la pacient. Tot i que l'objectiu seria el que tindriem en qualsevol altra teràpia, en aquest tipus de tractament les pacients mateixes, és a dir, el grup, aporten un plus al que seria una teràpia individual a partir de la identificació de les altres i de la seva pròpia experiència.

Hi ha molt més reforç ja que s'estan identificant amb persones que estan experimentant des de la seva pròpia persona (que estan en la mateixa situació i parlen des de la seva pròpia experiència vital): a mi això em funciona, això no, jo quan em trobo en aquesta situació em va bé fer això, a mi també em passa... Nosaltres com a professionals sempre tenim una diferència de rols si que nosaltres també som persones que tenim els nostres problemes, les nostres coses però això a elles no els hi exposem. En canvi amb les companyes ho viuen molt diferent.

- Quines pautes consideres importants seguir en la planificació d'aquestes ?

El primer és explicar-les-hi a elles com funcionen les teràpies grupals: que és important respectar els torns de paraula... L'estructura que seguim aquí és explicar el que ha passat, després que les pacients (el grup) i nosaltres donem resposta a la demanda o preocupació present. Anar tractant també altres temes que puguin sorgir, crec que també és una bona manera de conèixer les pacients i a vegades s'inclou aquesta part de més de preguntar sobre la seva vida o experiència al llarg de la teràpia. Finalment, després sempre acabem amb la part de exposar un compromís ja que de la teràpia hem de treure alguna cosa que després es pugui posar en pràctica realment i un positiu com a reforç. Quan organitzem tallers és important tenir un objectiu concret i guiar la teràpia cap allò que es vol treballar.

- Com ajudar a crear un espai segur i de confiança on les pacients es sentin segures?

Nosaltres intentem dirigir molt però també transmetre la importància que tenen elles per elles mateixes com a grup i que tinguin molt de respecte cap a tots els membres del grup és molt important. A vegades hem fet tallers de cohesió de grup per fomentar la participació entre elles l'assertivitat, la confiança, sobretot que no es faltin el respecte i que aprenguin a no jutjar-se i ser crítiques. Nosaltres com a terapeutes no jutgem però el grup tampoc.

- Complicacions més habituals que s'acostumen a donar?

Les complicacions més habituals que ens trobem aquí són: que algunes no vulguin participar, que algunes s'adormin, que un tema no el vulguin tocar i llavors explotin, que a vegades es jutgin entre elles sense adonar-se'n, o que una es senti malament per alguna que li han dit,... Aprendre tota aquesta gestió emocional i a no passar els límits. És difícil aprendre a no jutjar i moltes vegades ho fan sense ser-ne conscients.

No havia comentat el fet de que s'autolesionin o l'hiperactivitat.

També si en algun moment hi ha hagut algun conflicte previ entre pacients i això surti en teràpia de manera molt implícita i que al final aquesta expressió s'acabi tornar explícita.

- Com afrontar-les?

Davant de totes aquestes conductes el que s'ha de fer es reconduir, saber les pautes. Entre el grup mateix s'ajuden a no fer-ho llavors això ho anem marcant. La resta és comunicar, exposar quin és el conflicte que estan tenint, reforçar la comunicació que elles exposin com se senten el que pensen, el que els hi ha sentit malament,... Reforçar la comunicació ja que això també reforça el que és un espai segur on poden compartir i gestionar els conflictes. Llavors nosaltres fomentem molt que comparteixin aquests petits malentesos, preocupacions o necessitats que tenen i quan estem nosaltres ja no es falten el respecte i conduir, és que realment tenim un rol molt conductor.

- Si algun membre del grup no està participant gens hauríem d'implicar-lo d'alguna manera o li deixem el seu espai a part?

Depèn, per això hem de saber la situació en la que es troba cada pacient. Ja que hi ha algunes vegades que sabem que algun pacient degut a la medicació o que està en una situació concreta doncs aquell dia necessita dormir. Això ho parlem molt en equip o que no es troba bé i ho comunicat, etc. Si es per algun motiu així, nosaltres som els que donem permís per a què aquella persona pugui dormir, descansar o no pugui participar. En altres casos quan és per evitació i no tenen aquest permís se'ls hauria de despertar. També una de les coses habituals que podria passar és que a vegades és un reclam indirecte d'atenció, i això nosaltres també ho hem de saber detectar. Per això també hem de saber molt el tipus de pacient que tenim i en cada pacient com actuar, no funciona el mateix per a tots.

- Heu treballat mai amb pacients de TCA que estiguin fora d'aquestes teràpies grupals? Percebeu algunes diferències entre els que fan tractament amb teràpia grupal de les que no?

Sí, nosaltres també portem a pacients d'ambulatori que no estan en grup, però és que el grup en TCA, i en altres trastorns és molt beneficiós. Jo en

sóc molt partidària. Si que es cert que el grup en aquest cas coincideix amb hospital de dia, per tant hi ha un tractament molt més gran que en ambulatori, però per mi el grup és bàsic i una gran ajuda en la recuperació i realment en els casos que hem vist s'ha notat. És veritat que no funciona a tothom però des de la meva experiència veig més que funciona que no funciona. També depèn de l'etapa de cadascú perquè hi ha casos on a l'inici sí que funciona i després no perquè ja porten molt de tractament o perquè ja estan en una altra etapa. Però sí, jo crec que és molt positiu.

- Com considereu que ha estat la rebuda per part de les pacients de TCA davant de la teràpia grupal?

Depèn, hi ha pacients que estan encantades perquè el que necessiten és algú que les escolti i n'hi ha que al principi tenen molta resistència ja sigui perquè son persones molt introvertides, desconfiades, que no han compartit mai com es senten i que no volen ajuda. Generalment hi ha aquesta resistència, els hi costa obrir-se, però un cop ho fan es nota moltíssim i hi ha moltes pacients a dia d'avui que estan amb l'alta diuen que elles van canviar molt quan es van obrir al grup.

Clar, també és veritat que hi ha moltes normes, pautes que s'han de seguir i és un grup on has d'exposar les teves dificultats. Però el grup ajuda i després entre elles acaben tenint un bon vincle.

- Sota el vostre punt de vista quins beneficis té?

El principal és la identificació. És com un extra, ja que a vegades entre elles tenen alguns consells que potser nosaltres que al final només som un cap davant de la pacient no se'ns acudiria i crec que aporten aquest extra que és bàsic. També per experiència, perquè són un grup i no a totes els hi funciona el mateix i potser el que li funciona a una no li funciona a una altra però sí a una tercera. També el recolzament, a vegades estan molt soles o no se senten compreses llavors entrar aquí els hi dona un espai on no són les úniques que se senten d'aquesta manera i a part que entre elles ja tenen aquesta contenció i d'assegurar-se que es compleixen les pautes.

- Per acabar si teniu algunes recomanacions/consells personals

És molt important conèixer molt bé al grup. I que quan s'exposa un tema intentar tancar el tema, no deixem temes oberts. És veritat que al llarg de la teràpia poden sortir temes que quedin oberts perquè no tenim temps però que la demanda o tema principal quedi tancat i que es puguin extreure aquests compromisos i positius que han pogut extreure de la teràpia. També intentar que participin el màxim possible, si el grup no respon es poden sentir molt soles. Per fomentar aquesta comunicació també s'utilitza molt la identificació, com us sentiríeu vosaltres si estiguéssiu en la seva posició i no us sentíssiu escoltades? Que puguin veure les dues parts.

### Entrevista a la psicòloga 3

- Quines són les característiques generals de la teràpia grupal: Quina estructura tenen? quina durada? rol del terapeuta, etc.?

Aquí funcionem a través de dos tipus de teràpies: les lliures i els tallers.

En les teràpies lliures l'estructura consisteix en què normalment les pacients trien qui vol parlar: potser alguna persona té alguna cosa a explicar, alguna preocupació sobre algun tema en concret... i totes les altres opinen i expliquen la seva experiència al respecte. El rol del terapeuta en les teràpies lliures és més mediador, tot i que en algunes ocasions en funció de com ho valori el propi terapeuta també ha d'intervenir.

En canvi, en els tallers dirigits la terapeuta prepara alguna cosa. Primer exposa un tema i a continuació probablement hi hagi alguna fitxa a completar i després comentar o alguna activitat més dinàmica que tingui algun sentit en funció del tema què es tracti. En aquest cas el rol del terapeuta és més actiu ja que és una teràpia més psico-educativa.

- Quins són els objectius principals de la teràpia grupal? És a dir, quina finalitat té implementar-la en un procés terapèutic?

Jo crec que l'objectiu principal d'oferir aquesta part del tractament més en grup és el fet de compartir experiències amb altres noies que estan passant pel mateix. Crec que té una funció molt potent de suport i crec que juntes

poden buscar més solucions. Crec que és una bona manera de poder gestionar aquest trastorn i de que elles tinguin més recursos.

El fet d'introduir-la en el procés terapèutic crec que és molt útil ja que el fet de tenir el grup a part de les teràpies individuals funciona bastant bé: s'ajuden entre elles i no solament en el context de les teràpies sinó en la part del menjador.

- Quines pautes consideres importants seguir en la planificació d'aquestes?

Crec que és important veure en quin punt estan les pacients. No és el mateix en un hospital de dia preparar un taller a fase 1 que a fase 2, on ja estan més avançades en el procés. Fixar-nos en les necessitats que tenen en el moment, pot ser si el grup és més nou necessiten fer més cohesió de grup o potser treballar més sobre el trastorn, etc. Crec que és molt important escoltar-les i veure en quin punt estan per veure que els hi anirà bé i també de quina manera treballar-ho. Ja que no és el mateix fer una activitat dinàmica, un joc per exemple, en un grup que no està quasi cohesionat i que, per tant, no sortirà bé que fer alguna activitat més dirigida i que en aquest cas funcionaria millor.

- Com ajudar a crear un espai segur i de confiança on les pacients es sentin segures?

Primer crec que treballant molt el vincle. Jo personalment el que utilitzo és mostrar-me més propera, preguntar què necessiten, com estan... Intentar que participin totes, que costa, però intentar que vegin que les tens en compte, que no és una més i ja està. Hi ha vegades que és difícil i si alguna no vol participar depèn del perfil no li insistiré. Però sobretot crec que és el fet de mostrar-te propera i disposada.

- Complicacions més habituals que s'acostumen a donar?

Com deia, alguna que s'adorm, que no volen participar, que no volen parlar, que no volen connectar amb més profunditat amb els temes que necessiten parlar... Moltes vegades passa que ens quedem a la superfície totalment,

els hi costa molt prioritzar-se i dona la sensació de que no s'ha treballat gaire cosa.

Així més dificultat que s'enfadin entre algunes d'elles, que hi hagi algun conflicte la qual cosa també distorsiona bastant a tot el grup.

- Com afrontar-les?

Si hi ha algun conflicte si que s'intenta treballar després amb les dues persones intentant no implicar a tot el grup perquè no es puguin veure afectats, és cert que el personal de pràctiques ens ajuda bastant a poder gestionar qualsevol situació. En casos de que no vulguin parlar ni participar, doncs depèn del perfil o s'intenta obligar o després tenir una conseqüència si no ho han fet o es permet i més tard s'aborda a nivell individual el perquè no ha volgut participar.

- Si algun membre del grup no està participant gens hauríem d'implicar-lo d'alguna manera o li deixem el seu espai a part?

Depèn del perfil. Si te un perfil una mica més histriònic que sabem que no li va bé ja que si la forcem molt petarà i distorsionarà a tot el grup sencer, doncs potser és millor abordar el perquè no ha volgut participar a nivell individual i fer-li entendre la importància de participar. Si és una persona que vol dormir perquè vol desconnectar ja que li ha passat alguna cosa i vol evitar-la i no parlar-ne el més adient seria forçar-la una mica, animar-la a que participi i a que pugui parlar.

- Heu treballat mai amb pacients de TCA que estiguin fora d'aquestes teràpies grupals? Percebeu algunes diferències entre els que fan tractament amb teràpia grupal de les que no?

Sí. Jo sí que noto canvi. Depèn molt del punt en què es troba el pacient. Normalment, si no està rebent teràpia grupal és perquè està a consultes externes i per tant en un altre punt del procés. Tot i que sí que és cert que hi ha vegades gent que no es pot permetre el tractament i ve a consultes externes de tant en tant i en aquests casos sí que es nota molt. Jo crec que les pacients que reben teràpies grupals avancen molt més ràpid, a part del temps que passen aquí cada dia, tenir un suport grupal t'ajuda a sentir-te

més comprés, reconfortat i amb més motivació cap al canvi que no pas si vens tu sol hi has de fer tot aquest treball tu sol.

- Com considereu que ha estat la rebuda per part de les pacients de TCA davant de la teràpia grupal?

No és una cosa que els hi agradi molt de primeres perquè els hi fa molta vergonya o les espanta molt sentir-se jutjades. Al final són noies a qui han matxacat molt, algunes han patit bullying, s'han sentit rebutjades en molts entorns,... Així que arribar a un lloc on hi ha un grup de gent que ja fa temps que hi és acostuma a espantar-les bastant. Però, quan veuen que és un lloc segur, que es senten còmodes, que totes estan com elles, els hi va molt bé ja que senten que formen part d'alguna cosa que al final és el que els hi falta fora.

- Sota el vostre punt de vista quins beneficis té?

Principalment suport entre elles i es poden donar formes de treballar diferents, més artístiques, més dinàmiques, no tant centrades en una sessió, una conversa o activitats que podries tenir en la teràpia individual. Crec que és un altre entorn diferent que es pot aprofitar molt i que pot aportar molts beneficis per a l'evolució.

- Per acabar si teniu algunes recomanacions/consells personals

A l'hora de fer la teràpia crec que és molt important tenir vincle amb les pacients, ja que sinó es fa molt més difícil. Jo me'n recordo que quan vaig començar em preparava molt bé totes les teràpies ja que em donava molta seguretat saber que faria aquest taller, tenir un pla B per si no funcionava,... Clar amb l'experiència la capacitat i el marge de poder improvisar és molt més gran i ja vaig molt més tranquil·la. Jo et recomano que al principi puguis tenir clar quins temes treballaràs, com ho faràs perquè crec que t'aportarà més seguretat.

## Annex 2: Escala d'autoestima de Rosenberg

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

## Annex 3: Qüestionari d'avaluació

S'ha de puntuar del 0 al 10, sent 0 una valoració molt negativa i 10 molt positiva.

- Quina valoració fas del contingut de l'activitat?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- Consideres que ha estat una activitat útil per a tu?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- Com valores l'actitud del dirigent de l'activitat?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- Quina valoració general fas de la sessió?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- Que t'ha semblat més o menys interessant? Per què?

- Quins aspectes milloraries o canviaries de la sessió?

Font: elaboració pròpia.

## Annex 4: Material sessió 1

Estaba allí des del primer momento, [...]  
 Yo traje tus pensamientos de vergüenza,  
 te mostré todo lo que hay en ti de defectuoso,  
 de feo, de estúpido, de desagradable.  
 Yo te colgé la etiqueta de "diferente",  
 Cuando te dije por primera vez al oído  
 que algo no andaba del todo bien en ti. [...]

Me he vuelto poderoso con el tiempo  
 escuchando los consejos de tus padres sobre cómo triunfar en la vida. [...]  
 Sufriendo las bromas crueles de tus compañeros de col·legio  
 cuando se reían de tus dificultades.  
 Contemplando tu desgarbada imagen en el espejo y

comparándola después con las de los famosos.

Y ahora, por fin,  
poderoso como soy  
y por el simple hecho de ser,  
puedo transformarte en un montón de basura,  
en escoria, en el responsable universal,  
en un maldito bastardo desechable.[...]

Me disfrazaré de perfeccionismo,  
de altos ideales, de autocrítica,  
de patriotismo, de moralidad,  
de buenas costumbres, de autocontrol. [...]

La pena que te causo es tan intensa  
que querrás negarme y, para eso,  
intentaras esconderme detrás de tus personajes:  
detrás de las drogas, detrás de tu lucha por el dinero,  
detrás de tu sexualidad indiscriminada.  
Pero no importa lo que hagas, no importa donde vayas.  
Yo estaré allí, siempre allí.  
Porque viajo contigo día i noche sin descanso, sin límites.

Yo te enseñé el miedo a ser rechazada  
y condicioné tu existencia a ese miedo.  
De mí dependes para seguir siendo esa persona buscada, deseada,  
aplaudida, gentil y agradable que hoy muestras a los demás.  
De mí dependes porque yo soy el baúl en el que te has escondido  
aquellas cosas más desagradables,  
más ridículas, menos deseables de ti mismo.

Gracias a mi has aprendido a conformarte con lo que la vida te da,  
porque después de todo,  
cualquier cosa que vives será siempre más de lo que crees que mereces.

Has adivinado, ¿verdad?

Soy el sentimiento de rechazo que sientes hacia ti misma.

Recuerda nuestra historia:

Todo empezó aquél día gris

en que dejaste de decir orgullosa:

¡YO SOY!

Y, entre avergonzada y temerosa,

bajaste la cabeza

y cambiaste tus palabras y actitudes por un pensamiento:

YO DEBERIA SER...

Jorge Bucay

#### Preguntes:

- Amb quins fragments del poema t'has sentit més identificada? Per què?
- Identifiques què és el que et provoca autorebuig?
- Com creus que t'interfereix aquest autorebuig en la vida quotidiana?

En els àmbits següents:

- Familiar
  - Acadèmic
  - Interpersonal (relacions amb els altres)
  - Intrapersonal (personalment: emocional, físic...)
- Com actues davant d'aquesta interferència, és a dir, com gestiones l'autorebuig?

Font: elaboració pròpia.

#### Annex 5: Material sessió 4

- Com ha sigut aquest exercici? (fàcil, difícil, desagradable, agradable...)
- T'ha costat trobar característiques bones en els altres? Per què?

- T'agrada el que veieu escrit en la vostra flor?
- Hi ha algun missatge que t'hagi sorprès? Per què?
- Hi ha alguna característica que no creguis que es veritat? Si és així, quina?
- Quin és el més agradable? Per què?
- Et sents a gust després de rebre aquests missatges?
- Com us t'has sentit mentre els altres escrivien sobre tu?
- Consideres que hi ha molta diferència entre el què els altres pensen de tu i el què penses de tu mateixa? Per què?
- El que tu valores en els altres és el mateix que valores o exigeixes en tu mateixa? Per què?

Font: elaboració pròpia.

## Annex 6: Diari de camp de la sessió 1

<b>Diari de camp de la sessió 1: "Autorebuig"</b>	
<b>Grup:</b> Fase 1 ITA Tarragona	<b>Lloc:</b> centre ITA Tarragona
<b>Dia i hora:</b> 09/03/2023 a les 15:15	<b>Duració:</b> 1h i 15 min.
<p><b><u>Objectius</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexionar de quina manera actua l'autorebuig a les seves vides.</li> <li>- Identificar pensaments negatius recurrents.</li> <li>- Reconstruir els pensaments negatius en afirmacions positives</li> </ul>	
<p><b><u>Descripció de la sessió</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Què s'ha fet?</li> </ul> <p>Primerament, s'ha llegit conjuntament el poema de Jorge Bucay en veu alta. A continuació cada pacient s'ha tornat a llegir el poema individualment subratllant tots els fragments amb els que se sentia identificada. Un cop han acabat, se'ls ha demanat que compartissin els fragments amb el grup, així com també explicar perquè els han seleccionat. També se'ls han fet preguntes sobre l'autorebuig (aadjuntes a l'annex de la sessió 1). Les aportacions de cada pacient també han estat acompanyades en alguns casos de preguntes de tot el grup. Després de s'ha fet una reflexió sobre la importància de detectar els pensaments irracionals amb els que algunes</p>	

pacients funcionen (sobregeneralització, raonament emocional, etc.) i el paper que tenen en aquest autorebuig.

Així, s'ha realitzat una activitat que consistia en identificar algun pensament intrusiu que tinguessin habitualment en diferents contextos i un cop identificat, reconstruir aquest pensament a una afirmació positiva i llegir aquestes últimes al grup de manera anònima.

Per concloure, s'ha parlat de com s'han sentit i s'ha fet una petita conclusió sobre la limitació que autoimposa l'autorebuig.

- Com han reaccionat les persones implicades?

Des del principi de la teràpia totes les pacients, a excepció de la pacient número 5, s'han mostrat participatives i han subratllat tots aquells fragments amb els que connectaven més del poema. Aquesta activitat ha permès que les participants s'obrin i expliquin diverses dificultats, pensaments o sensacions que tenen. S'ha parlat de sentiments d'inferioritat, sentiments de pressió per part de la família, conductes sexualitzades com a cerca de l'acceptació externa, d'autoexigència i perfeccionisme com a manera de sentir-se satisfetes, por al rebuig, de comparacions, d'autoimatge i inseguretat corporal, etc. i de com tots aquests aspectes han pogut influir en el seu autorebuig. A més a més, algunes pacients han sabut identificar conductes, pensaments o pors que abans tenien, però que en l'actualitat ja no presenten. Així, s'ha pogut veure i valorar aquesta millora i canvi dintre del seu procés terapèutic. Alguna pacient, tot i subratllar el text i reflexionar les preguntes sobre l'autorebuig no ha volgut compartir al grup.

En l'activitat de reconstruir els pensaments negatius en afirmacions positives moltes de les participants han tingut dificultats per poder fer-ho, però el grup s'ha mostrat molt col·laborador i ajudador a fins que totes ho han pogut aconseguir. Algunes de les frases que han sortit són: "jo puc", "jo sóc més que un cos" o "jo sóc vàlida".

A més, a punt d'acabar la sessió, quan s'ha preguntat al grup com s'havien sentit s'ha obert un debat en relació a l'activitat de reconstruir afirmacions positives. Algunes de les pacients opinaven que no consideraven que fos un exercici útil per a elles perquè afirmaven que no es creien allò que havien

escrit. Al final del debat, en el qual han participat diverses de les pacients s'ha arribat a la conclusió de que els pensaments intrusius recurrents amb els que funcionen porten sent presents molt de temps i, per tant, és normal que no es creguin aquest pensament alternatiu la primera vegada que el formulen, sinó que és un exercici que s'ha d'anar repetint cada vegada que es trobin davant de situacions on els seus pensaments intrusius s'activin, per a la llarga poder anar reconstruint aquests pensaments i ser capaces de detectar-los i evitar-los.

- Dificultats

Hi ha hagut una pacient que no ha participat i ha estat dormint durant tota la teràpia. A l'inici se la ha intentat despertar i implicar en la sessió però no ha volgut.

- Canvis en relació a la programació

No s'han produït canvis.

## Annex 7: Diari de camp de la sessió 2

<b>Diari de camp de la sessió 2: "Què és l'autoestima?"</b>	
<b>Grup:</b> Fase 1 ITA Tarragona	<b>Lloc:</b> centre ITA Tarragona
<b>Dia i hora:</b> 16/03/2023 a les 11:45	<b>Duració:</b> 1h i 15 min.
<b><u>Objectius</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conèixer què és l'autoestima i l'autoconcepe.</li> <li>- Entendre perquè és important tenir una bona autoestima.</li> <li>- Reconèixer qualitats positives d'un mateix.</li> </ul>	
<b><u>Descripció de la sessió</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Què s'ha fet?</li> </ul> <p>S'ha anat treballant i construint el concepte d'autoestima a partir d'una presentació de PowerPoint. S'ha treballat a través de preguntes: què és per a vosaltres l'autoestima?, per què creieu que és important tenir una bona autoestima?, com es construeix?, com creieu que pot afectar tenir una autoestima alta vs. una autoestima baixa?. S'han anat plantejat aquestes preguntes, a partir de les quals el grup ha expressat la seva opinió i les seves creences. A continuació es feia una breu explicació teòrica sobre</p>	

cada aspecte plantejat i les pacients anaven fent preguntes o reflexions basades en la seva pròpia experiència.

- Com han reaccionat les persones implicades?

Les pacients s'han mostrat molt actives al llarg de tota la presentació. El concepte d'autoconcepte el tenien molt treballat i totes l'han sabut definir. Per altra banda, la definició d'autoestima no la tenien tant clara i a partir de l'explicació han pogut entendre la petita diferència que hi ha entre aquests dos conceptes. S'ha deixat molt clar que l'autoestima és un component que sigui completament estable, sinó que es pot modificar i per tant millorar.

S'ha parlat dels diferents components de l'autoestima: cognitiu, conductual i emocional i algunes pacients tenien dificultats diferenciant-los. Per tal de que identifiquin aquests components hem realitzat una petita activitat i la pacient 6 l'ha compartit amb el grup. Primer ha buscat un pensament o concepció que tenen sobre ella mateixa: *sóc dolenta i inferior als altres*. Això quines conductes li portava a adoptar? *A posar les necessitats dels altres per davant de les seves*. I finalment, això com t'ha fet sentir? *Sola i trista*. Així, totes han pogut entendre i diferenciar aquests components i s'ha animat a la resta de pacients a fer aquest petit anàlisi i a, aquelles que volguessin, compartir-lo amb el grup.

Al preguntar-los sobre la importància de tenir una bona autoestima totes han reconegut que sí que era un tret molt important. Han comentat la importància de tenir una bona autoestima per a sentir-se segures, capaces i han remarcat molt la seva importància en les relacions socials, sobre tot amb el grup d'iguals. S'ha de tenir en compte que en general és un col·lectiu que té moltes dificultats en aquest aspecte i que algunes han patit *bullying* o s'han sentit excloses. S'ha fet una petita reflexió rememorant la sessió passada parlant de com les nostres inseguretats i pors a vegades ens autolimiten i la importància d'una bona autoestima per arribar a l'autorealització i satisfacció personals.

Al parlar de com es construeix l'autoestima s'ha debatut si era un constructe merament individual (aprendre's a estimar i acceptar-se) o si també hi havia un factor extern influenciador. Llavors s'ha parlat de l'Efecte

Pigmalió fent una menció especial al perfeccionisme i a les comparacions que són trets característics en aquestes psicopatologies i com aquestes només fan que confirmar certes creences que afecten negativament a la nostra autoestima. Altra vegada algunes pacients han verbalitzat com veien aquest patró de funcionament en un passat seu i com això els havia anat afectant i conduint a les reaccions i interaccions socials actuals.

Finalment, el grup havia de compartir la seva opinió en com afectaria tenir una autoestima alta o baixa en aquests àmbits: percepció d'un mateix, relació amb els altres, com treballa, com actua, com pensa i aprèn i com es valora. Després de fer aquesta reflexió se'ls ha demanat que consideressin com estan elles o com actuen elles en aquests àmbits de la seva vida.

- Dificultats

La gestió del temps.

- Canvis en relació a la programació

Per falta de temps no s'ha pogut realitzar l'activitat planificada pel final de la teràpia, que finalment s'ha posposat per a la següent sessió. L'activitat "jo sóc" consistia en buscar un mínim de 5 característiques personals positives.

## Annex 8: Diari de camp de la sessió 3

<b>Diari de camp de la sessió 3: "L'autoestima com a motor de canvi?"</b>	
<b>Grup:</b> Fase 1 ITA Tarragona	<b>Lloc:</b> centre ITA Tarragona
<b>Dia i hora:</b> 16/03/2023 a les 15:15	<b>Duració:</b> 1h i 15 min.
<b><u>Objectius</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entendre les debilitats com un potencial a desenvolupar.</li> <li>- Reconèixer les pròpies debilitats.</li> <li>- Determinar un camí d'accions cap al canvi.</li> </ul>	
<b><u>Descripció de la sessió</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Què s'ha fet?</li> </ul> <p>S'ha iniciat la sessió parlant de fortaleces i debilitats. S'ha explicat com una bona autoestima permet detectar aquestes fortaleces i debilitats sense maximitzar aquestes últimes. Acceptar-les i veure-les com a punts de</p>	

millora per apropar-me a la idea de mi que m'agrada. A continuació, s'ha fet una reflexió sobre les expectatives: el fet de posar-se metes o objectius que no es podran arribar a complir mai creen sentiments de frustració i d'incapacitat.

Després d'aquesta primera part de la sessió, s'ha realitzat l'activitat "Com sóc i com m'agradaria ser" que ha consistit en fer primer una llista de les forteses i després de les debilitats. A continuació, s'han agafat aquestes debilitats i s'ha pensat en una expectativa realista, amb l'ajuda del grup, de com els agradaria ser diferents en aquest aspecte. Finalment, crear una llista d'accions i canvis que poden incloure en el seu dia a dia per anar-se apropant gradualment a l'expectativa que elles mateixes han proposat.

Per acabar la sessió s'ha fet una petita reflexió sobre la necessitat d'un canvi d'actitud: acceptar i agrair el què tinc, mobilitzar-nos per allò què volem, etc.

- Com han reaccionat les persones implicades?

A l'inici de la sessió s'ha remarcat que tenir una bona autoestima no pretén que ens agradi tot de nosaltres ja que això pot ser una cosa molt irreal (recordem de la sessió passada que l'autoestima no és estable i que pot variar en funció de les èpoques, situacions o entorns/contextos). Una persona amb una bona autoestima accepta, dintre del conèixer-se a si mateix, quines són les forteses i les qualitats que té i també les coses que no li agraden. En aquest punt la pacient 3 ha fet una reflexió molt interessant: *abans jo sabia que era una persona empàtica, però jo tenia tant poca autoestima que era incapaç d'acceptar que jo tingués una qualitat positiva, per tant ho negava i deia que no tenia cap qualitat positiva.* S'ha parlat de la importància de l'autoconeixement: què tinc jo, qui sóc, el que no m'acaba d'agradar de mi i com m'agradaria ser ens permet treballar en les debilitats com a punts de millora i així apropar-me a la meva idea de com vull ser jo en futur.

Abans de realitzar l'activitat per treballar tot el que ja s'ha introduït, s'ha parlat d'expectatives realistes, de com posar-se un objectiu que no es podrà arribar a complir mai crea sentiments de frustració i d'incapacitat. Llavors, s'ha plantejat al grup que pensin en algun moment/situació on

considerin que s'han posat unes metes impossibles i com, el fet de no aconseguir-les, els ha afectat: sensacions d'incapacitat, sentir-se inútil o se'ls hi van confirmar creences sobre la seva ineptitud; segons han compartit algunes pacients.

A continuació, s'ha realitzat l'activitat de "com sóc i com m'agradaria ser". A l'hora de realitzar la llista de les fortalezes, "jo sóc..." la pacient 1 ha sigut incapaç de trobar cap qualitat positiva (tot i tenir una llista d'adjectius per facilitar aquesta cerca). El grup ha reaccionat dient que consideraven que aquesta pacient tenia moltes qualitats positives i s'han posat a anomenar una llista d'adjectius positius. Tot i així, la pacient 1 ha mantingut la seva postura i ha verbalitzat que considerava que la intervenció del grup era per quedar bé i que realment no pensaven que ella tingués aquelles qualitats positives. Les altres pacients totes han sigut capaces de fer-ho.

Fer la llista de debilitats no els ha resultat tant difícil. A partir d'aquí cadascuna ha pensat una expectativa realista per cada debilitat que es volgués millorar i a continuació pensar quines accions i canvis les podrien apropar a aquesta expectativa realista. La pacient 7 ha explicat que una de les seves debilitats és ser molt introvertida i que la seva expectativa era ser una mica més extravertida. A partir d'aquí s'han plantejat quines accions ara mateix creu que evita o no realitza degut a aquesta introversió i, amb l'ajuda del grup hem fet una llista: enviar àudios per WhatsApp, demanar coses als cambrers dels restaurants, trucar per telèfon per reservar/preguntar informació i iniciar converses amb alguns companys de classe. S'ha ordenat aquesta llista de situacions més fàcils a més difícils amb el compromís de que s'aniria exposant gradualment a aquestes i afegir altres situacions si ho veiés oportú. Altres pacients com la 4 o la 8 també van compartir les seves llistes d'acció.

Després de comentar com s'han sentit i si consideraven que les llistes d'expectatives i de accions d'exposició són realistes, s'ha fet una reflexió sobre la necessitat d'un canvi d'actitud: acceptar les circumstàncies, aprofitar les oportunitats, actuar per aconseguir allò que volem..., ja que això també tindrà un impacte positiu en l'autoestima. Algunes pacients s'han mostrat motivades a fer canvis.

- Dificultats

Hi ha hagut un parell de pacients que no han participat en la teràpia, ni per realitzar les activitats a nivell individual ni a ajudar a altres membres del grup.

A més, no hi hagut temps suficient per poder establir una llista d'acció i comentar-la amb totes les pacients, per tant aquelles que no ho han pogut fer segurament no han pogut aprofitar-la tant i no estaran tant motivades cap al canvi.

- Canvis en relació a la programació

L'activitat "jo sóc" planificada a realitzar en la segona sessió s'ha fusionat amb l'activitat inicialment planejada en aquesta sessió, ja que no s'havia pogut realitzar abans.

## Annex 9: Diari de camp de la sessió 4

<b>Diari de camp de la sessió 4: "El cercle</b>	
<b>Grup:</b> Fase 1 ITA Tarragona	<b>Lloc:</b> centre ITA Tarragona
<b>Dia i hora:</b> 23/03/2023 a les 15:00	<b>Duració:</b> 1h i 30 min.
<b><u>Objectius</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la comunicació i interacció positiva entre els membres del grup</li> <li>- Aprendre a valorar les qualitats positives d'un mateix i dels altres</li> <li>- Comparar la idea que tenen els altres sobre mi amb la meva autovaloració</li> <li>- Aprendre a valorar les diferències individuals i les característiques úniques de cada persona</li> <li>- Identificar i compartir estratègies efectives per la cura i benestar personals i discutir maneres d'incloure-les en la rutina diària</li> </ul>	
<b><u>Descripció de la sessió</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Què s'ha fet?</li> </ul> <p>S'ha iniciat la sessió realitzant l'activitat "El cercle". S'ha repartit una imatge impresa del dibuix d'una flor amb els pètals buits a cadascuna de</p>	

les pacients i hi han posat el nom. A continuació, cada persona ha passat el dibuix a la persona de la dreta i aquesta ha escrit dintre d'un pètal una característica positiva sobre la persona a la qui pertany el full. Aquesta acció s'ha repetit un seguit de vegades fins que els papers han completat una volta sencera i han tornat a estar a mans dels seus propietaris. Un cop acabat, s'ha realitzat la reflexió grupal de l'activitat a partir de la fitxa de preguntes de la sessió.

- Com han reaccionat les persones implicades?

Les pacients han estat molt disperses fet que ha alentit molt el desenvolupament de la sessió. Inicialment, ja hi ha hagut dificultats per tenir la seva atenció per tal de poder explicar la activitat a realitzar. Un cop explicada l'han anat realitzant adequadament i de manera distesa.

A l'hora de realitzar la reflexió final, per falta d'atenció i concentració del grup no s'ha pogut profunditzar i treure tot el suc possible a l'activitat realitzada. Tot i així, ha estat una activitat que les noies han gaudit i que els ha aportat satisfacció i cohesió grupals, per tant l'activitat ha tingut un impacte positiu.

S'han comentat superficialment quins han sigut els missatges que els hi ha sorprès o que no identificaven amb elles mateixes i s'ha iniciat un debat sobre la validesa de l'activitat ja que només es podien incloure qualitats positives i algunes pacients han verbalitzat sentir que els hi havien escrit certes coses per compromís. Davant d'aquesta creença se'ls ha plantejat: que en cas de que es poguessin escriure qualitats o missatges negatius, alguna ho hagués fet? A més, també s'ha qüestionat què és el que fa que no es creguin el missatge de les altres: l'autorebuig i les pròpies creences i pensaments d'un mateix. Així s'ha fet referència a tot el que es va treballar en la primera sessió.

- Dificultats

El dia de la realització de la sessió el grup estava molt dispers i això va dificultar la reflexió final, la qual va ser molt superficial.

- Canvis en relació a la programació

Degut a la dificultat mencionada, ha faltat temps per poder realitzar la segona part de la sessió dedicada a reflexionar quines conductes es podien incloure en la seva rutina amb la finalitat de cuidar el benestar i cura personals.