



UNIVERSIDAD INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

**“LA TERAPIA PSICOCORPORAL COMO APOYO
PARA EL INCREMENTO DE LA ASERTIVIDAD,
RECONOCIMIENTO EMOCIONAL Y CONCIENCIA
CORPORAL EN PACIENTES CON ANOREXIA DE
ENTRE 17 Y 22 AÑOS.”**

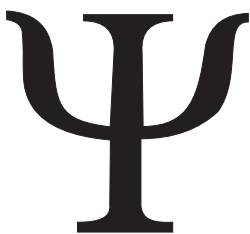
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

C. PAOLA ETHIEL ARREOLA PEÑA

ASESOR: LIC. ANA LUISA SERNA URIBE



MÉXICO, D. F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Antecedentes de la Anorexia.....	6
1.1. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	6
1.2. ¿Qué es la Anorexia?.....	8
1.3. La Anorexia ¿Una moda?.....	11
1.4. Factores Socioculturales.....	15
1.5. Parámetros de Diagnóstico de la Anorexia según el DSMIV.....	19
1.6. Psicopatología.....	24
2. Antecedentes de la Terapia Psicocorporal.....	30
2.1. Qué son las Terapias Psicocorporales.....	30
2.1.2. Los orígenes de la Terapia Psicocorporal en México.....	31
2.1.3. Antecedentes Psicoanalíticos.....	31
2.1.4. La Terapia Psicocorporal y su relación con el método Cognitivo Conductual (CC) con respecto a la Anorexia.....	33
2.2. Nuevos modelos Psicocorporales.....	34
2.2.1. Los diferentes tipos de terapia psicocorporal.....	36
2.3. Relación entre Terapia Psicocorporal y manejo de emociones.....	38
3. ¿Qué son los Talleres de Conciencia Corporal?.....	41
3.1. Beneficios de la Terapia Integrativa Psicocorporal en el Tratamiento de la Anorexia.....	42
3.2. Prevención de conductas alimentarias de riesgo con la aplicación de La Terapia Psicocorporal.	47
3.2.1. La prevención de la anorexia en las y los adolescentes.....	48
4. Metodología.....	50
4.1. Planteamiento del Problema.....	50
4.2. Objetivo General.....	50
4.2.1. Objetivos específicos.....	50

4.3. Hipótesis.....	50
4.4. Variables y Definiciones.....	51
4.4.1. Variable Independiente y dependiente.....	51
4.4.2. Definiciones conceptuales.....	51
4.4.3. Definiciones operacionales.....	51
4.5. Muestra.....	53
4.6. Diseño de investigación.....	54
4.7. Instrumentos.....	54
4.8. Escenarios.....	55
4.9. Material.....	55
4.10. Procedimientos.....	55
4.11. Método estadístico.....	56
5. Resultados.....	55
6. Conclusiones.....	67
6.1 Sugerencias.....	69
6.2. Reflexiones.....	69
Bibliografía.....	71
Anexos.....	76

Agradecimientos.

Quiero agradecer a Dios y mi madre por creer en mi y porque sin el apoyo de ambos jamás habría podido concluir esta etapa tan importante en mi vida.

Agradezco infinitamente a la vida por permitirme vivir esta maravillosa experiencia junto a todas las jóvenes que participaron en esta investigación y que confiaron en mí.

Gracias a mis profesores por guiarme durante toda mi preparación.

Aim Ram Namaha.

RESUMEN.

Se ha comentado mucho que en las pacientes con anorexia el hambre desaparece y no es así; en esta investigación se hizo un sondeo entre las pacientes con Anorexia que participaron en el Taller de Terapia Psicocorporal y mujeres que padecen el Trastorno y se confirmó nuestra afirmación de que, en la Anorexia el apetito no desaparece, solo se reprime por el mismo temor a subir de peso y para evitar comer, entre ellas mismas se las ingenian de tal modo que pasan por alto la señal de hambre que su cuerpo les manda, distrayendo al cerebro en otras actividades como hacer ejercicio, pasar largos periodos de tiempo estudiando, leyendo libros o revistas que les den tips para bajar más de peso, durmiendo, tomando grandes cantidades de agua, entre otras actividades que ellas mismas se imponen para hacer caso nulo a la señal del hambre.

Se impartió un Taller de Terapia Psicocorporal con el cual se trabajaron las áreas de Asertividad, Reconocimiento Emocional y Conciencia Corporal, el cuál arrojó un resultado positivo al mostrar un incremento en estas áreas en las pacientes con Anorexia de ésta investigación.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son de suma importancia por la gravedad, complejidad y dificultad existente para obtener un pronto diagnóstico, es un problema que va en incremento en países desarrollados. Existe un culto a la imagen corporal y la moda de la delgadez femenina, que se han hecho típicas en nuestra cultura en las últimas décadas. Éstas parecen ser elementos predominantes para el surgimiento de este trastorno, que están afectando principalmente a mujeres jóvenes. Los factores que intervienen en su aparición y a que el trastorno se mantenga son múltiples incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y familiares.

La Anorexia encabeza los Trastornos de la Conducta Alimentaria ya que en base a las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” en el año de 1999 ésta es la que hoy en día tiene el mayor índice de mortalidad de entre los demás trastornos en la población juvenil femenina. En base a las investigaciones que existen con respecto a la Anorexia, se ha registrado que este padecimiento está iniciando a edades más tempranas, ya que niñas de 8 a 11 años están manifestando señales de alarma, síntomas de la enfermedad; cuando las primeras investigaciones hablan de una edad de inicio de 15 a 20 años. Pero esto no es de sorprenderse, cada día las mujeres se ven mayormente invadidas por la presión social de una figura esbelta. (Garfinkel, P. E. y Garner D. M, 1982)

Se ha notado que una “simple dieta” puede ser un factor desencadenante para el trastorno de la anorexia en la población juvenil femenina que suelen estar unidas con las siguientes características:

- Insatisfacción corporal
- Problemas en el entorno familiar
- Dificultades para encajar en un círculo social escolar deseado
- Baja autoestima
- Presión social y/o familiar por un cuerpo esbelto
- Depresión

La dieta sólo es una señal de alarma, que indica que algo está pasando. Muchos podrán decir “¿Pero qué adolescente no hace una dieta?”, “Una dieta en esa edad es común, ya que las adolescentes de hoy en día se encargan de deshacerse de lo que no les agrada de su cuerpo” pero ¿será que se quieren deshacer de lo que no les gusta de su cuerpo o de la parte que no pueden soportar en su atmosfera familiar? Si, muchas adolescentes hacen dieta para verse y sentirse “mejor”, la cuestión aquí es que los padres muy pocas veces ponen atención a este tipo de actos que inician con “sólo quiero bajar algunos kilos” y posteriormente se pierde el control volviéndose una obsesión que muchas de las ocasiones no se identifica a tiempo, y se identifica mucho tiempo después, cuando ya es demasiado tarde. Es por eso que los padres deben estar atentos a las conductas alimentarias que presenta su hija, si ella está dejando de comer, si evita comer en reuniones familiares, si inventa malestares para no comer, si el carácter de ella está cambiando, si antes de la dieta era una persona sociable y ahora es una chica introvertida, si ha comenzado a hacer ejercicio y en poco tiempo incrementa el tiempo que pasa en el gimnasio, si ha bajado de peso considerablemente en un mes, etc. Todo lo anterior puede ser consecuencia de “una simple dieta” mal supervisada en adolescentes con las características antes mencionadas. (Toro, J y Vilardell, E., 1989)

El tratamiento para este trastorno es multidisciplinario debido a que es abordado por Psiquiatras, Psicólogos, Neurólogos y Nutriólogos, los cuales se encargarán de hacer que la paciente con anorexia logre recobrar un estado físico y mental saludable.

En esta tesis se propone la introducción de la Terapia Psicocorporal para incrementar el auto-reconocimiento en las áreas de Asertividad, Reconocimiento Emocional y Conciencia Corporal en las pacientes con Anorexia. Dentro de la Terapia Psicocorporal se sabe que los seres humanos crecen orientados hacia una fuente luminosa desprendiéndose hacia las alimenticias; así también, resuelven conflictos y tensiones del medio con las personas más allegadas y que la manera en que afrontan, o no las diversas situaciones, determinan las actitudes, posturas y carácter. El “Yo” es el

producto de todas las experiencias, es por eso que se dice que las personas son lo que han vivido.

Se hace la propuesta anterior, para que la paciente con Anorexia tome el Taller de Terapia Psicocorporal y así pueda incrementar su nivel de autoconocimiento y sea capaz de experimentar todo aquello de lo que aún no es consciente en su vida habitual; por lo que al tener experiencias comunes, pero ahora conscientes y perceptibles, puede llegar a una mejor conciencia de sí misma y sea capaz de manejar con mayor responsabilidad sus actos y emociones. Se espera que entre mayor sea el progreso en la autoconciencia del movimiento y la integración funcional, se genere en la paciente con anorexia una sensación de bienestar general y se pueda vislumbrar el placer, la felicidad y la armonía en su vida.

Al trabajar correctamente con la Terapia Psicocorporal, el miedo irracional que existe en la paciente con anorexia en torno a subir de peso, el verse obesa frente al espejo, etc. Disminuirá y llegará poco a poco a dejar de ser parte de su vida y con el tiempo, será menos vulnerable ya que en su vida interior se reflejará la armonía del “hacer” y no estarán los problemas del “no hacer”.

La Terapia Psicocorporal se propone aumentar el Reconocimiento Emocional, la Asertividad y la Conciencia Corporal, mediante las siguientes herramientas que se proporcionan en esta terapia y se propone que:

- Afrontar las situaciones que vayan surgiendo dentro de las sesiones, en ese preciso momento.
- Ser consciente de que es un Ser humano completo y que su bienestar no depende de nadie más que de ella.
- Lograr la conciencia de cómo el cuerpo enseña a la mente. Dentro de esta terapia se dice que “la mente es el cuerpo y el cuerpo es la mente” (Método de Feldenkrais, 1977)
- Ser consciente que todas las partes del cuerpo y todas las facetas de la mente intervienen en lo que se percibe, siente, piensa y hace.

En la Terapia Psicocorporal se trabaja con la enacción, que es una forma de hablar de la “cognición encarnada”, como propuesta para nombrar la experiencia en la paciente con anorexia. En otras palabras se trabaja con el cuerpo viviente y el cuerpo perceptivo de la paciente, por medio de las estructuras cognitivas que emergen de los esquemas sensorio-motores recurrentes que permiten a la percepción ser guiada por la acción. (Yvan Joly, 2008)

Se decidió trabajar con la Terapia Psicocorporal porque se tiene la facilidad de acceder a la paciente de muchas maneras y formas, por ejemplo: por medio de sus emociones, cuerpo, voz, respiración, vivencias y sueños. Lo que brinda mayores elementos con los cuales se puede trabajar y obtener mejores resultados.

Así bien, con esta tesis, se da a conocer el trabajo de la Terapia Psicocorporal con las pacientes que padecen Anorexia de entre 17 y 22 años y los beneficios que éstas recibirán al incluir esta Terapia como parte de su tratamiento multidisciplinar y su trabajo de autoconocimiento.

Para abordar el tema, esta tesis incluye 6 capítulos.

En el Capítulo I se hace mención de los antecedentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria a través de la historia. Específicamente se aborda lo que es el trastorno de la Anorexia y las diferentes concepciones que se tienen de ésta, tomando como referencia el punto de vista de distintos autores que se han encargado de estudiarla. Se abordan los factores que predisponen a la enfermedad, la presión social y cultural que han sufrido las mujeres a través de los años, brindando una explicación del por qué se ha incrementado este padecimiento en mujeres cada día más jóvenes. Así también explicamos los parámetros de diagnóstico para este trastorno de acuerdo al DSM-IV y su psicopatología.

En el capítulo II abordamos lo que son las Terapias Psicocorporales y sus orígenes en México; muchas de éstas terapias tienen un enfoque cognitivo conductual como psicoanalítico, por lo que en este capítulo hacemos mención

de los antecedentes de cada una de estas orientaciones y la forma en la que las Terapias Psicocorporales influyen en el proceso de autoconocimiento en las pacientes con anorexia. Se informa la manera en la que se trabaja con el manejo de las emociones por medio de estas terapias así como los beneficios que las pacientes con anorexia podrían recibir por medio de éstas. Se dan a conocer los nuevos modelos psicocorporales y las herramientas que son utilizadas para el manejo de las emociones con este tipo de terapias.

En el capítulo III hablamos de la investigación que se ha realizado sobre los Talleres de Terapia Psicocorporal, el cómo funcionan y los beneficios que se obtienen en pacientes con anorexia y se dan a conocer los pasos a seguir para la prevención de conductas alimentarias de riesgo y así, por medio de la educación en la conciencia corporal ayudar a prevenir que aumenten los índices de mujeres jóvenes con anorexia.

En el capítulo IV se muestra toda la metodología empleada en esta tesis y cada uno de los pasos que fueron necesarios para la elaboración de la misma.

En el capítulo V se reflejan los resultados de las Pre y Post evaluaciones que se obtuvieron al aplicar el Taller de Terapia Psicocorporal a las 30 pacientes con anorexia en los que se muestra el incremento en las áreas de Asertividad, Reconocimiento Emocional y Conciencia Corporal y comprobar con esto que los Talleres de Terapia Psicocorporal funcionan para enriquecer el autoconocimiento de pacientes que padecen este trastorno en estas tres áreas.

Finalmente en el capítulo 6 presentan las conclusiones, sugerencias y reflexiones a las que se llegaron con esta investigación.

Capítulo 1.

Antecedentes de la Anorexia.

1.1 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los desórdenes del comportamiento alimentario o los trastornos de la alimentación, llamados bajo los nombres de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, son alteraciones de la personalidad que se manifiestan en relación con los alimentos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se clasifican en: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Vigorexia. Éstos no son tan diferentes como se cree, todos tienen el mismo disturbio psicológico, que es el trastorno alimentario. Motivado por el intenso temor a engordar, el individuo adopta actitudes patológicas en relación a la comida, que se convierte en una obsesión permanente. En todos los casos la primera manifestación de la patología es el inicio de una dieta por decisión propia, aun cuando no exista un sobrepeso que la justifique. (Abou. S; MT. Younis y Karim. L, 1998)

Una decisión aparentemente inocente, adoptada por la moda, o por un supuesto interés a querer “verse bien”, puede llevar a consecuencias serias: agravamiento en el estado de salud – en los casos más extremos la pérdida de peso corporal puede llevar a la muerte o a la depresión que acompaña a esta enfermedad, al suicidio- problemas en sus actividades sociales (familia, escuela, amigos), pérdida de autoestima, deterioro de la personalidad, dificultad para lograr independencia familiar e imposibilidad de encontrar una inserción social adecuada (Garfinkel y Garner 1982).

Este es un Trastorno que puede durar años antes de ser detectado. La persona que padece el trastorno alimentario suele pasar de un periodo bulímico a un periodo anoréxico, pero también puede permanecer en un solo polo de la enfermedad. La incidencia de la bulimia es mayor que la de la anorexia: hay cuatro bulímicas por cada anoréxica.

En algunos casos como en todo trastorno y/o enfermedad, difieren los comportamientos, en algunos rasgos fisiológicos y alteraciones del carácter de la persona que lo padece.

En seguida se presenta la clasificación actual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (García, 1993)

Anorexia Nerviosa: Trastorno mental que consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Que se clasifica en dos tipos de anorexia el restrictivo que consiste en pérdida de peso a través de dieta, ayuno o realizando ejercicio intenso y el purgativo donde se induce el vómito, existe el uso de laxantes, diuréticos y enemas.

Bulimia Nerviosa: Es una enfermedad mental que consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Que se clasifica en dos tipos el purgativo que consiste en inducir el vómito y usar laxantes, diuréticos y enemas; y el tipo no purgativo que consiste en mecanismos compensatorios como ayunos, ejercicio físico intensivo, etc.

Las personas que sufren algún Trastorno de la Conducta Alimentaria poseen un carácter obsesivo lo que significa que se preocupan constantemente por el peso y la dieta. Sin embargo, la personalidad de estos pacientes es distinta. Así, la anoréxica suele estar considerada como "niña modelo": perfeccionista, excelente estudiante, con un nivel intelectual elevado y con tendencia a huir de los conflictos. Se preocupan excesivamente por lo que opinen los demás de ella, suelen tener demasiado autocontrol. No obstante las bulímicas, suelen ser más impulsivas, intolerantes y se frustran más. Las y los pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria pueden tener problemas de adicción a las drogas así como propensión a la depresión y a la ansiedad. Además, suelen fracasar en sus relaciones sentimentales. Es más fácil descubrir a una persona que padece anorexia ya que adelgaza tanto que prácticamente se queda en los huesos, mientras que una mujer que sufre de bulimia suele mantener el mismo peso. Ésta es una de las razones por las que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad. La bulímica, a diferencia de la anoréxica, tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda. Otra psicopatología alimentaria como ya se mencionó anteriormente es la **Vigorexia**; que es un trastorno mental distinto, no estrictamente alimentario, pero si comparte la patología de la preocupación obsesiva la figura y una distorsión del esquema corporal. Ésta se ha diagnosticado por (Pope, Katz y Hundson, 1993) como una adicción a la musculación que aparece normalmente en hombres que se obsesionan por conseguir un cuerpo más y más musculoso

mediante el ejercicio obsesivo. Los que padecen esta obsesión por verse más musculosos se miran constantemente y se miran enclenques. De manera que pasan horas y horas en el gimnasio para aumentar su musculatura, además de ingerir esteroides y anabolizantes lo que genera graves problemas en la salud.

La dieta de los vigoréticos es poco equilibrada. Reducen drásticamente el consumo de grasas y aumentan de forma excesiva el consumo de hidratos de carbono y proteínas, favoreciendo así el aumento de la masa muscular y causando problemas metabólicos importantes. Tienen obsesión por el peso, razón por la cual se pesan varias veces al día. Como pasan muchas horas en el gimnasio se alejan de la familia y amistades (aislamiento social). Aunque existen explicaciones biológicas a estos trastornos (desequilibrio en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro) los factores sociales y educativos influyen enormemente. Se puede decir que las características de la vigorexia están asociadas con la baja autoestima y a una no aceptación de su imagen corporal (Baile, J. 2005).

1.2 ¿Qué es la anorexia?

Los trastornos de la alimentación son alteraciones de la conducta relacionados con la alimentación y que se conocen también por desórdenes o trastornos del comer. Entre estos trastornos los más importantes por gravedad son la anorexia y bulimia.

La palabra anorexia proviene del vocablo griego “anorektous” conociéndose desde siempre como el sinónimo de falta de apetito, aunque se ha demostrado que en la enfermedad de la anorexia no existe dicha característica sino que mas bien es una negación a comer con el único objetivo de no engordar y mantener una figura esbelta que ha sido impuesta en la sociedad a la mujer actual.

Por tal motivo, se trata de un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste un indudable valor formativo (Toro y Vilardell, 1989). Aquí podríamos añadir el incremento trascendental sociológico tras la alarma social que se ha despertado durante la década de los

noventas, por lo que, según Crispo, Figueroa y Guelar (1996), estamos frente a conductas que afectan directamente al cuerpo y reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a la personalidad y maduración que se cargan más hacia el sexo femenino, y ocurre en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno, aunque para otros autores (Toro y Vilardell, 1989; García, 1993) no siempre sucede así, sino que se desarrolla en una sociedad en particular que es la postindustrial de fin de siglo que ha quedado marcada por una ética y una estética determinada y esta es, poner como prioridad la imagen externa del individuo por encima de cualquier otro valor.

Toro (1999) define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario que es caracterizado por una pérdida excesiva y por mucho significativa del peso corporal (superior al 15%), que habitualmente es fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. García (1993) la define como una fobia a la obesidad, con un deseo por estar delgada y con alteraciones en el control de ingesta alimenticia, que se acompaña de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

Para Garfinkel y Garner (1982) y Thompson (1990), las causas de la anorexia son múltiples, resultantes de la interacción de factores propios del individuo, su familia y de la sociedad, no obstante que en cada caso es diferente, y es por esto que cada paciente debe revisarse de forma individual.

Way (1996), hace referencia a que la causa fundamental que desencadena la anorexia es la falta de autoestima personal. Propone como condición básica para una recuperación en pacientes con anorexia, conseguir y desarrollar en la persona un sentido saludable de lo que es la autoaceptación, valoración y apreciación con el que pueda superar el vacío.

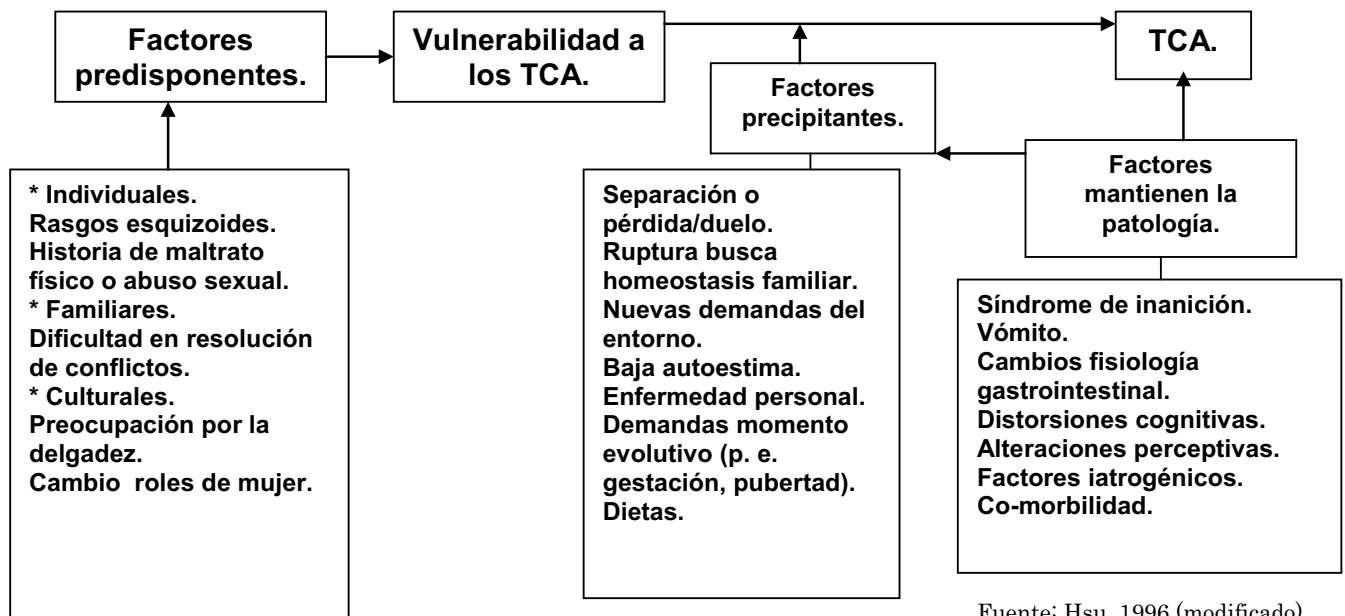
Clínica Gismero (1996), refiere que la mayor parte de los trastornos simples o complejos conllevan, por parte de quienes los padecen, algunas dificultades para interactuar adecuadamente con otras personas, y son detectados déficits en las habilidades sociales como un elemento concurrente; pero no casual, en problemas tan variados como las fobias, depresión o los trastornos esquizofrénicos (Carboles, 1988).

El mayor grupo de riesgo se da en el conjunto de mujeres púberes de países desarrollado en edades entre los 12 y 30 años. Existen detonantes que indican la enfermedad como pueden ser las risas de compañeros, comentarios sobre alguien acerca de su figura, sus deseos de independencia o simplemente que no les gusta alguna parte o forma de su cuerpo y esto le reste seguridad en si misma. Estos motivos, pueden desencadenar la tendencia a dejar de comer y cambian la dieta radicalmente, inician disminuyendo los carbohidratos, posteriormente las proteínas y al final las vitaminas y minerales, hasta el punto de caer en un círculo vicioso del que se cree que podrán salir solas, negando evidencias de su delgadez; comienza a aparecer el trastorno de la imagen corporal, por lo que se ven obesas, la angustia comienza a aparecer y dedican a la enfermedad cada decisión y actos en su vida. (Gismero, 1996)

Existen psiquiatras que han hablado de una alteración psicótica del esquema corporal, otros más, afirman que en las anoréxicas no hay nada que indique la existencia de una psicosis aunque si, una distorsión de la imagen corporal producida por la misma necesidad de seguir practicando, lo que se ha convertido en su arma favorita contra la angustia: la delgadez.

En el siguiente cuadro se muestra un modelo psicossomático de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los factores que predisponen a un individuo a ser vulnerable al trastorno así como los factores que precipitan y hacen que permanezca el trastorno en la o el paciente.

Modelo Psicossomático de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)



Fuente: Hsu, 1996 (modificado)

Los factores predisponentes que se mencionaron en el cuadro anterior actúan sobre una vulnerabilidad hacia los Trastornos de la Conducta Alimentaria la cual permanece latente, siendo necesaria para su aparición el impacto de los factores precipitantes, los cuales tienen sus orígenes con el tipo y función de la conducta de vinculación y de las figuras de apego; siendo así que los factores precipitantes han sido identificados como las respuestas a procesos de separación, pérdida y duelo de figuras significativas ya sea que éstas estén presentes simbólicamente o sean reales; un quebrantamiento agresivo del entorno familiar como lo son los divorcios, abandonos del hogar, accidentes; también la presencia de nuevas demandas en el entorno en el cual se desenvuelven con un corto tiempo de adaptación, demandando respuestas concretas en espacios de corto tiempo; la baja autoestima, el valor físico, psíquico y social propio de sí mismas y de los demás; los cambios corporales y por ende de la imagen corporal en la etapa evolutiva como lo es la adolescencia; pero de todos los factores precipitantes el de mayor impacto es la presencia de dietas, más o menos, especiales que se difunden sin que exista un tipo de control en revistas juveniles o en páginas de Internet y son asociadas a las dietas que siguen las top-model o figuras importantes del espectáculo; el impacto de estas dietas llega a ser tal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria que en sociedades orientales estos aparecen cuando se introduce la dieta occidental o se inician dietas similares a las publicadas en occidente, abandonando las costumbres propias de su cultura de origen. (Hsu, L. K. G. 1993)

1.3. La Anorexia ¿Una moda?

En este apartado se hará distinción entre el deseo de adelgazar controlado y voluntario y la Anorexia. En la Anorexia el deseo por adelgazar va más allá del primer propósito de “bajaré solo unos cuantos kilos” y ya no se detiene, volviéndose una situación compulsiva cargada de angustia, y con temor a subir lo que ya se ha perdido. Las personas con Anorexia buscan llegar a estar en los huesos perdiendo su primer objetivo de estar estéticamente saludables, despreocupándose así de problemas de salud mortales y graves. El dejar los alimentos a un lado se convierte en una conducta autodestructiva, que estimula

más la patología; siendo así que la tendencia a adelgazar y la Anorexia se encuentran demasiado lejos de coincidir en su totalidad, aunque la sociedad la confunda tan a menudo. (Lester, 1997)

Al paso del tiempo el peso e imagen corporal se han convertido en un factor importante en nuestra cultura, muy en especial para la mujer. En los adolescentes, existe una gran parte que no está conforme con su peso y que desean disminuirlo, esto lo quieren lograr frecuentemente con dietas que en su mayoría no son sanas ya que no llevan una supervisión nutricional profesional y en este deseo adolescente incide la TV y su gran gama de publicidad con productos para bajar de peso uno tras otro. Es verdad que a través de la publicidad se tiende a propagar la imagen de la mujer delgada y exitosa, llena de virtudes y a la cual por ende, nadie puede rechazar, y en el hombre una apariencia fuerte. Esto ha llevado a correlacionar el auge de la Anorexia con el bombardeo publicitario, pero esto es muy debatible. En el peso no es el factor donde se desarrolla la patología anoréxica, sino que éste está en las actitudes y valores que subyacen en la problemática.

No se podría hablar sólo de moda ya que el origen y causa de esta perturbación psicológica van más allá, son más profundos e inconscientes. Sí, la moda puede estar influyendo en el proceso de mantenerse delgada, aunque la motivación inconsciente se encuentre en el miedo a la pérdida de un Ideal en la relación individual con un Ser Super-Yoico que la mayoría de las ocasiones, suele ser la madre, ya que el único Ideal que la anoréxica concibe es el que ha sido transmitido por los padres y familia a través de la Cultura, y el Ideal de la actualidad tiene que ver frecuentemente con la esbeltez máxima y una figura delgada.

En la anoréxica prevalece el mensaje que ha sido inducido por la sociedad, el cual habla del éxito en las relaciones sociales y la aceptación si eres una mujer delgada. En la sociedad existe un mensaje que permanece constante y dirigido fuertemente hacia la anoréxica el cual le hace saber que va a obtener mayor aceptación social si ella es delgada ya que; ¿Cuándo se ha visto una mujer obesa siendo reconocida y llena de éxitos sociales? (Haley, 1996)

Hay una posibilidad inconciente de que la madre obedezca a la sociedad industrial y desarrollada en la que se vive hoy en día, transmitiendo a la hija como máximo Ideal, el modelo de lo andrógino, protegiendo su ámbito

profesional para que se desarrolle de manera eficaz y competitiva que se exige a la mujer en la actualidad moderna y con esto, la hija pueda obtener la seguridad del trabajo exitoso lo que inconscientemente es igual a que nunca le va a faltar alimento, entrando así en una ambivalencia de que la hija tenga una figura que le “garantice” el éxito pero que a su vez le permita seguir alimentándose, es decir, que le permita seguir viviendo; así pues la delgadez extrema que es buscada como el Ideal tendría sus orígenes posiblemente en los estímulos de vida e influencia de patrones sociales

En el siglo XIX la Histeria fue una patología enfocada en su mayoría al género femenino que estaba influenciada por factores de moda y sociales: en ese entonces la mujer vivía en una época de represión social la cual también se enfocaba en ámbitos como la represión sexual, la fidelidad o monogamia obligatoria por mencionar solo algunas, lo que dio como resultante a la llamada Histeria; pero aun así no se puede descartar que no existieran raíces más profundas e inconscientes. Gracias a esto, se puede hablar que actualmente la sociedad es un foco propiciador de la Anorexia Nerviosa, sin dejar a un lado por esto, las motivaciones inconscientes. (Lester, 1997)

En la Anorexia Nerviosa no quedan exentas las situaciones sociales en las que el ser auténtica y valiosa quedan solo como una mera sospecha.

La mujer Histórica del siglo XIX tenía sus propios cuestionamientos en cuanto a su rol, como así también es cuestionado que los trastornos de la alimentación en la sociedad actual obligan forzosamente a un cambio y es en esta situación de ser reconocida, aceptada, amada, valorada y vista donde la mujer comienza a replantearse su papel, lo que ella es como ser humano realizando una reconstrucción de si misma. Es aquí donde la paciente con anorexia se replantea su rol en la vida, lo que los demás esperan de ella, y se observan con mayor claridad los rituales de conductas que éstas pacientes presentan, enfrentándose solas a la sombra de un dragón femenino cultural que la sociedad moderna les está mostrando. (Rogers, Resnick, Mitchell, Blum, 1997)

La paciente con Anorexia se encuentra en un estado de desconexión social y sentimientos de opresión, ya que la invaden los cambios sociales impuestos y que ella no ha podido asumir en su vida, teniendo que adaptarse a una nueva cultura, a nuevos grupos que le puede llevar a experimentar sentimientos de

soledad y deseo de desconexión como método de autoprotección para no ser dañada en los tiempos por venir. (Turón, 1996)

“La delgadez es, desde los años 60, una obsesión cultural de masas a la que se le atribuye atractivo sexual y de la que depende claramente la auto-estima y el éxito social” (Cabetas, 1998)

Lamentablemente en México el tema de los trastornos de la alimentación no es muy mencionado, a sabiendas que el índice de casos va en aumento, el Gobierno no ha tomado acciones al respecto y es un tema que si bien ha dejado de ser un tabú, no está en el conocimiento de la población mexicana. Por tanto, no se puede hablar de una incidencia hasta no ver movimiento en los departamentos de salud que comiencen por hacer protocolos para conseguir la detección de trastornos alimentarios de Anorexia y Bulimia.

La Anorexia vista como patología puede mostrar algo más allá de una “moda social”, verse como una rebelión patológica y convulsiva hacia el deseo materno de que no peligre la supervivencia de la hija a falta de alimentación. Se debe considerar que la inanición voluntaria tiene una tradición cultural como una herramienta de poder, control y manipulación. Esto se puede contemplar en las huelgas de hambre, etc.

La mujer anoréxica se encuentra deseosa de ser incorporada a la sociedad sin importar poner en riesgo su vida, se hayan pérdidas sin ningún tipo de cohesión grupal y altamente influenciadas por los cambios sociales que muchas de las veces recaen en el ámbito familiar. La anoréxica desarrolla un pensamiento el cual es que si está más delgada será mayormente aceptada, será valiosa, y tendrá por primera vez en su vida control de algo, que es su peso, aunque esto sea totalmente falso ya que al pasar más tiempo en la enfermedad la anoréxica pierde el control de lo que alguna vez pensó (autoengañándose) tenía en sus manos y el motor de su vida se vuelve en la firme obsesión de ser delgadas. (Katzman y Lee. S. 1997)

Queda claro que existe una desventaja muy marcada en cuanto al género femenino y la exigencia social por adelgazar. No es de sorprenderse que en México así como en muchas más culturas en un sin número de países , la mujer se incluya en un papel que la sociedad le impone, aunque con esto llegue al masoquismo y ponga en juego hasta su salud y vida.

La existente influencia de los medios de comunicación y la moda no llegan a justificar la Anorexia Nerviosa y tampoco se contradice con las motivaciones inconscientes y ambivalentes de la anoréxica de poder servir a un Ideal del Yo; la madre es transmisora inconsciente del Ideal cultural de estar excesivamente delgada, y a la vez, es la emisora de lo contrapuesto: su deseo maternal es poder ver crecer a su hija con salud y buena alimentación y es de este hecho que proviene dicha ambivalencia. La anoréxica puede llegar a creer que la madre desea que sea socialmente aceptada y para esto ella debe estar delgada y al mismo tiempo enfada a la madre, pues con este Ideal de estar delgada pone en riesgo su vida y pues así, entra en un círculo contradictorio para si misma y en castigo para la madre. (Wiederman y Pryor, 1997)

1. 4. Factores Socioculturales.

Los factores Socioculturales que presentan a la anorexia son las presiones sociales hacia la delgadez. Existió en un tiempo lo que se llamó la “Segunda Ola del Feminismo”, que fue inspirado en los principios de la izquierda y el que fuera compañero de viaje del movimiento hippy. En este movimiento se planteaba la belleza, la libertad sexual y entre muchas otras libertades se encontraba la de liberar nuestro cuerpo de cualquier tipo de ataduras: eliminación de sostenes y fajas, vestidos amplios que no marcan las líneas del cuerpo, calzado cómodo, fuera maquillajes, etc. Todos los anteriores elementos fueron un testimonio claro hacia la mujer, elementos realmente hostiles hacia una libertad personal y un claro ejemplo de represión. El objetivo de todo lo anterior era llegar a Ser lo más natural posible. Sorprendentemente treinta años después, las cosas han dado un giro de 360° y nadie, ni las feministas lograron ser ajenas a estos cambios. (Wolf, 1995)

Naomi Wolf (1995) cita: “actualmente un conjunto considerable de mujeres posee más medios económicos que nunca, más oportunidades y más derechos legales, pero en lo que hace referencia al nivel de satisfacción con nuestro propio cuerpo, quizás, nos sintamos peor que nuestras todavía no liberadas abuelas” (p.25) Viéndolo por un lado, nuestras abuelas eran totalmente ajenas a esta inquietud.

Tomemos en cuenta que no hace mucho tiempo el atractivo físico de la mayoría de las mujeres terminaba al casarse o con la maternidad al tener hijos, y el de las restantes con la menopausia. Actualmente en estos tiempos, se han dado a conocer elementos nuevos y gracias a ellos se ha producido una modificación demasiado evidente en la percepción del cuerpo.

Sin temor a equivocarnos, podemos decir que estamos sumergidos en una cultura donde el aspecto físico es lo primordial, como nunca antes lo ha sido ni se ha vivido y a las anoréxicas les importa muy poco las consecuencias que esto pueda traer a sus vidas.

Rogers hizo mención que el movimiento feminista de hace 20 años de ideología izquierdista en general, lucharon en contra de plasmar toda la importancia de una mujer, en la apariencia exterior (física) y hoy en día, por el contrario se reafirma que lo que prevalece es dicha apariencia física. (Rogers. L, 1997)

Los medios de comunicación prometen que las mujeres con bajo peso y figura esbelta serán más felices, más sofisticadas y por ende serán más exitosas en el ámbito profesional, en sus relaciones sociales y en general, vivirán mucho mejor, por lo que presentan en la pantalla actrices con un cuerpo formidable, luciendo la ropa con la figura que toda mujer quisiera tener y que claramente te proyecta que es una mujer exitosa y feliz, envidiablemente atractiva para muchos hombres y que a pesar de tener (algunas de estas actrices) más de 30 años siguen conservando una figura espectacular que les permite ser admiradas y por supuesto, aceptadas..

Es absurdo pensar que el éxito se asocie solamente a la delgadez, algunas mujeres a menudo se valoran a sí mismas en función de la adecuación de su cuerpo a las normas sociales y no toman en cuenta sus capacidades, inteligencia o personalidad a la hora de valorarse como personas.

La sociedad constantemente comunica que una de las más importantes funciones de la mujer consiste en tener un aspecto atractivo que los medios de comunicación se encargan de alabar constantemente, lo perpetúan y lo refuerzan, haciendo creer que el cuerpo femenino expresa la esencia o la totalidad de las personas, es decir, que “de un simple vistazo podemos conocer totalmente a una persona”. El atractivo de una mujer depende de su capacidad

de mantener un aspecto juvenil, en especial, conseguir mantener una imagen corporal que recuerde a una chica pre-púber.

En la actualidad las mujeres son bombardeadas con el mensaje de que debería convertirse en “supermujeres”, ¿quién dijo que deberían? Deberían amarse, deberían quererse y aceptarse como son, deberían ir tras sus sueños, deberían ser quienes son como son y no ser lo que no son para que la sociedad las acepte, deberían, pero al sexo femenino no se le pueden dar tantos privilegios y menos cuando de entrar a un círculo o a la sociedad se trata. Aparte de que a la mujer de hoy en día se le exige tener el cuerpo perfecto, también se le exige el éxito profesional, con un matrimonio perfecto (o al menos en cuanto a apariencia) y ser súper madres, las madres modelo que cualquier familia quisiera tener, como si en la vida real todo esto fuera posible, como si viviéramos dentro de los cuentos de Walt Disney donde las princesas consiguen lo que desean y viven felices para siempre, pero como no estamos en los cuentos de Walt Disney y como vivimos en una sociedad cosmopolita y llena de patrones sumamente irreales, pero y eso qué, esto qué, esto no es tomado en cuenta, algunas mujeres no ven lo irreal de la situación y hacen lo que esté al alcance y fuera de sus manos para pertenecer al grupo.

No hay duda alguna de que hay mujeres que llegan a pensar y desear tener todas estas cualidades y poder igualarse a estos estereotipos de mujer moderna. Estos roles antiguos entran en conflicto con los actuales, ya que éstos indican el tener iniciativas y ser capaces de satisfacer sus propias necesidades, y esto genera en algunas mujeres sentimientos de fracaso que son provocados por no poder cumplir el Rol que se le impone al pasar de las épocas y en su tiempo actual.

Donde algunos hombres en México por la educación antigua con un paradigma viejo tienden a culpar a los factores externos de sus fracasos y se apropian de los éxitos, en tanto que las mujeres tienden a culpabilizarse de los fracasos y atribuyen los éxitos a los factores externos; desean que sus cuerpos sean como los de las modelos irreales de los anuncios y se culpan cuando esto no es así, dañando indudablemente su autoestima. Con toda la presión para conseguir lo anterior, algunas mujeres llegan a sentir que sus vidas están fuera de su control, tanto que podrían llegar a pensar a veces que el peso corporal es la única área que pueden controlar o incluso, tienden a pensar que si logran

conseguir un cuerpo escultural y perfecto, la profesión anhelada y la pareja ideal vendrán por añadidura.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son tomados por algunas mujeres como una puerta de escape, una vía donde la rutina y las preocupaciones pasan a estar en segundo plano.

El estar controlando y manipulando a voluntad el peso físico hace que se convierta en una ocupación que acapara la vida y el tiempo de la paciente, disminuyendo así sus capacidades para enfrentarse a los retos que la vida tiene para ella.

Estamos frente a una enfermedad sino exclusiva si eminentemente de la mujer, y como supuesto llegamos a suponer que la subordinación de la mujer está detrás.

No existe o hasta el momento no se ha descubierto, asociación alguna entre la Anorexia con alguna estructura genital, ni de dotación hormonal concreta, ni una determinada distribución corporal del tejido adiposo sexualmente específica.

Pero sí, la Anorexia Nerviosa se encuentra por mucho, asociada con el papel sexual, es decir, con el rol que aborda comportamientos, sentimientos, maneras y cogniciones que son comunes a las personas según el sexo al que pertenecen.

La mujer, mucho más que el hombre, tiende a identificarse a ella misma con su cuerpo. Su cuerpo es mucho más autoimagen que en el hombre el suyo. (Martínez; López Azpiazu; Kearney. I; Kearney. J; Gibney y Martínez, 1998)

La Anorexia no es nada fantástica ni mucho menos fascinante, sin embargo, está muy asociada a mujeres inteligentes, jovencitas que destacan en sus labores, de clase social alta, donde existe un sinfín de reconocimientos deportivos, literarios, académicos y en muchos casos chicas sumamente perfeccionistas en cualquier labor que desarrollan. En la medida en que en nuestra sociedad se valoran mucho algunos rasgos como el autocontrol, el perfeccionismo y la búsqueda del éxito, éstos llegan a convertirse en aspectos característicos de algunas personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria en especial la Anorexia.

A lo mejor si nos encontráramos en una sociedad donde se alabara la obesidad posiblemente sus representantes más bellas Afrodita, La Gioconda, entre

muchas otras serían obesas y en definitiva todos los modelos incluyendo a las hermosas musas que han inspirado a un sin fin de escritores y escultores lo serían. Y aunque si bien, Botero fue un artista muy exitoso por sus pinturas relacionadas con gente obesa, él pintaba este tipo de personas por un complejo que tenía ya que él fue un adolescente obeso y repudiaba a esta población.

Al problema al que nos enfrentamos hoy, es que se aspira a ser una escultura, porque todos los días vemos esculturas (televisión, revistas, etc.) y además nos dicen que es más saludable ser así, incluso que es imprescindible ser así para vivir más y tener hijos de mejor calidad de vida, para gustar para tener éxito, para tener amigas/os, etc. (Gutiérrez, Fisac. y Juan L. 1998)

1. 5. Parámetros diagnósticos de la anorexia según el DSMIV y Psicopatología.

Existen reportes históricos tempranos de mujeres que ayunan y mueren tras un estado de inanición, estos reportes son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia nerviosa. En la posición de Habermas (1989) se discute que las mujeres, a mediados del siglo XIX propiamente no tenían una anorexia nerviosa, ya que hay un síntoma inexistente y por mucho básico en la anoréxica: que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar.

Así, los informes encontrados de la antigüedad, van en contra de los casos modernos de muchas formas.

Ejemplo, en la Edad Media tardía las mujeres, guiadas por un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad.

El restringir su consumo de alimentos era sólo una forma más de un autosacrificio entre muchas otras cosas, como dormir sobre piedras, el aislamiento de la sociedad, el automortificarse, etc. De esta forma muchas mujeres ayunaban con el fin de facilitar sus experiencias místicas y nada de lo anteriormente mencionado es típico de la anorexia nerviosa.

Las mujeres del posmedievo, que fueron famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en cama, generalmente sufriendo de una parálisis histérica. Son estas mujeres, las que se parecen más a las mujeres histéricas modernas quienes, en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible durante el día. (Wiederman y Pryor, 1997)

Así, es probable que el primer reporte que se pueda considerar como un ejemplo temprano de la anorexia como es descrita hoy en día, es el de Morton (1864).

En 1864, la primera mujer registrada como paciente con anorexia, fue una adolescente inglesa de dieciocho años (cuyo nombre se encuentra anonimo), que desarrolló amenorrea por “una multitud de ansiedades y pasiones de su mente”. En el año de 1868, en “el último grado de un marasmo”, buscó la ayuda de Richard Morton.

La descripción de Morton fue la siguiente:

“No recuerdo haber visto nunca en toda mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumición (como un esqueleto solamente revestido con piel); sin embargo no había fiebre, sino al contrario, una frialdad en el cuerpo entero; ni tos, ni dificultad en respirar, ni ninguna señal de ningún otro desorden en los pulmones o en las vísceras.

Sólo su apetito estaba disminuido y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que le ocurrían frecuentemente...” (Silverman, J. 987)

Muy a pesar de todo el esfuerzo que Morton imprimió en la paciente dándole los cuidados necesarios y el tratamiento adecuado ésta no cooperó en nada para salir adelante y recobrar la salud perdida; en consecuencia de todo lo anterior ella empeoró, su índice de masa corporal siguió en decremento, perdió aún más peso y murió. Morton siendo un especialista en tuberculosis llamó a esta enfermedad Consumición Nerviosa estableciendo correctamente el nombre, muchos años antes del nacimiento de la psicología, y posteriormente llamaran a esta Anorexia Nerviosa que en la mayoría de los casos viene de un conjunto de tristeza y ansiedad.

Algunos teóricos miembros de la American Psychiatric Association, toman con poca importancia los reportes aportados por Morton y hacen de su

consideración que Charles Laségue en 1873 y William Gull en 1874, fueron los pioneros en dar verdaderos reportes médicos que fueron relevantes y eficaces con respecto a la Anorexia Nerviosa. La razón de esto quizás sea que por primera vez se observaba en sus reportes la aparición que distingue el ayuno, en mujeres que vivieron en una época anterior a 1850. Mejor dicho que por primera vez, se mencionó un criterio diagnóstico que diferencia a la anorexia de otras formas de enflaquecimiento psicogénico: el miedo anormal a estar o llegar a estar obesas, a pesar de estar emaciadas (Garfinkel, P. y otros 1982) La fobia anormal de convertirse en un Ser obeso, se encuentra marcada visiblemente en el año de 1875 con el estudio de Worthington y en el año de 1890 en el de Charcot. (Habermas, 1989) Charcot en un caso en el que él trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día mientras la vestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de su cintura. La paciente le hizo la confesión de que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: “prefiero morir de hambre antes que volverme tan obesa como mi madre”. En ese momento para Charcot fue evidente y comprendió que existe realmente atrás de la negación a comer, se encontraba la fuerza que motiva y el síntoma que constituye a la Anorexia Nerviosa.

En fechas posteriores surgieron numerosos reportes sobre Anorexia en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, una gran cantidad de los reportes que se dieron a conocer en esas fechas ya se encontraba otro factor que asociaba a la Anorexia con episodios y síntomas Bulímicos, dado que las investigaciones en base a la Anorexia arrojaban un indicador presencial de Bulimia. De lo anterior se destaca la dificultad de separar reportes sobre Anorexia de aquellos que dictan la incipiente Bulimia; haciendo mención de que a ésta se le tenía considerada como un mero síntoma de la Anorexia; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980, con la 3ª Edición (DSM-III, 1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -1988- y posteriormente la edición revisada DSM-III-R en la cual los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son los siguientes:

A) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la estatura. Por ejemplo: Pérdida de peso que conlleva a mantenerlo por debajo del 85% del peso ideal, o ganancia

ponderal menor de la esperada durante el periodo de crecimiento, que lleva a mantenerlo por debajo del 85% ideal.

B) Miedo a subir de peso o a convertirse en un obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta; por ejemplo, la persona se queja de que se “encuentra obesa” aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta desproporcionada, incluso estando por debajo del peso normal.

D) En las mujeres, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Hay que distinguir este tipo de Anorexia, la Anorexia Nerviosa, de aquella Anorexia, generalmente temporal, que se da conjuntamente con algunas enfermedades como en la digestión, la gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así como distinguirla de la posible anorexia que se puede desarrollar a raíz de psicopatologías severas, como en algunos casos de esquizofrenia, en donde hay falta de apetito pero NO un miedo mórbido a engordar.

Aunque se han llevado a cabo una gran cantidad de estudios alrededor de los dos tipos de anorexia, el DSM-III-R no hizo una distinción clara de criterios diagnósticos para la anorexia restrictiva y la bulímica. Tal distinción finalmente se incluyó en el DSM-IV (1994): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia son:

A) Rechazo contundente a mantener el peso corporal en o por encima del valor mínimo normal considerando la edad o la estatura. por ejemplo., pérdida de peso por debajo del 85% de lo esperado; o el fracaso en mantener el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal 85% por debajo del peso teórico.

El adelgazamiento se vive con total ausencia de angustia. La paciente se identifica por su apariencia esquelética y hace todo por mantenerla. El adelgazamiento es el síntoma central de la Anorexia Nerviosa. Esto lleva a la anoréxica a rechazar cualquier alimento que no sea bajo en contenido energético, como frutas o verduras. Y a preferir recetas culinarias que no requieran del uso de aceites o grasas, evitando por todos los medios los

alimentos ricos en hidratos de carbono como pan, papas fritas y dulces, y en especial las grasas y salsas. Generalmente sus gustos están marcados por el bajo contenido calórico y no por el paladar. No hay una afición por las pastas, tan especialmente preferidas por los adolescentes (Wiederman y Pryor 1997). La anoréxica parece haber olvidado el goce de comer (y de comunicarse comiendo) en su afán de adelgazar. Para asegurarse de evitar dietas calóricas la anoréxica controla la elaboración de las comidas. Un estudio realizado por el Dr. Morandé (1997), refleja que de una muestra de 45 adolescentes diagnosticadas con Anorexia un 26% se preparaba la comida y un 26% vigilaba la preparación. Estos porcentajes descendían a un 13% y un 9% en los controles.

B) Miedo a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C) Alteración en la manera en la que el propio peso o figura corporal son experimentados, influencia extrema del peso o seriedad del actual peso corporal bajo.

D) En las mujeres postmenárquicas, amenorrea, es decir, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Una mujer es considerada como amenorreica si sus periodos ocurren sólo tras la administración de hormonas como por ejemplo los estrógenos.)

La amenorrea es común en la Anorexia Nerviosa femenina, precediendo a menudo al adelgazamiento y persistiendo frecuentemente durante algún tiempo después de la recuperación del peso. No parece un síntoma secundario al adelgazamiento, sino más bien un síntoma esencial de la Anorexia, una inhibición psicósomática consecuente con su retracción psíquica al desarrollo sexual.

La amenorrea, junto a un aumento de los niveles de ciertas hormonas como el cortisol, ha sido asociada con la aparición de osteoporosis. Se ha comprobado que las pacientes que recuperan la menstruación de forma natural mejoran la fortaleza de sus huesos.

Con esto, finalmente en el DSM-IV (1994) se aclaran las diferencias entre las personas con anorexia y otros desórdenes alimentarios.

1. 6. Psicopatología asociada a la Anorexia nerviosa.

La Anorexia Nerviosa no es sólo una respuesta existente de la demanda por la delgadez como patrón establecido de belleza que hay en la sociedad actual. Puede ser fácil mirarlo desde esa perspectiva, ya que así se podría obtener una solución más fácil. Pero no sólo se trata de una actitud con una profundidad patológica al seguir la moda, de auto-castigo corporal. La Anorexia no es como varios autores mencionan, es más atinado decir que es un trastorno psíquico alimentario.

La muerte por Anorexia Nerviosa es un hecho real, que se puede tocar no solo con la yema de los dedos, sino con toda la mano, en terapia es todo un factor ansiógeno para la o el terapeuta que sigue el caso y se percata con impotencia que la paciente afronta ese riesgo letal día con día y con una indiferencia que deja a los que tratan de ayudarla, helados y con una actitud sadomasoquista, porque provoca en sus cuidadores una impotencia en extremo complicada de soportar y haciéndose daño a ella misma. Un 5% de ellas muere, un 50% se cura tras 2 años aproximadamente de tratamiento psicológico, un 20% mejora, otro 20% logra comer bien pero queda con peso bajo que es crónico y un 5% se revierte en una población obesa que sueña con comer y/o ingerir bebidas en exceso, sean estas alcohólicas o no. Son las recientes apreciaciones que se exponen en la Mesa Redonda celebrada en Madrid en 1998 por la Dra. Silvia Man, Médica Endocrinóloga Especializada en la Universidad de Columbia y en la Universidad de New York.

En la paciente no existe pérdida del apetito como se mencionó anteriormente en el apartado de “¿Qué es la Anorexia?”, simplemente lo ignora, lo trasciende. Uno de los mayores triunfos para una anoréxica es aquel de superar el apetito negándose a comer, con tal acto, se cree tener el control cuando es todo lo contrario. La Anorexia Nerviosa afecta a mujeres y suele empezar antes de la pubertad ahora siendo así actualmente más precoz.

La aparente ausencia de hambre en la Anorexia Nerviosa no es en principio un trastorno biológico, sino más bien, psicológico en su origen y sólo en sus consecuencias y desarrollo de una gran importancia biológica (Argente J. 1997) ya que el mantenimiento del trastorno introduce a la paciente a un estado de malnutrición severa y a una hiperactividad siendo ésta una de las armas

utilizadas por las anoréxicas para la quema de las pocas calorías ingeridas. Para que el trastorno no se agrave, es deseable la detección temprana, que siempre va a jugar a favor del paciente ya que se ha descubierto que existe mejor pronóstico mayormente alentador en los casos antes detectados y de menor historia que los que llevan ya una duración más prolongada y tardíamente atendidos. La duración siempre es más fácil cuando el problema se detecta en sus fases incipientes.

Existe una actitud contundente contra el medio. La restricción alimenticia se hace parte de la paciente con el objetivo de vencer el hambre y es tan implacable como la tendencia natural de la especie humana a alimentarse, luchando contra natura a un precio muy alto.

Ser débil al deseo natural de comer, produce en la paciente anoréxica rabia, culpa y una sensación desagradable de plenitud gástrica y sentimiento de frustración, soledad y derrota que compensa vomitando, restringiendo aún más la alimentación, con hiperactividad y/o con purgas; llamando a esto métodos de compensación que reducen en la paciente anoréxica el nivel de ansiedad por la culpa que siente por haber sido débil y caer en la tentación de comer facilitando con estos métodos el sentirse relajada de una forma casi inmediata aunque posteriormente se sientan culpables por haber vomitado o haberse purgado y he aquí, una vez más, este estado de ambivalencia, y con estas acciones repetidas en un periodo prolongado van produciendo en la paciente la pérdida de identificación de las señales de saciedad, haciéndola caer en un círculo vicioso "atracción-purga".

La Anorexia Nerviosa se conoce como una patología clandestina. Para ser detectada es conveniente que el médico ponga atención a variables tanto biológicas como psicológicas, pues de ambas se compone el cuadro, con importancia en ambas instancias.

Con esta ambivalencia que sufren las anoréxicas, no es inusual que padezcan Anorexia y Bulimia simultáneamente, privándose de comida para después atracarse y vomitar después. Esta es una muestra de una enorme confusión y descontrol. Los vómitos frecuentes dañan de manera directa el esófago y el esmalte de los dientes, aparte de las deficiencias que sufre todo el organismo por la escasa alimentación.

Existe estreñimiento y dolor abdominal. Esto es debido a que se hace lento el proceso gástrico, se hace torpe y doloroso como consecuencia de su bajo funcionamiento. (Rodríguez. R, 1998)

En las pacientes Anoréxicas se observa también un abandono de las actividades normales. En cuanto más temprano comienza la Anorexia Nerviosa y cuanto mayor es su duración, más aislada se vuelve la enferma y más se repliega en un pequeño mundo de rituales y obsesiones con respecto a la comida. El aislamiento puede ser un factor engañoso para detectar la Anorexia, pues la adolescencia se caracteriza por conductas sociales distorsionadas y aisladas con frecuencia y que no son un motivo de alarma para acudir a un médico. Con el paso del tiempo, la Anorexia Nerviosa y su aislamiento pueden configurar toda su personalidad por basarse la Anoréxica en el trastorno que padece, sintiéndose especial y única al ser capaz de pasar tanto tiempo sin comer. (Serna de Pedro, 1998)

A esto se le llama un triunfo en “solitario” es decir: que puede ir reciclando la patología anoréxica y la va convirtiendo en algo irreversible. A este cuadro suele rodearlo una autoestima pobre. La paciente, fijada a la “imagen moderna”, desvalora su imagen propia, haciendo insoportable su desarrollo corporal y la tensión interna que conlleva.

Se recomienda que al elaborar un diagnóstico se compruebe que la pérdida de peso o la negativa a comer no vengan justificadas por otro trastorno, ya sea este físico o psicológico porque primero se deben desechar otras causas que no la justifiquen.

En la Anorexia Nerviosa es común el abuso en el uso de laxantes debido a la inutilidad del aparato digestivo por la pobreza funcional que éste presenta, ya que con los episodios que tiene la paciente Anoréxica de no comer, comer y después vomitar, comer y laxarse, comer y ayunar por semanas, no comer y recurrir posteriormente al atracón y por último al vómito, con todos éstos violentos cambios en el sistema digestivo, éste sufre graves alteraciones y lesiones que pueden finalizar en un desajuste metabólico; puede ser necesario para la paciente ayudarse de laxantes para evacuar, acabando en una dependencia a ellos, pues se hace imposible conseguir una normalidad evacuatoria, esto, a su vez, produce cólicos e inflamación anal, es por eso que son tan frecuentes en la Anorexia Nerviosa los dolores intestinales. Y como

manía que conlleva a la Anorexia Nerviosa se manifiesta en un agotador programa de actividades físicas. (Lucas, 1992)

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" en 1997 se estimó que existen pacientes anoréxicas de 17 años con corazones del tamaño de una niña de 7 años. La mayoría de un total de 100 resultados han sido afectadas. En la Anorexia Nerviosa existe una alta incidencia de anomalías coronarias, como lo son los prolapsos en la válvula mitral, derrame pericárdico y/o trastorno del ritmo cardiaco; aún los expertos desconocen si la recuperación de la Anorexia Nerviosa devuelve la normalidad al funcionamiento cardiaco.

Otro de los riesgos que corren las anoréxicas es el de perder masa ósea, existe una gran pérdida de esta masa que no se recupera ni con un año de tratamiento de estrógenos. Esta pérdida llega a ser de mayor relevancia que en la faceta natural de la menopausia, tanto más irreversible cuanto más joven sea la paciente, pues la pérdida se produce cuando el hueso aún está en formación y crecimiento y por tanto impide su formación completa. En la pérdida prematura de calcio hace que desde muy joven la anoréxica tenga los huesos frágiles y vulnerables a las fracturas y aunque existe un importante reservorio de calcio que las pacientes mantienen alto, de igual forma también se eleva la fosfatasa alcalina, que importa en la destrucción del hueso. (Ortiz Tall y Alarcón, 1993)

Se plantea que para subsanar las deficiencias de estas pacientes un tratamiento con hormona de crecimiento y también se sugiere el uso de anticonceptivos, aunque estos mejoran el nivel de estrógenos pero no la densidad ósea.

El diagnóstico de Anorexia Nerviosa acompaña y evidencia los siguientes síntomas de Inanición.

1. Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada, debida a la pérdida de grasa corporal. La paciente siente frío todo el tiempo, incluso durante el verano, debido a esta pérdida.
2. Dolor al sentarse, pues los huesos están desprotegidos de la almohadilla que forma normalmente la grasa corporal.
3. Lanugo, que va acompañado a veces de otras anomalías como la calva del pelo. Se produce por la falta de grasa en el cuerpo y como método de

protección del cuerpo contra el frío, para que el cuerpo de la anoréxica genere calor a la ausencia de calorías.

4. Hipotensión o tensión anormalmente baja, esto debido al debilitamiento del corazón, que como otros órganos, también acusa la menor energía corporal, en consecuencia de esto hay bradicardia, o latidos del corazón anormalmente lentos.

5. Dificultad de deglución, por mal funcionamiento del tracto gastrointestinal a causa de la comida que recibe.

6. Edema, o retención anormal de agua por hipo-proteinemia, mucho muy común entre las personas privadas de comida. En las anoréxicas no está pronunciado como se esperaría dada su escasa alimentación.

7. Cansancio o debilidad extrema, ya que al cuerpo le falta energía para sobrellevar la actividad diaria.

8. Se presenta Anemia a causa de la ingesta insuficiente de hierro y proteínas.

Lo anterior sólo son patologías generales que acompañan a un cuadro de Anorexia Nerviosa, aunque existen más factores que podríamos destacar, hasta ahora no se ha encontrado una explicación fisiológica de los orígenes de esta enfermedad; en la Anorexia los procesos funcionales no tienen significado en si porque la etiología de la Anorexia Nerviosa es psíquica, psicósomática, fronteriza entre lo somático y lo psíquico y para que ésta sea interpretada se tendrá que trascender lo funcional y acudir al significado, empezando desde lo psíquico, la digestión puede verse como acción de captar algo asimilable del mundo exterior, expulsando lo no digerible o rechazando por medio del alimento lo que no le gusta de él. La alimentación aquí tiene el simbolismo marcadamente primario y es muy revelador analizar los alimentos y comidas que prefiere cada cuál, porque de esta manera se expresa su personalidad, a través de la aversión o la no apetencia en las comidas. La conocida expresión “no tragar” algo o a alguien es muy expresiva de lo que se supone a la no aceptación de lo impuesto desde afuera. El hambre se mueve por una necesidad de posesión y deseo de absorción, deseo de incorporación o asimilación de algo externo. La ausencia de hambre puede significar, por el contrario, rechazo a incorporar al Otro ya que tragar es incorporar y de forma difícilmente reversible y surgen las preguntas, ¿qué hay en la anoréxica, en su vida que no

quiera o no pueda tragar?, ¿qué es lo que desea no incorporar? ¿Y cómo hace reversible este tragar con sus frecuentes vómitos? ¿acaso al vomitar se arrepiente de lo incorporado o, lo come para con el vómito expresar aún más claramente lo que no desea incorporar? La primera función del estómago es servir de recipiente. Nada hay como lo femenino para la capacidad de recibir, entregarse y abrirse, y no sólo se da en el acto de alimentarse sino también en el acto de dar a luz. No hay nada tan femenino como la Anorexia Nerviosa: que rechaza, devuelve y se niega a incorporar, mostrando su rechazo a ser recipiente incondicional e indiscriminado. Existe en esto, algo psíquico que en lo femenino está fallando ya que por los síntomas algo profundamente femenino se está rechazando y simbólicamente al rechazar la función receptiva de la alimentación. (Marcos. A; Varela. P; Santacruz. I; Muños-Vélez; A. Moraolé G, 1993)

Conclusiones del capítulo.

En este capítulo se abordaron los antecedentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia, Bulimia y Vigorexia. Se menciona la comparación entre moda y trastorno, moda pasajera o problemática social; el mal abordada y atendida por el Sector Salud en la Ciudad de México, así como los factores socioculturales que afectan a las mujeres, en especial a las jóvenes de entre 17 y 22 años y se dieron a conocer los parámetros diagnósticos de acuerdo al DSM-IV para poder decir que una mujer padece Anorexia y la psicopatología que ésta presenta.

En el capítulo 2, se hablará de los antecedentes de la Terapia Psicocorporal y la manera en la que puede apoyar al tratamiento de la Anorexia.

Capítulo 2.

Antecedentes de la Terapia Psicocorporal.

2.1. Qué son las Terapias Psicocorporales.

Toda forma de psicoterapia que utilice sistemáticamente el movimiento, la respiración, el contacto corporal, la postura de la persona o cualquier tipo de contacto físico abarca lo que es la terapia Psicocorporal.

A través del cuerpo el terapeuta y el paciente son concientes. Tomar Conciencia es la finalidad que busca todo tipo de terapia Humanista y Psicocorporal en general, y es por esto que dicha conciencia, es lo que invita a los pacientes a tomar la responsabilidad, propiciando con esto un cambio en la forma de verse a sí mismo y el modo de desenvolverse en su entorno. La expresión de las emociones a través del cuerpo, la ampliación de la conciencia a través de movimientos corporales, el alivio del sufrimiento (uno de los objetivos de las terapias psicocorporales), nos permite una mayor capacidad de sentir placer y todo lo que tiene que ver con desarrollo y crecimiento personal.

Para que surja el cambio existen tres aspectos que deben darse a un mismo ritmo y tiempo, que son el aspecto verbal, cognitivo y corporal ya que no puede existir un efecto terapéutico (desde una afirmación, cognitivo conductual) si estos tres no son aunados (hay terapias corporales que no precisan de lo cognitivo y/o lo verbal pero éstas tienen un menor efecto en el cambio, aunque puedan ser útiles para aumentar el placer, el alivio y la conciencia). Es importante que haya una representación verbal de las sensaciones para que se produzca el efecto terapéutico, o sea, ponerle nombre a lo que se siente (al verbalizar una sensación ésta llega al conciente: cuando lo que se dice no es lo que se siente, se nota una separación a nivel físico, al no conectar concientemente con lo que realmente se siente). Es importante llegar a lo corporal para que la persona conecte con esas sensaciones, y así se comprenda y experimente que el propio cuerpo es y contiene toda la información necesaria. (Ortiz, 1993)

En México, Roberto Navarro (1984) integró los modelos y técnicas de la Bioenergética, la Gestalt y la Terapia racional.

2.1.2. Los orígenes de la terapia psicocorporal en México.

La popularidad en general del Movimiento del Potencial Humano, llegó más allá de las fronteras de Estados Unidos y se hizo presente en otros países.

En la década de los 60, la práctica de la psicoterapia en México estaba dominada por dos escuelas: la freudiana y la frommiana. Erich Fromm pasaba largas temporadas en nuestro país con sus doce discípulos mexicanos. (Ortiz, F. 1993)

Uno de los pioneros de la terapia psicocorporal en México fue el doctor Hector Kuri (1993). Según él Stanley Keleman (1982) fue el primer analista bioenergético que trabajó en México, invitado por él mismo.

Kuri empezó su entrenamiento en el Instituto de Análisis Bioenergético, en Nueva York, a mediados de la década de 1970, y una vez concluida su formación empezó a formar terapeutas en 1977.

Desde este tiempo él se dedicó a conducir grupos en diferentes partes de México y Estados Unidos, contribuyendo con esto a dar a conocer la bioenergética primero y, posteriormente, la forma de trabajo psicocorporal que él desarrolló

2.1.3. Antecedentes psicoanalíticos

La terapia psicocorporal parece, por lo menos en México como desconocida y extraña. Cuando se pone atención en este tipo de Psicoterapia y sus formas de trabajar, puede ser que se despierten todo tipo de fantasías, si el conocimiento que se tiene de una Terapia Psicocorporal es meramente superficial.

Cualquiera de las variantes de psicoanálisis contemporáneo parece muy alejada, en cuanto a su concepción del ser humano y a su forma de trabajar con los pacientes de la terapia psicocorporal. Sin embargo, en un principio en palabras del psicoterapeuta Fernando Lachica no fue así.

El psicoanálisis como forma de entender la relación cuerpo mente se abstuvo de tocar a sus pacientes, desarrollando una forma de hacer psicoterapia en la cual, además del saludo convencional, las únicas intervenciones que él

consideraba lícitas del analista eran verbales, pero ésta nunca dejó de preocuparse por el lenguaje de los gestos. Al respecto, sostuvo:

“En general el psicoanálisis se distanció de este modelo, considerándolo “preanalítico”. La catarsis perdió importancia y el énfasis del tratamiento recayó en hacer consciente lo inconsciente. En la medida en que la psicología del Yo se volvió más importante que la psicología del ello” (Gill y Rapaport, 1962). Seguía siendo de suma importancia evitar la sobrestimulación, pero mediante la elaboración psíquica, enlazando las representaciones inconscientes con manifestaciones verbales y fortaleciendo al Yo.

La terapia psicocorporal retomó muchas de las ideas que perdieron importancia en la teoría y en la práctica de los primeros tiempos del psicoanálisis. En la terapia psicocorporal se trabaja con frecuencia en el habla de descargar, liberar y dejar fluir emociones y situaciones que han sido reprimidas por un tiempo prolongado.

En el Ello se origina toda la energía, incluso la utilizan las otras instancias. Para Groddeck (1866), quien influyó en la formulación de Freud, el Ello es también el organizador de las funciones corporales inconscientes, hablando de una especie de mecanismo de auto-regulación interno que obedecería a factores emocionales. De este modo, el Ello incluirá, a nivel corporal, lo que en el cuerpo hay de espontáneo, involuntario e inconsciente.

En la medida que la persona se observa a sí misma y es capaz de diferenciar las sensaciones que vienen del interior de su cuerpo de los estímulos que producen del exterior, el Yo se va diferenciando del Ello.

El Yo también controla el movimiento deliberado. De este modo, el Yo incluye a las funciones corporales de senso-percepción y movimiento consciente y propositivo.

El superyó, en la medida en que resulta de una identificación con el padre, implica la adopción de actitudes corporales de éste. Freud (1986) también destaca la importancia de las impresiones auditivas (en forma de prohibiciones y órdenes) en el origen del superyó.

Desafortunadamente, el contacto con la realidad es usado como defensa contra la búsqueda del placer y éste es el conflicto subyacente de la personalidad. (Lowen, y Leslie Lowen, 1977)

2.1.4. La terapia psicocorporal y su relación con el método Cognitivo Conductual (CC) respecto a la anorexia.

La terapia psicocorporal implica la prescripción y análisis del movimiento y la postura. Hablar de algo no es lo mismo que hacerlo, esto sería, según Moreno y Warner (1978), la representación o dramatización de aquello que “me está pasando”, esto hace que el cuerpo reciba una información que queda archivada de una manera o de un “darse cuenta” diferente que hablándolo como pasa en el psicoanálisis.

El método Cognitivo Conductual, como en la mayoría de las terapias humanistas y corporales, pero sobretodo el trabajo basado en Reich, trabaja con la realidad de que mente y cuerpo son un todo indivisible. La palabra pertenece a la mente. Al trabajar el cuerpo, se trabaja en el hecho de sentir, ya que esto lleva una acción en sí, porque está en contacto con el cuerpo. Es importante tener en cuenta que, muchas veces, las palabras desvían el contenido real, y muy difícilmente el cuerpo puede hacer lo mismo, el cuerpo habla sin que la persona quiera y el cuerpo le habla a la persona. Las palabras muchísimas veces son inhibitoras de la acción y toda información necesita un corporización, que está contenida en ella, (“¿qué haces con lo que sabes?”, “¿dónde lo sabes?”, “¿lo has integrado o no?”, ¿haz sido conciente aquí de dónde proviene? etc.), porque verbalmente e inconcientemente la persona que trabaje de esta manera se puede autoengañar.

Este es el movimiento y la postura, una cosa tiene que ver con lo verbal y otra con lo corporal; no es lo mismo pensarlo que hacerlo, o hablarlo que hacerlo.

Se tiene que ser conciente que al momento de que un individuo se abre a las sensaciones dentro de lo Cognitivo Conductual el cuerpo se va despertando y dentro de todo esto nace en él el desear trabajar más con lo corporal, y esto es importante para seguir incorporando, seguir integrando, e incluso se hace habitualmente necesario e importante, para quien está en un proceso de formación Cognitiva Conductual y pueda lograr potenciar el trabajo corporal. (Drake, 1992)

La sensibilidad corporal ayuda mucho a que el cuerpo esté como antena, escuche y pueda diferenciar, cuál es la necesidad real y no una necesidad mental, consiguiendo esto solamente con la práctica.

En el modelo cognitivo-conductual se integran aspectos psicodinámicos, ya que existe muy poca pero en potencial simbolización en la anorexia. La escasa simbolización o elaboración de sus razonamientos la lleva a la actitud anoréxica poco simbólica, senso-motriz, menos razonada, menos elaborada.

Sólo potenciando su simbolización puede abandonar actitudes más primarias, descodificando sus necesidades emocionales y pudiéndolas enunciar. Se procura el desarrollo de la autoconciencia corporal y la observación de pensamientos asociados. Se realizan Técnicas de Psicoterapia Corporal, que ayudan a llevar a la paciente a una distensión mental y corporal incrementando así sensiblemente la percepción corporal, posibilitando con esto, el cambio en las actitudes y el comportamiento con el propio cuerpo aumentando la aceptación del mismo y el reconocimiento de las emociones. Mejorando la forma de afrontar las situaciones temidas; y por mucho este conocimiento del cuerpo debe incluir aspectos perceptivos y emocionales. (Ortiz, 1992)

Cuando se logra la percepción de las propias sensaciones se le brinda a la paciente anoréxica una oportunidad invaluable, que es la de poder corregir e interpretar adecuadamente sus sensaciones corporales, que muchas veces han sido evitadas o distorsionadas. Gracias a esto se realiza un trabajo de análisis positivo que permite la observación de pensamientos asociados a las sensaciones.

Esto sirve para iniciar un cambio de las creencias irracionales y para la práctica de respuestas alternativas a los conocimientos que ya son relacionados con las sensaciones corporales (deseos de llorar, ansiedad como hambre insaciable, o tensión abdominal como gordura, por ejemplo). Es por esto la importancia de poder manejar la Terapia Psicocorporal como apoyo al tratamiento del padecimiento de la Anorexia Nerviosa.

2.2. Nuevos modelos psicocorporales

En los escritos de Reich (1967), particularmente en *Análisis del carácter (1928-1930)*, se hallan por lo menos tres modelos para una mejor comprensión en cuanto a la relación cuerpo-mente.

El primer modelo: Sugiere que la suposición de que el carácter se origina y se mantiene merced al conflicto entre impulsos y las defensas. Para este tipo de modelo, el carácter es necesariamente un compromiso, un modo patológico de ser, de tal modo que los nombres de los distintos tipos de carácter son correspondientes a los de las entidades nosológicas relacionadas, en principio, con etapas de desarrollo de la libido.

Lowen (1985) sugiere que todas las estructuras de carácter son patológicas, en la medida en que los modos característicos de respuesta están estructurados o congelados y las personas no son conscientes de ellas.

Al considerar que la dimensión física y la psicológica es como si fuesen dos caras de la misma moneda, Reich dio un paso gigantesco para la comprensión de la individualidad y su relación cuerpo-mente. Pero el modelo del conflicto subraya la importancia de los aspectos patológicos del carácter. El concepto de carácter se empobrece si se restringe la defensa, a lo patológico, o aún al desarrollo de la libido. De todas formas, Reich y Lowen hicieron más que describir términos de carácter en términos del conflicto entre los impulsos y las defensas. El trabajo de ambos apunta hacia otras formas de ver el carácter y la tipología que proponen ha servido de base para otros desarrollos teóricos como el caso de Kurz y Pretera (1976), Lewis (1974, 1980), Johnson (1985) y Leites (1977).

El mismo Reich dió las bases de otras dos formas de entender la relación de lo psíquico con la corporal: una es la "psicología" del cuerpo y las diferentes partes de éste, y en segundo la relación existencial de la relación del organismo total ante el medio ambiente en el que éste se desarrolla.

A lo largo del libro *Análisis del carácter*, se leen descripciones de cómo la tensión o los movimientos de ciertas partes del cuerpo se relacionan con actitudes ante la vida. Reich realizó un enfoque sistemático en *El lenguaje expresivo de lo vivo* (Reich, 1949). Ahí describe un arreglo segmentario de la coraza caracterológica en la cual, en las tensiones de cada segmento pueden encontrarse emociones reprimidas.

Más recientemente, Kurtz y Pretera (1976), Dychtwald (1983) y Roberto Navarro (1983) han descrito las correlaciones "psicológicas" de diferentes partes del cuerpo, sin seguir los segmentos propuestos por Reich. Llamando así a este nuevo modelo con el nombre de *Cartografía corporal*.

El tercer modelo, también propuesto por Reich, en *El lenguaje expresivo de lo vivo* (1949), consideró la respuesta del organismo ante el medio ambiente, y prescinde de términos clínicos. Para esto él se apoya en analogías biológicas, comparando la respuesta del ser humano ante las demandas de la vida con la de organismos relativamente simples como la medusa, el gusano anillado o la amiba. Hace descripciones concretas de lo que sucede a nivel sistemas y tejidos en los animales, incluyendo al ser humano. Este paradigma ha sido desarrollado por Keleman (1984) y Painter (1987).

2.2.1. Los diferentes tipos de terapia psicocorporal

En México, como en muchos otros países, existen un sinnúmero de modelos para hacer psicoterapia. Los hay desde para aquella persona que busca aliviar sus malestares, autoconocerse, conocer a su pareja, y aquel que desea desarrollar un potencial más elevado, así como aquel que desea tener un entrenamiento en psicoterapeuta profesional; y dentro de toda esta gama de opciones se encuentra la terapia psicocorporal.

Muchas formas de trabajo psicocorporal se han inspirado en el trabajo de Wilhelm Reich (1897 – 1957). Él mismo se formó como psicoanalista en la década de 1920, y destacó, desde 1924, la importancia del análisis del carácter.

En los años 30, en Escandinavia, Reich se convence que al desbloquear el cuerpo se libera la energía que tenía que ver con el sistema nervioso vegetativo, y en base a esto, nombró a su trabajo Vegetoterapia caracteroanalítica. Finalmente, en Estados Unidos, llamó a su método Orgónterapia o, para distinguirla de la terapia física, Orgónterapia psiquiátrica. Claro que, los cambios de nombre reflejan los cambios en su modo de trabajo y en su sustento teórico, pero, en Europa, los discípulos de Reich siguen usando las dos últimas denominaciones, aunque algunos prefieren hablar de Terapia reichiana.

En Norteamérica, en cambio, Lowen (1958), quien fuera discípulo y paciente de Reich, llamó a su trabajo Bioenergética o, más propiamente, Análisis bioenergético. John Pierrakos (1987), al separarse de Lowen para hacer su

propia escuela, le llamó Core-energetics (algo así como energética del núcleo o del corazón, en sentido figurado).

En México, Roberto Navarro (1983) integró los modelos y técnicas de la Bioenergética, la Gestalt y la Terapia racional-emotiva entre otras, para plantear las bases de la Psicoenergética.

Por su lado, José Paoli creó el Análisis Psicocorporal, síntesis del trabajo de Reich y la psicología analítica de Carl Gustav Jung al cual define como “una posición integrativa de orientación psicocorporal, con dimensión transpersonal, que trabaja con la postura, el movimiento, la respiración, la sugestión de los sueños” (Paoli, 1993, en Oblitas, 1993, p.55).

Otros modos de trabajar con el cuerpo, que no se originaron en la terapia de Reich y sus discípulos, pero tienen similitudes con ellas y suelen emplearse en combinación con las técnicas reichianas y neoreichianas son: la Conciencia a través del movimiento (Feldenkrais, 1977), el método *Alexander* (Maisel, 1986; Drake, 1992) y la Mentástica (Trager y Guadagno, 1987).

En los últimos años, existieron algunos terapeutas psicocorporales que yendo en contra de muchos han utilizado diferentes formas de imposición de manos. En muchas ocasiones lo asocian con tradiciones esotéricas y pretenden armonizar la energía del cuerpo sutil (Tansley, 1977) que puede estancarse o desequilibrarse, colocando las manos (no necesariamente tocando) sobre ciertas partes del cuerpo (Blades, 1979, Brennan, 1988). También aquí hay una proliferación de nombres: la Terapia de Polaridad, el Reiki y el Shen son algunas de las formas de imposición de manos que estos terapeutas practican actualmente.

A esto debemos agregar aún las más diversas disciplinas tradicionales, tanto asiáticas como americanas y africanas, que se han utilizado para fomentar el bienestar y la conciencia de quienes las practican. Éstas incluyen algunas formas de meditación en movimiento, danza, masaje y artes marciales.

Los líderes de cada una de estas escuelas suelen enfatizar las diferencias que existen entre su propio enfoque y los demás. Destacan la supuesta originalidad de su pensamiento y casi nunca señalan las similitudes entre su trabajo y el de otras tendencias. Muchas veces escriben textos de carácter general, en los cuales exponen y justifican sus puntos de vista, por lo que no se puede esperar el tratamiento meticuloso de problemas específicos de la teoría y de la técnica.

Algunas obras de estos autores tienen muy pocas citas, de modo que, no es posible distinguir sus propias aportaciones de lo que han tomado de otros autores.

De esta forma, el énfasis en la originalidad y las diferencias, así como la insistencia en darle un nuevo nombre a cada forma particular de hacer psicoterapia, siempre que su “creador” consiga al menos un discípulo, puede tener ciertas ventajas mercadotécnicas, pero no contribuye a la sistematización de la teoría y práctica de la terapia psicocorporal.

2.3. Relación entre Terapia Psicocorporal y manejo de emociones.

Una de las grandes bases que apoyan mucho el trabajo en las pacientes con anorexia dentro de las psicoterapias corporales es el trabajo con el Psicodrama, en el cual la paciente actúa lo que le pasa, en lugar de explicarlo; dramatiza lo que le pasa. El terapeuta muchas ocasiones aplica la dramatización con las pacientes, buscando recursos creativos para que la paciente pueda descargar la energía que tiene estancada por situaciones no exteriorizadas, haciendo que todas estas interpretaciones sean actuar lo que le sucede en lugar de hablarlo y trabajar directamente con la neura, que es la obsesión o la preocupación que aqueja a la paciente, esto es lo que varios terapeutas han notado y han tomado en cuenta. Aquí el terapeuta, con su experiencia, conecta con la neura con la que se trabaja en esa sesión con la paciente, a través de proponerle una dramatización o una obra, también como la representa, o “escribir” una obra para la paciente y con esto el terapeuta pueda intuir lo que la paciente manifiesta, niega o reprime de manera inconsciente.

La dramatización, habitualmente, se pone al servicio del recuerdo y de la conciencia de la persona; también de escenas temidas o evitadas, de situaciones relacionales, etc. De repente, al dramatizar, empiezan a pasar cosas y las pacientes comienzan a tomar conciencia. Ejemplo: (paciente con anorexia) “es que estoy gorda, no soporto estar así”, (terapeuta) “¿y qué sucede si estás gorda?”, (paciente con anorexia) “la gente me rechaza, mi familia me mira mal, no soy aceptada socialmente, me siento como si no fuera

de este mundo”, (terapeuta) “¿y cómo se siente eso de no ser de este mundo; entonces el terapeuta pedirá a la paciente que interprete a un extraterrestre y la toma de conciencia se desarrolla sola, cuanto menos haga el terapeuta más se mete la paciente, porque ella conecta con lo que necesita y lo desarrolla (en este caso el terapeuta acompaña y está para cuando la paciente tiene un mecanismo de defensa o evitación, está solamente para dar oportunidades a la paciente). (Cappon, 1978)

- **Fomentar en las pacientes por medio de la catarsis el reconocimiento de sus emociones y expresarlas en el momento presente, en el aquí y ahora.**

Las catarsis tienen un sentido en terapia, permitirse vivirla uno mismo, con el miedo que ello pueda generar. La catarsis de por sí no es un remedio, no es la píldora que lo cura todo. La primera intención de la catarsis es desbloquear las tensiones musculares. Se usa en las terapias corporales como la bioenergética (Lowen, 1987), terapia reichiana, entre otras, produciendo una tensión muscular reorganizadora de los estados emocionales de la paciente; de repente aparece una claridad emocional con respecto al tema que ha provocado o dinamizado, como si las piezas se pusieran en su sitio, simplemente porque muscularmente los bloqueos se han ido. La catarsis es una entrega total.

La expresión catártica de las emociones no es un objetivo en sí mismo, es un medio, es tener la experiencia, es el hacer lo inconciente conciente. Es un proceso de desinhibición física, como darse un permiso emocional.

La base de cualquier relación terapéutica, como en cualquier relación, es la confianza, sobre todo para que se pueda producir una descarga emocional o catarsis.

La catarsis también sirve para saber estar con el cuerpo de una manera diferente a la habitual.

La toma de conciencia es el “awareness” o “darse cuenta”. Hay dos maneras de darse cuenta:

- Darse cuenta en el aquí y el ahora
- Darse cuenta en las evocaciones: desde una sensación corporal actual se puede evocar un momento del pasado (“¿es la primera vez que sientes esto?”, “¿lo has sentido en otras ocasiones?”, “¿qué estás sintiendo?”, la experiencia

puede evocar otro momento del pasado). Aunque es importante el “aquí y ahora”, no hay que olvidar que la evocación puede conectar con una toma de conciencia o un “darse cuenta” que puede incluir un “allí y entonces”.

Darse cuenta o tomar conciencia sirve para que la paciente se haga responsable de lo que está sintiendo. El darse cuenta es un instigador de la responsabilidad (luego me responsabilizo o no, decido lo que hago con ello y cómo y cuando lo hago), y se debe utilizar como tal. Esta es una de las finalidades del proceso Cognitivo Conductual y la Gestalt en relación con las terapias psicocorporales.

Conclusiones del capítulo.

En este capítulo se dan a conocer los principales fundadores de la Terapia Psicocorporal, así como nuevos modelos psicocorporales que enlazan cuerpo, movimiento, respiración y manejo de emociones como también los beneficios que puede obtener la paciente con Anorexia al trabajar con la Terapia Psicocorporal.

En el capítulo 3 se habla de lo que son los Talleres de Conciencia Corporal desde los parámetros que toma de la Terapia Psicocorporal.

Capítulo 3.

¿Qué son los Talleres de Terapia Psicocorporal?

Los Talleres de Terapia Psicocorporal no sólo se enfocan en el cuerpo, postura, respiración o movimiento; también tienen como finalidad provocar la descarga emocional que servirá para el alivio y manejo del estrés.

Las tensiones de una vida cotidiana hacen que la persona se cargue de energía que, muchas veces no es productiva y que puede provocar diferentes enfermedades. No siempre es posible dejar fluir las emociones en las situaciones que se presentan, y una buena descarga puede producir rápidamente una sensación de alivio.

También es cierto que el problema real no se soluciona y la persona va por la vida siendo la misma, pero el aprender a descargar las emociones en un contexto adecuado, puede salvarla de producir síntomas que después se convierten en enfermedades debidas al bloqueo energético.

En este caso el beneficio del desahogo emocional es temporal, un modo de mantenimiento: las técnicas catárticas se usan para descargar las tensiones que se generan en la vida cotidiana.

Desde otra perspectiva, si la emoción producida por una situación actual es excesiva, su expresión puede abrir un canal para la expresión de una emoción reprimida en otro momento.

En los Talleres de Terapia Psicocorporal se utiliza de manera constante la descarga emocional como herramienta para reorganizar el cuerpo y la mente. En estos talleres se trabaja de manera intensa con la respiración profunda y el movimiento; esto puede ser a la vez un medio para lograr el cambio y el preludio de éste. Al expresar intensamente una emoción no solamente se genera mucha energía que puede disolver tensiones musculares crónicas, sino que produce un estado alterado de conciencia, en donde es factible recordar eventos reprimidos con todo y afectos.

Lo que se busca al utilizar la descarga emocional en los Talleres de Terapia Psicocorporal es un cambio verdadero en la persona, localizando puntos donde la emergencia es del material reprimido o que la persona no sea capaz de expresar la emoción en una determinada situación; en el taller el paciente recibe apoyo para llegar a comunicar las emociones en el momento preciso

que estas se presentan, así pues, cada vez será menor la acumulación de material reprimido, en estos talleres a esto se le llama “liberar las emociones”.

Reich (1967), suponía que, en la armadura, existe un núcleo que es naturalmente sano y también hace mención de una coraza, que lo cubre todo, esta coraza es producto de las restricciones que la sociedad ha impuesto en cada ser humano. Entendido de otro modo, el organismo tiende naturalmente a la salud pero las fuerzas de la represión lo vuelven contra sí mismo. La tarea del terapeuta en el Taller, es liberar a la persona de este núcleo donde se mantiene prisionero de su propia energía distorsionada.

La coraza (coraza=restricciones) que es la que lo cubre todo, puede disolverse con la expresión de las emociones de cuya represión fue resultado del pasado. Durante el Taller el terapeuta psicocorporal “lee” el cuerpo de sus pacientes y hace la formulación de una hipótesis sobre el origen de sus tensiones crónicas y acto seguido, los invitará a provocar que expresen las emociones reprimidas de tal forma que la coraza se disuelva. Aquí es necesario resaltar, que si la persona no se reorganiza de otra manera, ni siquiera este tipo de catarsis aseguran un cambio. La energía que aquí se encuentra debe encontrar otra salida, o la persona se verá en un círculo vicioso de repetir una y otra vez la expresión de la misma emoción, asumiendo así un papel de víctima y vengador a la vez. A si mismo el cuerpo no se reorganiza va a seguir produciendo la misma emoción. Así, si no hay un periodo reflexivo, en el cual elabore el material inconsciente recién emergido, relacionado con otras vivencias pasadas y la problemática actual, la sesión terapéutica será un hecho aislado, sin mayor trascendencia en la vida del individuo. (Reich y Suárez, 1990)

3.1. Beneficios de la Terapia Integrativa Psicocorporal en el Tratamiento de la Anorexia.

La Terapia de Integrativa Psicocorporal tiene rasgos de lo que alguna vez mencionó Reich (1967) en su “Función del carácter” ya que para éste, el carácter es el resultante del conflicto entre los impulsos naturales del niño y las restricciones que la sociedad impone; la estructura del Yo se endurece y el acorazamiento del cuerpo se debe a una historia que ha grabado tanto sucesos

traumáticos como eventos cotidianos. Por la época de 1920–1929 Reich elabora un sinnúmero de trabajos para sustentar una teoría tras otra para comprobar lo anterior, como “La genitalidad desde el punto de vista del pronóstico y de la terapéutica psicoanalítica” (1923), “Teoría del orgasmo” del mismo año entre otras. Con los trabajos anteriores Reich (1967) defendía la idea de que “toda neurosis es una neurosis real y se deriva de la censura de la energía sexual”. Refería que las causas actuales de la patología durante el análisis eran más importantes que la influencia de los trastornos psíquicos de la primera infancia. Los aportes teóricos, sus enseñanzas y su desarrollo de las técnicas terapéuticas le permitieron afiliarse al grupo psicoanalítico, pero su teoría acerca del orgasmo y sus compromisos políticos influyeron en cuanto a que paulatinamente empieza a perder terreno que ya había conquistado a través de sus enseñanzas y sus técnicas propuestas en la cura de las neurosis.

En función a lo mencionado anteriormente, el trabajo que se realizó a nivel corporal y los resultados obtenidos, se busca que las pacientes con anorexia lleguen a tomar conciencia de sus actitudes corporales, las cuales cambian consciente y espontáneamente y, a la vez, sean capaces de discernir qué emociones vienen detrás de cada cambio de actitud; ya que esta incapacidad de expresar emociones corresponde a una coraza muscular la cual funciona como protección contra los estímulos externos que producen dolor.

Dentro de esta terapia se trabaja con el carácter ya que éste fue formado para defender a las personas de las demandas de los impulsos inconscientes y una vez formado esto se mantiene su función defensiva y así determina las reacciones típicas de la persona en la vida cotidiana como en el consultorio.

Se intentará moldear el carácter con la Terapia Integrativa Psicocorporal, dado que el carácter es concebido como un endurecimiento crónico del Yo, en el cual las represiones se pegan entre sí y adquieren una forma definida como resultado de la resolución de la situación edípica; este endurecimiento del Yo es concretado en tensiones musculares crónicas que impiden la expresión de las emociones condicionando así, una forma de percibir y de ser percibidos, porque con esto nos hacen manejar la angustia de una forma característica y una vez que éste es constituido, restringe la movilidad de éstas pacientes en todos los sentidos. (Ortiz, 1992)

Por medio de esta investigación se hará énfasis en los aspectos represivos de la formación del carácter, ya que se llevará al cuerpo a muchos conceptos establecidos por Freud.

Para Freud (1986) reprimir era hacer consciente un impulso, olvidar y olvidarlo en el proceso mediante el cual el impulso fuera olvidado.

Pero a la vez se habla de cómo un impulso concreto no se expresa debido a la tensión crónica de un grupo de músculos y de como el individuo puede no darse cuenta de esa tensión y de su relación con una emoción, con esto se describe como una tensión se vuelve característica, es decir, parte del carácter. Dentro de esta terapia se trabaja con el momento en el que el impulso fuera frustrado; se indaga desde estos hechos ya que si el impulso era frustrado temprana y constantemente, esto daba como resultado el origen de defensas muy fuertes contra éste y una disminución de la actividad. Ellsworth Baker (1974) decía que el individuo nunca desarrolla un funcionamiento placentero en la etapa correspondiente y así se le podría llamar inhibido o reprimido.

Si el impulso era frustrado una vez alcanzado su pleno desarrollo, se originaba un tipo de carácter impulsivo. A pesar de que los impulsos se perciben y se actúan para satisfacerlos, el individuo permanece siempre insatisfecho, ya que la zona bloqueada no cede lo suficiente como para alcanzar la satisfacción. Como consecuencia de esto, existen los excesos en el comer, beber, hablar o tener relaciones sexuales. El intento de satisfacer el impulso se vuelve compulsivo.

Se han hecho investigaciones y se ha comprobado que a medida en que las frustraciones fueran más intensas o más frecuentes (o ambas), la coraza muscular sería más densa.

Un mismo impulso puede ser permitido en una etapa y prohibido en otra.

El carácter entonces, se va constituyendo a partir de impulsos inhibidos e identificaciones; ya constituido, es una estructura que unifica los intentos del organismo por satisfacer sus necesidades y se mantiene utilizando la energía de los impulsos (Reich, 1973).

Si el carácter es la suma total de los modos típicos de reacción podría hacerse una lista de comportamientos característicos para cada tipo, en donde algunos tendrán mayor probabilidad de ocurrencia en relación con otros. Sin embargo, algunas veces un rasgo destaca de tal manera que colorea y puede servir para

darle nombre a toda la estructura. En la práctica, el rasgo que se subraya suele ser el que presenta la distorsión más obvia. Por lo que la rigidez, falta de armonía, pasividad o pseudohipersexualidad (que refiere a un sujeto que aparentemente es muy sexual, pero en realidad no lo es), típicos de ciertos caracteres, pueden ser también criterios diagnósticos tan importantes que las otras conductas típicas parecen pasar a segundo término.

Por lo tanto, con la Terapia de Integración Psicocorporal en el trabajo con pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria se abordan rasgos del carácter que es preciso tener en cuenta ya que se podrá detectar alguna señal de éste; entender el carácter como el endurecimiento del Yo, que a su vez es acorazamiento del cuerpo, concreta y arraiga la teoría psicoanalítica más allá de El carácter y el erotismo anal, y de El Yo y el Ello. Para Reich (1973) las represiones apegadas entre sí son también músculos crónicamente tensos, flácidos o hiperexcitables que impiden ciertas conductas y que hacen que otras se vuelvan no sólo características sino inflexibles, y por lo tanto no siempre adecuadas para la situación.

En un momento donde la paciente con Anorexia o cualquier otro Trastorno de la Conducta Alimentaria, reprime diferentes emociones con diferentes grupos de músculos, va formando un patrón relativamente estable de tensiones crónicas.

En cuanto por alguna desconocida razón se le reprime a un niño de llorar, puede contraer los músculos de la cara, cuello, tórax y abdomen para no hacerlo. Si esta prohibición continúa el niño olvidará que alguna vez quiso llorar, que no se lo permitieron y que logró controlar su llanto bloqueando la sensibilidad de su propio cuerpo. Las tensiones musculares que impiden el llanto se harán crónicas y las percibirá como parte de sí mismo.

Al trabajar estas represiones, desde donde se involucran mente y cuerpo en las pacientes con Anorexia con la Terapia Integrativa Psicocorporal, se podría lograr que la paciente deje de enfrentar la vida con una acallada resignación, ya que una vez que pueda expresar cada una de sus emociones podrá defenderse de todo lo que ha reprimido y podrá así expresar lo que esconde y encontrar el pro de no esconderlo más; porque al expresar la rabia la paciente reflejará un profundo anhelo de contacto físico y en este núcleo quedarían

solamente impulsos “puros” que buscarán placer, armonía, los sentimientos de completa satisfacción y con esto una autoaceptación del 100% del Yo .

En la Terapia de Integración Psicocorporal se trabaja con la coraza de cada individuo, la cual, según Reich (1974), estaba compuesta por tres antifaces o máscaras, la primera es la cara que el individuo presenta al mundo. Por debajo de ésta estarían los impulsos y fantasías irracionales y grotescas, el mundo del inconsciente y después de penetrar este nivel se encuentra un punto en donde los impulsos eran sanos, basado en lo anterior, la Terapia de Integración Psicocorporal se desprende desde lo más superficial a lo profundo, de lo adaptativo a lo auténtico, de la expresión parcial a la expresión total y así sucesivamente. Al trabajar más con el cuerpo se obtiene como beneficio la disolución de la coraza, que viene acompañada de sensaciones de corrientes en el cuerpo que son funciones del sistema nervioso autónomo o vegetativo, llamando a esto corrientes vegetativas. En el trabajo con la Terapia de Integración Psicocorporal en chicas con anorexia se ha pretendido lograr que dichas corrientes fluyan sin interrupciones por el cuerpo benéficamente desbloqueando el flujo de energía a través del cuerpo y con esto desvanecer ideas irracionales como el temor a subir de peso, el no querer comer, el tratar de agradar siempre a los demás siendo perfeccionistas, etc. Así mismo se puede trabajar el desbloqueo de situaciones de traumas o frustraciones del pasado, pudiendo así trabajar con ellas y lograr una pronta recuperación de dichas situaciones favoreciendo enormemente a un reconocimiento del Trastorno Alimentario que daña su vida y así ser mucho más conciente y reconocer los contras del trastorno.

Dentro de los muchos beneficios que se podrían obtener están:

- ^ La recuperación de la autoestima.
- ^ El reconocimiento de emociones.
- ^ El volverse responsable de cada una de sus acciones.

Las terapias psicocorporales integrativas, se encuentran aquellas que trabajan con la manipulación física como lo son los masajes, con el objetivo de llegar a trabajar directa y específicamente a nivel muscular ablandando y diluyendo las tensiones corporales, que la mayoría de las veces dificultan la respiración y el libre fluir de las emociones, como lo son el llanto, las risas, la rabia, la tristeza, el afecto, entre muchas otras.

Así también dentro de la Terapia Integrativa Psicocorporal se trabaja con segmentos, que se dividen en, ocular, orales, cervicales, torácicos, abdominales y pélvicos. Reich (1974) hace referencia que los segmentos superiores se bloquean a una edad más temprana que los inferiores y son relativamente independientes de la musculatura, es decir que un músculo largo puede estar bloqueado en los diferentes anillos de tensión que delimitan los segmentos.

3.2. Prevención de conductas alimentarias de riesgo con la aplicación de la Terapia Psicocorporal.

La información muchas de las veces no es suficiente para la prevención de la anorexia nerviosa. La información tiene que ir acompañada de formación, de cambio de actitud y de cambio de conducta.

La prevención de la anorexia, bulimia y obesidad, consistiría en proporcionar al sujeto, a lo largo de su formación, una información adecuada en cuanto a la educación relacionada con los hábitos alimenticios.

Como un ejemplo debe recomendarse:

- No excluir alimentos, ya que no existen alimentos que engorden o adelgacen, sino que los alimentos son un conjunto de diferentes nutrientes necesarios para que el organismo funcione bien.
- Variedad en la dieta: la dieta es más saludable para el organismo y más recomendable para mantener peso, cuanto más variada sea.
- Un mínimo de tres comidas diarias, y saber que lo recomendable según los nutricionistas son entre cinco y seis.
- Mantener horarios estables para comer.
- Mantener la comida como un acto social, como una ocasión de diálogo con familia o amigos.
- Discutir ciertas ideas y actitudes relativas a la alimentación y al cuerpo que son difundidas diariamente por los medios de comunicación.
- Practicar ejercicio de forma saludable: el ejercicio físico alarga y mejora la calidad de vida y ayuda mucho a mantenerse en forma. Es recomendable

dejarse aconsejar por los profesionales y elegir la actividad física o deporte adecuado y el tiempo indicado para cada persona. (Gismero, 1996)

3.2.1. La prevención de la anorexia en las adolescentes

Es de suma importancia promover en la adolescente desde edad temprana una autoestima alta; reconociendo y apreciando sus virtudes y no enjuiciando sus defectos o fallas sino por el contrario, agradecer y aprovechar sus desventajas llevándolas a convertirse en virtudes que la adolescente pueda superar con apoyo de la familia, porque ésta es el centro de todo.

Se le debe inculcar una autovaloración personal, haciéndole ver que sin ella cualquier plan que pueda tener, será imposible de lograr.

Apoyarle a motivar su afán de logro mostrándole a ser perseverante con cada meta que se proponga.

En las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria se debe potencializar de modo saludable la autonomía y responsabilidad de si, a modo que esta autosuficiencia personal le sirva como llave para salir adelante por ella misma, con el apoyo de su tratamiento multidisciplinar, exentando de toda la carga responsiva a los padres.

Se deben trabajar arduamente en favorecer las relaciones interpersonales, ya que con esto se forjara su carácter y desenvolvimiento en la misma sociedad como un ser autosuficiente, capaz e independiente. Aprendiendo a discernir por si sola los grupos en los que ella se sienta en una zona de seguridad, amabilidad y armonía, fomentando y reforzando con esto una conducta de adaptabilidad social y el rol al que pertenece en ese grupo social que ella a elegido por su propia voluntad.

Debemos ser muy claros en la enseñanza de valores y derechos que se tienen, no sólo como adolescentes sino como seres humanos y dar modelos de conductas bien adaptadas.

Se deben mejorar las relaciones familiares, aumentando las relaciones satisfactorias, la comunicación, facilitando la expresión de sentimientos de afecto, promover la cohesión familiar, reconocer y elogiar el esfuerzo, motivar a crear proyectos y a confiar en ellos mismos. Al potenciar estos y muchos otros

factores se otorgará como garantía que la salud mental de la adolescente quedará fortalecida y que el impacto de las situaciones difíciles y estresantes, en cuanto a su relación con el entorno, sea menor y su forma de enfrentarse a ello sea más adaptada, obteniendo como un beneficio enorme, el que se sienta segura de resolver conflictos por si misma.

Conclusiones del capítulo.

En este capítulo se informa al lector sobre lo qué son los Talleres de Terapia Psicocorporal y los beneficios que se obtienen en su aplicación en pacientes con Anorexia.

Se hace mención de cómo se pueden prevenir en las adolescentes, las conductas alimentarias de riesgo con la intervención del Taller de Terapia Psicocorporal, para prevenirlas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Posteriormente en el capítulo 4, se dará a conocer toda la metodología que se utilizó y en el capítulo 5 los resultados que arrojó ésta investigación.

Capítulo 4.

Metodología.

4.1 Planteamiento del problema.

¿El Taller de Terapia Psicocorporal incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años?

4.2. Objetivo General.

Determinar si un grupo de pacientes entre 17 y 22 años de edad que padecen Anorexia incrementan su asertividad, reconocimiento emocional y conciencia emocional con la Terapia Psicocorporal, en comparación con el grupo control.

4.2.1. Objetivos específicos.

1. Hacer la integración de las pacientes que participarán en la investigación en el grupo correspondiente ya sea este, experimental o control.
2. Elaborar un instrumento de medición que ayude a medir las variables que se pretenden que son, Asertividad, Reconocimiento Emocional y la Conciencia Corporal.
3. Diseñar el Taller de Terapia Psicocorporal que nos facilitará la medición de las variables en Asertividad, Reconocimiento Emocional y la Conciencia Corporal en las pacientes con anorexia que fueron seleccionadas para esta investigación que se llamará “El Reconocimiento Emocional y el Autoconocimiento con el Trabajo Corporal”.
4. Pre y Post evaluación con el Instrumento “El Reconocimiento Emocional y el Autoconocimiento con el Trabajo Corporal”.
5. Aplicar el Taller de Terapia Psicocorporal a las pacientes seleccionadas.

4.3. Hipótesis.

HI El Taller de Terapia Psicocorporal incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años.

H0 El Taller de Terapia Psicocorporal NO incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años.

4.4. Variables y Definiciones.

4.4.1. Variable independiente. Taller de Psicoterapia Corporal.

Variable dependiente. Asertividad, Reconocimiento emocional y Conciencia Corporal.

4.4.2. Definiciones conceptuales.

Variable independiente. Taller de Psicoterapia Corporal. Se enfoca en el cuerpo, postura, respiración o movimiento; también tienen como finalidad provocar la descarga emocional que servirá para el alivio y manejo del estrés. (Ortiz Lachica, 1999)

Variable dependiente.

Asertividad: Es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. (Castanyer. O y Ortega. E, 2008)

Reconocimiento Emocional: Es la capacidad que tiene cada persona para reflexionar sobre sus sentimientos y emociones para así poder identificarlos y aprender de sí mismo. (Goleman. D, 1997)

Conciencia Corporal: Es aquella que nos permite encontrar un balance entre tensión y flexibilidad acorde con cada situación y circunstancia de la vida y el proceso comienza con la auto-observación que conduce al reconocimiento de sus reacciones corporales y de las relaciones entre éstas y sus estados mentales y emocionales. (Ortiz Lachica, 1993)

4.4.3. Definiciones operacionales.

Variable independiente.

Dentro del Taller de Terapia Psicocorporal, se promueve el autoconocimiento de las formas habituales de experimentar o vivenciar los hechos de la vida cotidiana con respecto a la Anorexia, a partir de la recuperación de información proveniente de las sensaciones corporales, dentro un contexto relacional: consigo misma, con los otros y con el medio ambiente.

El Taller de Terapia Psicocorporal se compone de 7 sesiones:

Sesión	Tema	Objetivo
1	La Terapia Psicocorporal.	- Dar a conocer a las participantes, lo que es la Terapia Psicocorporal y la manera en que se verán beneficiadas con su práctica y aprendizaje.
2	Herramientas cognitivas para	- La participante aprenderá a expresarse en primera persona y responsabilizarse de sus

	una mejor comunicación. Las técnicas de respiración y sus funciones. La autoaceptación.	palabras. - La participante será capaz de identificar, observar y a explorar su propia respiración. - La participante podrá reconocerse como individuo en plena unidad consigo y el universo.
3	Las técnicas psicocorporales. Beneficios de las técnicas psicocorporales. Reconocimiento de los patrones de conducta. Técnica de arraigo.	- Las participantes aprenderán a hacerse responsable de sí mismas, de su cuerpo, emociones, acciones y pensamientos y encontrará la manera de estar presente para ella misma.
4	Los impulsos. Diferenciación entre sensaciones, emociones, sentimientos, necesidades y creencias	- La participante identificará, observará y explorará las relaciones entre sus sensaciones corporales, sus emociones, impulsos y pensamientos.
5	La identificación de las emociones. La identificación de los impulsos. ¿Cuáles son tus defensas?	- La participante aprenderá a sentirse enfocada en sus sensaciones corporales, así también explorará y descubrirá la integración de su cuerpo, mente, emociones y espíritu.
6	Las armaduras. El afecto.	- La participante aprenderá a identificar, sentir y expresar sus propios límites corporales para relacionarse.
7	La descarga emocional. El bloqueo emocional.	- La paciente descubrirá y explorará viejos y nuevos patrones de relacionarse con otro y con el mundo que le rodea a través de la respiración de movimientos de energía, posturas, gestos, palabras, presuposiciones y expectativas. - La participante habrá aprendido a utilizar el movimiento corporal y la respiración como una forma de identificar emociones. - La participante podrá entrar en contacto y movilizar sus tensiones y contracciones musculares, así como la sensación de estrés y será capaz de desbloquear por medio del movimiento corporal y diferentes posturas, las emociones que se encuentran arraigadas en ella de sucesos pasados.

Variable dependiente.

El Test “El Reconocimiento Emocional y el Autoconocimiento con el Trabajo Corporal” (Anexo 1) se divide en 3 áreas que son las que mide el Taller de Terapia Psicocorporal, Asertividad, Reconocimiento Emocional y Conciencia Corporal.

El área de Asertividad cuenta con 9 reactivos que son: 1, 2, 3, 11, 12, 14, 15, 21 y 26, cuyo puntaje en conjunto es 90 puntos ya que cada reactivo tiene un

valor de 10 puntos. La segunda área que maneja el Test es el Reconocimiento Emocional que igual consta de 9 reactivos que son: 8, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 22, y 23, siendo el puntaje total por esta área de 90 puntos, dado que el valor de cada reactivo es de 10 puntos. Por último está el área de Conciencia Corporal, la cual consta de 8 reactivos que son: 4, 5, 6, 7, 10, 13, 24 y 25, con un puntaje total de 80 puntos.

Por lo que tendría que arrojarnos una puntuación total por las 3 áreas de 250 si es que la paciente se encuentra en un “buen estado” en las áreas que este Test evalúa. Se deduce que si la paciente obtiene un puntaje menor a los 125 puntos la paciente necesitaría trabajar arduamente en su vida diaria estas 3 áreas.

4.5. Muestra.

Población. Mujeres en edades de entre 17 a 22 años diagnosticadas con anorexia y que han llevado un tratamiento multidisciplinar en el Instituto Nacional de Psiquiatría y la clínica ABC de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El número que configura esta muestra es de 60 mujeres divididas en 2 grupos 30 que conforman el grupo control y otras 30 que conforman el grupo experimental.

Nivel Cultural. A nivel educativo, se habla que las pacientes entrevistadas tienen una escolaridad de Preparatoria y/o Universidad. En ningún caso, pacientes que hayan abandonado su formación académica por padecer Anorexia Nerviosa. En todo caso, han suspendido sus estudios temporalmente por la hospitalización que el padecer este trastorno en ocasiones requiere.

En esta población, predominan las pacientes de clase media, rara vez media alta o media baja.

En un 50% de los casos las pacientes presentan un aspecto físico cuidado, común e inclusive, en algunos casos, el aspecto de las pacientes llega a ser atractivo.

El 60% (18 pacientes) presentan una Anorexia del tipo purgativo y el 40% (12 pacientes) una Anorexia del tipo restrictivo. (Hsu, L. K. G, 1996)

Es una muestra más de la ambivalencia que predomina en todas las actuaciones de la anoréxica, cuando en un porcentaje tan elevado su

enfermedad se causa con síntomas tan contradictorios como son el pasar del ayuno al atracón.

A pesar de que las pacientes están controladas nutritivamente con ayuda de la Nutrióloga Camacho, 67% tienen un IMC (Índice de Masa Corporal) entre 15 y 19, y sólo el 30% están en la normalidad entre 20 y 25, siendo esto coyuntural, producto de la estricta vigilancia médica, pues su IMC (Índice de Masa Corporal) antes del tratamiento con la Nutrióloga era muy bajo.

Población elegible y criterios de inclusión. Se incluye a las pacientes que han tomado un tratamiento multidisciplinar por 1 año o más y que gracias a los registros que lleva la Nutrióloga nos muestran que no se ha notado avance en su recuperación.

Método de incorporación de los sujetos elegibles. La Nutrióloga Camacho titulada de la Universidad de León en España dedicada a los trastornos de la conducta alimentaria se ha encargado del caso de cada una de las mujeres que integran tanto el grupo experimental como el control y nos brindó la información de las pacientes que cumplen con las características antes mencionadas en el inciso **1 y 2**. La participación de las pacientes para colaborar en el Taller de Terapia Psicocorporal para el apoyo de esta Tesis es total y meramente voluntaria.

Reparto o asignación de la intervención. Se realizó una convocatoria para las pacientes con Anorexia que se encuentran en tratamiento multidisciplinar con la Nutrióloga Camacho para tomar el Taller de Terapia Psicocorporal.

Se inscribieron 87 pacientes de las cuales sólo se tomaron a las primeras 60 y posteriormente al azar se formaron los grupos control y experimental con 30 integrantes cada uno.

4.6. Diseño de investigación.

Se toma método de investigación el NO EXPERIMENTAL ya que esta tesis se realizó de manera sistemática y no se tuvo ningún control sobre la variable independiente ya que ésta es intrínsecamente manipulable.

4.7. Instrumentos.

Los instrumentos utilizados fueron HTP House-Tree-Person solo proyectivo, Test del "Reconocimiento de las emociones y el autoconocimiento con el

trabajo corporal” (Anexo, 1), Test Cribado para los Trastornos de la Alimentación SCOFF (Anexo, 2).

4.8. Escenarios.

El Taller de Terapia Psicocorporal fue aplicado en el Bosque de Tláhuac debido a que para el trabajo corporal se necesita un lugar al aire libre que permita el libre movimiento del cuerpo.

4.9. Material.

Grabadora.

CD's de música.

Papel Caple.

Marcadores.

Hojas blancas.

Sobres.

Videos.

4.10. Procedimientos.

El programa de trabajo se presentó de la siguiente manera:

1. Se seleccionaron mujeres del grupo experimental diagnosticadas con anorexia que participaron en el Taller de Terapia Psicocorporal.
2. Se hizo la selección de las mujeres del grupo control diagnosticadas con anorexia y que se quedaron, solo con el tratamiento multidisciplinar. Que actualmente toman.
3. Se realizó la presentación del programa a seguir durante el Taller: El Autoconocimiento de las Emociones con la Terapia Psicocorporal.
4. Se dio una plática introductoria al Taller de Terapia Psicocorporal para las pacientes que tomaron el mismo.
5. Se hizo la aplicación del Pre-Tes “Reconocimiento de las emociones y el autoconocimiento con el trabajo corporal” (Anexo, 1) que fue seleccionado por el método de jueceo entre 5 especialistas para esta investigación.
6. Se aplicó el Test Cribado para los Trastornos de la Alimentación SCOFF para la población general femenina. (Anexo, 2)
7. Se aplicó el Test HTP House-Tree-Person solo proyectivo.
8. Antes de tomar el Taller se realizó una entrevista individual a cada una de las participantes que fueron seleccionadas para esta investigación.

9. La aplicación del Taller de Terapia Psicocorporal tuvo una duración de 7 días (una semana) con una duración de 21 horas totales (7 horas diarias), aplicado entre las fechas del 17 al 25 de mayo del 2010. (Programa y planeación del Taller. Anexo 3)

10. Al término del Taller realizó la aplicación del Post-Test “Reconocimiento de las emociones y el autoconocimiento con el trabajo corporal.” Así como la elaboración de un nuevo auto-informe para realizar la comparación del antes-después y que tanto les apoyo el taller para seguir con su recuperación.

11. A cada una de las participantes de esta investigación se les realizó una entrevista individual final. Tanto a las pacientes del grupo control como al grupo experimental.

12. Se hizo la cuantificación de los resultados y el análisis estadístico.

13. Se obtuvieron las conclusiones.

14. Se realizó la difusión de los resultados.

Esta investigación, está concebida desde la perspectiva de la Terapia Psicocorporal, la corriente Cognitivo Conductual en conjunto con el Psicoanálisis y de salud/educación en general, en esta investigación no supone ningún riesgo para las pacientes experimentales y el objetivo es que las pacientes se puedan apoyar en la Terapia Psicocorporal y la hagan parte de su tratamiento actual.

En este estudio se tomó en cuenta la completa confidencialidad y el secreto profesional, por parte de los investigadores, ya que se requirió de la identificación de las mujeres participantes en la investigación.

4.11. Método estadístico.

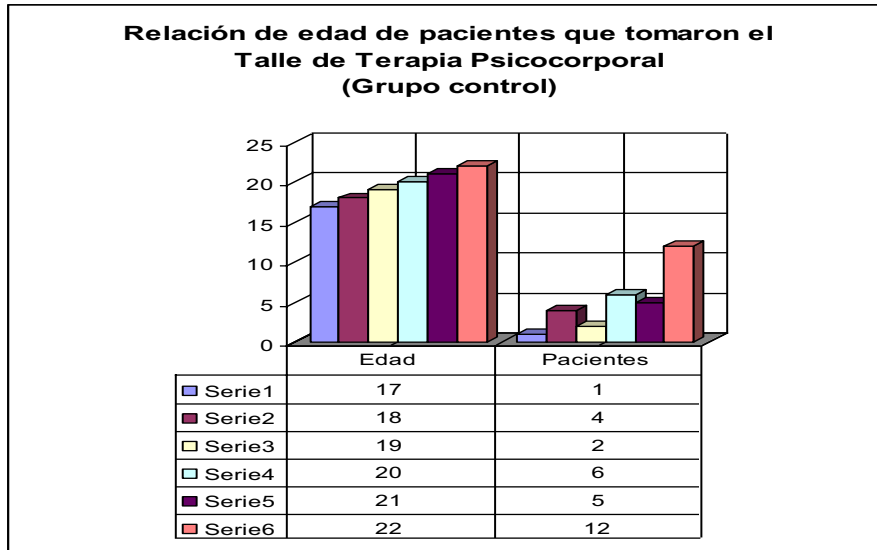
Se utilizó un método estadístico no probabilístico, en el cuál se tuvo que cubrir con ciertos parámetros: 60 mujeres con anorexia, las cuales tuvieron que estar dentro de un rango de edad de 17 a 22 años, que quisieran participar en el Taller de Terapia Psicocorporal y que estuvieran en tratamiento multidisciplinar por un año o más.

Capítulo 5.

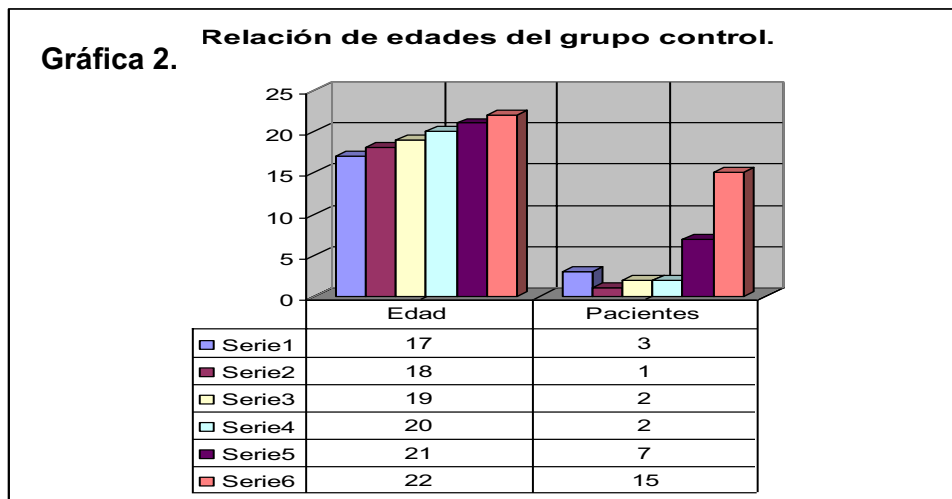
Resultados.

En esta gráfica 1 se muestra el porcentaje con respecto a la edad que se obtuvo de las pacientes que conformaron el grupo experimental y tomaron el Taller de Terapia Psicocorporal mostrando así que en dicho Taller participaron, 1 paciente de 17 años, 4 de 18 años, 2 de 19 años, 6 de 20 años, 5 de 21 y 12 de 22 años.

Gráfica 1.

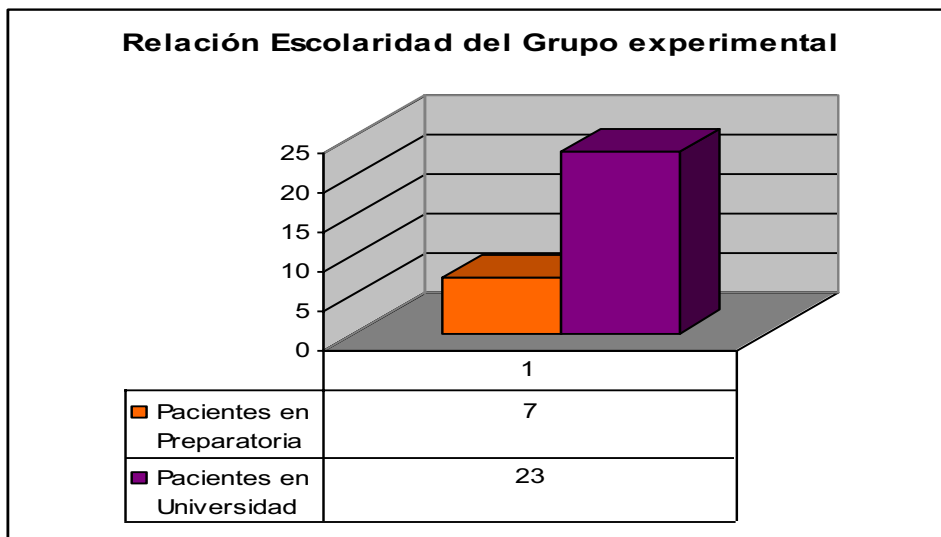


Respecto a las pacientes que permanecieron en el Grupo Control, se obtuvieron los siguientes datos que se muestran en la gráfica 2: 3 pacientes de 17 años, 1 paciente de 18 años, 2 pacientes de 19 años, 2 pacientes de 20 años, 7 pacientes de 21 años y 15 pacientes con 22 años.

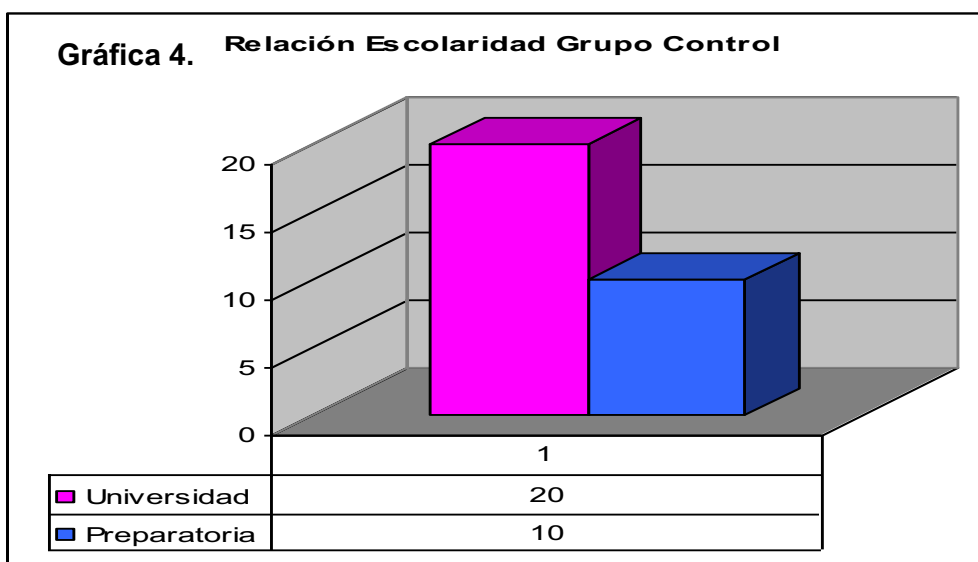


Por otra parte, tal y como se muestra en la grafica 3, 23 de las pacientes que conforman el grupo experimental se encuentran estudiando a nivel superior (Universidad) y las 7 pacientes restantes se encuentran en un nivel escolar medio superior (Preparatoria).

Gráfica 3.



De acuerdo a la escolaridad de las participantes del grupo control, la relación obtenida que se muestra en la gráfica 4 queda de la siguiente manera: 20 pacientes cursan el nivel superior (Universidad) y las 10 pacientes restantes se encuentran cursando el nivel medio superior (Preparatoria)



Los resultados comparativos de la muestra con respecto a las áreas de Asertividad, Reconocimiento Emocional y la Conciencia Corporal que aborda el

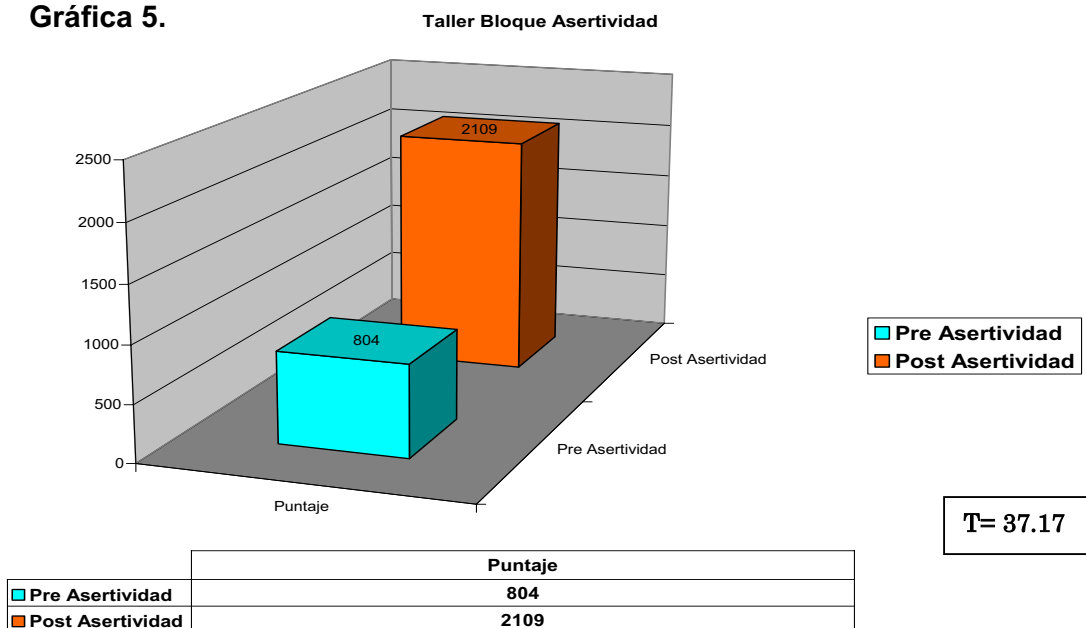
Test “Reconocimiento Emocional y el autoconocimiento con el trabajo corporal” son significativas entre un antes y después del Taller ya que por bloques se obtuvieron los siguientes resultados:

Área de Asertividad

En la gráfica 5, se visualiza que antes del Taller se obtuvo un puntaje de 804 puntos totales por las 30 participantes y después del Taller de Terapia Psicocorporal, se notó un gran incremento en cuanto al aprendizaje en esta área, ya que de una puntuación de 804 que se obtuvo en la primera aplicación, en la segunda un puntaje total entre de 2109 comprobando con esto que las participantes si obtuvieron un aprendizaje en relación con esta área.

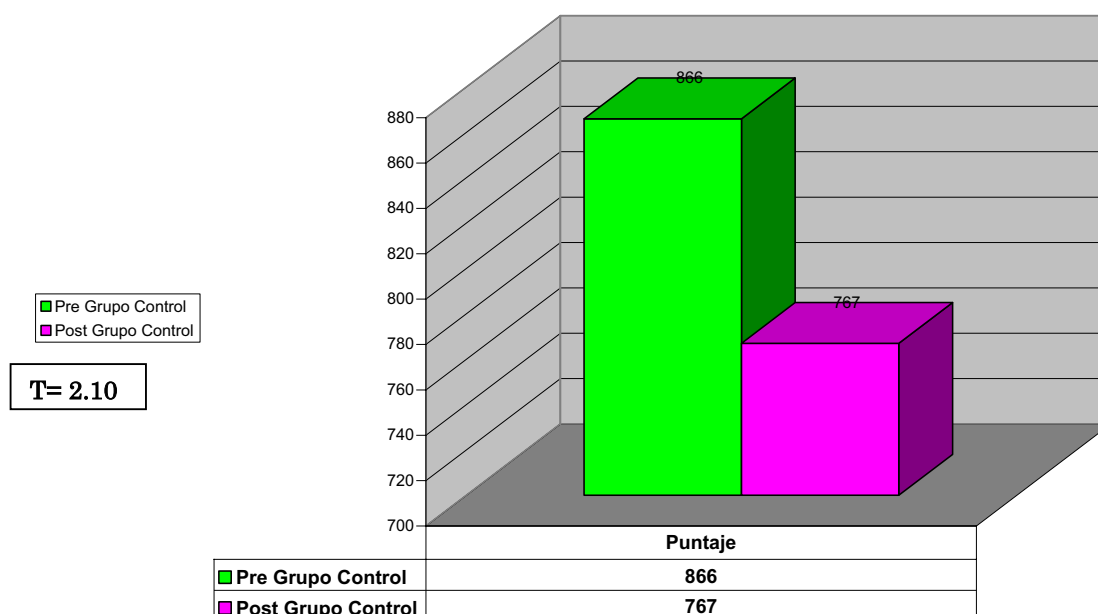
Respecto al análisis realizado con la T de Student en esta área se obtuvo un resultado de $T=37.17$ y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($37.17 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 nuestra hipótesis de investigación que dice que “El Taller de Terapia Psicocorporal incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años.” es aceptada.

Gráfica 5.



Ahora como se muestra en la grafica 6 del grupo control:

Gráfica 6. Grafico: Bloque De Asertividad Para El Grupo Control (Tratamiento Multidisciplinar)

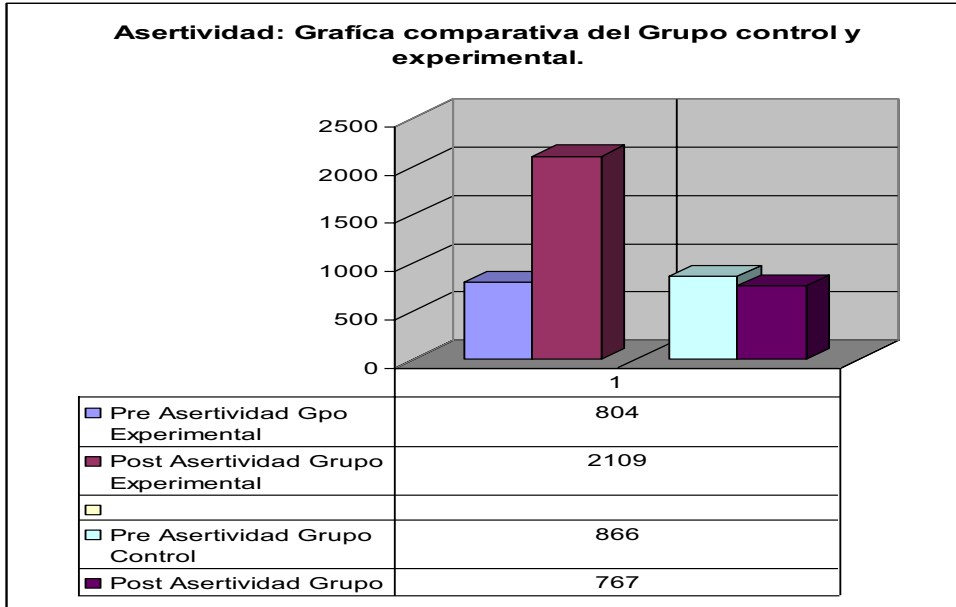


En los puntajes de la Pre – aplicación y la Post – aplicación se nota una disminución de 99 puntos con relación al puntaje inicial que fue de 866 puntos totales que se obtuvieron en el grupo control contra un puntaje post final que fue de 767 puntos.

Con el análisis realizado de la T de Student en esta área se obtuvo un resultado de $T=2.10$ y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($2.10 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 nuestra hipótesis nula se acepta.

En la gráfica 7, se hace la comparación del antes y después del Taller de Terapia Psicocorporal en el grupo experimental. En el grupo control se realiza la comparación del antes y después con el Tratamiento multidisciplinario; y los resultados que se obtienen al pasar 7 días son los que se muestran a continuación.

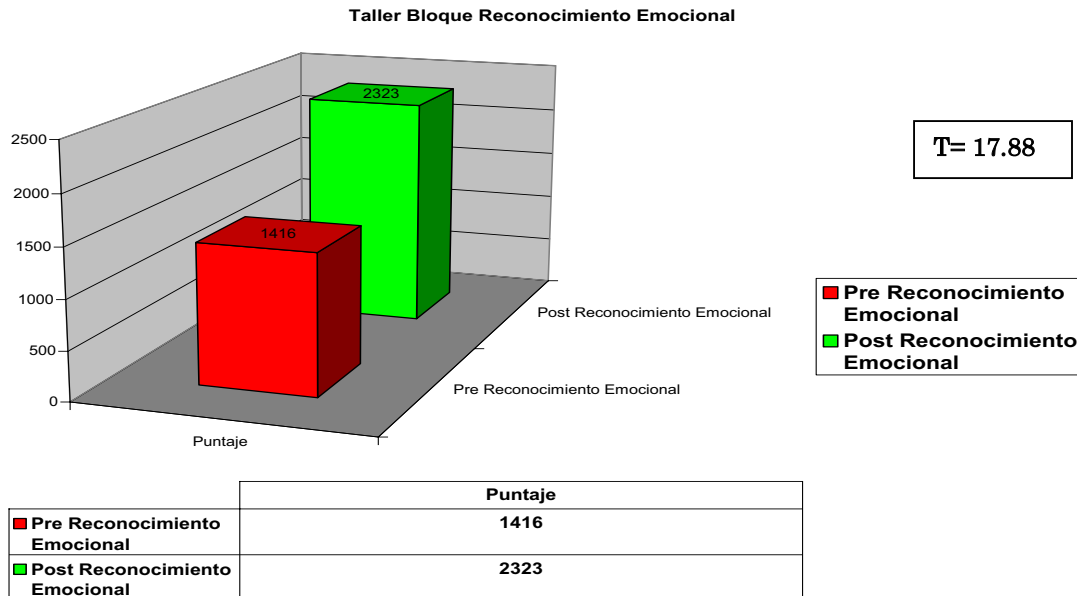
Gráfica 7.



Área de Reconocimiento Emocional.

Como se muestra en la grafica 8. En el inicio del Taller en a esta área se obtuvo un puntaje total de 1416 y posterior al Taller de Terapia Psicocorporal un puntaje final de 2323, mostrando con estos resultados que las participantes si obtuvieron un aprendizaje gracias al Taller en relación con esta área.

Gráfica 8.

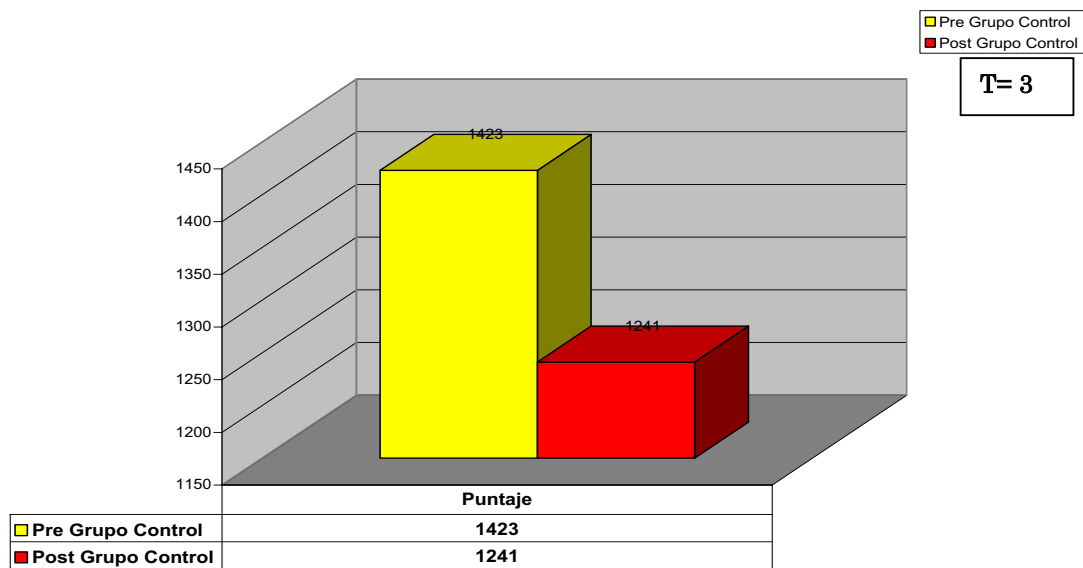


Realizado el análisis realizado con la T de Student en esta área se obtuvo un resultado de T=17.88 y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T

en un nivel de confianza de 0.05 ($17.88 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 nuestra hipótesis de investigación que menciona que “El Taller de Terapia Psicocorporal incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años” es aceptada.

Realizando la comparación de una Pre y Post aplicación en el área de Reconocimiento Emocional para el grupo control, se obtuvieron los datos que se muestran en la gráfica 9:

Gráfica 9. Grafico: Bloque Reconocimiento Emocional Para El Grupo Control (Tratamiento Multidisciplinar)

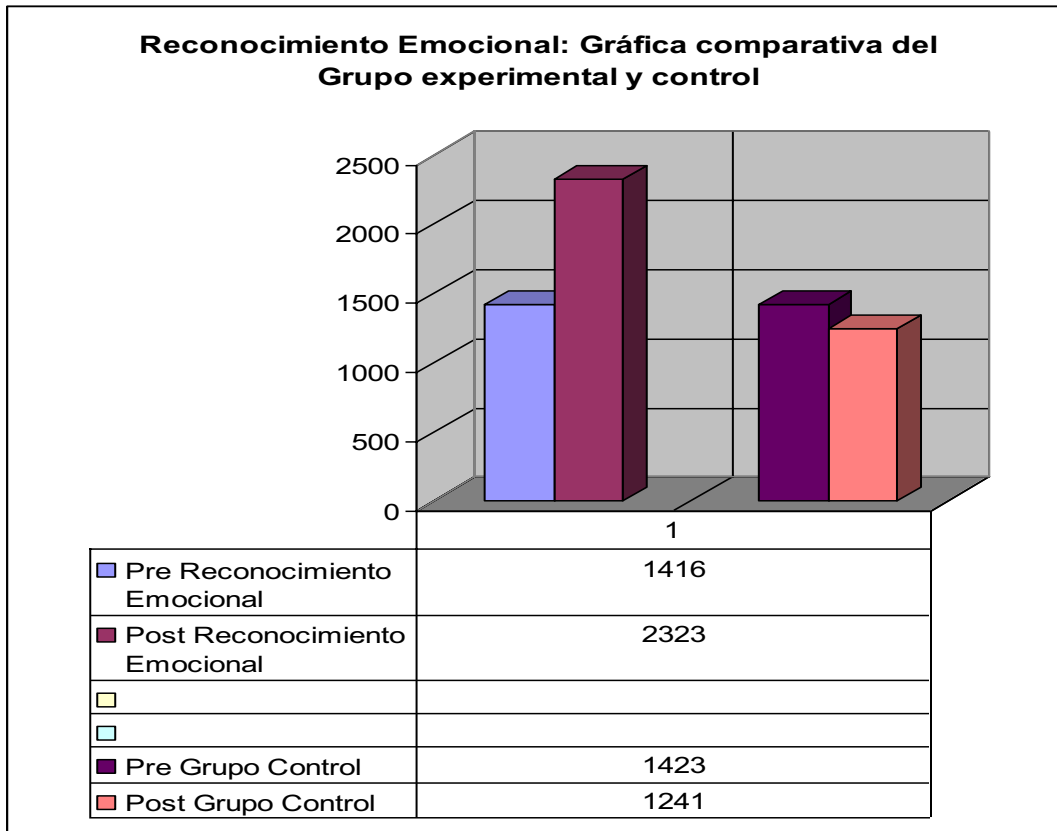


Obteniendo en la Pre aplicación un puntaje total en el grupo control de 1423 y disminuyendo por 182 puntos en la Post aplicación que nos arrojó un total de 1241.

Con esto y en base al análisis realizado con la T de Student en esta área se obtuvo un resultado de $T=3$ y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($3 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 la hipótesis nula de nuestra investigación es aceptada.

A continuación en la gráfica 10 se hace la comparación entre el grupo experimental y el grupo control en ésta área, después de los 7 días del Taller de Terapia Psicocorporal.

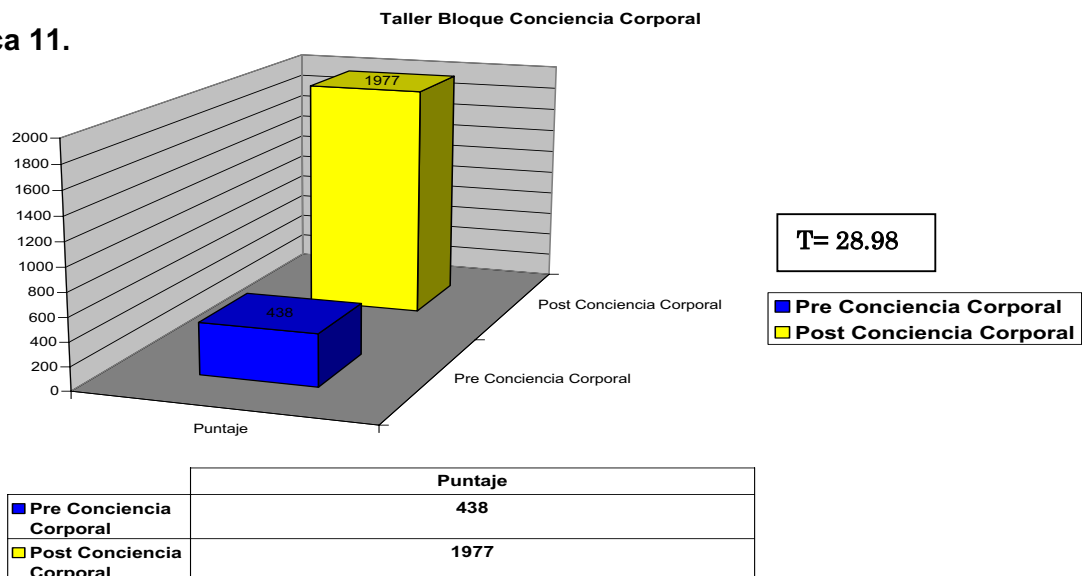
Gráfica 10.



Área de Conciencia Corporal.

Como se muestra en la grafica 11. Al inicio del Taller en relación con esta área se obtuvo un puntaje total de 438 puntos y en su segunda aplicación posterior al Taller de Terapia Psicocorporal, se observa un incremento en cuanto al aprendizaje en esta área obteniendo un puntaje total de 1977. Demostrando con estos resultados que las participantes lograron un aprendizaje gracias al Taller en relación con esta área.

Gráfica 11.

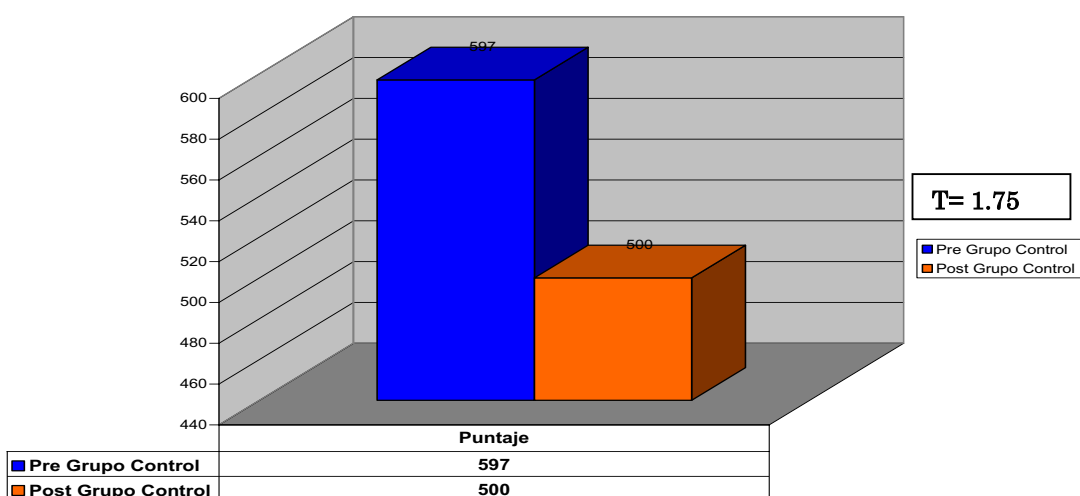


En el análisis realizado con la T de Student en esta área se obtuvo un resultado de $T=28.98$ y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($28.98 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 nuestra hipótesis de investigación que menciona que “El Taller de Terapia Psicocorporal incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años” es aceptada.

Con respecto a esta área en la Pre y Post aplicación en el grupo control se arrojaron los datos que en la gráfica 12 se presentan:

Gráfica 12.

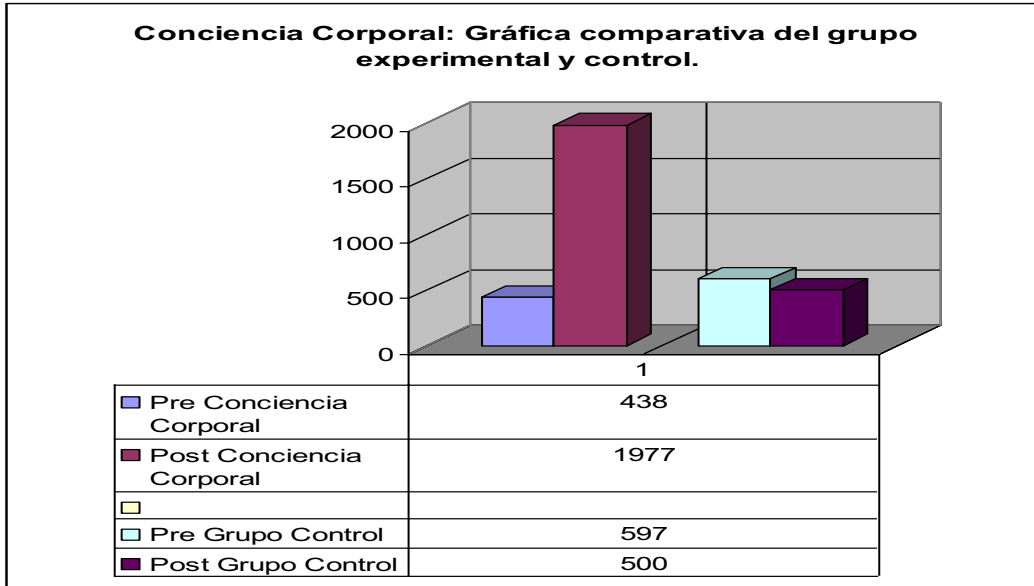
Grafico: Bloque, Conciencia Corporal Para El Grupo Control (Tratamiento Multidisciplinar)



Obteniendo un puntaje total de 597 en comparativa con el puntaje de 500 que arrojo la post aplicación teniendo 97 puntos por debajo de la primera aplicación. Con el análisis realizado de T de Student en esta área se obtuvo un resultado de $T=1.75$ y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($1.75 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 la hipótesis nula antes planteada es aceptada.

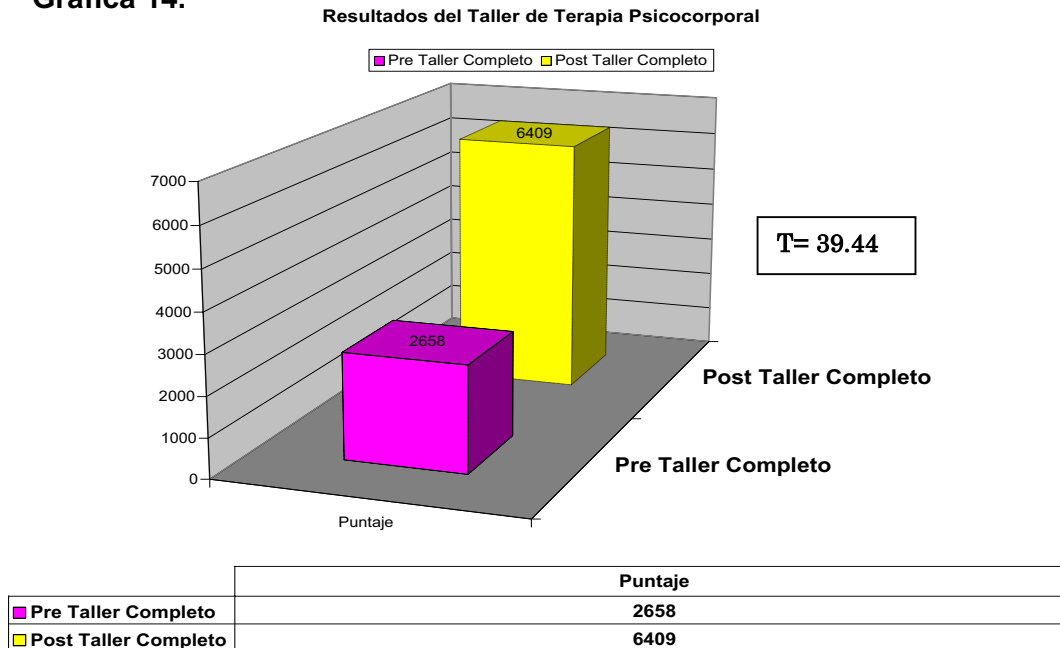
En seguida en la gráfica 13 se muestra una comparativa entre el grupo control y experimental en esta área después de los 7 días de duración del Taller de Terapia Psicocorporal.

Gráfica 13.



Los datos obtenidos por las 3 áreas que se trabajaron en el Taller de Terapia Psicocorporal con el grupo experimental, arrojó los resultados siguientes resultados que se muestran en la gráfica 14 que a continuación se presenta.

Gráfica 14.



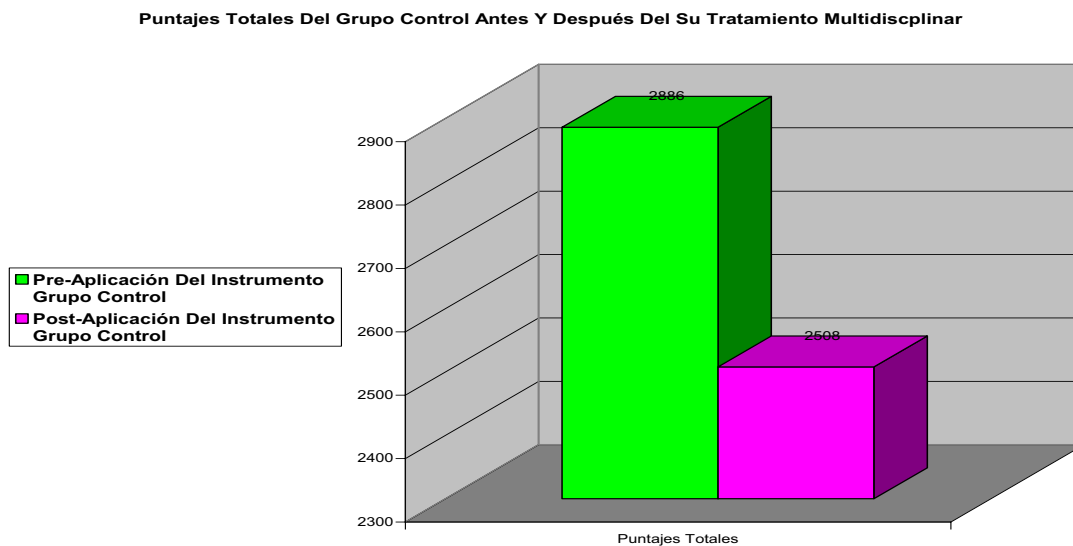
Puntaje total de 2658 en la Pre aplicación uniendo las 3 áreas que se trabajaron en el Taller de Terapia Psicocorporal en el grupo experimental y una puntuación total en la post aplicación de 6409.

El análisis realizado con la T de Student en las 3 áreas del taller se obtuvo un resultado de T=39.44 y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de

nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($39.44 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 nuestra hipótesis de investigaciones que dice “El Taller de Terapia Psicocorporal incrementa la Asertividad, El reconocimiento emocional y la Conciencia Corporal en pacientes con anorexia de entre 17 y 22 años” es aceptada.

El grupo control con relación a toda la prueba arrojo los datos que se visualizan en la gráfica15:

Gráfica 15.



Obteniendo una puntuación total por toda la prueba en una Pre aplicación de 2886 de las participantes que se quedaron en el grupo control, contra un 2508 que arrojo la Post aplicación de la prueba al mismo grupo.

Basándonos en el análisis realizado con la T de Student uniendo las 3 áreas del taller se obtuvo un resultado de $T=5.15$ y la declaración nos dice que, si la T que se obtiene de nuestra prueba en comparación con la tabla de valores seleccionados para T en un nivel de confianza de 0.05 ($5.15 > 1.6706$) es mayor o igual a 1.6706 la hipótesis nula en este caso es aceptada.

Capítulo 6.

Conclusiones.

Podemos concluir gracias a los satisfactorios resultados obtenidos en esta investigación, que el Taller de Terapia Psicocorporal apoya a las pacientes que participaron de entre 17 y 22 años con Anorexia incrementar sus niveles de Asertividad, Reconocimiento Emocional y la Conciencia Corporal, volviéndose con esto más concientes de si mismas y de su entorno.

El taller que se proporcionó a las pacientes con Anorexia fue el desarrollo para su autoconocimiento a nivel vivencial y de conciencia, teniendo gracias a esto una mejor calidad de vida tanto física, mental como espiritual. Y los resultados de este autoconocimiento o levantamiento de conciencia, se vean reflejados en la medida en que las pacientes tengan dentro de su tratamiento Talleres o Terapias de este tipo y mantenerlas concientes siempre de que éste será un trabajo que no solo les beneficiará en su tratamiento sino en todos los aspectos de su vida diaria.

Los conocimientos que adquirieron las pacientes con Anorexia en el Taller de Terapia Psicocorporal fueron realmente benéficos para ellas y realmente muy satisfactorios para mí ya que las pacientes con Anorexia incrementaron su Asertividad y con esto se les facilitó el comunicarse de una mejor manera, hablando sólo en su vivencia personal y enfocándose en hablar sólo de lo que ellas sienten sin predisponer lo que los demás piensen de ellas. Adquirieron habilidades para comunicar lo que piensan en el momento en que el pensamiento se encuentra presente y con esto, evitar que existan sentimientos y/o emociones reprimidas que puedan irse acumulando y sean la causa de más malestares que les impidan salir adelante del trastorno.

También observamos satisfactoriamente que al final del Taller ellas ya eran capaces de poder distinguir y ser concientes de la diferencia entre un miedo y un enojo, o una frustración y tristeza y vimos como su nivel de madurez emocional fue tomando matices de fortaleza y autorreconocimiento de los cuales se podían sostener para como dicen ellas “no dejarse caer tan fácilmente o no volver a lamer el piso”. Fueron concientes de lo que son como personas, lo que desean de ellas mismas y lo que pueden lograr saliendo de la enfermedad.

El área que me costó más trabajo abordar fue la Conciencia Corporal; recordemos que las pacientes con Anorexia viven en constante rechazo hacia su propio cuerpo, hacia el como se miran y como las mira la sociedad.

El trabajo de Conciencia Corporal fue enriquecedor para las pacientes con Anorexia, aprendieron a escuchar, vivir y sentir su cuerpo. Se le brindaron herramientas que no conocían para motivar el amor hacia el cuerpo que es un templo al que deben cuidar y respetar.

6. 1. Sugerencias.

Para próximas investigaciones sobre el tema, propondría que el Taller de Terapia Psicocorporal fuera de un mes y que se trabajara por lo menos 2hr cada 3er día, para un mejor aprovechamiento, ya que si se maneja de manera intensiva las pacientes con Anorexia terminan agotadas y es un lujo que en su condición se puedan dar y que se presionara al Sector Salud para que permitan internar la Terapia Psicocorporal con las pacientes que se tienen en lista y no solo se de para instituciones privadas, como fue en el caso de esta investigación.

6.2. Reflexiones.

Tal vez, esta haya sido sólo una investigación para un proyecto de Tesis, tal vez, esto solo haya servido en este momento para 30 pacientes que sufren el Trastorno de la Anorexia, tal vez... esto se quede archivado por mucho tiempo y se abra de nuevo en algunos años, aunque me encargaré de seguir investigando y proponiendo este tipo de talleres en las Instituciones de Salud Pública que atiendan el padecimiento, iniciar un trabajo con la Terapia Psicocorporal para lograr bajar los índices de mortalidad en las pacientes con Anorexia y pueda contribuir a que las pacientes tengan realmente una vida y una calidad de vida. Porque como citó Hanna Thomas (1979) en alguno de sus libros de Conciencia Corporal "Tenemos una capacidad mucho mayor de lo que creemos. A medida que aprendemos más y más sobre la forma en que el cerebro controla, conserva, repara y protege nuestro cuerpo respetamos más y más esta maravillosa aptitud que tenemos de auto-curarnos. Somos mucho menos dependientes y desvalidos de lo que creemos ser, lo cual equivale a decir que somos mucho más responsables y autónomos de lo que creemos ser." (Thomas, H. 1979)

Cuando me aventuré a preparar un Taller de Terapia Psicocorporal para pacientes con Anorexia no tenía idea alguna de mis alcances con esto y los resultados que tanto ellas como yo obtuvimos para esta investigación me dejan realmente satisfecha. Por ahora, porque tengo la certeza de que si se implementaran este tipo de Terapias para las pacientes con Anorexia en México en el Sector Salud, este trastorno iría en decremento, porque la Terapia Psicocorporal no sólo se enfoca en la sintomatología, ni en las actitudes, ni en

que si la paciente vomita o deja de comer, NO, la Terapia Psicocorporal va más allá, ésta trabaja con el cuerpo y la mente como un conjunto jamás separado, con la CON-CIENCIA y lo escribo así para que se lea realmente el significado de la palabra, ser conciente implica pensar la acción y ponerla en práctica con la plena seguridad de que lo que se haga no dañará a los otros ni a nosotros mismos.

Bibliografía.

- Abou, Shalen; MT, Younis. Y; Karim, L. (1998); Anorexia nervosa in an Arab culture. Int – J – Eat – Disord.
- American Psychiatric Association. (1995); Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales 5ta Edición.
- Argente. J. (1997); Multiple Endocrine Abnormalities of the Growth Hormone and Insulin Like Growth Factor Axis in Patients with Anorexia Nervosa: Effect of short-and-Long-Term. Weight Recuperation. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.
- Baile, J. I. (2005); Vigorexia. Cómo reconocerla y Evitarla. Madrid. Síntesis.
- Baker, E. (1974); Man in the Trap. The causes of Blocked Sexual Energy, Discus Books/ published by Avon, 1a, edición, Estados Unidos.
- Baldes, D. (1979); Spiritual Healing. The power of the gentle touch, Weatherby Woolnough, Wellingborough, Northamptonshire, Gran Bretaña.
- Baravalle, G. Jorge; Carlos H; Vaccarezza Laura, E. (1993); Anorexia. Teoría y Clínica psicoanalítica. Ed. Toray.
- Brennan, Barbara Ann. (1998); Hands of light. A guide to healing through the human energy field, Bantam Books.
- Cappon, J. (1978); El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo, Trillas, México.
- Castanyer, O. y Ortega. E. (2008); ¿Por qué no logro ser asertivo?, Descleé de Brouwer, Madrid.
- Carrobes, J. A. I. (1988); Prologo al libro de V. E. Caballo: Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia, Promolibro.
- Crispo, R; Figueroa, E; y Guelar, D. (1996); Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona, Gedisa.
- Drake, J. (1992); (Trad) Postura sana, Ediciones Roca, México.
- Dychtwald, K. (1983); Cuerpo- mente, Trad. L. Tejada, Lasser Press, 7ª edición.

- Feldenkrais, F. (1977); Awareness through movement. Health exercises for personal growth, Harper & Row, Nueva York.
- Freud, Sigmund, (1986); (Traducción del alemán). Ed. Biblioteca Nueva. Tomo VI. Madrid.
- Gainter, J. (1987); Integración Postural, Ed. Pax-México, Librería Carlos Césarman, S. A. México.
- García Rodríguez, F. (1993): Las adoradas de la delgadez. Anorexia nerviosa. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Garfinkel, P. E. y Garner D. M. (1982): Anorexia Nerviosa: A Multidimensional Perspective. Nueva York, Bruner-Mazel.
- Gill, M. y Rapaport, D. A. Gaitan. (1962); (Trad) Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica. Ed. Pax-México, Librería Carlos Césarman, México.
- Gismero, E. (1996): Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid, España.
- Goleman, D. (1997); La inteligencia emocional. Bantam Books, Madrid.
- Groddeck, G., H. Acevedo. (1983); (Trad) Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos, Paidós, Buenos Aires.
- Gutiérrez- Fisac, Juan. L. Obesidad y nivel socioeconómico. Rev. Medicina clínica (1998).
- Habermas, T. (1989); The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. Intern Jof Eating Disorders.
- Haley, J. (1996); Los síntomas y las relaciones humanas, en. Estrategias psicoterapia. Ed. Toray.
- Hsu, L. K. G: Is weight phobia always necessary for diagnosis of anorexia nervosa? Am. J. Psychiatry. (1993)
- Hsu, L. K. G: Epidemiology of the Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America. (1996)
- Johnson, S. (1985); Characterological transformation. The hard work miracle, W.W. Norton&Company, Nueva York.
- Kuri, H. (1993); Entrevista telefónica con Fernando Ortiz Lachica.
- Kurz, R. y H. Prester. (1976); The body reveals, Harper Row/Quicksilver Books, Nueva York.

- Keleman, S. (1982); The role of the body in thinking and feeling, en. Journal of somatic experience, Vol. 4, Núm. 2, Primavera-verano.
- Keleman, S. (1984); Emotional anatomy, Center Press, Berkeley, California.
- Leites, A. (1977); The modifiers: an additional approach to characterology. Institute for the New Age of Man, Nueva York.
- Lester – RJ. The (dis) embodied self in anorexia nervosa. Soc-Sci-Med. (1997)
- Lewis, R. (1998); Cephalic shock as a variant of the false self personality: a somatic link to the prematurity of Self. Artículo mimeografiado.
- Lowen, A. y L. Lowen. (1977); The way to vibrant health, en: A manual of bioenergetic exercises, Harper & Row, Nueva York.
- Lowen, A. (1985); Narcissism. Denial of the true Self, Collier Books, Nueva York.
- Lucas, A. R: The Eating Disorder “epidemic”: More apparent the real? Pediatric Annals. (1992)
- Marcos. A, Varela. P, Santacruz. I, Muñoz-Vélez, A. Moraolé G. (1993); Nutritional status and immunocompetence in Eating disorders A comparative study. European Journal of Clinical Nutrition.
- Maisel, E. y Volpin, N. (1986); (Trad), Introducción al libro, La resurrección del cuerpo. Selección de textos de F. M. Alexander de E. Maisel, Editorial estaciones, Buenos Aires.
- Martínez-González; M. A. López Arpizu; I. Kearney; J. Kearney; M. Gibney; M. Martínez. (1998); Definition of healthy eating in the Spanish adult population: a national sample in a pan-European survey. Rev. Public. Health, Vol. 2, p.p. 95-101.
- Morandé Lavín, G. (1997); Un peligro llamado anorexia. Ed. Temas de Hoy, Madrid.
- Moreno, J. L. y Waener, D. (1978); (Trad) Psicodrama, Horme, Buenos Aires, 4ª edición.
- Morton, Richard. (1864); Origins of Anorexia nervosa. Pearce, Estados Unidos.

- Navarro, F. (1983); La función muscular en la abreacción terapéutica, en: Energía, carácter y sociedad. Vol. I. Valencia, España.
- Ortiz, F. (1992); El contacto físico en la psicoterapia, en: Revista Intercontinental de psicología y educación, Vol. 5, Núm. 2.
- Ortiz, F. (1993); Presente, pasado y futuro de la terapia psicocorporal en México, en: Oblitas, L., Simposio de Terapia Psicocorporal y Desarrollo Humano, editado por la Universidad Intercontinental.
- Paoli, J. L. (1993); El análisis psicocorporal: exploración del arquetipo a través del cuerpo, en: Oblitas, L., simposio de Terapia Psicocorporal y Desarrollo Humano, editado por la Universidad Intercontinental.
- Pierrakos, J. (1987); Core-energetics, LyfeRythm Publication, Mendocino, California, E. U. A.
- Reich, W. y V. Carfago. (1967); (Trad) Character análisis, 3ª edición, Pocket Books, Nueva York.
- Reich, W. (1973); The impulsive character; a psychoanalytic study of ego pathology, en; Early Writings, Vol. 1, Farrar, Straus and Giroux, Nueva York.
- Reich, W. (1974); Reich speaks of Freud, Farrar, Straus and Giroux, Nueva York.
- Reich W. y Suárez, F. (1990); La función del orgasmo, Paidós, México.
- Rogers – L; Resnick – MD; Mitchell – J. E; Blum – R. (1997); The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. Int-J-Eat-Disord.
- Serna de Pedro, I: Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad. Madrid: Litofinter. (1998)
- Silverman, J. (1987); Robert Whytt 1714-1766, Eight Century limner of anorexia nervosa and bulimia: an essay, en International Journal of Eating disorders, 6, 1, pp. 143-146.
- Tomás, J; Vilaltella, F., Y Bassan, N. (1990): Trastornos de la alimentación; Anorexia, en: Anales de Psiquiatría.
- Tansley, D. (1977); Subtle Body. Essence and Shadow. Thames and Hudson, Londres.
- Trager, M. y Cathy Guadagno. (1987); Trager mentastics. Movement as a way to agelessness, Station Hill Press, Nueva York.

- Toro, J y Vilardell, E. (1989): Anorexia nerviosa. Martínez Roca, Barcelona.
- Toro, J. (1999); El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad, Ariel, Barcelona.
- Thomas, H. (1979); The body of life. Alfred A. Knopf, Nueva York.
- Thompson, J. K. (1990); Body Image Disturbance. Assesment and Treatment, Pergamon, Nueva York.
- Turón, J. V: Fernández, F., Vallejo, J. (1992) Anorexia nerviosa; características demográficas y clínicas en 107 casos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.
- Turón, G. I, J. V. (1996); Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Ed. Masson, Barcelona.
- Way, K. (1996): Anorexia nerviosa. Bulimia. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación. Barcelona Balterra.
- Wiederman, M. W; Pryor, T. (1997); A comparison of ever-married and never-married women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. Int-J-Eat_Disord.
- Wolf, Naomi. (2010); El mito de la belleza. Edit. Salamandra, Barcelona.