



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Autoestima y Trastornos de la Conducta
Alimentaria**

**T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
MARIO ALBERTO PRADO HERNÁNDEZ**

DIRECTORA: DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ

REVISORES:

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO.

DRA. ANGELICA JUAREZ LOYA.

MTRA. PATRICIA GUILERMINA MORENO WONCHEE

LIC. OBDULIA GABRIELA LUGO GARCIA.

Ciudad Universitaria, CDMX, Junio 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a:

Dios por regalarme la dicha de seguir en esta vida. Gracias por darme las fuerzas y permitirme seguir en este mundo.

Mamá, te agradezco de corazón todos tus ejemplos y apoyos. Gracias por todas las herramientas que me brindaste para crecer. Gracias a tus exigencias y regaños, lo logré. Te amo.

Papá, siempre has sido mi ejemplo a seguir, gracias por darme todo y apoyarme; te amo.

A los dos les agradezco y valoro todo su esfuerzo que pusieron desde que nací, recuerden que también este sueño es de ustedes. GRACIAS!!!

Lau, hermana, agradezco tu compañerismo y tu amor. Debo presumir que los mejores recuerdos de mi infancia son a tu lado, gracias por todo. Te amo.

Iván, gracias por el apoyo y por darme esa dopamina y fuerza necesaria para nunca caer. Te amo.

Mis maestros. Gracias a sus enseñanzas, sus clases, exigencias, regaños y paciencia, gracias por brindarme su conocimiento ya que aprendí todo mucho de ustedes, los admiro y les agradezco demasiado.

Y por supuesto a mi asesora, Dra. Gabina gracias por creer en mí y por presionarme con cada detalle y sobre todo agradezco su paciencia y tiempo.

Gracias a ti que te tomaste el tiempo de leer esta tesina, espero también les apasione el tema como a mí y sobre todo aporte algo. Saludos.

Atte. Beto

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Beto', written in a cursive style.

Copyright © 2019 por Mario Alberto Prado Hernández. Todos los derechos reservados.

ÍNDICE

Pág.

Resumen

Abstract

Introducción	1
--------------------	---

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.1.1 Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	4
1.1.2 Antecedentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	9
1.1.3 Concepto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	13
1.1.3.1 Anorexia Nerviosa	14
1.1.3.2 Bulimia Nerviosa	17
1.1.3.3 Trastornos de Atracones	20
1.1.3.4 Pica	23
1.1.3.5 Trastorno de Rumiación	24
1.1.3.6 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimento	25
1.1.3.7 Ortorexia Nerviosa	28
1.1.3.8 Vigorexia	29
1.1.3.9 Ebriorexia	31

1.2 Factores asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.2.1 Factores determinantes para el desarrollo de la enfermedad	32
1.2.2 Influencia de los medios de comunicación	33
1.2.3 Alteraciones de la Conducta Alimentaria	41

1.3 Factores que predisponen, precipitan o perpetúan los TCA

1.3.1 Factores que predisponen a los TCA	44
1.3.2 Factores precipitantes de los TCA	46
1.3.3 Factores perpetuantes de los TCA	47

1.4 Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.4.1 Prevención primaria	50
1.4.2 Prevención secundaria.....	53
1.4.3 Prevención Terciaria	54

1.5 Autoestima

1.5.1 Antecedentes	57
1.5.2 Concepto de Autoestima.....	58
1.5.3 Los niveles de la autoestima.....	60
1.5.4 Relación entre el auto concepto y autoestima.....	62
1.5.5 Relación de la autoestima con los TCA.....	63
1.5.6 Decálogo	65
1.6 Enfoque Gestalt	
1.6.1 Antecedentes	68
1.6.2 Concepto	71
1.6.3 Bases de la Gestalt	72
1.6.4 Fundamentos de la psicoterapia gestáltica	75
1.6.5 Los grandes principios de la Gestalt.	76
1.6.6 Qué es una Gestalt y su formación	77
1.6.7 El contacto	79
1.6.7.1 Tipos de contacto.....	80
1.6.8 El darse cuenta	81
1.6.9 El ciclo de satisfacción de necesidades	83
1.6.10 Los mecanismos neuróticos: cómo se desarrollan	85
1.6.11 Objetivos de la Gestalt	87
Capítulo 2. Intervención	
2.1 Justificación	91
2.2 Objetivo General	93
2.3 Método	93
2.3.1 Población	93
2.3.2 Escenario	93
2.3.3 Material	93
2.3.4 Instrumentos	94
2.3.5 Procedimiento	94
2.3.6 Taller “Viviendo con Alegría.....	94
Cartas descriptivas.....	95-99
Descripción de los ejercicios.....	100-109
Capítulo 3. Conclusiones	
3.1 Conclusiones.....	110
Referencias.....	113-117
Anexos.....	118

Resumen

Los trastornos alimentarios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo a su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera. Los principales trastornos alimenticios en México son la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y la compulsión para comer, también se encuentran la Vigorexia, Ortorexia, Ebriorexia, Trastorno de Rumiación, Trastorno por atracones y Pica, aunque suelen ser no muy comunes, pero existen y no se debe hacer caso omiso a ellos. El conocer de estos temas nos ayudará a prevenir y así ayudar a las personas que padecen la enfermedad o consideran que alguien cercano la padezca. La autoestima es un factor psicosocial que se ha asociado de manera importante con los trastornos de la conducta alimentaria; ya que contribuye al desarrollo de la enfermedad. Es así que uno de los tratamientos para prevenir y tratar los trastornos alimentarios es abordar al aumento de la autoestima, por esta razón, el presente trabajo propone un taller de intervención en apoyo a las personas para prevenir y tratar los trastornos alimentarios.

Palabras clave: Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Autoestima y Terapia Gestalt.

Abstract

Eating disorders occur when a person does not receive the caloric intake that their body requires to function according to their age, height, rhythm of life, and so on. The main eating disorders in Mexico are Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and the compulsion to eat, although there are others such as Vigorexia, Ortorexia, Ebriorexia, Rumination Disorder, Binge Eating Disorder, Pica, and although they are not very common they exist and can't be ignore them. This is because it can be a way to prevent and help people suffering from the disease or consider someone close to them. Self-esteem is a psychosocial factor that has been associated in an important way to eating disorders; since it contributes to the development of the disease. Thus, one of the treatments to prevent and treat eating disorders is to contribute to the increase of self-esteem, for this reason, this work proposes an intervention workshop in support of people to prevent and treat eating disorders.

Keywords: Eating Disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Self-esteem and Gestalt therapy.

Introducción

Algunos de los problemas que enfrentan los adolescentes en México se relacionan con la alimentación, principalmente la obesidad y el sobrepeso y por otro lado se aprecia un aumento en casos de anorexia y bulimia.

Un estudio reciente de la Secretaría de Salud (2017) destacó que existen cerca de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada. Menciona que durante la adolescencia existe un mayor número de riesgo de padecer este trastorno, debido a que en esta etapa todavía se encuentran en formación las estructuras cerebrales, lo que provoca que el joven lleve a cabo conductas impulsivas, no tome en cuenta las consecuencias negativas de ciertas acciones y tenga pobres capacidades de planificación, de juicio y sobre todo de baja tolerancia a la frustración.

Unikel-Santoncini et al. (2006) indican que hasta hace poco los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) eran patologías propias de las mujeres blancas de clase social acomodada y en sociedades occidentales de primer mundo. Hasta las décadas de los 70s y 80s, los estudios en culturas no occidentales parecían apoyar la idea; incluso en la época Medieval, el ayuno era considerado una forma de purificación y sacrificio a Dios, donde la comida era un signo de santidad y el resistirse a la tentación, era considerado un tema valorado.

En 2004, el Centro Nacional de Equidad y Salud Reproductiva (CNESR) documenta casos desde el siglo XVII y gracias a su expansión numérica, territorial y por su relación con los rasgos de la cultura actual, se pueden clasificar como patologías; la anorexia y bulimia, principalmente afectan a millones de personas en todo el mundo; estos trastornos pueden causar desnutrición, afecciones cardíacas e inclusive la muerte; esto hace que sea una enfermedad difícil de tratar, porque las personas que pueden padecer la enfermedad suelen mantenerse ocultos, inclusive ni sus propias amistades o familiares las pueden detectar tan fácilmente. Moreno González & Ortiz Viveros (2009) establece que los TCA constituyen hoy un problema de salud pública, por su creciente incidencia, la gravedad en la

sintomatología asociada, por su resistencia al tratamiento, porque se presenta en edades cada vez más tempranas y porque persisten hasta la edad adulta.

La Asociación Americana de Psicología (2017) establece que existen diversos factores que pueden contribuir al origen y el desarrollo de estos trastornos; algunas veces las personas que los padecen saben que su conducta no es normal, y tienden a retraerse del contacto social, ocultar sus conductas y negar que sus patrones de alimentación son problemáticos.

Un factor importante es el contexto sociocultural, tal y como lo mencionan Crispo, Figueroa y Guelar (1998) el cual premia las figuras delgadas y muestra prejuicios hacia la obesidad. Es de importancia destacar que cuando se habla acerca de un cuerpo ideal o espectacular, no se habla necesariamente de salud o de bienestar, si no de la moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiado según las épocas y es diferente según las sociedades, la moda no es necesariamente sana, puede dañar la salud física y emocional.

Los medios de comunicación, son otro factor que contribuyen a los TCA ya que estamos expuestos a diversos tipos de información: periódicos, televisión, radio, revistas, comerciales, publicidad y actualmente las redes sociales como: Facebook, twitter, Instagram, el Internet etcétera. A este respecto Fernández García (2015) indica que la televisión tardó 13 años en disponer de 50 millones de usuarios, en cambio Facebook, en 9 meses, logró 100 millones de usuarios en todo el mundo, es decir, un crecimiento del 500% en muy poco tiempo.

Salazar Mora (2011) afirma que los medios transmiten diferentes valores, dentro de los cuales se destaca el tener un cuerpo delgado como sinónimo de belleza. En el caso de televisión se transmiten comerciales donde ofrecen diferentes productos para adelgazar; que van desde aparatos para realizar rutinas de ejercicios, fajas, pastillas, dietas etcétera.

Algunas veces los mensajes son contradictorios, como indica Castillo (2006); por una parte el mensaje suele ser de tipo sanitario en el cual se alienta una alimentación saludable; un segundo tipo es el mensaje gastronómico, que serían

todos los alimentos que son moda y mantienen niveles altos de publicidad; y por último el mensaje estético; en donde se destacan las cualidades hipocalóricas, dietéticas o adelgazantes de los productos que responden al mandato social de estar delgado para ser aceptado socialmente, los medios de comunicación de masa se convierten en espejo social que refleja realidades imposibles perseguidas por la sociedad de consumo.

Uno de los factores sobresalientes en los temas más tratados en los TCA es según Palladino (1999) la autoestima, la cual la define como:

“[la autoestima es] un estado mental. Indica que es la manera como cada uno de nosotros se siente y piensa respecto a sí mismo y los demás; y el cual se mide por la manera como se actúa. También se puede definir como un sistema interno de creencias y la manera como experimenta externamente de la vida. La clave de la autoestima elevada es la disposición de hacerse responsable de sus sentimientos, deseos, pensamientos, habilidades e interés, aceptando las fortalezas personales globales y actuando de forma acorde” (p.1).

La Asociación Americana de Psicología (2017) menciona que es importante destacar que un individuo que se encuentre con una autoestima elevada, podría tener menos probabilidad de padecer algún TCA.

El control de los TCA es una de las metas de las políticas en salud pública; se alienta el desarrollo de programas de prevención como una de las principales herramientas para evitar su aparición y evitar futuras complicaciones; por otra parte, cuando los TCA están presentes, se alienta el desarrollo de programas para tratarla y controlarla, con la finalidad de reducir en número de casos.

Capítulo 1

Los trastornos de la conducta alimentaria

1.1 Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

García-Camba (2007) indica que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud, aunque algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años o en la infancia. La Secretaría de Salud (2017) afirma que durante la adolescencia existe cierto riesgo de padecer el trastorno alimentario, debido a que en esa etapa todavía se encuentran en formación las estructuras cerebrales, por lo cual se tiene una pobre capacidad de planificación, juicio y baja tolerancia a la frustración, además de llevar a cabo conductas impulsivas sin considerar los resultados negativos de éstas.

Unikel- Santocini et al. (2010) mencionan que la prevalencia de los TCA a nivel mundial se calcula entre 0.3% y 2.2%, para la Anorexia Nerviosa (AN) un 1-1.5% y para la Bulimia Nerviosa (BN), la incidencia se estima entre 8 y 12 por cada 100,000 habitantes.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5, (APA, 2014) se manifiesta una tasa bruta de mortalidad para la AN de aproximadamente un 5% por década. En cambio para la BN, la tasa de mortalidad es de 2% por década; la muerte se produce por complicaciones médicas a la propia enfermedad o en su caso por suicidio, sin embargo, los casos de los TCA siguen afectando a la población. También el manual indica que la AN aparece en la pubertad, la adolescencia o al inicio de la juventud, es decir, antes de los 9 años o después de los 25 años de edad. Aunque en la actualidad existen casos donde la aparición suele ser muy precoz, entre los 7 y los 12 años de edad. En el caso de la BN su aparición es un poco más tardía, alrededor de los 18 años a 20 años de edad, cabe destacar que un buen número de casos de BN suelen darse en pacientes que han sufrido de AN previamente. La prevalencia para la BN según el Manual DSM-5 (APA, 2014) es de uno a doce meses y tiene una prevalencia mayor entre adolescentes y adultos, ya que el trastorno tiene un pico durante la adolescencia tardía y la edad

adulta temprana. En el caso de la AN su prevalencia es **0,4%**, a 12 meses, entre las mujeres jóvenes, se desconoce la prevalencia en hombres, puesto que también es más común en mujeres que en hombres.

Guerrero Prado et al. (2001) afirman que en Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de los trastornos alimentarios, y más del 90% son mujeres y un 75% son adolescentes; estimándose que la AN y BN afectan a 1,2 millones de mujeres en ese país.

Salazar Mora (2011) indica que la prevalencia de los TCA suele ser escasa, para las investigaciones nacionales sobre los Trastornos Alimenticios; ya que son muy pocas y las que existen son principalmente de tipo descriptivo y no de carácter empírico, lo que complica obtener con exactitud la prevalencia actual de los TCA.

En un estudio reciente de la Secretaria de Salud (2017) destaca que en México cada año se registran cerca de 20 mil casos entre AN y BN, siendo la población de entre 15 años y 19 años de edad la más afectada.

En la actualidad esta enfermedad no solo es del sexo femenino, también los varones pueden padecer de algún tipo de TCA, Crispo, Figueroa & Guelar (1998) indican que “el aumento en los varones con TCA en los últimos 5 años incremento de un 5% a un 10%; lo que hace confirmar que los TCA no tienen nada que ver con la anatomía o fisiología femenina y que esto haga que las mujeres solo puedan padecer dicha patología; reforzando el contexto sociocultural, por la influencia que se tiene para ejercer presión en cualquier individuo, sea hombre o mujer” (p.19).

También los autores refieren que al igual que las mujeres, los hombres pueden desarrollar diferentes sintomatologías, de las cuales se destacan las siguientes:

- Historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; o
- La fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos; y
- La obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, o por socializar etcétera.

Aunque se ha tenido una creencia respecto a estos trastornos, se piensa que existe una mayor frecuencia en población varonil con orientación sexual homosexual; aunque suele haber un número significativo de varones homosexuales con esa patología, no existe evidencia significativa que lo confirme. La afirmación se sustenta en que la cultura no le exige al hombre heterosexual, demasiado cuidado en la presencia física le exige ser fuerte; así que algunos kilos de más no interfieren en su apariencia; a diferencia del mundo homosexual masculino, en donde las apariencias son un valor apreciado, igual que en el mundo femenino, así lo afirman Crispo, Figueroa & Guelar (1998).

Otro grupo de interés, que puede estar expuesto a este trastorno en población varonil son los hombres presionados para mantener un peso fijo por su actividad, mediante la ingesta estricta y controlada como los casos de algunos deportistas bajo entrenamiento intensivo, los corredores de caballos, los fisicoculturistas o los boxeadores, porque de cierta forma son obligados a ubicarse en una categoría inferior a aquella para la cual están físicamente mejor dotados; también los bailarines, ya que se les exige un peso bajo, al igual que los modelos masculinos, cuyas cifras van en aumento en relación con estos trastornos alimenticios Márquez (2008).

También el autor afirma que los deportista, suelen ser más vulnerables a padecer algún tipo de TCA, esto por la naturaleza de la disciplina deportiva, los reglamentos deportivos, la frecuencia de entrenamientos, la carga de entrenamiento, la restricción alimentaria, la sub-cultura ligada a la disciplina deportiva, las lesiones, el sobre entrenamiento o el comportamiento del entrenador; el ideal a menudo implica la pérdida de peso o el aumento a la grasa corporal, lo que puede precipitar algún tipo de TCA en el deportista que tiene predisposición a padecerlo o incluso puede exacerbar uno ya existente; esto es, puede precipitar la enfermedad, empeorar la patología o bien legitimarla, haciendo para los deportistas más fácil el sufrirla y ocultarla, con lo cual hace más complicada su identificación y sobre todo su tratamiento.

Unikel-Santoncini et al. (2006) indican que hoy en día no se debe descartar que los hombres puedan padecer un TCA, ya que actualmente presentan una prevalencia de 3 o más indicadores de riesgo, y un **4%** con diferencias significativas en el año 2000; el aumento de un **5%** por preocupación a engordar, un aumento de **6%** a **12%** el uso de métodos purgativos, en métodos restrictivos de **11 a 12%** y los atracones de **3 a 7%**; mientras disminuyó en sobrestimación del peso corporal de **18 a 11%**.

En el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2016) se reveló que los Trastornos Alimentarios aumentaron **300%** en México, durante los últimos 20 años, así como un 95% de los casos de AN y BN y destacó que se desarrollan a partir de hacer una dieta estricta y mencionó que un 90% de las personas con estos padecimientos son mujeres; también detalla que las adolescentes mujeres entre 12 y 19 años presentan una mayor prevalencia de todos los trastornos del comportamiento alimentario.

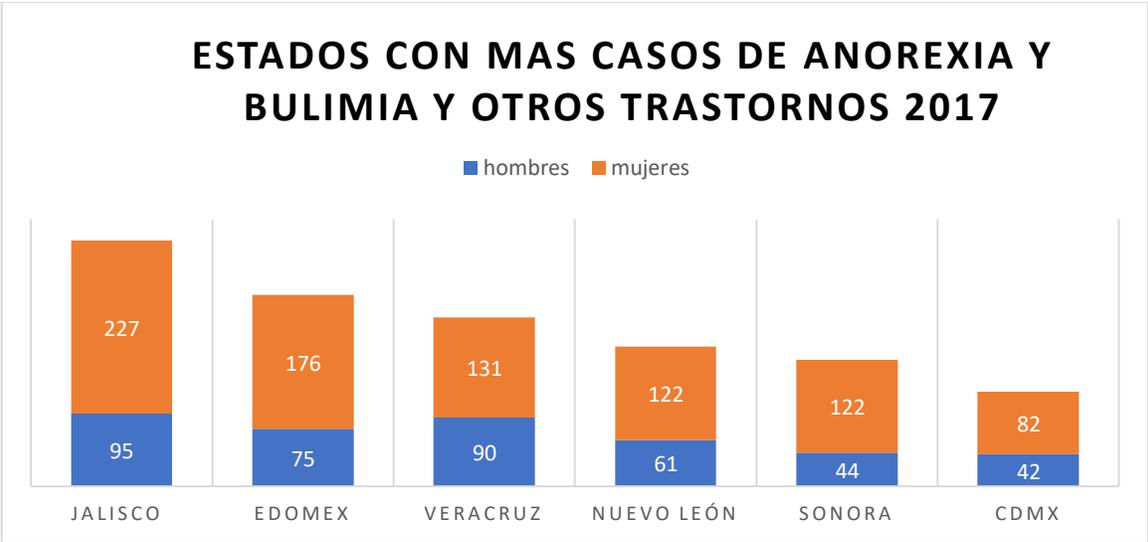
En la encuesta Mexicana de salud mental adolescente (2008, cit. en Unikel-Santoncini et al., 2010), llevada a cabo en la Ciudad de México, reportó **0.2%** de crecimiento en la AN y **0.9%** en la BN en población femenina, en una muestra representativa de 3,005 adolescentes de entre 12 y 19 años de edad con un hogar fijo.

El CEAMEG (2016) en conjunto con la Secretaría de Salud (2017) establecen que cada año se registran 20 mil casos de TCA en adolescentes y las conductas alimentarias de riesgo que se presentan en esta población son: preocupación por engordar, el comer demasiado y perder el control sobre lo que se ingiere. En cambio, en población universitaria, entre **19 y 30%** de las mujeres presentan algún tipo de TCA, debido a la obsesión sobre su imagen corporal, sin presentar la totalidad de síntomas.

En el año 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016) menciona que **25%** de las mujeres encuestadas entre 15 y 18 años dejaron de comer por 12 horas, por miedo a engordar y en la población varonil, 1 de cada 10 alumnos hombres de bachillerato recurren al ayuno como método para controlar la obesidad o el

sobrepeso. También se destaca que **11.3%** de las mujeres y el **6.2%** de hombres, han tomado diuréticos para perder peso, mientras **13.5%** de las mujeres y **7%** de los varones mantienen prácticas bulímicas para perder peso.

En la **Gráfica 1**, tomada de Barragán (2017), se muestra la epidemiología en México de los TCA. El primer estado con el mayor número de casos de AN y BN durante el año 2017, fue Jalisco con 322 casos, de los cuales 95 son varones y 227 son mujeres; el segundo, está el Estado de México con 251, de los cuales 75 son varones y 176 mujeres, el tercero es Veracruz con 221 casos de los cuales 90 son varones y 131 mujeres; lo que es importante resaltar es que en el año 2016, la entidad de Veracruz registró 145 casos de anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios, esto es, 76 menos que en el 2017, lo que representó un incremento del 34.3% entre un año y otro. El cuarto, es el estado de Nuevo León, con 184 casos de los cuales 61 son varones y 122 mujeres; el quinto Sonora, con 166 de los cuales 44 son varones y 122 mujeres y para concluir la Ciudad de México, se ubica en el sexto, con 124 casos, de los cuales 42 son varones y 82 mujeres.



Gráfica 1. Estados con más casos de Anorexia y Bulimia y otros trastornos. Tomado de Barragán (2017).

1.1.2. Antecedentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA, son patologías que comenzaron a ser estudiadas desde la década de los 40s. Gordon (1994, cit. en Martín Llaguno, 2010) menciona que los TCA eran destacados como extraños y existían muy pocos artículos relacionados con la enfermedad. En los años 70s, en EEUU, comenzaron los primeros artículos científicos sobre los TCA, pero no fue hasta los años 80s, donde la prevalencia en el mundo occidental, comenzó a presentar múltiples complicaciones médicas internacionales en problemas de alimentación, hasta el punto donde en el año 1982 inicio el *International Journal of Eating Disorders*, centrado exclusivamente en discusiones sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Viserda (2015) indica que en el año 1694 apareció la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa. Esta se le atribuyó al médico inglés Richard Morton y fue nombrada como una perturbación del sistema nervioso, del mismo tipo que la tristeza y la ansiedad, que llevaba a una degeneración corporal y la denominó consunción nerviosa, él mismo describió la anorexia nerviosa en un hombre de 16 años de edad.

Chinchilla Moreno (2003) establece que los TCA han variado a través del tiempo, ya que dependen de ciertos factores, como es la cultura, su frecuencia y caracterización, por ejemplo, en ciertas culturas, el ayuno en breves periodos se considera un ritual, mientras en otras religiones del Oriente, es motivado espiritualmente como una forma de autocontrol del hambre. En la civilización occidental, en la religión cristiana la cual era más destacada durante la Edad Media, se encuentran numerosas descripciones de mujeres jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo del alimento, estas conductas se consideraban como un signo de elección divina e incluso de posesión demoniaca ya que era un gran motivo para conducir las a la hoguera.

Por otra parte Toro (1996, p.20) menciona que “la carne debía ser dominada y el espíritu debía triunfar” esto porque el ayuno religioso se trataba de una penitencia,

por una parte una forma de agradecer a Dios por su poder, y por otra una forma de pagarle como sacrificio y a su vez como un medio para elevar el espíritu a un estado superior, es por eso que el ayuno se consideraba una forma de limpiar el cuerpo y preparar el alma para su encuentro con Dios.

El ayuno se presentaba como una forma de purificación y sacrificio a Dios en el periodo medieval, Brusset y Saenz (2003 cit. en Viserda, 2015) Indican que estar sin comer era considerado un signo de santidad y el resistirse a la tentación era una conducta valorada. Mientras los monjes ayunaban para purificarse frente a las tentaciones del mundo, la mujer lo hacía para liberarse de su propio cuerpo, considerado por el pensamiento cristiano como el verdadero origen del pecado. El ayuno religioso nuevamente era considerado el medio para obtener la gracia, el perdón, la iluminación mística pero, sobre todo, la identificación con Dios.

En el siglo X la historia de las santas católicas y los casos de ayuno eran un tema muy común, así Viserda (2015) menciona el caso de la hija de un rey de Portugal llamada “Santa Wilgefortis”; una joven mártir portuguesa que rechazaba los alimentos que le ofrecían, el objetivo de ella era simplemente ayunar y aun así se le forzaba a comer, pero ella lo vomitaba de manera inmediata, todo con el fin de negarse al matrimonio. La rebeldía presentada por la mujer en la Edad Media, era imperdonable. Es por eso que la Santa le suplicó al Señor que le privara de toda belleza en orden de preservar su virginidad y para ahuyentar la atención de los hombres. En Europa fue adoptada como “Santa Patrona” por aquellas mujeres que deseaban verse liberadas de aquella atención masculina.

Toro (1996) señala que, en el siglo XVII, los avances de la ciencia lograron que las mujeres ayunadoras captaran la atención de los médicos. Estos querían comprobar si la supervivencia sin alimento se debía al milagro de Dios o si la obra demoniaca era cierta o posible. Fue en estos momentos cuando se determinaron síntomas y conductas que todas estas mujeres podían tener en común.

En el año 1873 el psiquiatra francés Ernest Charles Lasegue (cit. en Toro, 1996) publicó un tratado sobre la enfermedad, nombrándolo “Anorexia Histérica” la definió como una histeria o trastorno nervioso asociado a un trastorno digestivo.

Charles (1996) estudió varios casos y una de sus primeras características fue la posición socioeconómica y la relación familiar, ya que todas las mujeres estudiadas en los casos pertenecían a familias de nivel económico lo suficientemente alto como para invertir en ellas los recursos necesarios para que su enfermedad fuera tratada.

Entre otras características en común fueron: la edad, entre los 15 y 20 años y fueron relacionadas con las emociones, debido a la transición a la vida adulta. Charles (1873, op. cit. en Toro, 1996) estudió ampliamente la psicopatología del trastorno, su evolución la dividió en tres fases comunes. En la primera fase, la chica se restringía voluntariamente el consumo de alimentos y aumentaba su actividad física; en la segunda fase, se producía un empeoramiento del estado mental de la paciente y, por último, en la tercera fase se producía un adelgazamiento y deterioro físico evidentes acompañados de otros síntomas somatológicos como amenorrea, piel pálida y seca, anemia, vértigo y desmayos.

Chinchilla Moreno (2003) indica que, en el año 1961, la psiquiatra y psicoanalista alemana Hilde Bruch describió la distorsión de la imagen corporal como otro síntoma de la anorexia nerviosa y que en la actualidad está incluido en los criterios diagnósticos de la enfermedad. En ese mismo siglo los trastornos alimenticios fueron considerados patologías femeninas, por su prevalencia en mujeres jóvenes.

García et al. (2014) en el año de 1980, indica que se agregó la definición de la AN en el DSM-III, vigente en aquella época. Las creencias culturales y actitudes han sido identificadas como factores que contribuyen al desarrollo de los TCA; estos trastornos varían entre diferentes grupos raciales y étnicos, y también cambian a través del tiempo. Mientras en algunas culturas el tener un cuerpo redondeado puede ser considerado atractivo, en otras el tener un cuerpo delgado es lo atractivo.

Este sinónimo de atractivo fue determinado hasta finales del siglo XIX, conlleva varias hipótesis, según Toro (1996) las muchachas ayunadoras siempre sintieron

miedo a engordar, pero nunca quedó manifestado en la literatura médica, debido a que los médicos no preguntaban a las pacientes por su estado psicológico y ellas no compartían sus motivos por considerarlos íntimos y por la negación de enfermedad característica de la anorexia nerviosa.

Es importante destacar que no solamente existían mujeres ayunadoras, también existieron algunos hombres practicantes del ayuno. (op. cit. 1996) menciona como ejemplo al poeta inglés Lord Byron, quien vivió entre finales del siglo XVII y principios del siglo XIX, tras ser un adolescente obeso, restringió exageradamente su alimentación y practicó intenso ejercicio físico, hasta convertirse en ejemplo a seguir para las adolescentes de aquella época; otro ejemplo fue el escritor austrohúngaro Franz Kafka, quien vivió un siglo más tarde que Lord Byron, entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Kafka se describía a sí mismo como el hombre más delgado, llevaba una dieta excesivamente restrictiva y practicaba intenso ejercicio físico; con tal de mantenerse delgado. En 1987, Manfred M. Fichter, del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Munich, publicó un trabajo titulado: *La anorexia de Franz Kafka*, el cual despertó una notable curiosidad tanto en medios profesionales como literarios ya que la idea de la anorexia de Kafka partió de su relato: “Un artista del hambre”, publicado en el año 1922. Su traducción francesa lleva un título más sugerente; “Un campeón del ayuno”, en él se cuenta, de una forma embellecida, la historia de su propia atracción Toro (1996).

Cabe detallar que en la antigüedad el ayuno no siempre ha sido interpretado como un síntoma de enfermedad o trastorno, sino más bien como un tipo de conducta religiosa (Bynum, 1987 cit. en García et al. (2014). De cierta forma el desarrollo cultural y social de épocas anteriores no había avanzado lo suficiente para llegar a la interpretación de enfermedad, pero indica que aún en la actualidad cierto tipo de ayuno es considerado como una conducta religiosa, siendo un ejemplo el ayuno parcial de los días anteriores a la Semana Santa, en la religión cristiana.

La historia del vómito, no era como un síntoma específico de la Bulimia Nerviosa, como se conoce actualmente, pero claro que existían los vómitos. Sevilla (2016) mencionan que en casa de Vitii, un ciudadano de Pompeya, existía un lugar

preeminente denominado el “*vomitario*”, lugar en el cual los romanos intentaban hacer más espacio en los estómagos repletos para prolongar sus orgías y bacanales. Así que el acto de vomitar, se llevaba a cabo con el beneplácito por las personas que acudían al banquete, y no con el objetivo de no querer engordar o por consideraciones estéticas como en la bulimia nerviosa; vomitar era parte de un ritual de excesos.

En la actualidad, el ideal ya no es un Dios religioso, Isolletta (2009, cit. en Viserda, 2015) afirma que existe una ofrenda del cuerpo a un Dios particular, un dios que también proviene del imaginario colectivo, el ideal de perfección y de control. Así que hoy en día la AN no aspira a ninguna santidad; aunque si existe una profunda voluntad idealizada.

En la actualidad los trastornos alimenticios pueden presentarse en cualquier tipo de persona, sin importar edad, sexo, religión o incluso clase social.

1.1.3 Concepto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Méndez et al. (2008) señalan que los TCA son:

“[TCA] son alteraciones específicas y severas en la ingesta de alimentos, las personas que padecen esta enfermedad tienen una alimentación deficiente, es decir, no recibe los nutrientes suficientes que su cuerpo requiere para funcionar, de acuerdo a su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera; estas personas se pueden caracterizar por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta de un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica” (p.580).

García (1996, cit. en Hernández et al., 2010) y Méndez et al. (2008) refieren que los TCA son alteraciones en la ingesta de alimentos y estos pueden llegar hacer un síndrome en la vida de las personas, impidiéndoles que se integren de manera adecuada a sus actividades, ya que afectan diferentes áreas de la vida: social, familiar, interpersonal, escolar e incluso laboral y su relación consigo mismo. Para considerarlas TCA deben descartar explicaciones del tipo orgánico, como son tumores o algunas alteraciones endocrinas.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM-IV-TR (APA, 2002, p.553.) define a los trastornos alimenticios como “alteraciones graves de la conducta alimentaria, considerando trastornos específicos como son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Donde lo que se busca es obtener una figura delgada”.

En conclusión, para Lora-Cortes & Saucedo-Molina (2006) los TCA son un conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación tanto biológica, psicológica y sociocultural, todas estas vinculadas a la ingestión de alimentos. En estos trastornos, se involucran también diferentes emociones y sentimientos negativos hacia el tamaño y la forma de su cuerpo y esto a su vez obliga al individuo a buscar diferentes alternativas para poder llegar a un objetivo, que sería el tener un cuerpo perfecto o una figura ideal, donde solo el sujeto sabe cuál sería el ideal.

El manual DSM IV-TR (APA, 2002) comprende a los TCA en tres categorías diagnósticas: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de la conducta alimentaria no especificada (TANE). Mientras tanto el nuevo DSM-5, (APA, 2014) especifica además de los anteriores, otros, como son: Pica, Rumiación, Trastorno por atracón, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Conceptos y criterios diagnósticos de cada trastorno.

1.1.3.1 Anorexia Nerviosa (AN)

Harrison y Cantor (1997, cit. en Salazar Mora, 2009) menciona que:

“[La anorexia nerviosa es] un trastorno grave que se caracteriza por la persecución de la delgadez a tal punto que puede llevar incluso a la muerte por inanición. Las personas afectadas muestran una constante insatisfacción y molestia de su imagen corporal; lo que conlleva a un miedo intenso por ganar peso (que no disminuye con la pérdida de este) y una imagen corporal distorsionada, es decir, cuando están extremadamente delgadas se siguen viendo gordas” (p.69).

García Camba (2007) indica que los pacientes que padecen este trastorno se imponen una dieta rigurosa con restricción de alimentos con alto contenido calórico. También presentan una preocupación constante por su peso, modifica el ritmo de sus comidas y lleva a cabo una serie de conductas rígidas para adelgazar, entre las que destaca la provocación del vomito.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) indica que existen a la vez dos formas en la que AN puede presentarse:

- a) **RestRICTIVA:** durante el episodio de AN, la persona no presenta ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vomito auto inducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).
- b) **Bulímica:** durante el episodio de AN, la persona si presenta ciclos de atracones y/ o purgas (por ejemplo, vomito auto inducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Criterios diagnósticos a considerar para la AN según el DSM-5, (APA, 2014, p.191).

a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

c) Alteraciones en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante el periodo continuando, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamientos que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC > 17 kg/m

Grave: IMC 15-15,99 kg/m

Moderado: IMC 16-Q6,99 kg/m

Extremo: IMC < 15 kg/m

El DSM-5 (APA, 2014) indica sobre el desarrollo que tiene la AN, comienza durante la adolescencia o la edad adulta temprana, la prevalencia de los hombres es mucho menos común, la población clínica es de 10:1. El curso de la AN es muy variable; ya que muchos pueden tener una recuperación completa, después de un solo episodio, en cambio otros muestran un patrón fluctuante de aumento de peso y algunos muestran un estado crónico por muchos años. La gran mayoría muere por complicaciones médicas asociadas a la enfermedad y otros por suicidio. La tasa bruta de mortalidad de la Anorexia Nerviosa es de 5% por década.

1.1.3.2 Bulimia Nerviosa (BN)

La APA (2002) especifica que la BN:

“[BN] se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Al igual que la AN se encuentra alterada la percepción de la forma y el peso corporal” (pp.559).

Las alteraciones del comportamiento en la Bulimia Nerviosa tienen ciertas características especiales que la diferencian de la Anorexia, como es la sintomatología, esta se marca por los episodios recurrentes de ingesta voraz durante los cuales el paciente pierde totalmente el control. García Camba (2007) indica que los episodios bulímicos suelen darse por la tarde, incluyen todo tipo de alimentos, aunque se ha demostrado que los pacientes tienden a ingerir alimentos considerados tabú, como pasteles, chocolates, dulces y comida chatarra.

La clasificación según la APA (2002) es: de carácter purgativo: donde la persona se embarca regularmente en vómitos auto inducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos. Y de tipo no purgativos: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio en exceso, pero no se embarcan en vómitos auto inducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

Las características diagnosticas a considerar para la Bulimia Nerviosa (BN) según él DSM-5 (APA, 2014, p.193) son:

- a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 1. Ingestión, en periodo determinado (p.ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

- b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

El DSM-5 (APA, 2014) indica que la Bulimia Nerviosa tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Los atracones frecuentemente inician durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios

acontecimientos estresantes puede precipitar la presencia de BN. El cambio de bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (de 10 a 15%). Los individuos que experimentan estos cambios pueden volver a tener bulimia nerviosa o tener varios cambios de dichos trastornos.

En el **Cuadro 1** se muestran éstas diferencias entre AN y la BN desde la perspectiva de Familianova Schola (2016).

Cuadro 1. Características entre los trastornos anoréxico y bulímico

ANOREXIA	BULIMIA
<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia antes • Dieta restrictiva • Pérdida de peso • Constancia en la pérdida de peso • Mayor nivel de actividad • amenorrea • Complicaciones médicas crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia más tarde • Dieta variable • Menor pérdida de peso • Variaciones de peso (aumentos y perdidas) • Amenorrea 50% • Complicaciones médicas agudas

Tomado de Familianova Schola (2016, p.2).

- En el caso de los pacientes que padecen anorexia, la imagen corporal es completamente distorsionada, mientras que en los pacientes con bulimia no siempre se encuentra presente esta distorsión.
- Esta distorsión en los pacientes con anorexia provoca un fuerte rechazo al mantenimiento de un peso ponderal normal en función de su edad y talla, mientras que los pacientes con bulimia acostumbran a mantener un peso normativo o una tendencia al sobrepeso.
- En los pacientes con bulimia se pone de manifiesto la presencia periódica y recurrente de pérdida de control de la conducta alimentaria, con ingestas compulsivas vividas de forma insatisfactorias. Esta diferencia conceptual no es tan clara a la práctica, pues la ingesta compulsiva observada en los bulímicos, aunque en menor grado de frecuencia, también está presente en el subtipo de anorexia purgativa/compulsiva. En relación con esto último es conveniente resaltar que en la anorexia purgativa el vómito se produce tras haber comido de forma inusual, pero sin llegar a la sobre ingesta de la bulimia.

- Existe un cierto porcentaje de pacientes con anorexia los cuales su evolución clínica los lleva a intercalar fases de bulimia. Este factor hace que algunos autores consideren la posibilidad de un conjunto entre anorexia y bulimia bajo la denominación común de “bulimarexia”.

Es importante tener esa diferencia diagnóstica entre las dos patologías (Anorexia y Bulimia) ya que con ello se considera la evolución que puede seguir estas enfermedades, así como las medidas terapéuticas a aplicar. Para un mejor tratamiento y prevención.

García-Camba (2007) indica que no es raro que los pacientes que padecen Anorexia o Bulimia alternen a lo largo de su evolución, rasgos de uno u otro.

1.3.3 Trastornos de Atracones

La APA (2014) refiere que el trastorno de atracones se puede producir en personas de peso normal o sobrepeso, y también en personas con obesidad. Ya que se ha asociado con mayor frecuencia con personas sobrepeso y la obesidad. Sin embargo se debe indicar que el trastorno de atracones es muy diferente de la obesidad. Esto porque la mayoría de las personas con obesidad no tienen atracones recurrentes; se destaca también que las personas que padecen el trastorno consumen un mayor número de calorías y presentan mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, malestar subjetivo y comorbilidad psiquiátrica a diferencia de las personas que tienen obesidad únicamente.

El trastorno por atracón, es un cuadro caracterizado por atiborramiento de comida de manera recurrente sin las características compensatorias propias de la Bulimia Nerviosa.

APA (2014) indica una diferencia entre el Trastorno de Atracón y el sobrepeso y la obesidad, como se mostraba anteriormente. Como primera diferencia, los niveles de sobrevaloración del peso y la constitución corporal son más elevados en las personas obesas con el trastorno que en aquellas sin el trastorno. Como segunda diferencia, las tasas de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre las personas obesas con el trastorno que entre las que no lo presentan. Y

como tercera diferencia, los resultados satisfactorios a largo plazo de los tratamientos psicológicos basados en datos científicos, para el trastorno de atracones contrastan con la ausencia de tratamientos eficaces a largo plazo en la obesidad.

Diagnóstico para el Trastorno de Atracones según el DSM-5 (APA, 2014, p.194)

- a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej. Dentro de un periodo cualquiera de 2 horas)
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de los que se ingiere).
- b) Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente
 - 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- c) Malestar intenso respecto a los atracones.
- d) Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- e) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificar si:

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

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

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

La APA (2014) menciona que existe un diagnóstico diferencial para el Trastorno de Atracones y la Bulimia Nerviosa; ya que comparten la característica de los atracones recurrentes, pero este difiere de ella en otros aspectos fundamentales. En lo que se refiere a la presentación clínica, el comportamiento compensatorio recurrente inapropiado (por ejemplo, purgas, ejercicios dirigidos, etcétera) que se pueden observar en la BN, está ausente en el Trastorno de Atracones. Los individuos con Trastorno de Atracones no suelen restringir intensa o sustancialmente la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre los episodios de atracones. Pueden, sin embargo, referir intentos frecuentes de hacer régimen. El Trastorno de Atracones también difiere de la BN en cuanto a su respuesta al tratamiento. Las tasas de mejoría son mayores entre los individuos con trastorno de atracones que entre los que padecen BN.

1.1.3.4 Pica

Es un nuevo trastorno que aparece en el Manual DSM 5; la APA (2014) lo define como:

“[Pica] el deseo compulsivo de comer sustancias no comestibles por un periodo mayor a un mes, sin aversión a la comida. Se manifiesta por la ingesta persistente y compulsiva de sustancias no comestibles. Las sustancias que no son alimentos y se consumen con mayor frecuencia durante la pica son: tierra

o arcilla, almidón de la lavandería, sin embargo, pueden ser ingeridos una variedad muy caprichosa de artículos alimenticios o no, como es el papel, fósforos quemados, pelo, piedras, arena, carbón, hollín, ceniza de cigarro, bolas de naftalina, tabletas de antiácidos, leche de magnesio, bicarbonato de sodio, pasta de dientes, papas crudas, jabón, tiza, etcétera” (pp.189).

López, Ortega Soler y Pita de Martín de Portela (2004) mencionan que el término Pica proviene del vocablo latino para denominar a la urraca o magpie, ave perteneciente a la familia del cuervo, cuyo nombre científico es *pica pica*. La urraca es conocida por su apetito voraz, y por comer o tratar de comer un amplio rango de sustancias, incluyendo también varios que no son alimentos.

Viguria Padilla y Miján de la Torre (2006) establecen que este trastorno es más frecuente en niños normales y desnutridos, durante el embarazo, en personas con discapacidad intelectual, autismo y trastorno del desarrollo, enfermos mentales entre otros.

A lo largo del tiempo han existido varios términos para referirse a esta práctica: picacia, pellacia, pseudorexía, geomanía, hapsicoria, todos referidos con diferentes grados de especificidad al apetito y descontrolado por sustancias no comestibles.

Criterios diagnósticos para el Pica según el DSM-5 (APA, 2014,p.189)

- a) Ingestión persiste de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes.
- b) La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- c) El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- d) Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p.ej., discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Especificar si:

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

1.1.3.5 Trastorno de Rumiación

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) indica que este trastorno consiste en la regurgitación repetida de comida del estómago a la boca, de donde es expulsada o masticada indefinidamente. Estas personas suelen presentar desnutrición, detención del crecimiento e incluso puede llegar a la muerte.

Criterios diagnósticos descritos en el DSM-5 (APA, 2014, p.189)

- a) Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- b) La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (por ejemplo, reflujo esofágico, estenosis pilórica).
- c) El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones o el trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos.
- d) Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno en rumiación, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

1.1.3.6 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimento

La APA (2014) refiere que este trastorno sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez que se indicaba en el DSM-IV. La evitación o restricción de la comida o su falta de interés por alimentarse se produce con frecuencia en la primera infancia y puede persistir en la edad adulta.

Aunque no existe una relación que indique que las personas que sufrieron o sufren de este padecimiento de un inicio a un trastorno de la conducta alimentaria.

Criterios diagnósticos para Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos según el DSM-5 (APA, 2014, p.191).

a) Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (por ejemplo, falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

b) El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

c) El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

d) El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) indica un **trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE)** y este refiere a los trastornos que no cumplen los criterios

para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, pero sin duda representan una alteración de la conducta alimentaria. Algunos ejemplos serían, (p.564).

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de las conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vomito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Los rasgos centrales para cada categoría de los trastornos de la alimentación, como son: la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la conducta alimentaria no especificada, Crispo et al. (1998) indica que su base es una preocupación extrema por el peso y la forma corporal y la realización de prácticas reiterativas para el control del peso. Así que el mantenimiento del peso corporal es bajo, por ejemplo, está presente en la AN del subtipo restrictivo (ANr) y puede estarlo en los TANE. Sin embargo, los atracones son características de la BN y pueden o no estar presentes en los TANE. Las personas que mantienen un peso corporal bajo y tienen conductas bulímicas son consideradas anoréxicas de subtipo bulímico (AN-b).

En el siguiente **cuadro 2**, se observan los rasgos centrales característicos presentes tanto en la AN, BN, TANE descrito por Crispo et al. (1998).

Cuadro 2. Rasgos centrales presentes en los trastornos de la alimentación:

Rasgo característico	Anorexia Nerviosa		BN	TANE
	ANr subtipo restrictivo	ANb subtipo bulímico	Bulimia nerviosa	TCA no especificado
Preocupación extrema por el peso	Presente	Presente	Presente	Presente
Prácticas de control de peso.	Presente	Presente	Presente	Presente
Mantenimiento de peso corporal bajo.	Presente	Presente	Ausente	Puede estar presente.
Episodios de atracones.	Ausente	Presente	Presente	Puede estar presente

Tomado de: Crispo, Figueroa & Guelar (1998:19).

Existen algunos trastornos, que en la actualidad no están especificados en ningún manual del DSM (APA, 2002). Considero importante mencionarlos, se encuentra la Ortorexia Nerviosa, Vigorexia y la Ebriorexia, las cuales se describen a continuación:

1.1.3.7 Ortorexia Nerviosa (ON)

Garcia et. al. (2014) menciona que la Ortorexia Nerviosa (ON) fue descrita por Steven Bratman en 1997; la caracterizo como la obsesión patológica de la comida biológicamente pura lo que lleva a importantes restricciones alimentarias. Las personas que padecen ortorexia excluyen de su dieta alimentos que consideren impuros por llevar herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales y se preocupan en exceso por las técnicas y materiales empleados en la elaboración de los alimentos.

El término ortorexia se produce a partir de “ortho”, que significa: preciso, derecho, correcto y “orexia”: apetencia. Así que ortorexia se puede entender como “apetito correcto”.

Entre los síntomas más característicos de la enfermedad son:

- Preocupación excesiva por la calidad de lo que se come más que por el placer y la necesidad de comer.
- Aumento en la calidad de la dieta mientras disminuye la calidad de vida.
- Planificar comidas, durante más de 3 horas al día, incluyendo el tiempo que dedican para cocinar y comprar los alimentos. (e implica que se tengan que desplazar para conseguir ciertos alimentos como son: ecológicos, de importación, puros, sin aditivos, etc.). Son estrictos con sus hábitos alimenticios lo que resulta un aumento de autoestima y un gran placer.

García et. al. (2014) también mencionan que los medios de comunicación juegan un papel fundamental en los padecimientos de la ON, ya que suelen enviar mensajes engañosos al público en general, por eso la importancia de que los medios de comunicación envíen información precisa y no exagerada. Porque si es importante mantener hábitos alimenticios saludables y adecuados, pero no para ocasionar algún tipo de enfermedad, u obsesión para conseguir un cuerpo atlético, o como es llamado hoy en día un cuerpo fitness. El autor también nos refiere que el prestar alguna atención a lo que se come y mostrar algún interés por una alimentación saludable es en general una medida que ayuda a conseguir un bienestar, pero cuando se convierte en una obsesión, llega un punto donde todo gira en torno a la comida. El controlar lo que se come, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las comidas se convierte en una prioridad, lo que hace sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación.

Muñoz & Martínez (2017) indica que la diferencia entre otros TCA como es la BN o la AN, radica en la cantidad de comida, mientras la ON gira entorno a la calidad de la comida, las personas que padecen ortorexia no tienen una percepción errónea de su aspecto físico, sino que una preocupación centrada en mantener una dieta equilibrada y sobre todo que sea sana.

Para Suárez Alcantara (2009) la ortorexia puede interferir negativamente en la vida de la persona que padece la enfermedad, generalmente prefieren pasar hambre

(incluso por periodos largos) a comer alimentos que a su parecer son impuros, es decir, alimentos con altos contenidos de aditivos, grasas no biológicas etc. Dejando incluso de ir a restaurantes, establecimientos de comida rápida, y a casa de familiares o de amigos, por el simple temor de los alimentos que pudieran llegar a ingerir no sean del todo sanos.

1.1.3.8 Vigorexia

Croce (2012) menciona que la Vigorexia es llamada como “dismorfia muscular” o “complejo de adonis” y es una alteración de la imagen corporal. Es un desorden descrito por Pope, Katz y Hudson en 1993, se caracteriza por una exagerada inversión de horas en el gimnasio, con la finalidad de aumentar masa, pero sin ganar grasa.

La sintomatología de la Vigorexia según Baile (2005, cit. en Muñoz y Martínez, 2017) para la Vigorexia son:

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Incapacidad de ver objetivamente el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal. Permanente autoobservación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos.
- Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.
- Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo. Autoestima afectada.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal.
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal.
- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/ o dieta.

- A veces consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular (el consumo de hormonas es siete veces más usual entre personas con vigorexia que entre culturistas que no tienen vigorexia).
- Excesivo control de dieta.
- Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios.

El consumo de esteroides es bastante común en algunos países. Wroblewska (1997 cit. en Muñoz y Martínez, 2017) refiere que en Estados Unidos lo consumen entre el **4%** y el **11%** de los hombres no culturistas y del **0.5%** al **2.5%** de mujeres, datos que se disparan hasta el **75%** en los participantes en competiciones de culturismo. En un informe de la comisión Europea, indican que un **6%** de las personas que acuden a los gimnasios se dopan. Así que si se calcula la cantidad de personas que acuden a los gimnasios y se toman en cuenta los más de 20.000 centros, se calcula una inscripción de más de 15 millones de clientes, por lo que sería un total de 900.000 personas que se dopan en toda Europa. Sin embargo Rodríguez Molina & Rabito Alcón (2007) menciona que se debe considerar que no por el deseo de querer tener un cuerpo perfecto, o querer pasar más horas en el gimnasio y por tomar pastillas, medicamentos o batidos, los sujetos deben ser vigorexicos, ya que existe gente que lo puede realizar y su vida no se ve afectada en ningún sentido, y menos en su salud física o mental.

1.1.3.9 Ebriorexia

Súarez Alcántara (2009) refiere que es un fenómeno relativamente nuevo. Trata de un desorden caracterizado por una conjugación de diferentes conductas: no comer sometiéndose a una abstinencia alimenticia voluntaria, realizar un atracón y posteriormente provoca el vómito, y como tónica dominante en ambas conductas, abusar de las bebidas alcohólicas; es una combinación de anorexia, bulimia y alcohol. Las personas que padecen ebriorexia no quieren comer para poder compensar las calorías que el alcohol aporta. Se podría decir que el término describe a las personas que padecen de alcoholismo, anorexia y bulimia. El alcohol es básicamente la única fuente de calorías con la que se sustentan, aunque existen casos de mayor gravedad en lo que el alcohol es sustituido por drogas como las

metanfetaminas, con la única finalidad de inhibir el hambre. En México la Secretaría de Salud (2016) detalla que el trastorno engloba problemas de alcoholismo y de conducta alimentaria, es decir, se ingiere alcohol sin acompañarlo de alimentos para evitar consumir calorías de más, por lo regular se presenta en jóvenes de entre 17 y 24 años de edad, con mayor prevalencia en mujeres. La psicóloga de la Clínica de obesidad del Hospital General de México (HGM), detalla que las personas con alcoholismo tienen temporadas de anorexia y bulimia durante la semana para contrarrestar el abuso de alcohol los sábados y domingos. También informa que en México el consumo de alcohol es explosivo, ya que, se puede no ingerir bebidas alcohólicas de lunes a viernes, pero en fin de semana las consumen en exceso y no se acompañan de alimentos, y muchos menos consumen cantidades de agua antes y así poder evitar la deshidratación.

1.2 Factores asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.2.1 Factores determinantes para el desarrollo de la enfermedad

Existen varios factores que intervienen en los desarrollos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, como son, sociales, biológicos, familiares y personales. Aunque ninguno de ellos determina el origen del problema, ya que se necesita de una combinación de distintos factores; lo que hace la diferencia en cada caso. Crispo, Figueroa & Guelar (1998) indican una multideterminación en los trastornos del comer, y en los factores distintivos que causan el trastorno, es importante observarlos como un factor que hace que una persona sea mas vulnerable que otra para el desarrollo de la misma.

Madruga Acerete et al. (2016) mencionan que todos estos factores mencionados en la siguiente **Figura 1**, pueden concluir en la aparición de un TCA en una doliente vulnerable.

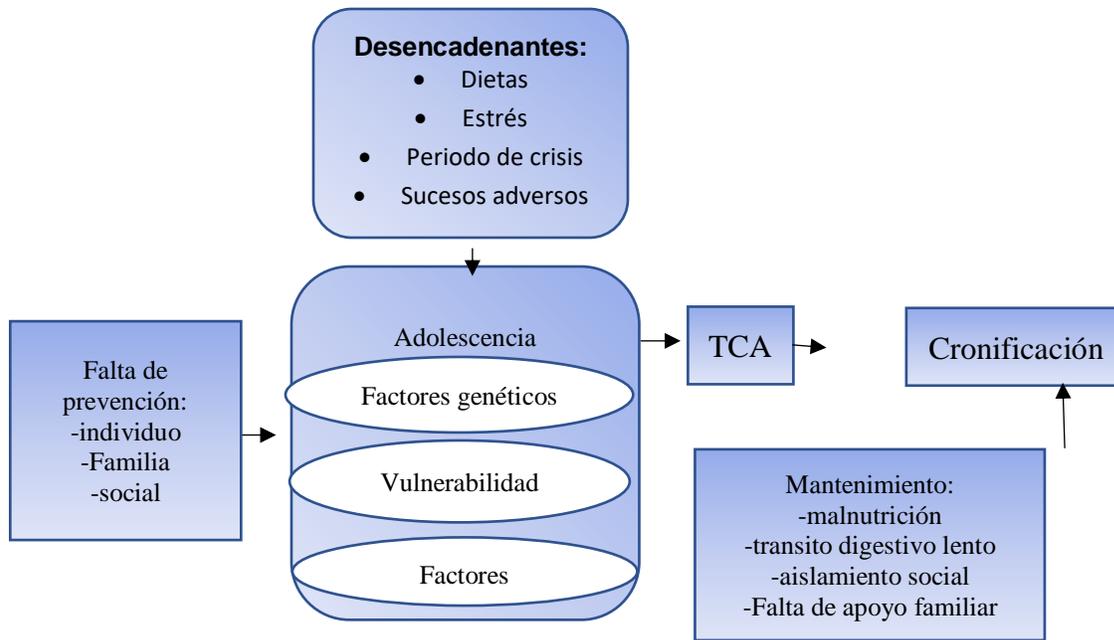


Figura 1. Modelo causal de los TCA, tomado de Madruga Acerete et al. (2016).

Madruga Acerete et al. (Op. Cit) refieren que en la etiopatogenia de los TCA intervienen factores tanto biológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes (los cuales se mencionará más adelante), desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, lo que se considera en la actualidad como un trastorno multifactorial.

Hunot et al. (2008) mencionan que algunos factores de riesgo para el desarrollo de TCA, como es el caso de la Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.

Anorexia Nerviosa:

- Cuando existe un nivel elevado de educación de los padres e ingreso económico, problemas tempranos de alimentación, mantienen una baja autoestima o un alto nivel de neurosis, existe una sobreprotección materna y existe o existió en algún otro miembro de la familia con TCA.

Bulimia Nerviosa:

- Cuando existió obesidad en la infancia, menarquia temprana, alguna preocupación por el peso, una baja autoestima, presión social sobre el peso y/o comer, dietas familiares, existe o existió en algún otro miembro de la familia con TCA, discordia entre padres, psicopatología familiar o abuso sexual.

1.2.2 Influencia de los medios de comunicación

Como se ha mencionado, Salazar Mora (2011) indica que los TCA se originan principalmente en la adolescencia, y sobre todo en mujeres, debido a los múltiples factores causales, uno de ellos es el énfasis cultural en los atributos físicos; ya que los adolescentes tienden a experimentar a partir de las modas culturales, valoran la delgadez como un atractivo físico y fomentan el cultivo del cuerpo como una forma de éxito y aceptación social, afectando negativamente su salud. Es importante destacar que la adolescencia es un periodo crucial para alcanzar la madurez física y emocional, así como una etapa de importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales.

Fernández García (2015) indica que la radio, como dispositivo, tardó 38 años en llegar a 50 millones de usuarios; la televisión 13 años en disponer de 50 millones de usuarios y en cambio Facebook, en 9 meses, logró 100 millones de usuarios, se puede observar un crecimiento de un 500% en tan poco tiempo. También indica que las generaciones anteriores, nombradas como la "X", y la "Y" fueron criadas por la televisión, y la generación actual nombrada como "Z" está siendo criada por el internet y un celular.

En México, según estadísticas por el uso de Internet en el 2017 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografías:

- Al segundo trimestre de 2016, el 59.5 por ciento de la población de seis años o más en México se declaró usuaria de Internet.

- El 68.5 por ciento de los cibernautas mexicanos tienen menos de 35 años.
- El 47.0 por ciento de los hogares del país tiene conexión a Internet.
- El uso de Internet está asociado al nivel de estudios; entre más estudios mayor uso de la red.
- Internet se utiliza principalmente como medio de comunicación, para la obtención de información en general y para el consumo de contenidos audiovisuales.
- Los usuarios de teléfono celular representan el 73.6 por ciento de la población de seis años o más, y tres de cada cuatro usuarios cuentan con un teléfono inteligente (Smartphone).

De la misma forma el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) indica que el acceso a esta tecnología es predominante en jóvenes de México, y conforme aumenta la edad, decae el uso de internet. Las personas con edad de 35 a 44 años, poco más de la mitad **60.3%** realiza alguna actividad en la red y la proporción disminuye al **45.5%** entre individuos de 45 y 54 años, solo el **21%** de los adultos mayores a 54 años conoce y utiliza este recurso. Por otro lado en área de conocimiento, el acceso a internet se encuentra asociado de manera importante al nivel de estudios; por ejemplo la población que cuenta con estudios de nivel superior (licenciatura y posgrado), nueve de cada diez ha incorporado el uso de internet en sus actividades habituales; cuatro de cada cinco de los que cuenta con estudios medio superior (preparatoria o equivalente) así como lo hacen a nivel básico (primaria y secundaria) poco menos de la mitad, el 47 por ciento.

Partiendo de eso estamos expuestos hoy en día a diferentes fuentes de información donde se transmiten modelos estéticos, los cuales generan y transmiten información sobre la alimentación, que esta es transmitida a varias personas a nivel mundial, gracias a una plataforma; donde se puede acceder a dicha información de manera instantánea, llamada Internet. (Jiménez Cruz & Silvia Gutiérrez, 2010) indica que los medios masivos de comunicación juegan un rol muy importante para la transmisión del ideal corporal que actualmente favorece más a las personas delgadas

que a las personas con sobrepeso u obesidad, ya que existe una frecuencia de aparición de fotografías de mujeres delgadas, pero prácticamente nula la de mujeres obesas formando parte de artículos o anuncios cuyo tema no fuera obesidad, en las revistas de moda, espectáculos y para estar en buena forma.

Salazar Mora (2011) refiere que la televisión y las revistas de modas, son vigentes; ya que su publicación y sus ventas son de manera periódicas, y a través de su contenido, crean y exaltan los estereotipos de belleza, como por ejemplo: inoculan que las personas extremadamente delgadas, son personas bellas, saludables y exitosas en la vida; a diferencia de las personas obesas, a las cuales se les caracteriza como desagradables, perezosas y merecedoras del ridículo y por lo tanto menos deseables de ser igualadas, el autor refiere que dichos trastornos juega un papel importante entre amistades, la familia, el deporte y los estados emocionales como es el mal humor o incluso la depresión. Por otra parte, existe una plataforma más grande donde se puede encontrar diversa información inmediata relacionada con los desórdenes alimenticios, el sobrepeso y la autoestima, entre muchos más temas, éstas son: el internet y las redes sociales. Además el autor (op.cit. 2011) también señala que la TV se transmiten comerciales, donde se ofrecen diferentes productos para adelgazar; que va desde aparatos para realizar rutinas de ejercicios, fajas, pastillas, dietas e incluso comparten frases como: “para tener el cuerpo que siempre soñaste bajaras de peso, si no te regresamos tu dinero”, “con tan solo 10 minutos lograras el cuerpo que tanto soñaste”, etc.; frases similares se pueden encontrar en las revistas, para convencer a los consumidores, usan modelos con cuerpos muy tonificados, donde prometen que realizando la dieta sin esfuerzo (dietas milagro), o realizando los ejercicios que ellos recomiendan para adelgazar tendrás un cuerpo para presumir.

El Internet hoy en día es el gran fenómeno de la comunicación rápida, ya que ahí se comparte información en tan solo un clic y abarca a un gran número de personas sin importar en qué parte del vivas, estamos en una gran aldea o aldea globalizada. Basta con tener acceder a un navegador como “Google” para buscar cualquier información, aunque esta puede ser verídica o errónea, porque cualquier persona

puede compartir información mediante: un Blog personal, una cuenta privada, un canal de video (YouTube) o en diferentes redes sociales como son: Facebook, Instagram, Twitter etcétera, en estas redes, se comparten estilos de vidas, lo que hacen día con día, o en su caso aparentar un estilo de vida. Mediante estos modernos sistemas de comunicación, las personas interactúan a través de la plataforma y mediante la colocación de señales prediseñadas con palabras o iconos cuyo significado puede ser por ejemplo “me gusta”, este solo acto se comparte a una cantidad indeterminada de personas (indicadas o no por el usuario) con lo cual se comparte la información privada o personal a las propias amistades y a las amistades de terceros.

Un ejemplo de la capacidad de Internet Bermejo, et al., (2011) indican que con el simple hecho de teclear en el buscador Google “Ana y Mia” aparecerán aproximadamente 7 620 000 resultados frente a los 404 000 que reporta al introducir los términos de anorexia y bulimia. Al buscar Ana o Mia aparecen varias páginas de blogs, como es el caso de “Pro-Ana y Pro-Mia”, sus significados son, “Pro”, a favor de, y “Ana” Anorexia, mientras “Mia” su significado es Bulimia. En términos generales estas palabras identifican a los grupos que están a favor de la Anorexia y de la Bulimia, este fenómeno comenzó a popularizarse en internet desde el año 2004; en la actualidad a pesar de que se cancelaron este tipo de blogs, en lugar de disminuir o extinguirse, las paginas cuentan con millones de visitas y sobre todo de fieles seguidores.

Según los estudios realizados por Day & Keys 2008, cit. en (Machado, 2015) en varios países Europeos en el año 2008, las búsquedas anuales en Google de la palabra “pro-ana” llegan a más de 13,245.000 y hasta 550,000 visitas globales, este es el más buscado, seguido de “thinspo” (pro-delgadez) con 135,000 visitas.

Los blogs de Ana y Mia, se caracterizan por estimular los desórdenes alimenticios, o como ellos mismos lo definen, “como una forma de vida que aboga por la libertad de expresión”. En dichos blog el contenido se lleva a cabo mediante símbolos y códigos de identificación, utilizan palabras clave, incluso poseen un propio diccionario como, por ejemplo, Ana wannabe, que significa, persona que no tiene

anorexia, pero desea tenerla: otro ejemplo son las recomendaciones acerca de las calorías negativas, es decir, se recomienda la ingesta de alimentos que gastan un 10% en su digestión, es decir, no importa cuando consumas de ellas, las calorías que consumes se queman solas, se encuentra principalmente en verduras (Princesas moderadas, 2011) (Ver anexo 1).

Suárez Alcántara (2009) indica que el primer objetivo de estas páginas es aislarte emocionalmente, hacerte sentir inadecuado(a), creer que nadie en este mundo te valora tal como eres, que tus padres tienen la obligación de soportarte y que los tutores o profesores que acaso hayan visto un potencial en ti se den cuenta que están equivocados. Entonces estas páginas de Pro-Ana y Pro-Mia difunden consejos y trucos (Ver anexo 2) para perder peso o tener BN y AN o seguir siéndolo sin que nadie se dé cuenta; por ejemplo, para ser “Ana” te recomiendan: que siempre traigas agua contigo, ya que te ayudara a llenarte más rápido; también si te da hambre come hielo o chicles sin azúcar o fuma, calma la ansiedad; beber vinagre te ayudara a disminuir el apetito, entre otros. Para ser “Mia”, los consejos son: no te purgues más de una vez al día, el olor del vomito es muy fuerte, así que procura echarte colonia o enjuague bucal; para vomitar debes usar 2 dedos (el anular y el dedo medio), no te los tienes que meter hasta el fondo, solo intenta tocar la parte de atrás de tu lengua y empieza a jugar como a hacer círculos, ten paciencia, no suele salir a la primera, no desesperes que Mía no es maña sino práctica”, estos son algunos trucos de los muchos recuperados de ProAna y ProMia (2015).

Suárez Alcántara (2009) menciona que existe un propio credo, para Ana o Mia:

CREDO MIA

El baño es mi confesionario sagrado, me arrodillaré ante la taza del baño y haré penitencia por mis pecados, que son muchos.

Soy culpable de querer.

Soy culpable por no apreciar lo que tengo y lo que soy.

Soy un huracán de emociones.

Al jalar la cadena lavaré estos pecados, permitiré comenzar una nueva mañana.

Me confesaré todos los días, si no lo hago, habrá un acto de castigo.

Cortaré o castigare mi cuerpo porque siempre ha sido demasiado.

Me esforzaré por ser perfecta y delgada como mi hermana Ana.

Apoyare a otros como yo.

Protegeré a otras Mías del abuso.

Seré perfecta. Amen.

CREDO ANA

Creo en el control la única energía con suficiente fuerza como para ordenar.

El caos en el que vivo.

Creo que soy la persona más rastrera, inútil y despreciable que haya existido jamás en la tierra y que soy absolutamente indigna del tiempo o la atención de nadie.

Creo que quienes me digan algo distinto son idiotas; si pudieran verme como soy realmente; me odiaran tanto como yo lo hago.

Creo en leyes irrompibles, en deberes y obligaciones que determinen mi comportamiento diario. Amen.

Suarez Alcantara (2009).

Asi mismo en estas páginas se utiliza un lenguaje cruel, directo, especializado en manipular sentimientos de rechazo o humillación, evocados por situaciones o experiencias que muy probablemente sufren o han padecido la mayoría de las personas que tienen un problema de sobrepeso y que en consecuencia han experimentado algún tipo de rechazo social, por no ser el prototipo ideal de mujer u hombre que de un tiempo para acá ha prevalecido en el mundo de las pasarelas (moda), en los melodramas (telenovelas), en diversas series de televisión (farándula) y por tanto en el imaginario social (op.cit. 2009).

Bermejo et al. (2011) mencionan que la filosofía que subyace a estas páginas es una búsqueda del ideal, de la perfección corporal y se relacionan con los lectores con la denominación de “princesas”, con lo cual justifican la enfermedad y el mantenimiento de la misma, como una lucha constante por alcanzar sus ideales. Utilizan como iconos imágenes de mariposas, libélulas, mujeres muy delgadas con coronas, e incluso fotografías de artistas famosas, etcétera.

Abril 2009 cit. en Bermejo et al., (2011) indica que su alcance es el ser la más delgada; también muestran formas para distinguirse en la calle, mediante pulseras, las cuales la colocan en su mano izquierda. Por ejemplo, en el caso del color rojo si es “Ana” (ANOREXIA) y morada si es “Mia” (BULIMIA). Al igual que en Internet se utilizan un lazo blanco virtual en su perfil; que a simple vista no parece que anime a la anorexia, pero todo esto trae un fin símbolos para así sentirse parte de un grupo.

Suárez Alcántara (2009) menciona que muestran diferentes consejos como el siguiente: “encuentra una Ana-buddy (Amiga) y compite con ella, a ver quién pierde más peso, vayan juntas a hacer gimnasia, hablen de calorías... ¡traten de llegar a la perfección al mismo tiempo! Conéctate con otras Anas y Mias (pp.53).

También suben fotografías para que los demás vean sus resultados, comparten sus pesos, su dieta o sus objetivos, utilizan las redes sociales para seguir escribiéndose en privado, como es Twitter, Facebook, Instagram o incluso crean grupos por la aplicación Whats app.

En un análisis de pacientes diagnosticados de TCA, con edades entre los 13 y 41 años, realizado por Blanco et al. 2012 cit. en (Machado, 2015) observan que tras consultar webs pro anorexia y pro bulimia, **16.7%** come un poco menos y **25%** mucho menos. El **41.7%** cree que son dañinas las páginas a favor de la anorexia y bulimia y **58.3%** opinan que deberían cerrarlas.

Las paginas Pro-Ana y Pro-Mia estan creadas en su mayoría por chicas, donde comparten el cómo y el porqué desean ser princesas o cómo ellas se denominan bajo lemas como el siguiente: “la comida es como arte... existe solo para mirarla” (anaymia.blogdiario.com); aunque lo alarmante es que en en el año 2010 estas páginas han aumentado un 470%, según estudios elaborado por la compañía Optenet, especializada en seguridad informática, a apartir de una muestra aletoria de casi 3 millones de URL a nivel internacional (Sevilla, 2016).

En 2017 SETCA menciona que las redes sociales actuales como es el caso de Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, utilizan etiquetas o menciones con el símbolo “#” (numeral o Hashtag en inglés) seguido de cualquier tipo de palabra clave

para buscar un contenido en particular o simplemente para hablar de algo que nos interese y compartir la información de manera más rápida. Estas tres redes se usan en casi todo el mundo; las menciones que se utilizan en cada publicación, usuarios de diferentes países pueden acceder a la información y de esa forma se hace viral un video, foto o publicación; lo peligroso es cuando se comparte información sobre experiencias, consejos, trucos, retos, siluetas y con ello se promueven diferentes enfermedades.

Pero no todo es malo, en la actualidad el Instagram incluyó en su lista de etiquetas o Hashtag prohibidos las ligadas a estos trastornos alimenticios como son: #probulimia, #proanorexia, #loseweight, #thinspo, #thinspiration, etiquetas que dejaron de ser aptas y quien las usaba no obtenía ningún resultado. Las personas han creado otras etiquetas como son: “Ana” y “Mía”, “purge” (purga, vomitar), ED (eating disorder, desorden alimentario) o edwarriors (soldados o luchadores de los ED).

En un informe de la Agencia de Calidad de Internet IQUA, SETCA (2017) detalla que la fundación Imagen y Autoestima ha revelado cifras acerca de los usuarios que utilizan etiquetas como: #ED, que son aproximadamente dos millones de publicaciones; para la #anorexia, dos millones y con casi cuatro millones con #ana y #mia.

En el caso de Instagram; al momento de ingresar una etiqueta (hashtag) #ED, #anorexianerviosa, #Bulimia o alguna palabra clave sobre los trastornos de alimentación, de inmediato te arroja un mensaje de alerta, el cual detalla:

¿Podemos ayudarte? Señala que “las publicaciones con palabras o hashtag que buscas apoyan a ciertos comportamientos que pueden causar daños e incluso llevar a la muerte” y al final aparece un enlace para obtener ayuda. Al hacer clic en el enlace te aparecen opciones de cómo pueden ayudarte; la primera opción es que hables con un amigo, llamar a una línea de ayuda u obtener consejos para que puedas ayudarte tú mismo **(Ver anexo 3)**.

1.2.3 Alteraciones de la Conducta Alimentaria (ACA)

Una alteración de la conducta alimentaria (ACA), Hunot et. al. (2008) la define como una alteración relacionada con la alimentación; es decir, son prácticas erróneas que se utilizan para controlar el peso y se presentan como una variación del comportamiento habitual de una persona. No se consideran patologías, si no desviaciones de la conducta alimentaria.

El autor indica también que los estudios de este tipo de patologías por lo regular, se centran en los TCA, dejando a un lado a la mayoría de la población, aunque no presentaran un TCA puro, tiene la presencia de una o más ACA, que puede requerir de una atención especializada.

Los TCA; Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos, representan el criterio clínico en donde el cuadro de signos y síntomas han sido definidos en el Manual DSM. En la **figura 2** se encuentra una zona oculta y desconocida de signos y síntomas estos son los denominados ACA.

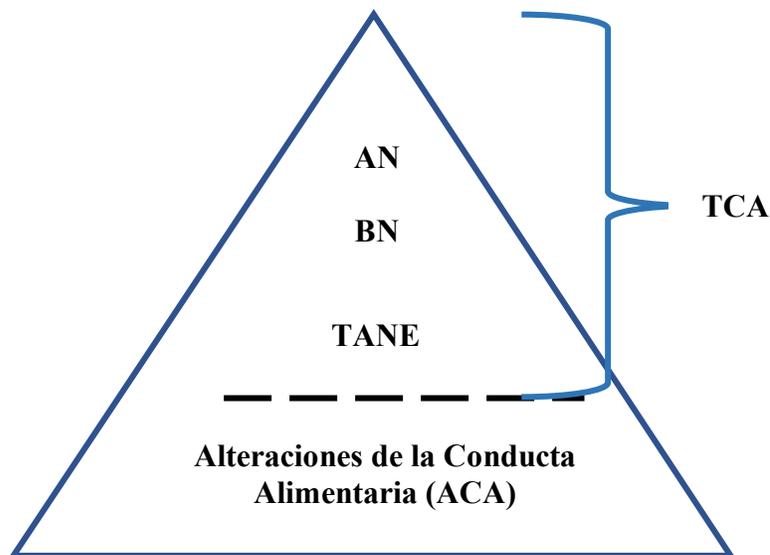


Figura 2. Descripción grafica de los TCA y ACA tomado de (Hunot et. al. 2008).

En esta figura se observa que los TCA representan la punta del iceberg, donde se dedica la mayor parte de la investigación, especialmente por considerarse

patologías, lo que repercute en la desatención de la mayoría de la población, que aún no presentan un TCA franco, sin embargo, se cuenta con la presencia de una o más ACA, que pueden requerir de una atención especializada. Aun cuando las presiones culturales para estar delgado son tan grandes, y la prevalencia de prácticas de control de peso son tan extensas, únicamente la minoría de las mujeres adolescentes desarrollan síntomas lo suficientemente severos para necesitar un diagnóstico psiquiátrico.

Las Clasificaciones de las Alteraciones de la Conducta Alimentaria pueden conducir al deterioro en desarrollo tanto físico, mental y emocional de cada individuo.

En el siguiente Cuadro 3, se establecen tres clasificaciones de los grupos de ACA mencionados por (Hunot et. al.2008) y que al final se pueden convertir en un TCA:

Los ACA igual que los TCA mantienen factores que involucran el desarrollo a nivel biológico, social y psicológico, es por ello que también se deben tomar en cuenta para su prevención. Op. Cit. (2008) para prevenir, se debe tomar en cuenta en primer lugar la sobreevaluación del ser delgado, del ideal cultural de belleza por ejemplo: modelos, artistas, deportistas o bailarines que transmiten un sentido de identidad, autonomía y en segundo lugar se debe de considerar la predisposición genética que conlleva cierta vulnerabilidad a padecer este tipo de trastornos.

Cuadro 3. Clasificación de los grupos de ACA:

1. Alteraciones relacionadas con la alimentación	2. Practicas erróneas de control de peso	3. Alteraciones de la imagen corporal
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar tiempos de comida. • Comedor compulsivo • Preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos. • Preocupación por la preparación de alimentos. • Preocupación por los tipos de alimentos. • Actitudes erróneas frente a la realización de comidas. • Evitar comer con miembros de la familia o amigos. • Esconder comida. • Tirar los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dietas mágicas “fad diets” • Estar a “dieta” • Dieta compulsiva. • Dieta crónica • Vomito auto inducido • Uso de medidas purgativas • Ayuno • Decir que no se tiene hambre. • Decir que ya comió. • Miedo a la ganancia de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión de la imagen corporal.

<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la ingesta habitual de los alimentos. • Cortar los alimentos en pedazos muy pequeños. • Comedor nocturno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia excesiva en la medición del peso corporal. • Ejercicio desmedido. 	
---	---	--

Tomado de: Hunot et. al. (2008).

1.3 Factores que predisponen, precipitan o perpetúan los TCA

Marin (2002) indica que la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria son muy complejos y aún sigue sin ser resuelta en su totalidad, ya que existe una combinación de factores como los biológicos (genéticos y neuroquímicos); los psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y la baja autoestima), los familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos) y los sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética) entre otros.

Los modelos que se relacionan con más frecuencias nos señalan que existen factores predisponentes individuales: psicológicos, físicos y socioculturales, que cuando están presentes obligan al equipo de salud a estar muy atentos para prevenir un TCA; más aún si los anteriores se suman a factores precipitantes, que determinan que la paciente inicie una dieta sin estar con sobrepeso u obesidad, y procesos perpetuantes, que hacen que mientras más demore en iniciar tratamiento más costará revertirlos.

1.3.1 Factores que predisponen a los TCA

La Real Academia de la Lengua Española (2018) indica que predisponer significa “preparar, disponer anticipadamente algo o el ánimo de alguien para un fin determinado”, estos factores o características determinadas son los que hacen más vulnerables a las personas para padecer algún tipo de trastorno; desde la perspectiva de Crispo et. al (1998) éstos son: 1) el contexto sociocultural en el que se encuentra inmerso el individuo, 2) las características individuales, 3) las de su familia.

En el contexto sociocultural, por ejemplo, es la educación, la cual induce a sobrevalorar la imagen corporal; esta sobrevaloración se hace presente a través de las bromas, actitudes y conductas relacionadas con el peso y la imagen corporal, con lo cual se favorece la aparición de esquemas de aprobación social que sobrevaloran el hecho de estar delgado y con un alto rechazo a la obesidad.

Familianova Schola (2016) argumenta que las actividades físicas y deportivas son una característica de exigencia sobre el peso del deportista (como es en los casos de las gimnastas, la natación sincronizada, los boxeadores, bailarines, etcétera).

Del rio Borda Torres y Lozano (2002 cit. en Fernández García, 2015) mencionan como factor sociocultural, que en la actualidad el culto al cuerpo juvenil, deportivo y delgado, son valores prioritarios y son objetivos a lograr para los jóvenes hoy en día.

Es importante destacar que la imagen corporal es un fenómeno social y depende de los ideales de belleza de cada cultura y subcultura, es así, para alcanzar los estándares ideales, en ciertas culturas algunas mujeres principalmente apoyan la cirugía (implantes de silicona) generando un modelo estético imposible de conseguir por medios naturales con una alimentación sana y equilibrada.

Es por eso que Del rio Borda Torres y Lozano (op, cit. 2015) mencionan que un número importante de chicas, al compararse con ese modelo inalcanzable, se pueden llegar a sentir insatisfechas, haciendo que comiencen a realizar conductas de dietas restrictivas a edades cada vez más tempranas y a recurrir a otros métodos peligrosos para perder peso con la esperanza de alcanzar ese cuerpo soñado o parecerse físicamente a algún personaje famoso.

En 2012, Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora Giral y Reich indican que la familia ejerce una influencia en los niños/niñas y en los adolescentes jóvenes, los padres podrían ser el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre los adolescentes, incluso que los amigos y los medios de comunicación.

El Instituto Nacional de Salud (2000), Crispo et. al. (1998) y Marín (2002) coinciden en que los factores tanto individuales, como psicológicos y físicos, hacen a las

personas más vulnerables a poseer algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria asociados con otras características, en el factor individual se destaca:

- Falta de autonomía.
- Vivir muy pendiente de que los demás esperan.
- Una baja autoestima.
- Tendencia al perfeccionismo.
- Miedo a madurar.
- Dificultad para resolver conflictos.
- Dificultad para comunicar las emociones negativas.
- Dieta (factor predictor más importante, asociado a presiones individuales, interpersonales y socioculturales).
- Presión del medio sobre la mujer (ideal de figura corporal)

Los factores familiares que hacen referencia a diferentes características comunes en las familias de muchas personas que presentan algún TCA, son:

- Escasa comunicación entre los miembros de la familia
- Incapacidad para la resolución de conflictos
- Sobreprotección por parte de los padres
- Familias para las que el cuidado de la imagen externa es fundamental
- Expectativas demasiado altas del padre y de la madre respecto a sus hijas e hijos.
- Historiales familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Herencia. Antecedentes de anorexia y bulimia en hermanas o hermanos.
- Haber sufrido abuso sexual o malos tratos.

1.3.2 Factores precipitantes de los TCA

La Real Academia de la Lengua Española (2018) define la palabra precipitar como “Provocar la aceleración de unos hechos”, en otras palabras, hacer que un suceso o proceso se desarrolle de manera más apresurada.

Estos factores son los que marcan el inicio de la enfermedad. El Instituto Nacional de Salud (2000), Crispo et. al (1998) y Marín (2002) mencionan que entre los factores que pueden precipitar o desencadenar la enfermedad se encuentran:

- El inicio de dietas adelgazantes
- Las transformaciones propias de la pubertad
- Un incremento rápido de peso seguido de comentarios críticos de la familia o amigos.
- Alguna enfermedad somática previa
- Un exceso de ejercicio físico
- Acontecimiento vital como un cambio de casa, de escuela, una enfermedad importante o la muerte de un miembro de la familia, una separación o conflicto con un amigo.
- Las primeras relaciones sexuales
- Nacimientos de una hermana o hermano
- Separación de los padres.
- Dificultad con las tareas del desarrollo en la transición a la adultez.

También se tiene que tener en cuenta que las consecuencias del estrés o determinados acontecimientos vitales no pueden ser las mismas para todo el mundo. Incluso se pueden involucrarse síndromes depresivos, haciendo que vean todo de manera negativa o síndrome de ansiedad, donde puede involucrar, tanto la parte de actividad física como el poco control con sus pensamientos, la comida y su autonomía.

1.3.3 Factores perpetuantes de los TCA

La Real Academia de la Lengua Española indica que la palabra perpetuar es “hacer que una cosa dure siempre o mucho tiempo”, así que serían factores que mantendrían la enfermedad, aunque cabe destacar que el curso de la enfermedad no siempre será el mismo. En ello involucra una serie de factores que actúan al mantenimiento del TCA, el Instituto Nacional de Salud (2000), Crispo et. al (1998) y Marín (2002) destaca que entre ellos puede ser:

- Las consecuencias psicológicas de la inanición.

- La propia purga. Ya que saber que puedes deshacerte de los efectos engordantes después del atracón, proporciona la seguridad necesaria para llevarla a cabo.
- La reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza.
- El medio social que valora la delgadez.

Algunos factores perpetuadores específicos para la Anorexia Nerviosa son:

- Complicaciones de la desnutrición.
- Aislamiento social.
- Miedos: comida, peso, figura, ciertos alimentos, etcétera.

Para la Bulimia Nerviosa:

- Ciclo atracón-conductas de purga
- Reparación de la ansiedad.
- Otras conductas anormales (abuso de sustancias, autolesiones).

En resumen, los TCA son trastornos muy complejos en los que no solo interviene un factor de riesgo, sino múltiples factores. Así que una persona vulnerable, que atraviese determinadas experiencias, tendrá un potencial para desarrollar un trastorno alimenticio; trastorno que en sí mismo encierra una serie de fenómenos susceptibles de mantener y agravar la enfermedad, el Instituto Nacional de Salud (2000) indica que también se presentan diferentes alteraciones, tanto físicas, emocionales y algunas complicaciones en el abuso de laxantes, así como de los vómitos, como se mostrara a continuación:

- Algunas alteraciones físicas causadas por la Anorexia y la Bulimia nerviosa son : alteraciones endocrinológicas, alteraciones cardiovasculares, síntomas pulmonares y mediastínicos, alteraciones neurológicas, alteraciones dentales, desequilibrio electrolítico, problemas hematológicos y alteraciones del tejido óseo.
- Cambios en la forma de pensar que se dan en la AN Y BN: excesiva preocupación ante la posibilidad de engordar, constantes pensamientos erróneos sobre la comida, el peso y la figura, sobreestimación de su peso y

dimensiones, empobrecimiento de la fantasía y la creatividad, confusión con las sensaciones de saciedad/ plenitud, dificultades de concentración y fallos de memoria, pensamientos incorrectos de generalización, dicotomía, etcétera.

- Entre los cambios emocionales en la AN Y BN son:

Cambios en el carácter.

Características depresivas: Inestabilidad emocional (llanto, insomnio), Ideas suicidas.

Ansiedad: Raramente se encuentra relajada o cómoda, puede aparecer fobia generalizada o fobia social.

- Complicaciones de los vómitos: Deshidratación, hipopotasemia, alteraciones mediastínicas, hernias hiatales, deterioro del esmalte dental, esofagitis y perforación esofágica.
- Complicaciones del abuso de laxantes y diuréticos: Estreñimiento, deshidratación, complicaciones electrolíticas, alteraciones del contenido y ritmo de las deposiciones, pérdidas proteicas e hipopotasemia.

1.4 Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA han llegado a ser una preocupación en la Salud Pública, es importante implementar programas de educación, para la prevención en el desarrollo de estas conductas y así promover prácticas saludables de alimentación en niños y adolescentes.

La Real Academia de la Lengua española (2018) define prevenir como: Tomar precauciones o medidas por adelantado para evitar un daño, un riesgo o un peligro.

Crispo et al. (1998) menciona que es muy difícil describir el perfil de una persona que tenga el riesgo en desarrollar algún trastorno de la alimentación, porque los síntomas comienzan a notarse a partir de que el trastorno ya se convirtió en enfermedad. Lo que hace que la prevención puede llegar a ser difícil de llevar y más aún cuando se trata de adolescentes; pero no debe ser imposible, algunos factores por lo que es necesario la realización de programas de prevención en los TCA en

adolescentes son: los datos de prevalencia e incidencia, por la gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias, el mejor conocimiento de la población de riesgo, cuando la mujer joven, la adolescente, aquella que realiza una dieta para adelgazar (la principal conducta de riesgo), y más aún, si realiza otras actividades de riesgo y se suman elementos desencadenantes que condicionan un estado emocional negativo. Y por último que la patología parece ser contagiosa, es decir, las niñas a muy temprana edad con ideas de bajar de peso.

El abordaje preventivo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (2000) y también mencionado por Gaete, Lopez & Matamala (2012) integran un esquema tradicionalmente asumido por las ciencias de la salud, de acuerdo con el cual se distinguen los siguientes niveles:

- **La prevención primaria:** que incide en aquellos aspectos que facilitan el desarrollo de la enfermedad, su objetivo es la reducción de la incidencia del trastorno (prevenir la aparición de nuevos casos). Y su método es en base a actuar sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo.
- **La prevención secundaria:** es aquella que facilita las intervenciones su objetivo es reducir el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento. Su método es la detección precoz y el tratamiento precoz.
- **La prevención terciaria:** su objetivo se centra en reducir las consecuencias del trastorno. Y su método es evitar la aparición de complicaciones y tratamientos adecuados para las complicaciones. Por lo regular esta característica de prevención no es muy usada en los TCA.

1.4 Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

1.4.1 Prevención primaria

Gaete et al. (2012), mencionan que algunos de los profesionales de la salud pueden ayudar a los adolescentes y/o sus familias a lograr una nutrición y actividades físicas saludables, así como en el mejoramiento de una autoestima positiva y a evitar dar excesiva importancia al peso y la figura. Así como también adquiriendo habilidades para manejar mensajes de los medios de comunicación que favorecen los TCA y evitando que accedan a diferentes sitios de internet como son “pro-ana” y “pro.-mia”.

Neumark-Sztainer (2009, cit. en Gaete et al., 2012), refiere que existen algunas recomendaciones para la prevención conjunta de la obesidad y los TCA, basadas en evidencias científicas, estas son:

1. Informar a los adolescentes que el hacer una dieta y en especial utilizar conductas no saludables para el control de su peso, pueden ser contraproducente. Y así remplazar una dieta no saludable; y apoyar las conductas positivas y realizar actividades físicas que ayuden a mantenerse en forma, pero saludable.
2. Promover una imagen corporal positiva en todos los jóvenes. No utilizar la insatisfacción corporal para motivar al cambio, sino que ayude a los adolescentes a cuidar de su cuerpo de manera de que quiera nutrirlo a través de una alimentación saludable, la actividad y verbalizaciones positivas consigo mismas.
3. Fomentar que las familias tengan comidas conjuntas placenteras y de manera regular.
4. Anime a las familias a hablar acerca del sobrepeso y consentizar sobre la buena limentacion y la practiquen en sus hogares para facilitar su saluda y fomentar la actividad física, de modo de ayudar a todos los jóvenes a alcanzar un peso saludable.
5. Asumir que los adolescentes con sobrepeso han sufrido maltrato por su peso y abordar el tema con la persona, así como con la familia.

Es importante resaltar que la situación epidemiológica actual es de una alta prevalencia en la obesidad, no se debe olvidar de los TCA también van en aumento, evitando facilitar la aparición de los TCA al intentar combatir la obesidad. Así que, en lugar de promover una alimentación perfecta y el ejercicio en exceso como formas de manejo del peso corporal, se utilicen discursos para promover una alimentación y actividad física saludable y sobre todo flexible y desaliente las dietas agresivas.

Según el Instituto Nacional de Salud (2000, pp.17) algunos factores de riesgo a tomar en cuenta son: cambios frecuentes de relaciones, trabajo o domicilio, participar en deportes de competición. Algunas estrategias preventivas son:

- Educar en grupos centrándose en el crecimiento de las relaciones para evitar el aislamiento.
- Manejar el estrés generado por los cambios y los diferentes roles.
- Presentaciones educativas en colegios mayores o similar, sobre los factores de riesgo y el efecto contagioso de las dietas y los atracones, así como enseñar a manejar situaciones cuando se observan estas conductas.
- Prevenir entre atletas con discusiones sobre factores de alto riesgo, manejo del estrés, así como cuidar los comentarios personales sobre las tallas por entrenadores, padres o compañeros.

Para una atención primaria adecuada es importante, generalmente será el pediatra o médico, así como la familia o amigos quien podrían captar los primeros síntomas de la enfermedad.

El Instituto Nacional de la Salud (2000), indica algunos criterios importantes para llevar una valoración adecuada, que debe incluir:

Historia clínica completa:

- *Sintomatología actual:* pérdida de peso, demanda de dietas de adelgazamiento o laxantes sin causa, cambios en los hábitos alimentarios, signos de ansiedad frente a la comida, preocupación excesiva por el peso y la figura, presencia de atracones, de ejercicio excesivo o hiperactividad.
- *Historia menstrual.*
- *Tiempo de evolución del trastorno.*
- *Presencia de complicaciones médicas.*
- *Conciencia de enfermedad y grado de colaboración del paciente.*
- *Apoyo familiar y social.*

Exploración física:

- Peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
- Grado de deshidratación, pliegue cutáneo, sequedad de mucosas y presencia de edemas.
- Valoración del estado nutricional.

Algunos signos y síntomas de alarma serían:

- Físicos: Pérdida de peso de origen desconocido, fallo en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente, irregularidades de la menstruación y/o amenorrea, complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo, osteoporosis en jóvenes, hirsutismo o lanugo, anomalías dentarias, hipertrofia parotídea y callosidades en los nudillos de las manos.
- Conductuales: Desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño, creciente interés en temas gastronómicos, ropa y modas. Uso de pantalones de manera exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo, evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente, retraimiento de amistades y compañeras/os, aumento de actividades «útiles» y horas de estudio. Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, etc).

1.4.2 Prevención secundaria

El Instituto Nacional de la Salud (2000) indica que esta prevención debería reducir el tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz, algunos ejemplos serían: mantener una formación adecuada de los diferentes colectivos de profesionales que pueden estar en contacto con la población de riesgo y actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, etcétera); para así tener las herramientas adecuadas y poner a detectar lo más precozmente posible y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas.

La Academia para los Trastornos de la conducta alimentaria 2011 de los Estados Unidos cit. en Gaete et al. (2012) recomienda que para una detección precoz de los TCA se considere evaluar a los adolescentes que presentan cualquier de las siguientes condiciones:

- Pérdidas o ganancias de peso abruptas.
- Fluctuaciones de peso sustanciales.

- Bradicardia
- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- Ejercicio en exceso o entrenamiento físico extremo.
- Constipación en el consumo de dietas inapropiadas u otras conductas inadecuadas para bajar de peso.
- Historia de haber utilizado una o más conductas compensatorias para el manejo del peso después de haber comido, percibido sobre ingesta o tenido un atracón, tales como vómitos inducidos, dietas, ayunos o ejercicio en exceso.
- Historia de uso/abuso de anorexígenos; exceso de cafeína; diuréticos, laxantes, enemas, exceso de líquidos calientes o fríos, endulzantes artificiales y chicles sin azúcar, medicamentos (insulina, hormonas tiroideas) psicoestimulantes; drogas, o una variedad de suplementos complementarios y alternativos.

1.4.3 Prevención Terciaria

Un tratamiento rápido y adecuado es el elemento principal capaz de reducir la aparición de secuelas asociadas a los TCA y así evitar la cronificación de los pacientes; el Instituto Nacional de la Salud (2000) indica que el trabajo interdisciplinario entre los médicos, pediatras, psiquiatras, psicólogos y unidades de hospitalización, y ayudado a la recuperación del 65% de los casos. Porque, favorece la continuidad del tratamiento, disminuye las hospitalizaciones, reduce la estancia media, actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro y evalúan las necesidades asistenciales.

Otros métodos preventivos y de ayuda en los TCA según Fernández Aranda & Turón Gil (1998) es el aprender a comer nuevamente. Ya que es la clave de recuperación, para que a nivel orgánico y anímico pueda recuperarse el cuerpo, y sobre todo el paciente. Aunque se debe diseñar un plan alimenticio específico para cada paciente pero con 2 objetivos comunes a todos los casos: 1) Normalizar el

patrón alimentario para evitar atracones y las purgas, 2) Normalizar el peso en caso de que haya sobrepeso.

También los autores destacan que para que funcione un plan de alimentación se deben considerar las siguientes características:

- Se deberá especificar lo que se va a comer día por día, para evitar que las personas que padecen esta enfermedad comiencen a angustiarse por engordar. Es necesario asegurarles que lo que ingieren es adecuado para mantener su peso o bien disminuirlo si poseen sobrepeso.
- Asegurarles que el plan de alimentación contenga las calorías requeridas, que no sea restrictivo, ya que esta cualidad contribuye a la instalación y mantenimiento del trastorno.
- Lo normal en hidratos de carbono, se remarca la necesidad de ingerir de un 50% a un 60% de las calorías diarias en forma de hidratos.
- Es fraccionado, en 5 a 6 comidas diarias, nunca menos de 4. Esto puede ser la clave, sobre todo al comienzo, de la recuperación, ya que las sensaciones de apetito y saciedad están muy vinculadas al atracón y el vómito.
- Incluir todo tipo de alimentos, se debe tomar en cuenta los gustos del paciente, pero no dejando a lado aquellos alimentos que sean buenos para su salud. No hay alimentos permitidos o prohibidos. Todos los alimentos pueden ser incluidos, y se orienta en la cantidad con que conviene comerlos (aun de los alimentos calóricos) para mantener su peso.

Con respecto al peso, se sugiere que el paciente debe dejar en manos del nutricionista el control de su peso y tomar el peso solo. En la consulta, dejar de hacerlo por su cuenta, e incluso que cuando se pese deberá de hacerlo de espaldas, ya que no puede estar en condiciones de regular nada al respecto, por el nivel de distorsión de la percepción que le ha provocado el trastorno.

Con respecto a los registros del aprendizaje, se recomienda al paciente que al comienzo registre cuanto come, con quien, a qué hora, y la sensaciones que lo acompañen (apetito, ansiedad, miedo, culpa, cansancio, etc.)

Todo esto con la finalidad de que el paciente aprenda a reconocer situaciones que le predisponen al atracón: de índole netamente nutricional: apetito, restricción, necesidades de hidratos o de tipo anímicas: fastidio, soledad. Aburrimiento, inseguridad, frustración, etc.

Con respecto a la Ineficiencia de las dietas, purgas, atracones y vómitos.

Dietas: Las dietas suelen ser el principal factor de mantenimiento de un trastorno de alimentación, para Fernández Aranda & Turón Gil (1998) las dietas restrictivas son comunes entre personas que padecen desórdenes alimenticios, ya que es una forma de controlar su peso, esto es a través de diferentes formas, ya sea por seguir dietas sugeridas en diferentes libros, folletos de propaganda, revistas, por consejos de amistades, por internet etc. Terminando por concurrir a lugares o clínicas de reducción de peso, o tomando productos para que mágicamente reduzcan peso, incluso llegar a una forma más extrema que sería el ayunar. También se saltan comidas, se reduce porciones y se eliminan determinados productos que determinan como engordantes.

Atracón: al llevar a cabo alguna dieta no prescrita lo que sucede es que se suprimen alimentos ricos en hidratos, y por este motivo existe una necesidad imperiosa de comerlos; posteriormente el organismo no se resiste y surge un atracón. El atracón se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos, ricos en hidratos de carbono, en muy poco tiempo, con la sensación de no poder controlar que ni cuanto se come, después de lo cual la persona se siente culpable y disgusta consigo misma.

Vómito: el vómito auto inducido, es aquel método por el cual se intenta eliminar las calorías indeseadas ingeridas en un atracón, comienza como un sistema de recuperación del control después de un atracón y termina siendo un fracaso en el control, ya que el hecho de vomitar legitima el atracón y por lo tanto el descontrol. Algunos jóvenes suelen pensar que para mantener un bajo peso deben vomitar, usar laxantes y tratar de no comer nada lograrán adelgazar para siempre. Lo que no saben es que es relativamente falso.

Purgas: estos tipos de laxantes son sustancias peligrosas e ineficaces para eliminar calorías, porque: afectan el vaciamiento del intestino grueso (segunda parte del intestino) Mientras que la absorción de nutrientes se produce en el intestino delgado (primera parte del intestino) y los diuréticos actúan a nivel de los riñones, ocasionando un aumento en la pérdida de agua y potasio por la orina. La disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso, lo que puede resultar es que la persona puede estar deshidratada y no necesariamente más delgada.

El tratamiento psicológico junto con la reeducación y normalización de los hábitos alimentarios es la ayuda principal para un buen programa de tratamiento en AN Y BN. El tratamiento psicológico se debe enfocar a conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta, el tamaño del cuerpo, de forma que disminuya la importancia que la delgadez tiene para el paciente y la comida deje de ser la respuesta casi universal ante todos los retos y problemas que plantea la vida (la regulación del estado de ánimo, identidad, estabilidad familiar), temas que deben afrontarse con otras respuestas más apropiadas.

Existen varios modelos de psicoterapia que están basados en las distintas orientaciones teóricas, el Instituto Nacional de Salud (2000) mencionan las siguientes:

- a) **La terapia cognitivo- conductual:** es utilizada en las últimas 3 décadas, es eficaz en las fases iniciales y media del tratamiento.
- b) **La terapia psicoanalítica:** en la actualidad se considera útil en el proceso de maduración global del paciente.
- c) **La terapia gestalt:** esta técnica psicoterapéutica se basa en abordar el aquí y el ahora de los problemas desde una perspectiva del sujeto y con la proyección hacia la relación cotidiana. Su encuadre preciso de trabajo que responde a objetivos, y se va superando en base a las prioridades que va eligiendo el propio sujeto.

1.5 Autoestima

1.5.1 Antecedentes

El primer antecedente que se tiene es del año 1980, y gracias a las aportaciones de William James, quien propuso en su libro “Principios de la psicología” que la estima que tenemos nosotros mismos depende enteramente de lo que pretendemos ser y hacer. James evaluaba la estima de una persona a partir de sus éxitos concretos confrontados con sus aspiraciones. Maslow (1943) junto con Carl Rogers inician un nuevo planteamiento de la psicología llamada humanista. Y en lugar de estudiar a las personas desde un ángulo de las enfermedades mentales sostenía que importaba interesarse ante todo por su salud mental y espiritual. En el año de 1943 propuso su teoría psicológica conocida como la jerarquía de necesidades de Maslow o Pirámide de Maslow. En ella defiende los cinco grados de necesidades humanas. No evoca directamente una forma piramidal, sino una jerarquía de preponderancia: en el momento en el que una familia está satisfecha, inmediatamente aparecen otras necesidades.

- **Las necesidades fisiológicas**, forman el primer nivel, que sería el comer, el beber, dormir, respirar, etc. Son funciones que están vinculadas a la supervivencia individual.
- **Las necesidades de seguridad**, Maslow destaca que las necesidades de seguridad conducen a los individuos a preferir lo que les es familiar antes que lo desconocido.
- **Las necesidades de afiliación**, cuando está vinculado el amor, el afecto o las relaciones sociales. La naturaleza del ser humano.
- **Las necesidades de reconocimiento o de estima**, este conjunto retoma las necesidades relacionadas con el estatus, el empleo, el poder y el dinero que nos definen dentro de la sociedad.
- **Las necesidades de autorrealización**, mientras que las necesidades del nivel inferior dependen de las opiniones ajenas, las que encontramos aquí están vinculadas al desarrollo de la personalidad del individuo. Maslow indica que estas necesidades pueden tomar cualquier forma siempre que sean consecuentes con los deseos individuales de las personas.

Maslow pone en perspectiva el desarrollo del individuo, partiendo del principio de que este último siempre busca una relativa calidad de vida. Y las necesidades no se manifiestan de la misma forma en todas las personas y van cambiando con el tiempo. Y también pueden ir apareciendo otro tipo de necesidades con más o menos importancia según los seres y las circunstancias, y coexistir con aquellas representadas en la pirámide.

1.5.2 El concepto de Autoestima

La autoestima se puede observar tanto positivamente como negativamente. Ya que se trata en si del sentimiento de cada persona, al dirigirse a si mismo, sea positivo o negativamente.

Branden (1992) indica que el no poseer una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico; ya que esta puede actuar como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole esa resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida, también el autor indica que la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos y es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros.

Para Palladino (1999) Define la autoestima como un estado mental; refiere que es:

“[autoestima es] como cada uno de nosotros se siente y piensa sobre sí mismo, y se mide de acuerdo con el modo en el que actuamos” (p.3).

La clave para una autoestima elevada, es la disposición de hacerse responsable de sus sentimientos, deseos, pensamientos, habilidades e intereses; aceptando nuestras fortalezas personales y actuando de forma acorde (op.cit.1999).

Rojas-Barahona et al. (2009) define la autoestima como:

“[autoestima es] un sentimiento hacia uno mismo, que este puede ser tanto positivo como negativo y se construye por medio de una evaluación de las propias características” (pp.).

Rojas-Barahona et al. (Op. Cit) indica que la autoestima se vive como un juicio positivo sobre uno mismo, al haber conseguido un entramado personal coherente basado en los cuatro elementos básicos del ser humano: físicos, psicológicos,

sociales y culturales. En estas condiciones va creciendo la propia satisfacción, así como la seguridad ante uno mismo y ante los demás.

La idea central de la autoestima es la confianza propia, para lograr darle un sentido a la vida y así lograr ser felices; en ello se debe considerar que se puede ser rico, pobre, guapo, feo, gordo o flaco; y en fin de etiquetas, pero si se cuenta con la capacidad de tener una apertura hacia las críticas, el reconocer errores, el hacerse responsables de los pensamientos, sentimientos y el no importarnos lo que piensen los demás, mientras se crea que se está haciendo lo correcto, esto nos hará aún más cercanos a nuestros pensamientos. Y es ahí donde las críticas, las palabras o los problemas, se podrían resolver un poco más fácil. Porque problemas siempre va a haber, al igual que también sentimientos negativos, pero es importante contar con diferentes herramientas que ayudara a madurar y sobre todo crecer de manera personal y emocional.

Rice (2000) indica que la autoestima, está relacionada con el conocimiento propio. En pocas palabras lo que un individuo puede detectar su autoestima por lo que hace y como lo hace. También el autor mención que existen tres buenos motores que influyen en el comportamiento del individuo y suelen manifestarse simultáneamente:

- Actuar para obtener una mayor satisfacción y crecer mejor. En este caso, el individuo buscaría alabanzas eludiendo tareas en las que podría fallar y haciendo en las que está seguro.
- Actuar para confirmar la imagen que los demás, y el mismo, tienen de sí. Por ejemplo si el individuo considera que es un buen cantante, querrá cantar siempre que encuentre la menor oportunidad. Si por el contrario cree que se le da mal el baile, hará ciertos pasos mal y dirá que es por azar cualquier mejoría que experimente en esta afición.
- Actuar para ser coherente con la imagen que tiene de sí, por mucho que cambien las circunstancias. Para el individuo es difícil cambiar algo de sí mismo que afecte a alguna de sus ideas básicas y posibilite un comportamiento diferente.

1.5.3 Los niveles de la autoestima

García (2005) menciona que las cualidades de la autoestima se pueden apreciar en las personas al momento de: Toma iniciativas, el afrontar nuevos retos, el de valorar sus éxitos, saber superar los fracasos y mostrar una tolerancia a la frustración, mostrar una amplitud de emociones y sentimientos, desear mantener relaciones con los otros, ser capaz de asumir responsabilidades, actuar con independencia, mantener una relación consigo mismos, ser felices la mayoría del tiempo, escuchar a los demás, pero toman sus propias decisiones, tienen una mayor facilidad para perdonar y olvidar, disfrutan de diversas actividades como estudiar, jugar, trabajar, descansar, estar con amistades y sobre todo no emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.

Rice (2000) indica que la baja autoestima es posible notarla mediante un estado cognitivo y emocional cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o el rechazo, lo cual es posible verificar por los estados de inadecuación, incompetencia y falta de valía. Puede que las personas se perturben al momento de pensar que se ríen de ellas, cuando sienten que las acusan o cuando perciben que otros tienen una opinión negativa de sí mismas. Cuando más vulnerabilidad se experimenta, mayor es el nivel de ansiedad. En conclusión, las personas con baja autoestima se pueden sentir torpes e intranquilas y evitan a toda costa exponerse al ridículo.

Las características en relación con una baja autoestima, mencionadas por García (2005), las cuales se destacan como que no tienen iniciativas propias y necesita la guía de otros, tienen miedo a los nuevos retos, desprecian sus aptitudes, hipersensibilidad ante la crítica, por lo que se siente exageradamente atacada o herida; descarga la culpa de sus fracasos a las demás personas o a las situaciones y cultiva resentimientos persistentes contra sus críticos, mantienen una poca tolerancia a la frustración, se pone a la defensiva rápidamente, tiene miedo a relacionarse, siente que no será aceptado, miedo a asumir responsabilidades, muestran estrechez de emociones y sentimientos; contienen una indecisión crónica, no tanto por la falta de información, sino por temor exagerado a equivocarse, su hostilidad o irritabilidad siempre a punto de explotar aun por asuntos de poca

importancia, propia de la persona supercrítica a quien todo le disgusta, la decepciona o nada le satisface y son dependientes de aquellas personas que consideran superiores; se deja influir.

Branden (1992) nos habla de que existen formas corporales y de interacción bastantes simples y directas a través de las cuales se manifiesta una autoestima positiva, por ejemplo: cuando se muestra un rostro, una actitud, en la manera de hablar, de moverse; refleja de cierta forma el placer que se siente por ejemplo de estar vivo. La serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantenemos una relación amistosa con los hechos. La comodidad al dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto, aprecio, etcétera. La apertura a las críticas y comodidad para reconocer errores porque nuestra autoestima no está atada a una imagen de perfección. Nuestras palabras y acciones tienden a ser serenas y espontáneas porque no estamos en guerra con nosotros mismos. La armonía ante lo que decimos y hacemos, nuestros aspectos y gestos. Una actitud abierta y de curiosidad hacia las ideas experiencias y posibilidades de vida nuevas. También si surgen algunos sentimientos de ansiedad o inseguridad, es menos probable que nos intimiden o abrumen, ya que no suele ser difícil aceptarlos, dominarlos y superarlos. Mantener la capacidad para gozar los aspectos humorísticos de la vida, en nosotros mismos y los demás. La flexibilidad para responder a situaciones y desafíos movida por un espíritu inventivo e incluso lúdico, ya que confiamos en nuestra mente y no vemos la vida como una fatalidad o derrota. La comodidad con una actitud positiva (no beligerante) en nosotros mismos y en los demás. Y la capacidad para preservar la armonía y dignidad en condiciones de estrés.

Branden (1995) refiere que la autoestima también se observa a nivel físico, como podría ser: cuando se mantienen los ojos despiertos, brillantes y vivaces. El rostro relajado que (salvo en caso de enfermedad) suele tener color natural y vitalidad en la piel. El mentón en posición natural y alineada con el cuerpo. La mandíbula relajada. Los hombros relajados aunque erguidos. Las manos que tienen a estar relajadas, gráciles y quietas. Los brazos relajados y en posición natural. La postura relajada, erguida, bien equilibrada. El modo de caminar decidido (sin ser agresivo ni

altanero) y la voz modulada, con intensidad adecuada a la situación y con pronunciación clara.

(Op.cit. 1995) presenta seis pilares cruciales y fundamentales y que forman parte integral de la vida de las personas y todas ellas se basan en distintas prácticas como es: la práctica de vivir conscientemente, el de aceptarse a sí mismo, el de asumir la responsabilidad de sí mismo, el de la autoafirmación, el de vivir con propósito y la práctica de integridad personal. Asimismo, el autor menciona que estos pilares impulsan una mejor disposición y voluntad de vivir en armonía; alientan la perseverancia y el valor para afirmar el amor a la vida y así sintetizar la propia autorrealización. Desgraciadamente cuando estos pilares hallan ausentes, la autoestima se ve perjudicada necesariamente.

1.5.4 Relación entre el Auto concepto y autoestima

Rice (2000) refiere que el auto concepto es la percepción cognitiva consciente sobre las cualidades y características propias y la autoestima se refiere a la evaluación que las personas realizan sobre éstas. Respecto hacia los adolescentes, el autor indica que ellos (as) recogen datos que les permiten evaluarse. Se plantean hipótesis sobre sí mismos y sobre sí mismas y examinan sus sentimientos y opiniones mediante sus experiencias y relaciones. Además, establecen comparaciones de su persona con sus propios ideales y los de otras personas. Las personas tienen 6 aspectos del yo, 1) lo que realmente son, 2) lo que piensan que son, 3) lo que piensan otras que son, 4) lo que creen que piensan las demás de ellas, 5) lo que quieren llegar a ser y 6) las expectativas que creen que otras personas tienen sobre ellas.

(op.cit. 2000) propone que existen cuatro dimensiones básicas del yo, en primer lugar está el autoconcepto básico, que es la visión del adolescente sobre su personalidad y las percepciones sobre sus habilidades, su estatus y sus funciones en el mundo exterior. En segundo lugar, se encuentra el autoconcepto temporal o transitorio de la persona, que encuentra influenciado por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente.

En tercer lugar, está el yo social; esto es, la opinión que cree que otras personas tienen sobre ellas, que a su vez influye sobre ellas mismas.

En cuarto lugar está la dimensión del yo ideal; es decir, es la aspiración sobre el tipo de persona que les gustaría ser. Las aspiraciones pueden ser realistas, demasiado bajas o demasiado altas. Los yo ideales que son demasiados bajos impiden la realización, mientras que los que son muy altos pueden llevar a la frustración y auto despreció. Los conceptos del yo que son realistas conducen el auto aceptación, la salud mental y la consecución de metas realistas.

1.5.5 Relación entre Autoestima-TCA

Collado (2005) menciona que si un adolescente con autoestima elevada, puede tener un recurso importante en su vida; ya que aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se les presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Entonces si un adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada, podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

Beato et al. (2004, cit. en Asuero Fernández et. al., 2012) indican que la autoestima baja, es un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de algún trastorno de alimentación; en su trabajo detallan la existencia de 28% de prevalencia en conductas alimentarias de riesgo y la presencia de autoestima baja, se encontró que a edades tempranas la autoestima baja aumenta el riesgo de aparición de comportamientos dirigidos a bajar de peso. Cervera et al. 2003 a partir de su estudio concluyeron que la autoestima alta actúa como factor protector para desarrollar alteraciones en el comportamiento alimentario; en cambio, aquellas personas que habían desarrollado un TCA, presentaban una autoestima baja y Southall et al. 2011, señalaron que trabajar en la mejora de la autoestima en adolescentes podría prevenir comportamientos alimentarios poco saludables y disminuir el riesgo de presentar alguna sintomatología depresiva. Ya que en el trabajo elaborado por

Karpowicz, Skärsäter y Nevonen, 2009 observaron que la autoestima había mejorado tras recibir tres meses de tratamiento específico para la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

González Martín, 1999 cit. en Estévez Díaz (2012) precisa que la autoestima es el resultado de un proceso psicológico que surge en el individuo y está basado en todos sus pensamientos y experiencias que sobre él ha ido recogiendo. Y es así como en base a esas experiencias el resultado será una persona que tiene sentimientos y pensamientos positivos respecto a si mismo o una persona que se siente triste, frustrada con respecto a su autoimagen y capacidades.

La asociación Americana de Psicología (2017) afirma, también, que la baja autoestima es un factor que está unido al desarrollo de los TCA, por tal motivo es importante atender tanto a los individuos que presentan baja autoestima como TCA.

La insatisfacción corporal, la autoestima baja, la ansiedad y la depresión son características que se hallan presentes en la mayoría de las personas con TCA y se consideran factores de riesgo al favorecer el desarrollo y/o mantenimiento de un TCA. Aunque cabe señalar que la autoestima tiene su origen social, ya que nadie nace con alta o baja autoestima, ni tampoco existen aparatos que la logren medir. Esta se aprende en la interacción social con personas más significativas: padres, amigos, profesores y el entorno familiar, sobre todo, en la infancia y por consiguiente la adolescencia.

1.5.6 Decálogo de buenas prácticas

Se ofrece un Decálogo de buenas prácticas sobre para el fomento de la autoestima, la imagen corporal y los medios de comunicación. Ya que estos últimos pueden ser una cadena de información tanto positiva como negativa; a través de los mecanismos de difusión transmite los valores sociales y culturales que la sociedad ha desarrollado, impulsando una falsa correlación entre apariencia física, salud y éxito social.

Mallorca (2012) detalla el decálogo de actitudes y tratamiento de la imagen corporal en los medios de comunicación y señala que favorecerá la imagen corporal más sana, como factor de protección de la salud en especial de los grupos más vulnerables, los cuales se detallan a continuación:

1. **Promover la imagen de modelos corporales realistas que fomenten la**

salud. El uso de modelos corporales más cercanos a la realidad de las personas puede contribuir a la mejora de su salud física y psicológica, ya que tiene impacto en el valor que las personas atribuyen al físico y en la necesidad de cambiarlo con la ayuda de dietas o métodos poco saludables.

2. **Fomentar la diversidad corporal y el respeto a esta.** Mostrar la diversidad corporal existente en la sociedad, este debe contribuir a evitar la promoción de estereotipos asociados a la apariencia física. El aspecto físico de las personas que aparecen en los medios de comunicación debe representar todas las realidades sociales; se debe fomentar la diversidad real en contraposición a un único canon de belleza asociado a un cuerpo delgado.

3. **Evitar la promoción de conductas o factores de riesgo de TCA,** especialmente las vinculadas con la promoción de dietas restrictivas y atípicas sin informar de sus peligros para la salud. Evitar la atribución de resultados milagrosos a productos de adelgazamiento, así como fomentar el uso de alimentos bajos en calorías y la clasificación de alimentos como buenos, malos o prohibidos, todos ellos son mensajes que inducen a la pérdida de peso. Este tipo de mensajes fomentan la realización de conductas poco saludables para el control de peso sin percibir el riesgo a la salud.

4. **Promover estilos de vida y hábitos alimentarios saludables,** evitando la *difusión de falsos mitos.* Desde los medios de comunicación las recomendaciones deben ir dirigidas a transmitir la idea que cuando una persona sigue una dieta concreta para perder peso, ésta debe estar ajustada a sus necesidades nutricionales, debe ser equilibrada y controlada por profesionales. En esta línea es necesario velar por el cumplimiento de la legislación actual sobre la publicidad y la promoción comercial de productos destinados a la pérdida de peso.

5. Promover el fomento de la autoestima más allá del físico. El objetivo debe dirigirse a evitar la promoción de mensajes que conducen a la falsa creencia de que el bienestar emocional y psicológico, así como la aceptación social, guardan relación con determinados físicos.

6. Evitar la proyección/construcción de modelos asociados a la apariencia física. Se observa en la sociedad y ha sido constatado en diversos estudios que existe cierto rechazo hacia las personas obesas como consecuencia de la promoción de ciertos mitos y estereotipos. La sociedad tiende a atribuir a la persona obesa la responsabilidad de su sobrepeso, apoyado en la falsa creencia que el cuerpo puede modelarse con facilidad.

7. Fomentar estilos de vida saludables en la población infantil en horarios restringidos como método de prevención de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. La prevención en población infantil debe ir dirigida a transmitir mensajes que promuevan actitudes y hábitos propios de una alimentación saludable, equilibrada y propician estilos de vida saludables.

La recomendación es evitar en horarios protegidos la promoción de productos «light», de productos con gran contenido calórico o de tipo fast-food, así como la excesiva exposición de personas que exhiben cuerpos delgados así como los productos destinados al cuidado del físico.

8. Proteger especialmente la población adolescente: colectivo más predispuesto a sentirse insatisfecho con el físico y a incorporar conductas de riesgo. Proteger esta franja de la población de mensajes que promuevan el uso de dietas o posibles conductas de riesgo. El inicio de una dieta restrictiva, saltarse comidas o realizar ejercicio físico intenso en un adolescente excesivamente preocupado por el físico puede suponer el inicio de un trastorno de la conducta alimentaria. Este riesgo es más elevado si tenemos en cuenta que un 65% de los adolescentes españoles se siente insatisfecho con su propio cuerpo según estudios recientes.

9. Promover mensajes y contenidos sobre las mujeres no focalizados en la apariencia física. El bombardeo constante al que se ven sometidas las mujeres con mensajes que llegan del mundo de la moda, la estética y la alimentación

contribuyen a favorecer la interiorización del modelo estético de delgadez como objetivo único al que todos debemos aspirar.

10. Mostrar sensibilidad y rigor al tratar a los trastornos de la conducta alimentaria como enfermedad. No todos los trastornos alimentarios pueden identificarse por el estado físico de la persona afectada, en la mayoría de los casos la sintomatología latente no es visible y las personas afectadas lo viven clandestinamente. Aunque no todos los casos presentan un grado elevado de gravedad o deterioro físico, sí padecen grados elevados de malestar psicológico asociado a la enfermedad.

1.6 La Terapia Gestalt

Castanedo (1997) menciona que la Terapia Gestalt más que una teoría de la psiquis, es un eficaz abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la conciencia, es decir, (awareness) el darse cuenta. Así, el individuo es responsable de sus propios procesos en curso y de su forma de adaptarse al medio que es cambiante. La Gestalt toma en cuenta el campo bio-psico-social en su totalidad, incluyendo como parte básica la interacción organismo- ambiente, de esa manera esta terapia utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales. También se considera que el experimentar, el hacer, el vivir y el sentir, como es un eje primario del proceso terapéutico. La Gestalt es un enfoque experimental en el sentido exacto del término: -experimental-, es decir, experimentar en uno mismo, o intentar captar una vivencia actual de la vida por medio de un hecho o hechos.

En 2007, Higy-Lang y Gellman establece que la terapia Gestalt se basa en un mensaje fundamental del filósofo Spinoza: “La eternidad es ahora”. Ya que la psicoterapia trata de centrarse en lo que se piensa y se siente aquí y ahora, y también sobre lo que Horacio denominó el Carpe Diem <<aprovechar el momento>>, se trataría de vivir el instante, de aprovechar el momento presente, de disfrutar de los placeres cuando vienen.

Existen tres premisas fundamentales en la Gestalt como una terapia con sus aplicaciones en el campo de la Psicología Clínica: 1ª, el darse cuenta, 2ª, la homeostasis y 3ª, el contacto.

1.6.1 Antecedentes

Existe una relación entre la Psicología de la Gestalt y la terapia Gestalt y una influencia que tiene la primera sobre la segunda. Cabe destacar que se coloca en ese orden por la razón de que la psicología de la Gestalt nació en el año 1912, en Alemania, mientras que la terapia Gestalt encuentra su primera publicación en la ciudad de New York, en el año 1951. Además que los fundadores y exponentes de una y otra son personajes distintos.

Castanedo (1997) detalla que la psicología de la Gestalt o también nombrada como teoría de la forma tiene su punto de partida en los psicólogos alemanes del siglo XX, y destacaba que diferentes autores que se describirán a continuación:

- Max Wertheimer (1880-1943) fue un psicólogo de origen checo, y fue uno de los fundadores de la Psicología Gestalt. Estaba integrado por cuestiones relativas a la percepción y el movimiento. Él fue quien descubrió que al iluminar dos líneas cercanas con un intervalo de tiempo suficientemente breve, se tenía la sensación de percibir una sola línea en movimiento. A dicho fenómeno se le nombró como “fenómeno phi”. Wertheimer criticó el sistema educacional de la época; él decía que las tareas de resolución que implicaban reorganización y agrupamiento no eran estudiadas por la lógica, pero eran procesos esenciales del pensamiento humano. Para Wertheimer la verdad estaba determinada por la estructura total de la experiencia más que por sensaciones o percepciones individuales.
- Wolfgang Kohler (1887-1967) hizo algunas contribuciones más significativas. En su libro publicado en 1925 bajo el nombre de *The Mentality of apes* (la mentalidad de los monos) donde describe experimentos realizados con monos antropoides durante la primera Guerra mundial. Kohler menciona que lo que es válido para los simios lo es mucho más para los seres humanos y

reprendió a los conductistas su manera harto mecánica de concebir el aprendizaje humano. Entre otras obras se puede destacar la prueba de inteligencia en antropoides (1917), Dinámica en Psicología (1940), la Psicología de la forma (1947) y conexiones dinámicas en Psicología (1959).

- Kurt Koffka (1886-1941) sus primeros trabajos en la psicología surgieron cuando sirvió de sujeto experimental sobre el movimiento visual. Koffka desarrolló una teoría general de la conducta humana, enmarcada bajo el concepto de campo psicológico o ambiente de conducta. El campo psicológico para él, es el individuo y su ambiente; y su interacción dentro del campo forma el contenido de la conducta. A partir de este concepto desarrolla la teoría de las emociones, en la que pone el acento en la influencia del ambiente.

Estos autores, representaron una reacción contra aquel punto de vista tradicional de la psicología antigua. Oponiéndose a la conducta partiendo de la dualidad estímulo-respuesta. Ya que en lugar de buscar elementos mentales prefirieron estudiar las configuraciones y patrones naturales que aparecen en la experiencia directa Castanedo (Op. cit).

Higy-Lang & Gellman (2007) indican que en las investigaciones realizadas por los primeros gestaltistas alemanes sobre fenómenos de la percepción permitieron a Wertheimer formular la teoría de la Gestalt. Este psicólogo trató de mostrar el carácter global de la percepción tal y como se daba en la naturaleza y en los seres humanos. Wertheimer (1925) fue el primero en hacer un intento de sistematizar y realizar la síntesis que finalmente realizó Perls al unir definitivamente la percepción con las sensaciones, los sentimientos y las emociones. Esta división entre lo interno y lo externo entre lo físico y lo psíquico, venías arrastrándose desde la época de la Edad Media.

Al hablar de los orígenes de la terapia Gestalt es hablar del creador: Fritz Perls.

Friederich Salomón Perls nace en 1893 en el gueto judío de Berlín y muere en 1970. Era un psiquiatra alemán que ejerció como psicoanalista en Berlín hasta 1933, momento en el que sale de Alemania por la llegada al poder del

nazismo y acaba creando la Asociación Psicoanalítica de África del Sur. En el año de 1942 publica: Yo, hambre y agresión, considerado el primer libro de la Terapia Gestalt, aunque aún no recibía ese nombre. Para Fritz Perls la idea de que el desarrollo de la persona no gira solo en torno a la pulsión sexual o libido, como lo defendía Freud, sino que es la pulsión del hambre, masticar, deglutir, etc. Lo que determina y organiza el comportamiento humano. Sería la oralidad la que preside el crecimiento de la persona durante toda su vida y no solo durante un periodo bien definido de la infancia. Difiere notablemente de Freud en tanto el impulso sexual, la libido y los impulsos de Eros y Tanatos, no son para Perls la única posibilidad. Perls fue influido por distintas corrientes: Psicoanálisis, Análisis del Carácter de Reich, Filosofía Existencial, Fenomenología, Psicología Gestalt, Psicodrama de Moreno y las religiones orientales; por ejemplo con Jung incorpora el concepto de polaridades, el psicoanalista Wilhelm Reich lo incita a que se preocupe y ocupe del cuerpo como caja de resonancia de las emociones. Del psicodrama recoge que es mejor participar en la experiencia que hablar de ella y de las religiones orientales el no sobreestimar la importancia del pensamiento y darle más espacio a las emociones. Del existencialismo el concepto de responsabilidad y la primacía de lo concreto, así como la singularidad de cada existencia y por último de la fenomenología el concepto de fenómeno, como aquello que nos es dado a la conciencia en el aquí y ahora; como quiera que no existe una sola explicación para los mismos fenómenos tan solo podemos describirlos (Ruiz de la Rosa, 2017; pp.2).

La historia de la Gestalt es la de una integración permanente y no concluida de conceptos filosóficos, psicoanalíticos, psicológicos y neurológicos. El objetivo es el enfoque global de ser humano en su relación consigo mismo (¿Quién soy yo?, ¿Qué quiero?), con los otros y con el mundo Higy-Lang & Gellman (2007).

Cuando la gestalt dejó de ser una teoría para transformarse en una terapia -y posteriormente en un estilo o filosofía de vida-, dando del cuerpo y de la psique una nueva visión integrada: ambos dejaban de ser considerados como dos entes separados y sin ninguna relación, (Martin, 2011).

1.6.2 Concepto

El vocablo Gestalt se ha traducido de muy diversas maneras: configuración, forma, figura, entre otras. Quizás la más aceptada haya sido la de “forma”, y de aquí el nombre de “teoría de la forma”. Configuración, en cambio, a veces sugiere una composición de elementos, algo totalmente contrario a la Gestalt, cuya idea principal es la de totalidad. Por otro lado, la palabra forma es el sinónimo que más se asemeja a la palabra alemana Gestalt y expresaría su significado como “la experiencia tal y como se le da al observador de un modo directo” Köhler, Koffka y Sander (1969 cit. en Martín, 2011).

Castanedo (1997) refiere que la palabra Gestalt es “una identidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa como se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria” (p.44).

La Gestalt intenta explicar que lo que se percibe conscientemente no nos aparece como una suma de las partes, sino que nos viene dado como un todo, en configuraciones de significado y que ese todo es más que la suma de las partes. Por ejemplo, cuando escuchamos una melodía no se percibe una serie de notas sino un sonido unitario que es algo más que la suma total de las notas que la componen.

Ruiz de la Rosa (2017), determina que la figura es aquello que se percibe como sobresaliente en el campo perceptual, y que tiene una forma definida; mientras que el fondo es algo indefinido, cuya función es servir de base envolvente a la figura.

Perls (1974) la definió como aquella forma que sobresale neta y claramente en un campo determinado. El resto de ese campo, que se encuentra más difuminado y lejano de nuestra conciencia, es lo que llamamos fondo, y es la parte del campo sobre la que sobresale la figura.

El verbo gestalten significa “poner en forma”, dar una estructura significativa. La Gestalt es una forma estructurada y completa que tiene sentido para nosotros. Por ejemplo, una mesa tiene un significado diferente para nosotros según esté cubierta de libros y papeles o de un mantel y platos (su Gestalt total ha cambiado). En un

caso, la mesa es un despacho de trabajo, mientras el otro es una mesa para comer (Higy-Lang & Gellman, 2007).

1.6.3 Bases de la Gestalt

Rubinstein (2002, p.2) indica que Fritz Perls, fue el fundador de la terapia Gestalt, la cual tiene como objetivo “desarrollar el proceso de madurez y el potencial humano y reparar los fallos de la personalidad para restituir al individuo en su totalidad”. Esto es, que más que curar eliminando un síntoma, se propone promover el crecimiento personal y toma de conciencia para integrar las distintas partes de un todo: la persona.

Rubinstein (Op.cit) indica que la Gestalt ha recibido la influencia de las siguientes corrientes: El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños, de la filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad, también de la fenomenología de la que toma su apego, por la experiencia inmediata y por la conciencia (insight) de las religiones orientales y en especial el Budismo Zen, el psicodrama de J.L. Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños, la teoría de la coraza muscular de W. Reich y la teoría de la indiferencia creativa, de Sigmund Friedlander, de la que extrae su teoría de las polaridades.

Pico Vila (2014) menciona que la terapia Gestalt, como otras terapias de corte humanista, tiene un modelo teórico que se centra en definir lo que es psicológicamente sano, su interés no está centrado en la patología, ni en definir cuadros de síntomas que tengan entidad por sí mismos, como una enfermedad, sino que busca una visión de la salud psicológica que no sea únicamente la ausencia de la enfermedad. Para la terapia Gestalt el estar sano psicológicamente no solo es no estar enfermo, es no presentar síntomas.

Pico Vila (Op. Cit.) menciona algunas de las bases teóricas, las cuales se presentan a continuación:

- a. **Modelo de campo organismo/entorno:** la terapia Gestalt parte de la base de que somos organismos y vivimos en interacción continua con un entorno

determinado; es así que ningún organismo podría realizar ninguna de sus funciones sin realizar intercambios con su entorno. Los seres humanos necesitamos además de un gran número de intercambios de tipo social: atención, cariño, sexualidad, reconocimiento, etcétera. Así como el cuerpo físico y las funciones fisiológicas se desarrollan mediante la incorporación de nutrientes y la expulsión de desechos, los aspectos de interacción social nos construyen como seres sociales y son una necesidad humana tan importante como el comer y el beber. En la expresión organismo/entorno, la psicología de la Gestalt estudia la barra inclinada, es decir, estudia lo que ocurre en la frontera entre el organismo y su entorno; ya que sin ella no se podrá entender a una persona si no tenemos en cuenta su entorno y como es afectada por su entorno. Como ejemplo, las emociones no se pueden concebir como algo que pertenece únicamente al individuo (tristeza, alegría, ira). Son más bien un fenómeno de la frontera, del intercambio: en la orientación del organismo en su entorno aparecen las emociones como algo que tiene que ver con ambos (pp.11).

- b. La autorregulación orgánica y el contacto:** la terapia Gestalt considera que el organismo tiene la capacidad de autorregulación, es decir, el organismo, si se le deja en marcha, tiende a regular sus necesidades por sí solo, tiende a corregir sus desequilibrios e ir hacia la estabilidad. El trabajo terapéutico está puesto en cómo toma conciencia el paciente de sus necesidades y sus emociones y en cómo puede encontrar sus propias soluciones desde su propia experiencia y sus recursos, más que en adiestrarlo en habilidades o proporcionarle hábitos de conducta que tengan sentido desde la óptica del terapeuta (pp.14).
- c. El ajuste creativo y la agresividad sana:** el concepto de ajuste creativo da respuesta a la cuestión de cómo pagenar la realidad existente y la creación de novedad. El ajuste está relacionado con la adopción a las posibilidades reales del entorno, a hacer con lo que hay. Mientras la creación es la apertura a nuevas posibilidades, a la novedad, las soluciones nuevas, las nuevas estructuras. Esto quiere decir que el ajuste se adapta al entorno y la creación lo modifica. El ajuste creativo necesita la posibilidad de agredir el entorno; en terapia Gestalt se utiliza la palabra “agresividad” con una connotación más cercana a la etimología, y existe una sana agresividad que significa, ir hacia el entorno y atreverse a modificarlo (pp.15).

d. El self y sus funciones. La palabra inglesa self se utiliza con frecuencia en la literatura psicológica, por lo regular en terapia Gestalt. Su traducción es “el sí mismo”, aunque muy a menudo se utiliza directamente en inglés. Según el Oxford English Dictionary, self significa “el ser esencial de una persona que le distingue de otras, especialmente considerado como el objeto de introspección o acción reflexiva”. Es por eso que la palabra self no se refiere a ningún objeto (como da entender la expresión “el self”) sino a un conjunto de características esenciales de la persona que le distinguen de otras, ya que la terapia Gestalt se considera central el concepto de contacto, que nos habla de cómo es la interacción entre el organismo y su entorno. El self de la persona, al menos psicológicamente, se define como “el sistema complejo de contactos necesarios para el ajuste en un campo difícil”. O como lo mencionaba Aristóteles, “cuando el dedo se pincha, el self existe en el dedo dolorido”. Entonces el self se puede entender como un proceso que regula la interacción del organismo con su entorno, su sistema de contactos (pp.17).

Wertheimer menciona que la teoría de la percepción debería ser una teoría de campo, esto porque según él los hechos y los fenómenos están localizados en un medio continuo y son hechos perceptuales que ocurren en ese medio continuo e influyen sobre los que tienen lugar en otras regiones o campos próximos, en la medida en que las propiedades de ambos se hallan mutuamente relacionadas. Así que el campo llamado persona no solo se puede conocer a través de sus elementos sino como una totalidad. Lo que se puede ver es cómo se organiza ese campo, sus procesos psicológicos que se producen dentro de él tienden a lograr un estado tan bueno como lo permiten las condiciones prevalecientes en ese campo. Esta es una ley que enunció Köhler (1969) y se le conoce como el nombre de pregnancia. Pero las fuerzas que operan dentro de un campo visual según enuncia en 1949 la ley de proximidad, cuyo significado podría definirse de la siguiente forma: “cuando más cerca está en el espacio o en el tiempo procesos semejantes, tanto mayor es la tendencia cohesiva entre ellos (Martin, 2011).

1.6.4 Fundamentos de la psicoterapia gestáltica

Existe una serie de premisas que son las que caracterizan la forma de actuar de la psicoterapia gestáltica. La primera y fundamental es que no son los pedacitos y

piezas que forman la teoría lo principal y más importante, sino que es más bien el modo como son organizados y usados estos pedacitos lo que le da singularidad a esta teoría, pues algunos de los elementos que se encuentran en esta terapia se pueden encontrar en otros enfoques psicológicos. Lo mismo sucede con el análisis de las conductas, no trata de ver los porqués sino el cómo. Sólo cuando el individuo se da cuenta de lo que hace y de cómo lo hace está capacitado para cambiar su conducta. Los por qué tienen el gran peligro de quitarnos la responsabilidad de nuestras conductas y, por lo tanto, mantenernos más fijados a ellas (Martin, 2007)

Perls (1974, cit en Martín, op.cit, p. 23) definió esta premisa del siguiente modo: “Es la organización de hechos, percepciones, conductas y fenómenos, y no los elementos individuales de los que se componen, lo que les define y les da su significado específico y particular”.

1.6.5 Los grandes principios de la Gestalt.

Higy-Lang & Gellman (2007) mencionan que este concepto fue desarrollado por psicólogos alemanes que trabajaron en el campo de la percepción. Ellos fueron los primeros que demostraron que el hombre no percibe las cosas como entidades aisladas y sin relación, sino que más bien las organiza mediante un proceso perceptivo, inconsciente y personal, en totalidades con significado. El mundo, los procesos perceptivos y los procesos neurofisiológicos son isomorfos, es decir, están estructurados del mismo modo. En cierta manera se asemejan en sus estructuras y en sus leyes. No existen percepciones aisladas, puesto que la percepción esta inicialmente estructurada. Toda la percepción es una reconstrucción de la realidad.

Por ejemplo, el siguiente texto:

“Sgeun un etsduio de una uivenrsdiad ignlsea, no ipmotra el odren en que las itrearsa etsan ersciats, la uicna csoa ipormtnate es que la pmrirea y la utlima ltera estén scritas en la psiocion cocrrtea. El rsteo peuden estar ttaolmntee mal y aun pordas lerelo sin pobrleams. Esto es pquore no lemos cada ltera por si msima snio la palabra cmoo un tdo” (pp.23).

La estructuración de las formas no se hace al azar, sino según determinados principios naturales que se imponen al sujeto que lo percibe. Estos principios son

los siguientes. Martin (2007) indica que son ocho los principios que rigen la organización de los elementos que se encuentran en un campo gestáltico (pp.28):

- a. **Principio la proximidad:** lo individuos tienden a percibir los elementos juntos en el espacio y en el tiempo.
- b. **Principio la similitud:** los elementos parecidos tienden a verse como partes de la misma estructura.
- c. **Principio de la dirección:** por el cual tendemos a ver figuras en una dirección continua y fluida.
- d. **Principio de la disposición objetiva:** el cual se tiende a seguir viendo una organización como estable aun después de haber desaparecido los factores estímulo.
- e. **Principio de los límites comunes:** por el cual se tiende a disminuir las diferencias que existen entre dos elementos que están uno junto al otro.
- f. **Principio de la agrupación en función de una relación causa- efecto:** -se agrupa los elementos de un campo en función de su causa y efecto.
- g. **Principio de la experiencia pasada o costumbre:** se junta los elementos conocidos y que formaron parte de experiencias anteriores. Este principio se da mucho en lo que llamamos preconceptos o prejuicios: acerca de los negros, los judíos, los gitanos, etc.
- h. **Principio de la preparación o expectativa:** se organiza el campo en función de nuestras expectativas.

1.6.6 Qué es una Gestalt y su formación

Martin (2011) indica que una persona se está produciendo continuamente fenómenos de formación y eliminación de Gestalt. Por ejemplo: cuando una persona se encuentra leyendo un libro y de pronto siente cualquier tipo de necesidad biológica (sed, hambre o frío) a medida que esta necesidad se va configurando y tomando forma en el campo de las sensaciones de la persona, lo que al principio era atención y concentración en lo que estaba leyendo -constituyéndose como forma, como fue el caso del libro- pasa a convertirse en fondo, y la necesidad, que se va haciendo más imperiosa, pasa a convertirse en forma. Si la persona satisface su necesidad, ya sea bebiendo en el caso en que sea sed, comiendo en el caso de ser hambre o abrigándose si tiene frío, una vez satisfecha su interés vuelve al libro,

que nuevamente pasa a ser la forma, y todo lo demás constituirá el fondo. Es decir, lo que era forma pasa a ser fondo y viceversa. Si después de un largo rato de lectura, esta persona vuelve a sentir una nueva necesidad, como tener sueño/ cansancio pasará a un primer plano convirtiéndose en forma, y el libro pasará a formar parte del fondo, al desaparecer nuestro interés por él. Así es como se van produciendo y eliminando sucesivamente las gestalts, que se definen como: "La configuración o forma particular en que se organizan las partes individuales en que se constituye dicha forma o configuración"(pp.19).

Homeostasis: es un mecanismo fisiológico de autorregulación del organismo. Es un concepto que procede de la medicina. Es el proceso mediante el cual el organismo hace intercambios con el ambiente para mantener su equilibrio tanto físico como psíquico y social. Cuando este intercambio entre organismo y ambiente se interrumpe aparece el desequilibrio. La homeostasis es un mecanismo natural que existe tanto en el ser humano como en los demás animales, y su alteración produce enfermedad y desajustes en la persona.

Ambiente: el ambiente no solo el espacio físico que nos rodea, sino las personas y grupos de los que formamos parte: amigos, familia, grupos de trabajo, sociales, nacionales e incluso supranacionales. A una persona, para satisfacer sus necesidades que surgen de lo más primario de su estructura fisiológica y psicológica, y por tanto para vivir, le es necesario que este intercambio con el ambiente se mantenga sin interrupciones, o por lo menos sin aquellas interrupciones que pongan en peligro su propia existencia. El ambiente es de donde la persona extrae los elementos necesarios para satisfacer sus necesidades (necesidad de alimentos, de contacto, de afecto, etc.) y por tanto para su supervivencia.

Existen dos tipos de necesidades: por un lado las fisiológicas, destinadas a reponer aquellos elementos necesarios para el funcionamiento del organismo, como es el comer, beber, mantener una temperatura adecuada, etc. o a expulsar aquellos elementos que le son nocivos (orinar, defecar, sudar, etc.), y por otro, las necesidades psicológicas, que son las destinadas a mantener el equilibrio en el plano afectivo y emocional tales como la necesidad de afecto, comunicación o

contacto. Un individuo no puede pasar mucho tiempo sin satisfacerlas si no quiere poner en peligro su existencia.

Emoción: el intercambio del organismo con el ambiente es imprescindible para la supervivencia de la persona. La excitación que surge en el organismo, como consecuencia de la falta de algo o ante la necesidad de expulsar algo, es el dispositivo que pone en marcha a la persona en busca de aquello que lo satisfaga, dicha excitación aparece al principio como algo difuso, sin concretarse en nada evidente, tan solo hay una ligera inquietud en la persona, que muchas veces, y sobre todo al principio, pasa desapercibida; a medida que esta excitación va aumentando, ya sea por la carencia de un alimento o cualquier necesidad que emerja del organismo, la excitación se va concretando y haciendo más específica, hasta que se va haciendo comprensible; en ese momento podemos decir que sentimos una emoción que podríamos clasificar por defecto o por carencia. La excitación siempre está en nosotros; lo que sucede es que unas veces procede de las carencias internas y otras de nuestras relaciones o contactos con el ambiente.

Acción: A su vez, la emoción se transforma en acciones, y éstas en conductas de acercamiento o alejamiento. Estas conductas tendrán por finalidad la satisfacción de necesidades o el completamiento de gestalts que restablecerán el equilibrio perdido por el organismo como consecuencia de la falta de algo, este recorrido es lo que caracteriza al proceso de la vida; posteriormente todo este proceso, conocido como ciclo gestáltico o ciclo de las necesidades.

El esquema de la persona o la Gestalt persona: es la representación psicológica y mental que cada persona tiene de sí misma, y que resulta del proceso constante de organización e interrelación de cada uno de los tres campos fenomenológicos que configura a la persona: el campo psicológico, que corresponde a la representación del psique, el campo que corresponde a la representación psicológica del cuerpo esquema corporal, y la representación psicológica del mundo exterior.

Rubinstein Agunin (2002) indica que para lograr esto, una pieza clave en terapia Gestalt es el *CONTACTO*. Con ello podemos entender más desajustes adaptativos

como son los trastornos de la alimentación. Se basa en el aquí y ahora, vivir y sentir el presente, vivir y sentir la realidad.

Presente. Este valora el aquí y ahora, es decir, la actualidad, el presente, lo que a la persona le está ocurriendo en este momento de su vida. Poner la atención en el aquí y ahora ayuda al cambio, y todo cambio tiene un lugar en el presente. Salirse de él es una evasión terapéutica.

El pasado y las expectativas hacia el futuro. En Gestalt se traen los acontecimientos al presente, para que el individuo se dé cuenta de cómo están repercutiendo en su presente, y así lo que ocurre en el presente es, fundamentalmente, una experiencia de contacto conmigo, con los otros/as y/o con el entorno.

1.6.7 El contacto

Martin (2011) indica que el contacto es una de las principales necesidades psicológicas del ser humano. Sin él, la persona se ve sometida a marcados desajustes de la personalidad y, en casos extremos, a la muerte. Se han realizado numerosos estudios para determinar el grado de deterioro de la personalidad en individuos que han crecido careciendo de contactos. A través del contacto, cada ser humano tiene la posibilidad de encontrarse en forma nutricia con el mundo exterior, realizando una incorporación o intercambio de alimentos, afectos, etc. Este intercambio se lleva a cabo a través de esta síntesis entre la unión y la separación que es el contacto. Continuamente el ser humano se conecta y se desconecta del medio. El encuentro, que puede darse en un momento, acaba inmediatamente para ser sustituido por el retiro, de forma más o menos voluntaria, ya que lo podemos llevar a cabo nosotros o los demás. En este período de contacto yo te tocó, te hablo, te escucho, te sonrío, te conozco, te quiero, etc. Pero también cuando me desconecto estoy solo. Puedo conservar tu recuerdo, como mecanismo para no sentirme así; sin embargo, cuando retiro el contacto me quedo solo. El ritmo contacto-retirada es necesario para el buen funcionamiento del organismo.

1.6.7.1 Tipos de contacto

Aunque el contacto se da fundamental y primordialmente a través de los sentidos (vista, oído, tacto olfato y gusto), no obstante, el mero hecho de ver y oír no es

garantía de un buen contacto ni de haber retirado los límites que nos separan del otro. Lo que posibilita que el contacto se realice es la forma en que se hay decir, cómo ve y cómo oye la persona. El contacto no sólo se hace con personas, sino que va más allá y se realiza con cosas inanimadas como puede ser mirar una puesta de sol, escuchar una cascada, mirar un paisaje. Estas son formas de contacto que pueden despertarnos multitud de sensaciones. Como dijo Perls (1976, cit. en Martín, 2011): "El contacto empieza a funcionar cuando se encuentra el sí mismo con lo que le es ajeno".

Pico Vila (2014) indica que es un proceso con desarrollo en el tiempo. Para llegar a establecer contacto con el entorno el organismo se tiene que activar y ha de movilizar su energía. Por ejemplo para mirar alrededor, el individuo tendrá que orientarse con sus ojos, incluso con sus orbitas y modificar incluso la curvatura del cristalino para enfocar lo que se está mirando. Solo con eso se necesita de una activación muscular. Pero si además de mirar alrededor buscando algún elemento del entorno habrá más musculatura implicada (músculos de la cara o del cuello) y si se sigue buscando de forma más activa puede llegar a ponerse en marcha el cuerpo entero.

La primera fase es el llamado *pre contacto*: el organismo está en principio en un estado de poca movilización. La situación empieza a alimentar la emergencia de una necesidad. Esta necesidad se manifiesta como sensaciones corporales.

La *fase toma de contacto*: comienza cuando el organismo se moviliza para explorar el entorno. La activación corporal va en aumento y empieza a haber una consciencia de buscar la satisfacción de la necesidad.

La *fase del contacto final*: es en la que se realiza el intercambio entre el organismo y el entorno. Ya se ha alcanzado la solución deseada y el organismo se entrega a la satisfacción de la necesidad.

La *fase del pos contacto*: supone una bajada de la activación. Se produce una asimilación de lo tomado del entorno y eventualmente un descarte de lo que no es útil (excreción, olvido, etc.).

1.6.8 El darse cuenta

El darse cuenta (awareness) es el entrar en contacto de manera natural y espontánea, en el aquí y ahora, con lo que uno se siente y se percibe. Para Stevens (2000) es el cómo uno puede explorar, expandir y profundizar su capacidad de darse cuenta.

El autor Martin (2011, pp. 51), detalla que existen tres tipos de darse cuenta o zonas del darse cuenta, las cuales son:

- 1. El darse cuenta de sí mismo o de la zona interior:** esto es, contacto sensorial actual con eventos internos en el presente: lo que ahora siento desde debajo de mi piel, escozor, tensiones musculares y movimientos, manifestaciones físicas de los sentimientos y emociones, sensaciones de molestia, agrado, etc.

Ponerse en contacto con uno mismo, y darse cuenta de lo que realmente siente y desea, es el primer paso para la integración. Para ponerse en contacto con uno mismo es conveniente hacerse las siguientes preguntas: ¿Qué estoy sintiendo? ¿Dónde lo estoy sintiendo? ¿Cómo lo estoy sintiendo? En gestalt tratamos de evitar los por qué, que son sustituidos por los cómo, los dónde o los qué.

- 2. El darse cuenta del mundo o zona exterior:** esto es, contacto sensorial actual con objetos y eventos en el presente: lo que en este momento veo, palpo, toco, escucho, degusto o huelo.

El darse cuenta del mundo externo se relaciona con todo lo que percibimos a través de nuestros sentidos y que proviene del mundo exterior, es decir, es el contacto que mantengo en cada momento con los objetos y los acontecimientos del mundo que me rodea. Me permite darme cuenta de lo que está fuera y de lo que ocurre más allá de mi piel. Es lo que en cada momento veo, toco, oigo, escucho y huelo. Es el sonido del golpeteo de las teclas del ordenador, es el resplandor de la bombilla o el gusto que me produce una comida.

- 3. El darse cuenta de la zona intermedia o zona de la fantasía:** esto incluye toda la actividad mental que abarca más allá de lo que transcurre en el

presente: todo el explicar, imaginar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticipar el futuro, etc.

Tanto nuestra idea imaginaria del futuro, como nuestra concepción y recuerdo del pasado, se basan en la comprensión del presente. El pasado es un recordar - escasamente objetivo- lo que sucedió en un momento que ya no existe. El futuro es todo aquello que presajiamos, imaginamos o tratamos que suceda.

La capacidad de darse cuenta permitirá al individuo ir integrando partes de sí misma. No consiste en un proceso racional ni en el análisis de una situación sino en una reacción vivencial. Significa, tomar contacto a nivel emocional con un sentimiento o una sensación que estaba borrada de la consciencia, que estaba ahí sin ser percibida, sin darse cuenta.

Rubinstein Agunin (2002) indica que el pasado existe en función de lo que representa en el presente y el futuro aún no ha llegado, así que, lo único que realmente existe es el presente. Es por eso que en terapia se abordara únicamente el presente, claro está sin olvidar que existe una historia pasada y una perspectiva hacia el futuro. Pero aun cuando se emerjan sentimientos o situaciones del ayer, o en su caso miedos al mañana, surgirán en el aquí y en el ahora; y serán vivenciados en ese preciso instante.

El autor (Op. Cit) menciona también lo que las personas hacen para evitar su presente; la Gestalt propone ser consiente a cada momento de lo que le sucede a cada individuo a todos los niveles: emocional, mental y físico. Es importante el tomar consciencia o el saber cómo evito mi presente, qué siento o pienso en este momento.

Ruiz de la Rosa (2017) menciona que la responsabilidad fomenta la integridad -de cada persona y la Gestalt invita a tomar conciencia de lo que nos está sucediendo en cada momento, sin pretender cambiarlo, detenerlo o evitarlo, guste o no guste.

Así cuando el individuo se pone en contacto auténtico con sus sentimientos, el proceso de cambio se puede producir por sí solo. El frustrarse con exigencias para ser distinto de lo que se es, solo llevara sensaciones de malestar y el individuo no se hará responsable de su comportamiento. Es por eso que una forma de asumir

alguna responsabilidad es dejar de culpar sistemáticamente a los demás, siempre y cuando se esté dispuesto a asumir el riesgo y las consecuencias de sus acciones. En conclusión, responsabilidad es desarrollar la habilidad para encontrar respuesta a las propias necesidades y hacerse cargo de satisfacerlas.

1.6.9 El ciclo de satisfacción de necesidades.

Rubinstein Agunin (2002) menciona que el esquema gestáltico de ciclo de satisfacción de necesidades es un enfoque dinámico que plantea como las necesidades del organismo nacen, se desarrollan, se realizan y luego de ser satisfechas desaparecen del primer plano dando lugar al reposo y, consecuentemente el organismo estará disponible para otra necesidad.

Ruiz de la Rosa (2017, pp. 7) detalla que para satisfacer las necesidades de la persona se debe seguir un ciclo llamado autorregulación, que se recorre en 7 etapas:

1. **Sensación.** Aparece la percepción de un cambio, de un desequilibrio en mi relación con el entorno. Percibo “algo” ayudando por mis sentidos, mi cuerpo, mi espíritu. Siento físicamente algo aunque aún no puedo definirlo o diferenciarlo.
2. **La toma de conciencia.** La persona pone nombre a la necesidad, ya que soy capaz de comprender a que se debía esa sensación: por ejemplo tengo hambre, sed, frío, rabia, tristeza.
3. **La energetización.** Una vez he tomado conciencia de lo que voy hacer, me cargo de energía, me preparo para la acción. Por ejemplo, que es lo que quiero y donde voy a conseguirlo.
4. **La acción.** Una vez que se lo que me sucede, que he tomado conciencia de ello, puedo ponerme en movimiento. Me pongo en acción para satisfacer la necesidad imperante, movilizo mi cuerpo. Si tengo hambre, me levanto y buscare alimento.

5. El contacto:

Es el encuentro, la unión. Es la fase en la que por fin puedo satisfacer mi necesidad, me retraigo, reposo. Ya no tengo esa necesidad. Introduzco el alimento en mi boca, la disfruto.

6. La consumación:

Supone conducir el proceso hasta su plena realización. No quedarse a medias.

7. Retirada. La plena satisfacción de la necesidad emergente lleva a un periodo de repliegue hacia uno mismo hasta que surge otra nueva necesidad.

Este ciclo en si tiene una repetición, no solo en lo fisiológico sino también en lo psicológico, una y otra vez de manera espontánea y podemos interrumpirlo inconscientemente por muchos factores. Ya que el individuo puede enfrentarse por normas sociales o familiares que interfieren en la satisfacción de sus propias necesidades.

1.6.10 Los mecanismos neuróticos: cómo se desarrollan

Martin (2011) indica que el neurótico es aquella persona sobre la cual la sociedad actúa con demasiada fuerza, o aquél que trata de influir de forma destructiva sobre los demás sin respetar su individualidad. Su neurosis es una maniobra defensiva u ofensiva para protegerse de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador, lo que acaba convirtiéndose en su técnica para mantener el equilibrio de la mejor manera que sabe y que aprendió, ya fuera por identificación o por rebeldía.

Rubinstein Agunin (2002) menciona que se trata de frenar conscientemente cualquier fase del ciclo de satisfacción de las necesidades. Lo que sucede es que, en varias ocasiones, este freno se convierte en una forma de funcionar. Las resistencias se utilizan para evitar el contacto con lo real, para evitar de cierta forma el dolor. Sus orígenes vienen desde la infancia, momento en el cual los medios de que el niño dispone justifican la utilización de estos procesos por la incapacidad de actuar de otra manera.

Perls (1975, cit en Martin, 2011) menciona que existen cuatro mecanismos que operan en las perturbaciones del límite de contacto: como es la introyección, la proyección, la confluencia, la retroflexión.

Estos mecanismos son conductas que vamos aprendiendo desde niños, y se van reforzando o haciendo más rígidas si la persona cree que son las más adecuadas para sobrevivir y para realizar los intercambios con otras personas.

Los mecanismos son:

La Introyección, es el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros.

La Proyección, es la resistencia que utilizamos para atribuirle a los demás o al entorno aquello que por algún motivo no podemos ver en nosotros, a pesar de ser nuestro. Existen dos tipos de proyecciones: las proyecciones negativas, que son los aspectos o características que no me gustan de los demás y que no me gustan de mí, que no acepto como mías y las rechazo instantáneamente y las proyecciones positivas, que son características que me gustan de los demás porque creo que no las tengo.

La Confluencia; es la dificultad para retirarnos, separarnos del ambiente, de lo que estamos haciendo, de la persona u objeto con quien estamos interactuando. La confluencia se da cuando la persona y el ambiente se confunden. Entonces el sujeto no percibe ningún límite entre él y el ambiente, sintiendo que es uno con él.

La Retroflexión, esta resistencia permite evitar el paso a la acción a pesar de la energía acumulada, ya que esta se vuelve contra un mismo. La energía se transforma en acción contra uno mismo y no hacia el fin real para el cual fue generada.

Martin (2011) Posteriormente se añadió otros tres mecanismos para explicar otras formas de funcionar neuróticas como son:

El egotismo: fue descrito por Goodman (1951) en Gestal Theraphy. Su función principal es la de aumentar y fortalecer la frontera del contacto mediante el engrandecimiento narcisista del ego. Este mecanismo que propicia la terapia

Gestalt durante el proceso terapéutico y que ocurre cuando la persona se hace responsable de sus necesidades y trabaja en su consecución, es decir, con ello se aumentan el auto apoyo y la responsabilidad consigo mismo (pp.129).

La Deflexión, deflactar es desviar, es evitar el contacto directo con lo que nos sucede aquí y ahora, lo que vivimos, hacemos, sentimos. Este concepto fue introducido por el matrimonio Polster, para sustituir a otro más antiguo, la desensibilización, que describen Fajan y Sheperd (1973) en teoría y técnica en psicoterapia Gestalt. Este mecanismo tiene la función de desvitalizar el contacto, y de alguna manera de enfriarlo.

La proflexión: es la mezcla de dos mecanismos, que es la retroflexión y la proyección. El proflector trata de conseguir del entorno determinadas acciones hacia él. Consiste en hacer o decir al otro lo que me gustaría que me hiciera o me dijera a mí. Es un mensaje indirecto al interlocutor, probablemente con la intención inconsciente de que este haga conmigo lo que yo hago con él (pp.130)

Perls (1975, cit. en Rubinstein Agunin, 2002, p.6) sintetiza: “El introyector hace lo que los demás quieren que haga, el proyector le hace a los demás lo que él acusa a los demás de hacerle a él, el hombre en confluencia patológica no sabe quién le está haciendo que cosa a quién, y el retrolector se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros”

El psicoanálisis describe otros mecanismos que son los mecanismos de defensa de Anna Freud (1974) los cuales son:

La negación: este mecanismo consiste en negar determinadas partes de uno mismo. Es la objeción a ser como somos. Con este mecanismo vamos creando huecos y enajenando partes, separándolas de nosotros. Nos ayuda para rechazar y renegar de partes nuestras que no nos gustan y que no aceptamos, ya sea porque son partes o características rechazadas por la sociedad, por nuestros padres o amigos.

La racionalización: este es el mecanismo de las personas más intelectuales. Se da fundamentalmente en los caracteres obsesivos, y consiste en que el sujeto trata de dar una explicación más o menos lógica y coherente de un acto, idea o

sentimiento, cuyos motivos verdaderos no percibe, al tratar de justificarlos racionalmente.

1.6.11 Objetivos de la Gestalt

Psicoterapia Gestáltica

Su objetivo principal es lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre si mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. Ya que se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos. También se sabe que la filosofía implícita en las reglas es proporcionar medios eficaces para así unificar pensamientos y sentimientos. Y así ayudar a sacar a la luz las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca ejercitar la responsabilidad individual, la semántica de la responsabilidad (Vázquez, 2003).

Martin (2011) indica que la función principal del terapeuta gestaltista consiste en ver de qué manera el individuo interrumpe este proceso de formación y eliminación de gestalts. Qué es lo que está evitando y qué es lo que espera -qué siente, qué quiere con su conducta evitativo-fóbica. Desde el punto de vista gestáltico, la persona integrada es aquélla en que este proceso continuo de formación y eliminación de gestalts se sucede de forma continuada y sin interrupciones, ya que cuando las necesidades han sido satisfechas de forma adecuada y acorde con la persona, estas necesidades satisfechas son eliminadas y sustituidas por otras en un proceso continuo, que es como la vida se expresa y alcanza su sentido: en definitiva, es un proceso evolutivo en continuo cambio y sucesión de gestalts. Cuando este proceso ocurre de forma ininterrumpida, la persona no queda atascada o enganchada, y puede pasar a situaciones nuevas sin ir arrastrando asuntos pendientes que le restan montos de energía a su vida y a su actividad, paralizándolo en situaciones conflictivas. Cuando la persona se queda atrapada en alguna situación, ya sea por represión, inhibición o cualquier otra circunstancia, y se interrumpe su proceso,

aparecen desajustes y desórdenes en su personalidad, ya que se detiene su proceso de crecimiento y maduración.

Pasar del apoyo externo al auto apoyo.

1. Aprender a darse cuenta de lo que hace y como lo hace (auto-responsabilidad).
2. Lograr la mayor integración posible, ya que esto facilita el crecimiento y desarrollo del individuo.
3. Fomentar en el paciente una actitud activa y responsable que le permita aprender a observar sus conductas y a experimentar otras nuevas.
4. Fomentar en el paciente una actitud activa y responsable que le permita aprender a observar sus conductas y a experimentar otras nuevas.

Gellman et. Al. (2007) indica que la terapia Gestalt es un enfoque de psicoterapia que considera los trastornos de la persona o su conducta inadecuada como señales dolorosas del individuo. La resolución de los mismos consiste en resolver o integrar las fuerzas que representan dos elementos opuestos de un proceso psicológico. El conflicto puede situarse en el interior de la persona (intrapsíquico) o puede darse en la interrelación de la persona con los demás (relaciones interpersonales). Independientemente de donde se sitúe el conflicto, la intervención terapéutica es la misma, confrontar los elementos incongruentes o polaridades haciendo que el cliente viva situaciones pasadas (memoria) o futuras (fantasías) en el aquí y el ahora, donde la terapia Gestalt es una psicoterapia de auto actualización y no precisamente una psicoterapia de adaptación a la sociedad.

Latner (1994 cit. en Castanedo, 2008) indica que en toda filosofía terapéutica subyace una idea de salud, y es hacia ese lugar donde el terapeuta orienta. Para abordar el funcionamiento anormal del organismo desde la terapia Gestalt se hace necesario considerar dos puntos importantes:

1. Los trastornos no son mentales, sino del organismo. Ya que la división de mente y el cuerpo en Terapia Gestalt no existe. Así que aquello que se le denomina trastorno (sea físico o mental) es lo que en contexto de la terapia

Gestalt se llama interferencia con el proceso de formación y destrucción de la Gestalt. Interferencias que distorsionan y desequilibran la tendencia del organismo a la integración y el desarrollo (autorrealización).

2. Estos trastornos del funcionamiento no son categorías fijas. Si son usadas, solamente representan al paciente en referencia a los procesos actuales. De esto, se deduce que en terapia Gestalt la anormalidad es trabajada en función de la salud.

Vázquez (2003) menciona que las principales reglas de la terapia Gestalt son:

- 1) el principio del ahora: su fin es fomentar la conciencia del ahora y facilitar el darse cuenta, es importante que los participantes reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas y traerlas al presente, actualizarlas. Así que se pretende que la vivencia surja como si estuviera ocurriendo en ese momento.
- 2) la relación YO-TU: con este principio procuramos expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto el receptor como el emisor.
- 3) en Gestalt está prohibido decir no puedo, en su lugar se debe decir, no quiero, esto es ser asertivo.
- 4) prestar atención al modo en que se atiende a lo demás.
- 5) no interpretar ni buscar la causa real de lo que el otro dice, simplemente escuchar y darse cuenta de lo que uno siente en función a dicho contacto.
- 6) aceptar el experimento de turno, correr riesgos al participar en la discusión.
- 7) considerar, aunque no se haga explícito que todo lo dicho y vivido en el grupo es estrictamente confidencial.

Capítulo 2. Intervención

2.1 Justificación

En 2018, Guerrero Mothelet manifiesta, la obesidad y los padecimientos asociados con el sobrepeso representan importantes factores de mortalidad en algunos países, mientras que en otros el problema es la escasez de alimentos. Estos males que coexisten con un tercero, el de los TCA, que particularmente son la anorexia y bulimia. Estas enfermedades, mantienen al afectado una relación mal sana con la comida. Los Trastornos de la Conducta Alimenticia, las cuales estima que 90% de los pacientes padecen Anorexia y Bulimia son mujeres, mientras que el otro 10% corresponden a los varones. El sector salud, manifiesta que cada año se registran veinte mil casos de anorexia y bulimia; la edad promedio de inicio de esta enfermedad comienza entre los 14 y los 17 años de edad. En la Ciudad de México los casos de TCA son de 0.9% en varones y 2.8% en mujeres.

Unikel-Santoncini et al. (2010) menciona que los adolescentes que padecen TCA, el 57% pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico, el 40% presenta una curación total, mientras el 3% fallece antes de empezar con algún tratamiento.

Debido a que los TCA mantienen causas multifactoriales que contribuyen al desarrollo de la enfermedad, es importante la atención familiar, cultura, educativa, médica y psicológica. Esta enfermedad es complicada de diagnosticar, porque no es una enfermedad nutricional, es más bien mental; y fue hasta el año 2014 que se reconoció legalmente como una enfermedad.

De ahí la importancia en la prevención, ya que la población quizás no presente todos los criterios para diagnosticar algún TCA; pero presentan más bien alteraciones en la conducta alimentaria, y manifiestan ciertas conductas como son: dietas extremas, preocupación por el peso, vómitos, atracones de comida. También suelen presentar problemas en el área emocional, como son: alteraciones de tipo psicológico, baja autoestima, perfeccionismo, miedo a madurar, distorsión respecto a su imagen corporal (Asociación Americana de Psicología, 2017).

Las redes sociales y los medios de comunicación podrían jugar un papel importante en la prevención, mediante el envío de mensajes positivos hacia los adolescentes que utilizan estos medios, o bien con la divulgación de información sobre conductas que ponen en riesgo la salud, tanto física como emocional; también pueden dar a conocer que los TCA son una enfermedad, no una moda a seguir o que todos deban tener. Y la solución no es tener Anorexia o Bulimia para combatir otras enfermedades como la obesidad.

La propuesta en este trabajo, se centra en el desarrollo un taller para adolescentes de ambos sexos (hombres y mujeres) con el objetivo de prevenir los TCA mediante el uso de la propuesta de la Terapia Gestalt, además de ofrecer información sobre este trastorno.

El programa de intervención sugerido para este trabajo es un taller nombrado **“VIVIENDO CON ALEGRÍA”** (Anexo 6) estará enfocado en la prevención primaria, en la cual abordan algunos factores protectores y de riesgo vinculados con el desarrollo de la enfermedad, como el control de dietas, ejercicios en exceso, laxantes o métodos para lograr bajar de peso, trucos o sugerencias para reducir su silueta; informar sobre las características diagnósticas de: Anorexia Nerviosa, Bulimia, Trastorno por Atracón, Pica que se señalan en el DSM 5 o como lo serían la Vigorexia, Ortorexia y Ebriorexia. También se pretende contribuir a llevar una vida más sana, fortaleciendo el saber comer, y sobre todo en mejorar el autoestima de las personas que tomen el taller.

2.2 Objetivo General

Prevenir problemas vinculados con la alimentación y obtener los conocimientos de los trastornos de la conducta alimentaria, desarrollando cualidades en su autoestima con el taller “VIVIENDO CON ALEGRIA”, mediante el uso de la terapia Gestalt.

2.3 Método

Población: El taller está dirigido a adolescentes hombres y mujeres de entre 12 y 17 años de edad interesados en el taller “Viviendo con alegría”.

Escenario: Se recomienda para el desarrollo del taller, un escenario espacioso, con una capacidad máxima de 40 personas, equipada con sillas colocadas en formar circular para promover la interacción y atención entre los participantes.

Materiales: Recomendación de materiales para la realización del taller:

- Material impreso para trabajar con ellos (anexos).
- utilizar instrumentos proporcionados, tener impresas la escala de autoestima de Rosenberg (1965) así como los cuestionarios de evaluación (ver anexos).
- también se ocuparan durante el taller, plumones, gises, hojas blancas, cartulinas, revistas, tijeras, pegamento, cinta métrica.

2.3.4 Instrumentos

- a. **Hoja de inscripción (anexo 7).** Recomendación, para el llenado de hoja. Cada participante deberá llenar su hoja de inscripción al taller, conforme se vayan registrando al mismo. Se solicitará datos personales, como sería: nombre, edad, escolaridad y datos necesarios para el taller. Al final se les proporcionará información sobre los días, horarios y lugar del taller.
- b. **Cuestionario, ¿Qué tanto sabes sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?** Se recomienda utilizarlo como método de evaluación previa, para medir sus conocimientos sobre los trastornos, la primera sesión del taller. El cuestionario consta de 22 frases, Verdadero o Falso (anexo 9).

Objetivo: conocer y evaluar que tanto saben acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, antes de tomar el taller.

- c. **Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)** (Anexo 10). Se recomienda como método de evaluación de autoestima, y para uso del taller. **Objetivo:** evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. La escala consta de 10 ítems, son frases elaboradas de las cuales cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa, para controlar el efecto de la aquiescencia auto-administrada.

Interpretación: Dé los ítems 1 al 5, las respuestas A-D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A-D se puntúan de 1 a 4.

2.3.5 Procedimiento

Se recomienda diseñar folletos y posters (ejemplos en anexo 4 y 5) como método de publicidad. Así se podría promocionar el Taller, entre la población blanco de esta propuesta. Se recomienda colocarlos en diferentes lugares, como pueden ser: en escuelas, hospitales, centros de ayuda psicológica, incluso en postes o algún otro lugar informativo. En la Ciudad de México. Recalcar que las personas que se encuentren interesadas deberán llenar una Hoja de inscripción, para posteriormente darles más información del taller.

2.3.6 propuesta Taller “Viviendo con Alegría” (Anexo 6)

Características: El taller será vivencial con un enfoque gestáltico. La duración recomendada es de 5 sesiones, el horario sugerido es de lunes a viernes con cuatro horas de cada sesión. Dando un total de 20 hrs.

Se recomienda llevar a cabo evaluaciones pretest y postest, para conocer el efecto del taller sobre la Autoestima y los conocimientos sobre los TCA.

A continuación se mostrarán como ejemplos las cartas descriptivas del taller, y posteriormente la descripción de las actividades a realizar, así como los anexos de las mismas.

Sesión 1 “Conociendo al grupo”

Objetivos específicos

1. Conocer a los asistentes y las expectativas del taller.
2. Establecer el objetivo general del taller y los objetivos específicos de la sesión.
3. Llenar los formatos: a) Cuestionario de Información sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria y b) La escala de Autoestima.
4. Informar la importancia de los trastornos alimenticios en México y su historia.
5. Reflexionar sobre la adolescencia y contar la experiencia que han tenido en esa etapa.

Tema / tiempo	Actividades	Materiales
Encuadre (10 min.)	1) Presentación.	Proyector
Perspectivas (20 min.)	2) Toma de opiniones	
Instrumentos (10 minutos)	3) Respuesta a Cuestionario ¿Qué tanto sabes sobre los TCA? , Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).	Lápiz/ pluma y Cuestionario
Información (15 minutos)	4) importancia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México.	Proyector
La pelota preguntona (10 min.)	5) "Dinámica" La pelota preguntona.	Pelota/Música
Reflexión (15 minutos)	6) Una etapa "diferente" La adolescencia.	Pizarrón proyector
Información (15 minutos)	7) Diferencia de un Trastorno de Conducta Alimentaria y una Alteración de la Conducta Alimentaria.	Pizarrón proyector
Historia (15 minutos)	8) Antecedentes de los trastornos de la conducta alimentaria	Proyector
RECESO (10 MINUTOS)		
Actividad autoestima (35 min.)	9) ¿Quién soy?	Hojas de papel plumones
Trabajo en equipo (85 min.)	10) La historia habla	Revistas, Tijeras Pegamento
Despedida (5 min.)	11) Cierre de sesión	

Sesión 2 “Hablemos de los TCA”

Objetivos específicos

1. Informar acerca de cada uno de los trastornos de alimentación que existen, su forma de detectarlos y las causas de los mismos.
2. Conocer la experiencia de los participantes, utilizando la terapia Gestalt en su participación.
3. Saber por qué es importante prevenir este tipo de trastorno y como ayudar.
4. Identificar el concepto de los TCA, su importancia en México y la diferencia de TCA y un ACA

Tema / tiempo	Actividades	Materiales
Presentación (5 minutos)	1) Bienvenida	
Información (30 minutos)	2) Conoces todos los TCA	Proyector
Epidemiología (10 minutos)	3) Epidemiología de los TCA.	Proyector
Experiencias compartidas (25min.)	4) Bajo Mi experiencia	
¡PELIGRO! Dieta (30 min.)	5) ¡PELIGRO! La Dieta	Proyector
Prevención (40 minutos)	6) ¡Atención! Más vale prevenir	Lectura de los casos, proyector
RECESO (10 minutos)		
Tu opinión vale (60 min.)	7) Y tú que piensas	Proyector, hojas plumas
Causas (25 minutos)	8) ¿Qué causa los TCA?	Proyector
Despedida (5 min.)	9) Cierre de sesión	

Sesión 3 “Mi Autoestima”		
1. Conocer el concepto de la autoestima y su importancia. 2. Conocer la autoestima de cada participante del taller. 3. Averiguar el auto concepto de los participantes y como se aceptan a sí mismos. 4. Trabajar con la terapia Gestalt.		
Tema / tiempo	Actividades	Materiales
Presentación (5 minutos)	1) bienvenida	Proyector
Información (20 minutos)	2) El concepto de autoestima.	Pizarrón y proyector
Mi autoestima (35 minutos)	3) El árbol de mi autoestima	Hojas, colores, plumones, lápiz/pluma
Escala de Auto concepto de Piers- Harris (20 minutos)	4) Mi auto concepto	Proyector pizarrón
Aceptación (25 minutos)	5) Aceptarse a sí mismo	Voz guiada
Usa tu imaginación (15 minutos)	6) Folio en blanco	Hojas, tijeras
RECESO (10 minutos)		
Conocer (20 minutos)	7) y tú ¿Cómo te sientes?	Proyector
Ayuda autoestima (20 minutos)	8) La lista	Hojas
Responsabilidad (60 minutos)	9) El ser auto-responsable	Proyector, pizarrón y plumones
Despedida (10 minutos)	10) Cierre de sesión	

Sesión 4 “El Darse cuenta”

1. Mostrar la filosofía de Terapia Gestalt, el vivir consciente o darse cuenta y la relación con la autoestima.
2. Darse cuenta de cómo son de auto responsable en sus propias acciones, y en su vida.
3. Imaginar su futuro, observar que quisieran ser cuando crezcan.
4. Conocer acerca de la imagen corporal.
5. Identificar diferencias de sí mismos y de otras personas.

Tema / tiempo	Actividades	Materiales
Presentación (10 minutos)	1) Bienvenida	Pizarrón y proyector
Terapia Gestalt (60 min.)	2) Vivir consciente o Darse cuenta	Proyector, pizarrón, plumones
Terapia Gestalt (50 minutos)	3) El niño herido	Hojas Plumones
Terapia Gestalt (30 minutos)	4) Imagina	Hojas, pluma/lápiz
RECESO (10 MINUTOS)		
Terapia Gestalt (25 minutos)	5) Imagen corporal:	Proyector
Reflexión (20 minutos)	6) Todos somos diferentes	Proyector, Acetato, Laminas
TG (40 minutos)	7) Que vivan las diferencias!	Proyector
Despedida (15 minutos)	8) Cierre de sesión.	Hojas

Sesión 5 “La alimentación”

1. Volver aprender a comer.
2. Conocer todo acerca de la dieta, alimentación y la comida.
3. Valorar y reflexionar lo que han comido y lo que mejora su salud.
4. Evaluar el taller.

Tema / tiempo	Actividades	Materiales
Presentación (10 minutos)	1) Bienvenida	
Nutrición (30 minutos)	2) Nutrición y alimentación.	Proyector, Pizarrón
Dieta (30 minutos)	3) La dieta saludable	Proyector
Alimentación (20 minutos)	4) La pirámide de la alimentación	Proyector
Salud (20 minutos)	5) ¿Qué es sano?	Hoja, pluma
Comida (20 minutos)	6) ¿Qué comí ayer?	Hojas. pluma
RECESO (10 minutos)		
Información (20 minutos)	7) Los medios de comunicación	Proyector y pizarrón
Actividad (30 minutos)	8) La publicidad.	Hojas, revistas, plumones y pegamento.
Terapia Gestalt (25 minutos)	9) La caja mágica.	
Evaluación del taller (25 minutos)	11) evaluación	Hojas, pluma/ lápiz
Despedida (10 minutos)	10) cierre de sesión.	

2.3 Descripción de los ejercicios

Sesión 1 “Conociendo al grupo”

La primera sesión está diseñada para conocer a los integrantes del taller. Se aplicará una evaluación para conocer que tanto saben acerca de los TCA y se realizará una evaluación para medir el nivel de su autoestima. La información a conocer será la importancia de los TCA y sus antecedentes.

Actividades

1. **La presentación.** Los representantes del taller y los asistentes se presentarán, haciendo mención de su nombre. Después se hablará de las reglas del taller y las recomendaciones que se enviaron al momento de ingreso al taller (anexo 8).
2. **Toma de opiniones.** Se tomará en cuenta la opinión de cada participante, sus expectativas del taller y los objetivos específicos de la sesión.
3. **Respuesta a Cuestionario ¿Qué tanto sabes sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?**. Se aplicará un cuestionario para saber qué tanto saben sobre los trastornos (pretest). También se medirá el nivel de su autoestima con la **Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)** (anexos 9).
4. **Importancia de los TCA en México.** Se detallará la importancia de los TCA en México. Objetivo: conocer porque es importante los trastornos de la conducta alimentaria y sobre todo porque se debe prevenir.
5. **Dinámica “La pelota preguntona”** objetivo: Integrar a todos los miembros del grupo al taller (anexo 11). La dinámica consiste en integrar al grupo o romper el hielo con cada participante y así lograr una mayor confianza con todos.
6. **Una etapa “diferente”, la adolescencia.** objetivo: conocer la definición sobre la adolescencia y su experiencia en esa etapa (anexo 12).
7. **Diferencia de un Trastorno de Conducta Alimenticia y Alteración de la Conducta Alimentaria.** Se explicará mediante el proyector la diferencia entre un TCA y un ACA, para poder diferenciar y así comenzar a entender del tema y su relación.

- 8. Antecedentes de los trastornos de la conducta alimentaria.** Objetivo: Destacar la información de los antecedentes de los TCA y conocer los cambios que han sufrido a lo largo de la historia.
- 9. ¿Quién soy?** objetivo: describir la autoestima de los participantes.

Cada asistente Deberán escribir sus habilidades, defectos y virtudes que los caractericen (anexo 13).

- 10. La historia habla.** objetivo: identificar los estereotipos de belleza corporal, así como también el ideal propio de belleza. (anexo 14).
- 11. Cierre de sesión.** Objetivo: identificar el concepto de los TCA, su importancia en México y la diferencia de TCA y un ACA.

Evaluación: los participantes identificarán el concepto de los TCA, su importancia en México y la diferencia de un TCA y un ACA. Se pedirá que cada participante reflexione sobre la forma de sentirse y que sintió que aprendió en esta sesión.

Sesión 2 “Hablemos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”

La segunda sesión hablará sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, contemplando los conceptos (TCA, Anorexia, Bulimia, Pica, Vigorexia, Ebriorexia, Trastorno por atracón). También se informará sobre la epidemiología en México y cuáles son sus causas. Se abordará sobre el tema de la dieta y la importancia de la prevención de estos trastornos así como la opinión de los participantes en base a sus experiencias.

Actividades

1. **Bienvenida.** Objetivo: retomar un pequeño saludo, logrando de nuevo la confianza y comenzar otra sesión.
2. **¿Conoces todos los Trastornos de la Conducta Alimentaria?.** Objetivo: exponer conceptos básicos de los TCA.

Se dará información sobre los conceptos básicos de los trastornos así como los más comunes en México, también los conceptos de Anorexia, Bulimia, Pica, Vigorexia, Ebriorexia, Trastorno por atracón.

3. **Epidemiología de los TCA.** Objetivo: Dar a conocer las estadísticas exactas de los TCA.
4. **Bajo mi experiencia.** Objetivo: trabajar con la vivencia con la terapia Gestalt

Se trabajará con la terapia Gestalt, con la parte vivencial, cada participante tendrá que compartir su experiencia; ya sea personal, familiar o simplemente escuchó en algún lugar, incluso podría dar su punto de vista u opinión, si no cuenta con una historia. Los participantes tendrán que compartir que piensan de los TCA y las conductas referentes a la alimentación. Antes de empezar la actividad, cerrarán los ojos y cuando estén decididos, levantar su mano, para así compartir sus pensamientos.

5. **¡PELIGRO! La Dieta.** Objetivo: conocer que son las dietas y reflexionar sobre las mismas.

Los participantes conocerán que son las dietas y a su vez reflexionarán si algunas vez han estado en una dieta, porque tomaron esa decisión, en qué consistía, si fue de su agrado, si le sirvió o si siguen practicando esa conducta (anexo 15).

6. ¡Atención! Más vale prevenir. Objetivo: conocer la importancia de prevenir.

El facilitador leerá tres casos donde los personajes padecen algún problema con la comida, posteriormente los participantes tendrán que reflexionar partiendo de unas preguntas, para saber qué es lo que piensan y la importancia de prevenir (anexo 16).

7. Y tú que piensas. Objetivo: debatir por equipos la influencia de los medios de comunicación con el ideal de belleza.

Los participantes tendrán que debatir en grupos ciertas preguntas sobre los medios de comunicación y compartirlas con los demás integrantes para llegar a una conclusión y ver qué tanta influencia tiene los medios de comunicación sobre los estereotipos de belleza y los TCA (anexo 17).

8. ¿Qué causa los TCA?. Objetivo: exponer cuáles son los factores importantes que desarrollan los TCA.

Se expondrá de manera explícita cuales son los factores que interfieren en el desarrollo de los TCA.

9. Cierre de sesión. Objetivo: describir que han aprendido del taller y reflexionar acerca de sus experiencias o de su sentir.

Evaluación, cada participante tendrá que escribir en una hoja como se sintieron durante la sesión, reflexionaran que tanto se dieron cuenta de lo bueno y malo que son los trastornos de la conducta alimentaria en México. Y sobre todo en su vida personal o incluso familiar.

Sesión 3 “Mi Autoestima”

En esta sesión, los participantes tendrán que reconocer su autoestima ya que comenzarán a trabajar un poco con ella, para así poder aumentarla, conocerán el concepto de autoestima, el auto concepto de sí mismo, el aceptarse a sí mismos y la importancia de ser auto-responsables.

Actividades

1. **Bienvenida.** Objetivo: retomar un pequeño saludo para bajar un poco la tensión y poder lograr de nuevo la confianza y comenzar otra sesión más.

2. **El concepto de autoestima.** Objetivo: conocer los conceptos de Autoestimas.

Se expondrá y conocerá el concepto de autoestima y los diferentes conceptos descritos por varios autores.

3. **El árbol de mi autoestima.** Objetivo: construir la autoestima de cada individuo.

Cada participante tendrá que construir un árbol donde mostrarán los apoyos, cualidades y proyectos. El facilitador les proporcionara una hoja en donde dibujarán un árbol, destacando el apoyo que tienen con ciertas personas, el apoyo que se brindan, las cualidades positivas e incluso las negativas, los logros que ha adquirido a lo largo de sus vidas y también los proyectos que tienen a un futuro (anexo 18).

4. **Mi auto concepto.** Objetivo: Saber la importancia que tiene conocer el auto concepto.

Los participantes conocerán la importancia de conocer sus habilidades, defectos o virtudes que caracterizan (anexo 19).

5. **Aceptarse a sí mismo.** Objetivo: aprender y observar las capacidades y debilidades.

Esta actividad ayudará a que los participantes acepten sus capacidades y debilidades y los hará observar la importancia de mantener una autoestima alta (anexo 20).

6. **Folio en blanco.** Objetivo: Imaginar cómo observo mí autoestima.

Los participantes tendrán que visualizar su autoestima en un folio en blanco, la cual representará su autoestima. Utilizarán esa imaginación y la proyectarán en la hoja en blanco, deberán arrancar el suceso que crean que podría dalarla o simplemente manifestar como consideran que se encuentra su autoestima (anexo 21).

- 7. y tú ¿Cómo te sientes?** Objetivo: Identificar como es una persona con una autoestima alta y una baja.

Los integrantes se les mostrará cómo es una persona con buena autoestima y como son las personas con una baja autoestima, y después deberán reflexionar e identificar cómo está su autoestima (anexo 22).

- 8. La lista.** Objetivo: valorar los sucesos cotidianos que aumentaran la autoestima de la persona.

Los participantes tendrán que poner los sucesos cotidianos que podrían aumentar su autoestima de cada uno de los integrantes (anexo 23).

- 9. Ser autor-responsable.** Objetivo: Admitir que somos responsables de nosotros mismos.

Esta actividad consiste en darse cuenta de los soportes que utilizamos y las trampas que nos ponemos para evitar la autorresponsabilidad (anexo 24).

- 10. Cierre de sesión.** Objetivo: Describir que han aprendido del taller, reflexionando acerca de sus experiencias o de su sentir.

Evaluación: Los participantes será capaz de construir su autoestima, ver donde está fallando y que le gustaría modificar. En una hoja pondrán sus sentimientos que surgieron durante el taller y lo que consideran que se dieron cuenta que pueden modificar, o que no han podido modificar.

Sesión 4 “El Darse cuenta”

La cuarta sesión está enfocada en la corriente de la terapia Gestalt, los participantes conocerán un poco sobre la misma, así como algunas técnicas.

Actividades

1. **Bienvenida.** Objetivo: retomar un pequeño saludo y reflexionar.

Los participantes retomaran un saludo y tendrán que explicar voluntariamente sobre los sentimientos que surgieron al leer los sentimientos compartidos de sus compañeros en la sesión anterior.

2. **Vivir consciente o Darse cuenta.** Objetivo: Conocer la importancia del concepto central del enfoque Gestalt, el darse cuenta.

Se informará sobre el concepto del enfoque Gestalt y se realizarán actividades para percibir que es el darse cuenta de lo que pasa en sus vidas. De manera interna, externa y compartir con los participantes del grupo (anexo 25).

3. **El niño herido.** Objetivo: Contactar al niño herido y concientizar sobre las heridas.

Esta actividad se trabajara con la TG, mediante una proyección (Fantasía guiada), es decir, se pedirá a un integrante como voluntario, para trabajar con alguno de sus recuerdos y los demás tendrán que realizar una teatralización, lo que ayudará a la movilización de emociones. Al final se hará una reflexión de la actividad (anexo 26).

4. **Imagina.** Objetivo: Descubrir las cosas importantes en su vida de los participantes e imaginar cuales serían en un futuro.

Los participantes enlistaran 5 cosas que consideran son importantes en sus vidas, y posteriormente imaginar cómo serían esas 5 cosas cuando tengan 30 años (anexo 27).

5. **Imagen corporal:** objetivo: Conocer el concepto de imagen corporal. Se conocerá el concepto de imagen corporal y los 3 aspectos que conlleva (anexo 28).

6. **Todos somos diferentes.** Objetivo: Conocer el concepto de imagen corporal. Los participantes conocerán el concepto de imagen corporal y los 3 aspectos que conlleva (anexo 29).
7. **Todos somos diferentes.** Objetivo: Explicar a los participantes la importancia de identificar y aceptar las diferencias entre nosotros así como también el respeto a nuestro cuerpo. Exposición sobre la importancia de aceptar que nuestro cuerpo es diferente y que no es necesario cumplir con los patrones y/o estereotipos para ser aceptado.
8. **Que vivan las diferencias.** Objetivo: Darse cuenta que todos somos diferentes y de la importancia de aceptar las diferencias. En parejas, los integrantes se medirán tendrán que realizar medidas de su cuerpo, anotando las medidas en el pizarrón. Haciendo comparación con los integrantes del taller y con los medios de comunicación. (90-60-90).
9. **Cierre de sesión.** Objetivo: reflexionar lo aprendido. Se evaluará lo aprendido en esta sesión y se reflexionará acerca de sus experiencias o de su sentir.

Evaluación: Los participantes identificarán el concepto, el darse cuenta. En una hoja pondrán sus sentimientos y cuál ha sido su reflexión con esta sesión.

Sesión 5 “La alimentación”

En esta última sesión se hablará de la alimentación, los buenos hábitos y que es comer sano. La importancia de llevar una comida saludable. Y se hablará sobre los medios de comunicación y la publicidad, su influencia que tiene con la comida.

Actividades

1. **Bienvenida.** Objetivo: retomar un pequeño saludo.

Los integrantes tendrán que explicar voluntariamente que es lo que han aprendido durante las anteriores sesiones y como se han sentido.

2. **Nutrición y alimentación.** Objetivo: Conocer la información sobre la alimentación y nutrición. Explicar la importancia que tiene la alimentación y conocer los niveles de alimentación básicos.
3. **La dieta saludable.** Objetivo: Informar sobre dietas que pueden favorecer a tu alimentación y sobre todo a la salud. Se conocerá las dietas saludables y el aporte calórico que debe tener un individuo (anexo 30).
4. **La pirámide de la alimentación.** Objetivo: conocer la importancia de la pirámide de la alimentación en sus vidas diarias.

Los participantes conocerán la importancia de la pirámide de la alimentación, para así llevar un plan de dieta más sano (anexo 31).

5. **¿Qué es sano?** Objetivo: Evaluar los mitos sobre la alimentación. Los participantes se les entregaran una lista para distinguir si es verdadero o falso, ciertas cuestiones sobre la alimentación y los mitos que se tiene sobre la misma (anexo 32).
6. **¿Qué comí ayer?** Objetivo: Reflexionar sobre qué es lo que has comido últimamente. Registrar lo que comiste durante un día completo y observar los nutrientes que has comido, qué ha faltado (anexo 33).
7. **Los medios de comunicación.** Objetivo: Exponer sobre las consecuencias de los medios de comunicación y uso de internet.

Se hablara sobre la problemática de los medios de comunicación y su influencia en los TCA; así como las páginas de internet asociadas a esta enfermedad (anexo 34).

8. Publicidad. Objetivo: Demostrar las cualidades y lograr venderse.

Los participantes tendrán que venderse. Para ello, observarán sus cualidades que pueden ser fuertes y atractivas. Tendrán que dibujar una publicidad acerca de ellos mismos, donde especificaran sus cualidades o logros y así lograr venderse (anexo 35).

9. La caja mágica. Objetivo: Mostrar a los integrantes del taller que son importantes y especiales.

Cada participante del taller revisará una caja mostrada por el facilitador, este, les dirá que en ella guarden algo muy especial,

10. Evaluación del taller y Cierre. Objetivo: evaluar el taller.

Se realizará una evaluación para observar que tanto se aprendió durante el taller. Se aplicará el cuestionario para evaluar lo aprendido del taller, mediante un cuestionario (anexo 36), que nos ayudará a conocer que tanto recuerdan los participantes. También se evaluará de manera abierta, es decir, cada participante identificara cuales fueron sus emociones, pensamientos, sentimientos, durante las sesiones.

Capítulo 3

3.1 Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una historia larga. Por mucho tiempo se pensó que era un padecimiento exclusivo de mujeres jóvenes, hoy en día se sabe que cualquier persona puede padecer algún tipo de TCA sin importar el sexo, edad, orientación sexual, religión o clase social.

Es de fundamental importancia trabajar para conocer, concientizar y prevenir cualquier enfermedad que conllevan un daño profundo a la salud física, cognitiva y emocional y en algunos casos, el daño llega a ser irreversible e incluso puede llegar a la muerte.

Actualmente se vive en la época de los extremos alimentarios, por un lado en México enfrentamos problemas de obesidad, y por otro la Anorexia y Bulimia. Los problemas se incrementan cuando se trata de padecimientos que afectan a más población joven, con graves problemas de percepción en relación con la imagen corporal, que impulsa conductas inapropiadas para bajar de peso.

La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, son trastornos que deben su origen a múltiples causas; socioculturales, psicológicas y familiares, las cuales pueden predisponer, precipitar y perpetuar la enfermedad. Estos factores deben ser considerados cuando se trata de ayudar para obtener un mejor tratamiento.

Los medios de comunicación juegan un papel importante, ya que existe mucha presencia de imágenes de artistas o modelos que realizan diferentes publicidades y cuya figura es verdaderamente irreal; creando de cierta forma obsesión por la delgadez. La insatisfacción con el ideal corporal lleva a conductas descontroladas como la adhesión a dietas nocivas, ejercicios excesivos y pastillas o cirugías, para conseguir un objetivo corporal determinado por los actores: familia, cultura, amigos, etc. Entorno a la comida y a través de la comida se perciben y se transmiten ideas, sentimientos, valores, actitudes de los cuales comienzan aprenderse desde la familia y esto forma parte de una cultura determinada. Ya que los padres tienden a reforzar conductas a través de la comida.

Otro factor que contribuye a la reproducción de una cultura del ideal corporal de manera instantánea son las redes sociales, por la manera más rápida de compartir información. En Facebook, Twitter, Instagram o WhatsApp se manifiestan ciertos consejos y trucos para perder peso, dejar de comer, o realizar conductas para adelgazar. Se comparten imágenes de personas extremadamente delgadas.

El acto de comer tiene que ver con impulsos que se orientan a la comida, con lo cual se llevan a cabo ciertas conductas de riesgo de desarrollar TCA. Los impulsos pueden estar provocados por pensamientos, emociones y sentimientos. El estado emocional juega un papel importante que el estado del individuo contribuye a ponerse en riesgo.

Es por eso la importancia de mantener una autoestima elevada y con la terapia Gestalt, conocernos ya que la relación que mantenemos con la comida es un reflejo de la relación que mantenemos con nosotros mismos y con el mundo.

Al momento de crear un taller preventivo para los jóvenes y así concientizar sobre la enfermedad. Ya que en la actualidad no solo las mujeres son las que cuidan su apariencia personal, también los hombres buscan el verse mejor, ya sea mantener un cuerpo delgado o (con musculo). El taller no es únicamente para personas que tengan anorexia o bulimia, si no para población general, que realice o no conductas o que tengas una obsesión con su peso e imagen. Ya que taller ayudará a observar el problema y ayudar a elevar su autoestima, con el fin de poder contribuir en su salud mental (emociones, sentimientos) y su salud física. Porque el problema no es realizar una dieta, si no conocer como alimentarnos sanamente, también el inducir a consultar especialistas que nos orienten, ya que si no lo hacemos de esa manera, lo único es que estamos lastimando es nuestro organismo, tanto físicamente como mentalmente.

La autoestima es un factor protector o de riesgo de desarrollar TCA, en dependencia de su evaluación; por ejemplo una autoestima muy elevada puede funcionar como un factor de riesgo, ya que vulnera su identidad, llevándoles a sucumbir ante las conductas de riesgo.

Es importante que los participantes que asistan al taller sean personas que realmente se interesen por los TCA, porque están afectadas por el problema o bien porque

sospechan que alguien de importancia –amigo, familiar, etc-- los tienen. El interés genuino sobre el tema alienta la prevención y apoya en la resolución de cualquier alteración en la conducta alimentaria.

Subyace al Taller la propuesta que deviene de la Terapia Gestalt, dado que se parte de la base de que cada persona es única, y aunque los síntomas se parezcan, el significado que tiene cada individuo es particular e insustituible. El supuesto básico para el cambio dado en el darse cuenta de manera consciente de que las conductas que se realizan llegan a dañar el estado físico, mental, cognitivo, emocional. De ahí que es posible prevenir los TCA.

La Gestalt ofrece ciertas ventajas en el tratamiento y prevención de estos trastornos, como por ejemplo, trabajar con el ciclo de satisfacción de necesidades, ejercicios de valor vivencial, para saber que no son los únicos que padecen la enfermedad, compartir sus experiencias (familiares, amistades o propias) y sobre todo conocer su opinión sobre qué es lo que piensan de los TCA. También a nivel educativo (reconocer a quién te puedes acerca, como profesores, profesionales, especialistas etc.).

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría, A. P. A. (2002).** *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR.* (Ed. Rev.). Washington D. C., Estados Unidos: Masson.
- Asociación Americana de Psicología, A. P. A. (2017).** Trastornos en la alimentación. Recuperado el 30 de octubre, 2017 de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx>.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. P. A. (2014).** *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5.* (5ª ed.). Washington D. C., Estados Unidos: Arlington, VA.
- Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Martín Monzón, B., & Borda Mas, M. (2012).** Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla, España, 5(2)*, 39-45. doi:10.5231/psy.writ.2012.100.
- Barragán, M. A. (2017).** Los trastornos alimentarios durante 2017. Recuperado el 31 diciembre, 2017 de <https://www.alcalorpolitico.com/informacion/en-veracruz-incrementan-34-3-los-trastornos-alimentarios-durante-2017-252594.html>.
- Bermejo, B. G., Saúl, L. A., & Jenaro, C. (2011).** La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy. *Acción Psicológica, 8(1)*, 71-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765005>.
- Branden, N. (1992).** *El poder de la autoestima como potenciar ese importante recurso psicológico* (Ed. Rev.). México: Paidós, SAICF.
- Branden, N. (1995).** *Los seis pilares de la autoestima* (Ed. Rev.). Barcelona, España: Paidós.
- Castanedo, C. (1997).** *Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora* (3ª ed.). Barcelona, España: Herder.
- Castanedo, C. (2008).** *Seis enfoques psicoterapéuticos* (2ª ed.). México, D.F.: El manual moderno.
- Castillo, B. (2006).** Sociedad de consumo y trastorno de la conducta alimentaria. Recuperado de http://www.tcsevillla.com/archivos/la_sociedad_de_consumo_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria1.pdf.
- Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género, C. E. A. M. E. G. (2016).** En los últimos 20 años aumentaron en 300 por ciento los trastornos alimentarios: CEAMEG. Recuperado 30 octubre, 2017, de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Mayo/17/1548-En-los-ultimos-20-anos-aumentaron-en-300-por-ciento-los-trastornos-alimentarios-CEAMEG>.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004).** Guía de trastornos alimenticios. Recuperado de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf.
- Chinchilla Moreno, A. (2003).** *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones.* (2ª ed.). Barcelona, España: Masson.

Collado, D. (2005). Trasmisión y adquisición de valores a través de un programa de educación física basado en el juego motor, en un grupo de alumnos y alumnas de primero de la ESO. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado* (Ed. rev.). Barcelona, España: Gedisa.

Croce, J. R. (2010). El malestar actual de la cultura y la martirización del cuerpo. *Psicología y Salud*, 22(2), 205-2014. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Jesús%20Romero%20Croce.pdf>.

FAMILIANOVA SCHOLA. (2016). Trastorno de la conducta alimentaria. Recuperado de www.centrelondres94.com/files/trastornos_de_la_conducta_alimentaria_TCA.pdf.

Fernández Aranda, F., & Turón Gil, V. (1998). *Trastornos de la alimentación Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia* (Ed. Rev.). Barcelona, España: Masson S.A.

Fernandez Garcia, E. (2015). *La Construcción del Cuerpo Imagen en las Redes Sociales (Trabajo fin de grado) Universidad de Jaen, Facultad de Trabajo Social*. Recuperado de <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1612/1/TFG->.

Gaete, M. V., López, C., & Matamala, M. (2012). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes partell, tratamiento, complicaciones médicas, cursos, pronósticos y prevención clínica. *Revisión médica*, 23(5), 579-591.

García, A., Ramírez, I., Ceballos, G., & Méndez, E. (2014). ¿Qué sabe Ud. Acerca de... Ortorexia? *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 45(2), 84-87. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952014000200010&lng=es&tlng=pt.

García-Camba, E. (2007). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (Ed. Rev.). Barcelona, España: Masson.

García (2005). Autoestima. Recuperado de www.pino.pntic.mec./recursos/infantil/salud/autoestima.htm.

Guerrero Mothelet, V. (2018). Relaciones con la comida. *¿Como ves?*, 1(1), 1-15. Recuperado de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/148/relaciones-peligrosas-con-la-comida>.

Guerrero Prado, D., Barjau Romero, J. M., & Chinchilla Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*, 29(6), 403-410. Recuperado de www.vidaoptima.com/...%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria/tra.

Estévez Díaz M. (2012). Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, auto concepto físico y la composición corporal en el alumnado de segundo ciclo de educación secundaria de la ciudad de Alicante. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Hernández, A., Álvarez, A., & Díaz, M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 79-89. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100008&lng=es&tlng=es.

Higy-Lang, C., & Gellman, C. (2007). *Terapia Gestalt Inteligencia relacional para vivir mejor* (Ed. Rev.). Paris, Francia: Amat.

- Hunot, C., Vizmanos, B., Vazquez, E., & Celis, A. (2008).** Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. Recuperado de respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/viewFile/208/190.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017).** Estadística a propósito del día mundial de internet. Recuperado 26 febrero, 2018, de www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/internet2017_Nal.pdf.
- Instituto Nacional de la Salud. (2000).** *Trastorno del comportamiento alimentario Criterios de ordenación de recursos y actividades* (Ed. Rev.). Madrid, España: Instituto nacional de la salud.
- López, L. B., Ortega Soler, C. R., & Pita de Martín de Pórtela, M. L. (2004).** La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 54(1), 17-24. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000100004&lng=es&tlng=es.
- Lora-Cortez, C. I., & Saucedo-Molina, T. J. (2006).** Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas en México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa>.
- Machado, E. L. (2015).** Ana y Mia ¿amigas peligrosas? análisis de contenido de webs pro-anorexia y pro-bulimia. *Master universitario de investigación en ciencias socio sanitarias. Universidad de Leon*, 54(1), 1-40. Recuperado de <https://buleria.unileon.es/bitstream/.../2015.%20Eva%20Lago%20Machado.pdf?...1>.
- Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini Ferri, N. (2016).** Trastorno del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Recuperado de centroabb.com/es/recursos/...perspectiva-gestaltica-de-los-trastornos-alimentarios/file.
- Mallorca, C. (2012).** Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación. Recuperado de <http://www.f-ima.org/es/noticias/2014/12/03/presentacion-del-decalogo-de-buenas-practicas-sobre-el-fomento-de-la-autoestima-y-la-imagen-corporal-en-los-medios-de-comunicacion-social-y-la-publicidad-y-de-la-campana-no-es-culpa-de-nadie>.
- Marín B, V. (2002).** Trastorno de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de nutrición*, 29(2), 86-91. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000200002>.
- Martin, A. (2011).** *Manual práctico de Psicoterapia Gestalt* (7ª ed.). Madrid, España: Desclee de brouwer.
- Martin Llaguno, M. (2010).** Historia mediática de la anoréxica. La construcción inicial del problema a finales de los 90. *Revista Icono14.*, 1(1), 45-65. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3733316.pdf>.
- Méndez, J. P., Vázquez Velázquez, V., & García-García, E. (2008).** Los trastornos de la conducta alimentaria. *Aspectos Clínicos*, 65(1), 579-592. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf.
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009).** Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica.*, 27(2), 181-190. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>.
- Muñoz, R., & Martínez, A. (2017).** Ortorexia y vigorexia ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? Recuperado de <http://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/adiccionvigorexia027.asp>.

- Márquez, S. (2008).** Trastorno alimentario en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 183-190. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003.
- Palladino, C. (1999).** *Autoestima para estudiantes. Una guía para mejorarla.* (Ed. Rev.). DF, México: Grupo Editorial Iberoamericano.
- Pico Vila, D. (2014, mayo).** Una introducción a la terapia Gestalt. Recuperado de <http://www.terapiados.net>.
- Portela de Santana, M. L., Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012).** La epidemiología y los factores de riesgo alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. doi:DOI:10.3305/nh.2012.27.2.5573.
- Princesas moderadas. (2011, 23 enero).** Diccionario Ana y Mia. Recuperado 20 junio, 2017, de <http://princesasmoderadas.blogspot.com.es>.
- Pro Ana y Pro Mia. (2015, 5 mayo).** Consejos y trucos otras princesas pro Ana y pro mia. Recuperado 25 junio, 2017, de <https://otraprincesaproanaymiamas.wordpress.com>.
- Rice, P. H. (2000).** *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura* (Ed. rev.). Madrid, España: Prentice.
- Rodríguez Molina, J. M., & Rabito Alcón, M. F. (2007).** Vigorexia: adicción o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas. Universidad Autónoma de Madrid*, 7(2), 289-308. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/839/83918877006/>.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, P. F., & Förster M, C. (2009).** La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en muestra de jóvenes, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. doi:https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009.
- Rubinstein Agunin, A. (2002).** Perspectiva Gestáltica de los trastornos alimenticios: Taller vivencial. Recuperado de centroabb.com/es/recursos/...perspectiva-gestaltica-de-los-trastornos-alimentarios/file.
- Rosenberg, M. (1965).** Escala de autoestima de Rosenberg (RSE).
- Ruiz de la Rosa, C. (2017).** Psicoterapia Gestalt: una terapia humanista. Recuperado de: http://www.gpyf.es/app/download/11294204/articulos_psicoterapia_gestalt_una_terapia_humanaista%281%29.pdf.
- Salazar Mora, Z. (2009).** Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80. Recuperado de <http://9www.redalyc.org/articulo.oa?id=72912555004>> ISSN 1021-1209.
- Salazar Mora, Z. (2011).** Influencia de los modelos televisivos. *Informe final de investigación Adolescencia y trastornos alimenticios*, 1(1), 1-178. Recuperado de iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/informes/informe4.pdf.
- Secretaria de Salud. (2016, 30 diciembre).** Ebriorexia en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/ebriorexia-trastorno-que-se-presenta-en-jovenes-entre-17-y-24-anos-de-edad-89022>.
- Secretaria de Salud. (2017, 2 enero).** Trastorno del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Recuperado 5 junio, 2017, de <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-jovenes-entre-15-y-19-anos-de-edad-principales-victimas-de-la-anorexia>.

SETCA. (2017). Instagram ¿la red social amiga de los trastornos alimenticios? Recuperado de <http://www.setcabarcelona.com/instagram-la-red-social-amiga-de-los-trastornos-alimenticios/>.

Sevilla. (2016). Trastorno de la conducta alimentaria. *SPECULUM Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10(7), 1-4. Recuperado de http://www.tcasevilla.com/revista_introduccion.aspx.

Suarez Alcantara, M. C. (2009). *Soy totalmente Mía-Soy totalmente Ana: Ensayo para princesas, príncipes y wannabes* (Ed. rev.). Naucalpan, Mexico: Eón.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito* (3ª ed.). Barcelona, España: Ariel.

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., & Medina-Mora Icaza, M. E. (2006). Conductas Alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762006000100003&script=sci_arttext&lng=pt.

Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la rosa, A., Saucedo-Molina, T. J., Trujillo Chi Vacuan, E. M., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años.. *Revista de Investigación clínica*, 62^o(5), 424-432. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf.

Vázquez, C. (2003). Psicoterapia Gestalt: conceptos, principios y técnicas. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/gestalt.shtml>.

Viguria Padilla, F., & Miján de la Torre, A. (2006). La pica: retrato de entidad clínica poco conocida. *Nutrición hospitalaria*, 21(5), 557-566. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000800001.

Viserda, J. (2015). Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de Estado de México*, 4(7), 1-132. Recuperado de www.facico-uaemex.mx/2014-2018/descargas/revista/no07.pdf

ANEXOS

Diccionario utilizado en las webs Pro-Anorexia Pro-Bulimia

Fuente: <http://princesasmoderadas.blogspot.com.es>

Ana: nombre que se le da a la anorexia. Persona que tiene anorexia.

Anorexia: el termino anorexia proviene del griego a/an (negación) orego (tender, apetecer). Es un síntoma frecuente en multitud de enfermedades y situaciones fisiológicas consistente en la disminución del apetito, el individuo se percibe gordo, lo que puede conducir a una disminución de la ingesta de alimentos.

Mia: nombre que se la da a la bulimia, persona que padece bulimia.

Bulimia: trastorno psicológico caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alimento, seguido de vómitos auto inducidos o abuso de laxantes (purgas) para evitar ganar peso.

Ana Wannabe: persona que no tiene Anorexia pero desea tenerla.

Mia Wannabe: persona que no tiene Bulimia pero desea tenerla.

Bulimianorexica: que alterna periodos de Anorexia y Bulimia.

Mia restrictiva: persona con todas las características de la bulimia pero también ayuna y restringe comida.

Ana purgativa: anoréxica que vomita en caso de excederse o de ser obligada a comer.

IMC: índice de masa corporal.

BMI: igual que el IMC, pero las siglas en ingles.

Pro- ana/pro mia: los prefijos PRO significan “a favor de” por lo tanto los términos pro-ana y pro-mia significan “a favor de la anorexia y a favor de la bulimia” estas personas principalmente ven a la anorexia y bulimia como un estilo de vida y no como una enfermedad.

ED: eating disorder (desorden alimenticio) también llamado DA en español.

Binge o atracon: cuando te excedes en lo que comes. Purgarse: vomitar.

Self-injury: automutilación. Las ana y mia suelen lastimarse usando este método.

Thinspiration: toda la imagen de alguien que nos inspire a ser delgadas como la persona de la imagen. Thin- delgado, inspiration- inspiración.

Tips: trucos, ideas, sugerencias para lograr las metas que tenemos.

Calorías negativas: alimentos que gastan un 10% en su digestión, es decir, no importa cuando consumas de ellas, las calorías que consumes se queman solas, se encuentra principalmente en verduras.

Ortorexia: obsesión enfermiza por los alimentos sanos.

Vegano: o vegetariano: no consume alimentos de origen animal (carnes, aves, pescados) en algunos casos tampoco consume lácteos o huevos.

Bipolaridad: enfermedad del estado de ánimo que fluctúa entre dos fases, una de gran felicidad y otra de profunda depresión.

Fase maniaca: se caracteriza por el excesivo buen humor, la hiperactividad, menos necesidad de dormir, etc.

Fase depresiva: llanto, indiferencia, depresión, pensamientos de suicidio, cambios de alimentación, etc.

Trastorno obsesivo compulsivo: trastorno de ansiedad que caracteriza por obsesiones (impulsos o imagen no deseados) y compulsiones (rituales repetitivos para aliviar la ansiedad).

Ataque de pánico: repetidos periodos de miedo e intranquilidad que se producen sin causa acompañados de un impulso cardíaco acelerado.

Vigorexia: obsesión por hacer ejercicio.

Ejemplos de consejos y trucos

Fuente: <https://otraprincesaproanaymiamas.wordpress.com>

Lo básico para Ana:

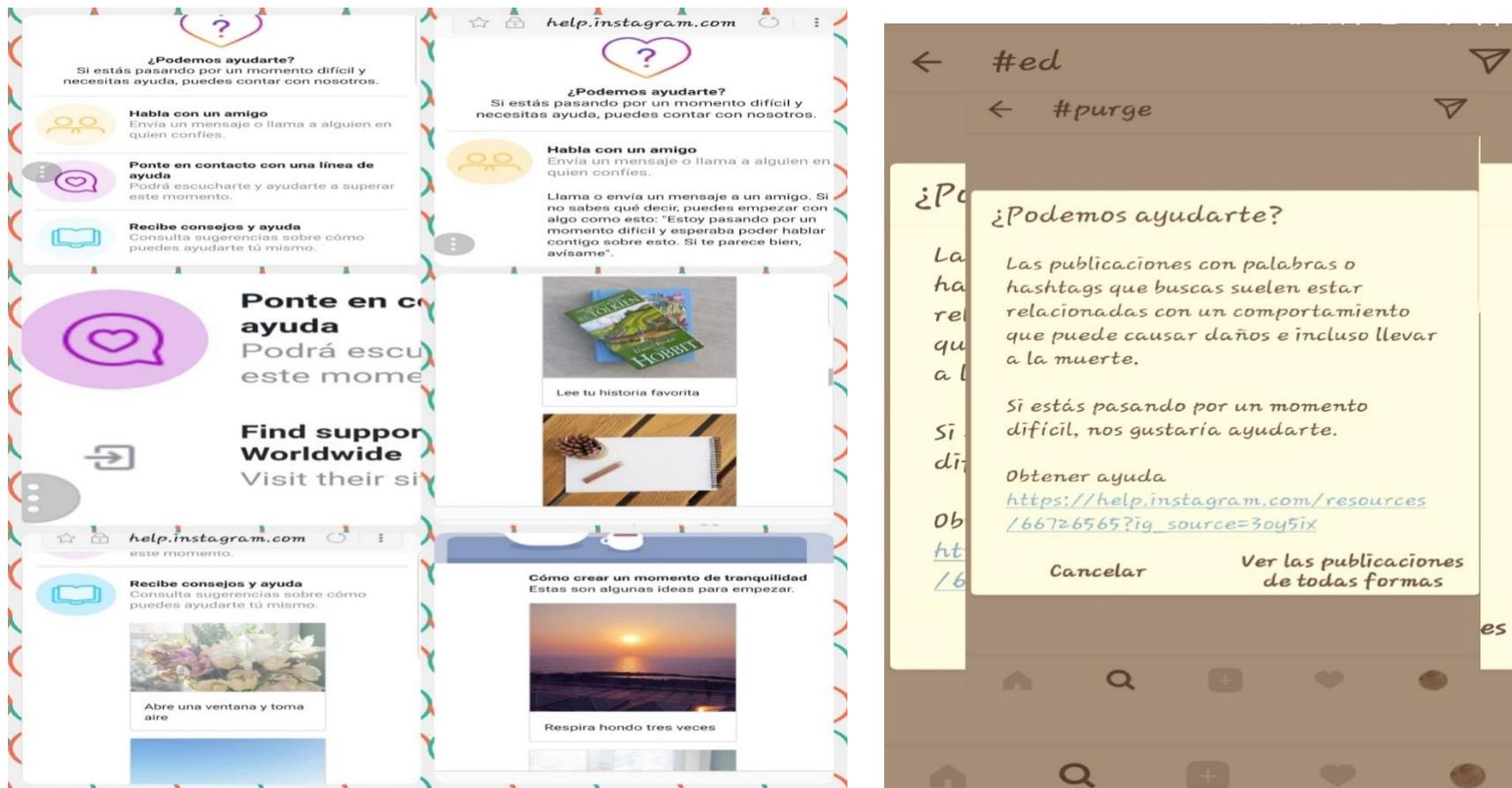
1. Siempre carga agua contigo: el ser humano puede pasar mucho tiempo sin comer pero no más de una semana sin tomar agua porque se deshidrata, además, esto ayudará a mantenerte llena y ya no vas a necesitar comer, así que LLENATE DE AGUA!
2. Si vas a comer, toma un vaso de agua antes de hacerlo, luego toma un sorbo de agua entre cada bocado de comida, así te llenarás más rápido!
3. TOMA AGUA TODO EL DÍA, no te separes de tu botella de agua, llévala siempre contigo como si fuera tu piel.
4. Si tienes ansiedad puedes masticar hielo o chicles sin azúcar, fumar también ayuda a calmar la ansiedad pero esto es a decisión de cada quien.
5. Beber vinagre de manzana antes de comer, el vinagre ayuda a disminuir el apetito, además acelera el metabolismo y eso hará que bajes de peso más rápido.
6. Come mirándote al espejo, de preferencia desnudo o con muy poca ropa. En caso no puedas hacerlo lleva una foto contigo en el que se haga notar la grasa de tu cuerpo, así recordarás como te ves y no querrás aumentar eso!
7. Si tienes ganas de comer puedes lavarte los dientes, no vas a querer comer con el sabor de menta ahí así que hazlo lo más que puedas además tendrás unos dientes muy bonitos! jaja
8. Desayuna, esto hace que tu metabolismo empiece a funcionar y a quemar calorías, ya si deseas no comas en todo el resto del día, pero el desayuno es importante, así sea una papaya picada, desayuna.
9. Si vas a salir, no laves dinero más que lo justo y necesario, así si se te antoja algo no tendrás dinero para comprarlo.
10. Puedes usar una liga (banda elástica) en la mano y cada que quieras comer tira de ella, así sabrás que la comida equivale al dolor.
11. No comas a partir de las 6 de la tarde, tu cuerpo lo absorbe como grasa debido a que tu metabolismo ya está pesado y lento.
12. Consume Té, de preferencia el Verde, ayuda a distraer el hambre, hay un Té Verde con piña, ese es diurético y es muy bueno.
13. Si consumes Cola de Caballo bajarás de peso mucho más rápido! es muy buena para bajar de peso y hace que no te estanques.
14. Si tienes antojos distráete, pues si se te antoja una galleta y piensas en satisfacer tu antojo lo único que vas a ganar es que pasados 2 segundos quieras otra, y luego otra, y te darás un atracón, así que mejor distráete, mírate al espejo, o mira alguna Thinspo que tengas, así evitarás los atracones.

15. Usa un cinturón que te quede algo apretado, no mucho, pero lo suficiente, esto hará que te salga más cintura, además ayuda a disminuir el hambre ya que está apretando el estómago, que el cinturón no sea de elástico.
16. Métete a blogs o chats Pro-Ana y Pro-Mía para matar el tiempo y no pensar en comer, crea tu propio blog, distráete y no pienses en comer!
17. Si te gusta demasiado la comida, tienes un antojo insuperable pues cómelo pero háchale jabón o algo no tóxico, así lo vas a devolver al segundo de metértelo en la boca y la próxima vez que lo veas o huelas solo te dará asco.
18. Usa ropa suelta cuando vayas a salir o cuando estés con tu familia, para que así nadie sepa tu secreto, pero cuando estés sola usa ropa apretada, para recordar lo mal que te ves.
19. Si vas a almorzar en familia, píntate las uñas y di que no puedes comer hasta que se sequen, así ganas tiempo.
20. Siempre empieza comiendo las ensaladas luego las proteínas y descarta las grasas o carbohidratos.
21. El café ayuda a quitarte el apetito, además te vas a sentir con muchas más energías!
22. Recorta figuras fotos de modelos, las que salen en las revistas o imprime las tuyas! que se vuelva tu pasatiempo y lo podrás usar de thispo!
23. Empieza a escribir un blog! en el pon todo lo que comes, así te dará vergüenza a la hora de publicarlo, también ayuda a mantenerte distraída!
24. NO COMAS NADA SIN SABER CUANTAS CALORÍAS TIENE!
25. Ponte metas y cúmplelas! Esto te va a motivar mucho!, que sean metas posibles, no exageres, cada vez que llegues a una de ellas te vas a sentir orgullosa de ti misma y te motivará a seguir.
26. Si vas a la escuela a la hora del refrigerio di que comiste en tu casa, y en tu casa dí que lo hiciste en la escuela

Lo Básico Para Mía:

1. Toma un vaso de agua antes de empezar a comer, sigue tomando agua durante toda la comida, cada mordisco toma un buen trago de agua, esto te ayudará a que el vómito salga más rápido y fácilmente.
2. Mastica todo lo que puedas, cuanto más mastiques se te hará más fácil el purgarte.
3. No te purgues más de una vez al día.
4. Si vas a vomitar puedes abrir la regadera o poner música fuerte, así evitarás que te escuchen.
5. Procura no salir con las mangas o el pelo recogido, levantarás sospechas.
6. NUUUNCA ABRAS LA DUCHA Y NO TE Bañes, eso es prácticamente ir y contarles a tus padres lo que has hecho.
7. Si por alguna razón no puedes entrar al baño porque, ya se están dando cuenta y es demasiado obvio, porque está ocupado, etc., pues lleva a tu cuarto

- (preferiblemente antes de comer) un balde o una tina, vomita en él y en la madrugada o cuando nadie vea desaste de la evidencia.
8. El olor a vomito es muy fuerte, procura echarte colonia y enjuague bucal (no te laves los dientes, porque la pasta de dientes dañará los dañará mucho ya que estos están sensibles por los jugos gástricos).
 9. Para vomitar debes usar 2 dedos (el anular y el dedo medio), no te los tienes que meter hasta el fondo, solo intenta tocar la parte de atrás de tu lengua y empieza a jugar como a hacer círculos, ten paciencia, no suele salir a la primera, no desesperes que Mía no es maña sino práctica.
 10. . Si quieres vomitar y te da asco usar tus dedos, puedes usar la parte de atrás de tu cepillo de dientes.
 11. Si salen sonidos como tos o un eructo, no te asustes, son arcadas y es normal.
 12. . Si te estas preguntando como ser silenciosa, pues la verdad eso no lo vas a poder encontrar, porque como dije anteriormente Mía es práctica, con forme más lo hagas más silenciosa te volverás, eso sí, toma mucha agua antes de vomitar, esto si ayuda ;).
 13. No vomites arrodillada en el piso o sentada, la mejor forma de hacerlo es parada frente al escusado agachada, formando un ángulo de 90 grados, de esta manera harás presión en tu estómago y la comida saldrá más fácilmente.
 14. También puedes vomitar en bolsas si no puedes ir al baño, es menos sospechoso.
 15. No abuses de los laxantes!, estos ayudan a sacarte la comida que no puedes vomitar, sí, pero si abusas de eso tus intestinos se vuelven perezosos y dejan de funcionar, no abuses de ellos.
 16. Siempre limpia minuciosamente el área donde te has purgado, si tus padres encuentran salpicaduras de vomito por ahí no tendrás una explicación lógica que darles.
 17. Intenta siempre hacerlo con ropa que no tenga mucha importancia para ti porque te puedes salpicar.
 18. Si vas a usar los dedos, no mantengas muy largas tus uñas que después de un atracón por la desesperación te puedes hacer daño a la garganta y no sería bonito. También debes procurar quitarte anillos y joyas antes de purgarte.
 19. Si has consumido mucho líquido y has masticado bien la comida, puedes purgarte en el lavabo o en la ducha, esto levanta menos sospechas que hacerlo en el wc.
 20. Intenta esperar un poco luego de pararte de la mesa antes de entrar al baño, si ven que lo haces todos los días después de comer te empezarán a hacer preguntas.
 21. Si empiezas a vomitar sangre HEY PARA! es momento de hacer una pausa y dejar que tu organismo se recupere!, vomitar sangre es MUY peligroso, deja de hacerlo por lo menos 11 días, tu organismo debe sanar antes que suceda algo peor!
 22. Si no sabes cuando ya terminaste de vomitar, pues lleva contigo una botella de agua y cuando sientas que ya no sale nada toma agua, espera un rato y vomita, cuando el agua salga pura tu estomago estará limpio y como nuevo.



Captura de pantalla, para obtener ayuda al momento de teclear un HasTag de algún trastorno de alimentación.

Fuente Instagram.

(Opción A)

Contacto:

Es importante que si tienes planeado asistir, ENVÍES un correo o un mensaje para hacer TÚ registro.

IMPARTIDO POR:

¿Te gustaría conocer más acerca de la diferencia de padecer una enfermedad cómo...?

Anorexia
Ortorexia
Pica
Bulimia
Trastorno por atracón
Vigorexia

Una alteración de la conducta alimentaria, no es una enfermedad, pero si puede convertirse en enfermedad...

Anexo 4

Sabías que:

La sociedad donde nos desenvolvemos; nos indica que está bien y que está mal.

Y el resultado es:

No te sientas cómodo con tu imagen y recurras a diferentes métodos para lograr alcanzar la imagen que tanto deseas, de lo contrario te sientes infeliz y tú autoestima baja de manera rápida.

En el taller encontrarás todos los factores que llevan a generar un trastorno y ayudarás a conocer y elevar tú autoestima, a querer cada parte de tú cuerpo, aceptarte y desarrollar estrategias para desenvolverte con mayor seguridad y confianza.



Amate a ti mismo

Alguna vez has realizado:

Dietas milagro?

O PENSAMIENTOS por:

El control de tú peso

Acude al Taller vivencial para prevenir Trastornos de la conducta alimentaria

¿A QUIEN VA DIRIJIDO?

Adolescentes de 12 a 19 años
hombres y mujeres.

La adolescencia. Es un periodo de cambios físicos como de pensamiento. En esa etapa se hace una construcción de identidad y de relación con el mundo exterior.

La autoestima puede afectarnos a nivel emocional.

El aceptar tu imagen corporal no es un tema fácil, ya que se tiene a realizar aceptaciones del mundo exterior, y seguir un ideal de belleza, según nuestra forma de ver el mundo o la influencia de modas, medios de comunicación o incluso

(Opción B)

Contacto

Costo:

Lugar:

Correo:

Fecha de inscripción:

Fecha inicio de taller:

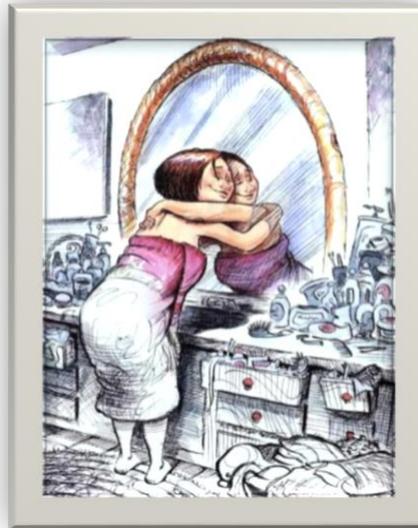
Duración del taller:

Dirigido a: hombres y mujeres
de entre 12 y 17 años de
edad.

¿Cómo está tu autoestima?

¿Conoces los trastornos de la
conducta alimentaria?

**Asiste al taller y conócele un
poco más...**



¿Tú cómo te sientes?

TALLER

Vivencial, enfoque Gestalt

“**VIVIENDO
CON
ALEGRIA**”

No faltes!

Anexo 5

Taller “Viviendo con alegría”

Impartido por:

Objetivo general: Prevenir problemas vinculados con la alimentación y obtener los conocimientos de los trastornos de la conducta alimentaria, desarrollando cualidades en su autoestima en el taller “VIVIENDO CON ALEGRIA”, mediante el uso de la terapia Gestalt.

Dirigido a: hombres y mujeres de entre 12 y 17 años de edad.

Fecha: Por definir.

Horario: por definir.

Lugar: por definir.

Costo:

Hoja de inscripción

Instrucciones: Responde a todas las preguntas que a continuación se te plantean.			
Nombre (s)		Apellido paterno	
Apellido materno		Calle: no.	
Edad	Ocupación	Dirección	
Alcaldía	Colonia	Código postal	
Teléfono casa	Teléfono celular	Correo electrónico	
Tienes hijos:	si	no	No. De hijos:
último nivel de estudios:	Estado civil:		
Situación amorosa de los padres:	Separados	Divorciados	Casados
Tienes hermanos:	SI / NO	Cuantos:	
Familiares o amigos con algún trastorno alimenticio:	Que trastorno padece:		
SI / NO			
Que red social utilizas:	Cuanto tiempo dedicas a navegar en internet o redes sociales:		
Padeces alguna enfermedad: SI / NO	¿Cual?		
Te han diagnosticado con algún TCA?	SI / NO ¿cuál?		
Cuanto mides:	Cuanto pesas:		
En los últimos 6 meses haz realizado dieta:	SI / NO		
¿Porque estas interesado en el taller?			
¿Cuál es tu expectativa del taller?			
Por qué medio te enteraste del taller:			

Nota: es importante que llenes todos los datos. Tus datos están protegidos y solo se utilizarán para fines del taller.

Reglas y sugerencia para el manejo del Taller

“VIVIENDO CON ALEGRÍA”

- 1) No se permite el uso de celular.
- 2) No se permite salir del salón al menos por alguna emergencia.
- 3) No es obligatorio compartir tus experiencias si no lo deseas. Pero es importante que mantengas la mente abierta.
- 4) La tolerancia máxima para el inicio de cada sesión del taller es de 10 minutos.
- 5) El taller tendrá una estricta confidencialidad. Todo lo que pase en el taller se quedara dentro de él.
- 6) Se prohíbe grabar alguna actividad, ya sea mediante voz o imagen; por respetos a los integrantes del taller.
- 7) Se prohíbe comer durante las horas de sesiones del taller.
- 8) Se dará un descanso de 10 minutos. .
- 9) Por ningún motivo estas obligado a quedarte en el taller si te sientes incomodó (a).

Recomendaciones para el Taller

- Asiste con ropa cómoda (pans y tenis).
- Llega 10 minutos antes de la hora. Recuerda tienes **10 minutos** de tolerancia.
- No laves contigo tus preocupaciones, trata de hacer todos tus pendientes días antes, para que ese día solo te concentres en el taller.
- Lleva solo lo necesario. Trata de ir lo más cómodo (a) que puedas, no llevar bolsas muy grandes, o accesorios que puedas perder.
- No laves cosas de valor.
- Puedes llevar agua, para hidratarte durante el taller, recuerda comer antes de entrar.
- Si puedes llevar contigo una pluma o lápiz.
- Puedes llevar un pequeño refrigerio, por si te da un poco de hambre durante el tiempo que estarás en el taller. Tendrás 10 minutos de descanso.
- Trata de mantener tu celular apagado o en modo silencio.
- Si necesitas salir a responder una llamada o al sanitario te recomendamos lo hagas en silencio, para no interrumpir a tus compañeros. Siempre y cuando sea cuando no estés en algún ejercicio y esto interfiera en la participación del taller.

Cuestionario de evaluación

¿Qué tanto sabes sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?

Instrucciones: Lee con cuidado las frases que abajo se te presentan y marca una **V** si crees que es **Verdadero** y una **F** si consideras que es **Falso**.

- ___ 1. Toda la información proporcionada en las redes sociales es verídica.
- ___ 2. La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son los únicos trastornos que existen.
- ___ 3. Los laxantes y pastillas adelgazan.
- ___ 4. Los TCA son considerados enfermedades.
- ___ 5. Crees que la publicidad muestra imágenes reales de mujeres flacas.
- ___ 6. Consideras que solamente eres atractiva si estas delgada.
- ___ 7. Crees que puede poner en riesgo tu salud si intentas bajar de peso rápidamente.
- ___ 8. Hacer dieta es bueno.
- ___ 9. Las dietas milagros son efectivas.
- ___ 10. Consideras que bajar de peso, es necesario vomitar.
- ___ 11. Para mantener una figura delgada debes realizar ejercicio en exceso.
- ___ 12. El talento y éxito solo lo tienen las personas delgadas.
- ___ 13. Mi cuerpo absorbe nutrientes de las grasas que consumo.
- ___ 14. Consideras que los TCA pueden llevarte a la muerte, si no es atendido.
- ___ 15. La vigorexia afecta la percepción de la imagen.
- ___ 16. Es bueno ayunar para bajar de peso rápidamente.
- ___ 17. Consideras que la información en blogs de internet para el control del peso es recomendable para seguir los consejos y trucos en la vida cotidiana.
- ___ 18. Es mejor realizar una dieta propia que acudir con un Nutriólogo si se quiere bajar de peso.
- ___ 19. El consumir alcohol ayudara a bajar de peso.
- ___ 20. Los modelos de TV tienen un cuerpo perfecto.
- ___ 21. Es bueno subir fotos a Facebook, Instagram, Twitter para ser popular y tener muchos likes y sentirte bien.
- ___ 22. Es mejor tener un cuerpo delgado que tener buena salud.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1965).

Instrucciones: Contesta las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).				
5. En general estoy satisfecho de mí mismo (a).				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso (a)				
7. En general, me inclino a pensar que soy un (a) fracasado (a).				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Nombre del ejercicio: **“Dinámica” La pelota preguntona**

Objetivo: Integrar a todos los miembros del grupo con la actividad.

Tiempo: 15 minutos. Material: Pelota, Música.

Instrucciones: los participantes se colocarán en círculo, cada integrante comenzará a pasar una pelota, proporcionada por el facilitador, en cuanto escuche la música y así sucesivamente hasta que se detenga la música. Quien se quede con la pelota deberá responder una pregunta.

Algunas preguntas a usar:

¿Cuál es tu pasatiempo favorito?

¿A qué te dedicas?

¿Cómo te gusta que te nombren?

¿Qué edad tienes?

¿Cómo te enteraste del taller?

¿Qué te gusta?

¿Qué te disgusta?

¿Te gustan los deportes?

¿Tienes mascotas?

¿Cómo es la relación con tu familia?

Tienes amigos ¿Cómo se llaman?

Cuál es tu música favorita?

Utilizas las redes sociales para comunicarte con más personas?

Nombre del ejercicio: **Una etapa positiva.**

Objetivo: Conocer la definición sobre la adolescencia en base a su perspectiva.

Tiempo: 20 minutos.

Se dice que la adolescencia es una etapa compleja, difícil y con muchos conflictos. También una etapa donde no te sientes identificado o comprendido por nadie. Incluso le han puesto nombres con ciertas connotaciones negativas, por ejemplo “la edad del pavo”, “la edad crítica”.

TU OPINIÒN

¿Estás de acuerdo con estas definiciones? Sí _____ No _____

Porque:

¿Cómo lo vives tú?

¿Cómo definirías la adolescencia?

REFLEXIONA

¿Qué cambios estas experimentado ahora? (a nivel físico, social, emocional, etc.)
Compara esas diferencias durante tu infancia y ahora con tu adolescencia. ¿Te sentías igual o hay diferencia?

Nombre del ejercicio: **¿Quién soy?**

Objetivo: Describir como es su auto-concepto

Tiempo: 30 minutos. Material: hoja de papel, pluma, lápiz

Instrucciones: Cada participante deberá escribir dos habilidades, dos defectos, dos virtudes que consideren que los caractericen. Y compartirá con el grupo porque considera que posee esas habilidades, defectos o virtudes.

Virtudes **Habilidades**

Defectos

Nombre del ejercicio: **La historia habla**

Objetivo: Identificar los estereotipos de belleza corporal, así como también el ideal propio de belleza.

Tiempo: 90 minutos

Instrucciones:

Los integrantes deberán realizar equipos de máximo 10 personas, cada grupo realizara un collage de como consideran que es el ideal de belleza, desde su propio punto de vista de cada integrante.

Al terminar el collage, deberán explicar cada grupo, a los demás compañeros lo que representa su collage y porque eligieron las imágenes, dibujos o signos y porque consideran que así sea el ideal de belleza.

Nombre del ejercicio: **¡Peligro! Dieta**

Objetivo: Reflexionar sobre la importancia de saber que es una dieta y también el riesgo que tiene.

Tiempo: 30 minutos.

Las características físicas están determinadas genéticamente. El peso biológico es el que tiene una persona en función de su constitución cuando mantiene unos hábitos de vida correctos. Las dietas no logran ser eficaces porque la reducción de peso no se mantiene a largo plazo. Quienes siguen dieta habitualmente solo consiguen estar por debajo de su peso natural mientras la practican pero en el momento en que la suspenden recuperan los kilos perdidos. Para conseguir mantener cifras por debajo del ideal hay que estar permanentemente a dieta o recurriendo a conductas que no son saludables.

Si una persona trata de cambiar su peso mediante la restricción permanente de comida, su cuerpo se vuelve en contra y trata por todos los medios de impedirlo. Es entonces cuando aparecen los trastornos físicos. El organismo intenta suplir el aporte calórico necesario disminuyendo la tasa de su metabolismo, ralentizando el proceso digestivo o reduciendo el ritmo cardiaco.

En estos casos, el cuerpo conserva sus reservas y no se adelgaza. Al suspender la dieta se produce un efecto rebote, que puede ocasionar un aumento de peso.

Reflexiona

¿Has estado a dieta alguna vez? ¿Por qué? ¿En qué consistía? ¿Te dio resultado? ¿Qué sucedió después?

Nombre del ejercicio: **¡Atención! Más vale prevenir**

Objetivo: prevenir y reflexionar sobre dos casos de dos personas con problemas de alimentación, y se compartirá la importancia que tiene el prevenir a tiempo.

Tiempo: 25 minutos.

A continuación escucharán dos historias sobre chicos que están pasando por problemas con la alimentación (Bella, María y Raúl). Lo que se pedirá es que reflexionen partiendo de estas cuestiones:

- **¿Qué crees que les pasa a estas chicas?**
- **¿Cómo crees que se sienten los protagonistas de estas historias?**
- **¿Qué consecuencias están teniendo en cada caso el rechazo de su cuerpo?**
- **¿Cómo crees que es su autoestima?**
- **¿Crees que lo que hacen pueda ocasionar un riesgo?**
- **¿Qué les dirías para ayudarlas?**
- **¿Te has sentido igual?**
- **¿Crees que el aspecto físico es lo más importante en nuestra sociedad?**
- **Hasta qué punto te afecta a ti?**
- **Tu qué piensas de tu cuerpo?**

Esta es la historia de Bella

Bella tiene 15 años y es estudiante. Suele sacar buenas notas, realiza clases de ballet y en sus tiempos libres le gusta correr. Últimamente muestra un interés por las dietas, y sobre todo por las calorías de los alimentos.

Sus padres están preocupados, pues en las comidas Bella corta y reparte la comida por el plato y le cuesta tragar bocado que se lleva a la boca. A veces lo escupe con disimulo en la servilleta o lo hace en el baño bajo algún tipo de pretexto. Incluso su habitación y su ropa tienen un olor desagradable a que esconde restos de comida entre el armario o en los bolsillos.

Últimamente no soportaba que su padre le llame cariñosamente “mi bolita”, como cuando era pequeña. Hace tres años tuvo su primera regla y se dio cuenta que su cuerpo cambiaba. Espantada, comprobó en la báscula que tenía en el baño que su peso aumentaba.

En el trayecto de casa al instituto podía ver gran cantidad de anuncios de productos adelgazantes en las farmacias, en el súper, también en las revistas y periódicos en la radio, la televisión. Además en casi todos ellos aparecía una chica muy guapa y demasiado delgada.

Ella quería estar atractiva y para ello decidió controlar su peso diariamente. Y después de una investigación se convirtió en una experta en alimentos y decidió un plan de dieta. Poco a poco consiguió engañar su apetito y restringir cada vez más la ingesta de comida. También incremento el tiempo dedicado al ejercicio físico.

Su familia y sus amigas la elogiaban. ¡Qué delgada! ¡Qué guapa! ¡Cómo has adelgazado! Todo el esfuerzo que requería estar tan delgada se veía recompensando. Ahora bien debía tener mucho cuidado y continuar con la dieta estricta para seguir teniendo ese cuerpo que todos le admiraba.

Pero a Bella no contaba que también le iban a pasar otras cosas. Se le fue la regla y su cabello se le caía mucho, sus dientes se veían muy mal. Lo sufría con frecuencia y se encontraba triste. Además evitaba determinadas situaciones para no tener que mostrar su cuerpo.

Ahora todos andan preocupados por su extrema delgadez. Se lo dicen pero ella no lo ve. Prefiere estar así, demasiado delgada.

La historia de María

María tiene 19 años. Estudia periodismo y destaca en la carrera. Prepara su propia comida, que es muy restrictiva: hamburguesas, manzanas y yogur, y la consume en solitario.

Su madre ha notado su aspecto diferente y no considera que su hija lleve una adecuada alimentación. A María le horrorizaba aumentar de peso y con anterioridad vomitaba y controlaba su peso con dietas muy estrictas que le hacían pasar hambre por el resto del día. Por eso, luego se daba un atracón y posteriormente lo vomitaba todo.

Ahora se siente desorientada y trastornada. Querría que la comida no controlase su vida, pero no sabe cómo hacerlo. Tiene miedo a descontrolarse. Conoce gente que aprecia, pero nunca contaría su problema. Los atracones son su secreto.

La historia de Raúl

Tiene 16 años y cursa el cuarto año de prepa.

Considera que no es atractivo para ninguna chica.

Es muy delgado y no le gusta su cuerpo. Incluso teme a que una chica lo rechace, por eso no intenta nada con ninguna. Se encuentra triste y trata de mejor alejarse de todos sus amigos, aunque su madre le explique que su cuerpo está en desarrollo.

El considera que es mejor estar solo. Así nadie se burlara de el

Nombre del ejercicio: **Y tú ¿Qué piensas?**

Objetivo: Debatir por equipos la influencia de los medios de comunicación con el ideal de belleza. Tiempo: 60 minutos.

Los medios de comunicación en la actualidad intervienen mucho en la influencia de los medios de comunicación. Ya que el ideal de belleza pone un gran énfasis en la delgadez y en el control del peso. Lamentablemente la sociedad castiga psicológicamente aquellos que no se ajustan a este ideal estético.

Es por eso que es importante pensar ¿te crees todo lo que te cuentan?

INSTRUCCIONES: En equipos de 6 los participantes tendrán que responder las siguientes preguntas, opinaran cada quien su opinión y tendrán que llegar a una respuesta general. Y posteriormente tendrán que debatir las mismas preguntas con el resto de los equipos, para que se conozca la opinión de todos los integrantes del taller.

ZONA DE PREGUNTAS

- ¿Qué patrones de belleza están transmitiendo actualmente los medios de comunicación?
- ¿Qué tipo de mujer y hombre muestran en la tv, revistas, periódicos?
- Sientes que existe una influencia para desarrollar un TCA?
- Cuestionas alguna vez los mensajes que transmiten?
- Has observado que existen comerciales con mensajes para conseguir una figura delgada?
- Has seguido dietas, ejercicios, trucos que muestran en la televisión o revistas?
- Has consultado redes sociales o navegadores para conseguir información sobre una dieta o un truco para bajar de peso rápidamente?
- Consideras que los modelos de tv, revista, son atractivos?
- Mantener un cuerpo delgado es lo más atractivo?
- Un cuerpo musculoso es considerado sinónimo de belleza?

Menciona 5 valores y características que asocian la delgadez y 5 al sobrepeso.

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____



¿Cómo es para ti una persona delgada?

Y una persona con sobrepeso?

Observa con atención los próximos días los anuncios de prensa y televisión, permanece atenta/o al ideal de belleza que transmiten, a quien van dirigidos cuestiona el mensaje que lanzan y las imágenes que utilizan.

Nombre del ejercicio: **El árbol de mi autoestima**

Objetivo: construir un árbol donde indicaran sus apoyos, cualidades positivas y proyectos, para mejorar la autoestima. Tiempo: 30 minutos

Los integrantes deberán dibujar un árbol completo con raíces, tronco, ramas y copa. En las **RAICES** escribe el nombre de aquello que para ti supone un **apoyo**, algo que te aporta confianza y seguridad. Pueden ser personas (ejemplo: mi hermano Santiago) o conceptos (ejemplo: sinceridad)

En el **TRONCO**, indicar al **menos 5 cualidades positivas** de ti (físicas, de tu carácter, psicológicas, culturales, relaciones personales, habilidades, destrezas..)

En cada una de las **RAMAS** escribe los **logros** que has alcanzado.

En la **COPA**, tus **proyectos** (las cosas que quieres conseguir de aquí a un tiempo, objetivos que te planteas a corto, mediano y largo plazo).

Aquí te dejamos cualidades que puedes utilizar.

Determinación	Capacidad de hacer amigos	Entusiasmo
Perseverancia	Simpatía	Valentía
Dinamismo	Autoconfianza	Cortesía
Capacidad de observación	Fuerza de voluntad	Paciencia
Previsión	Sensibilidad	Solidaridad
Comunicación	Sentido del humor	Comprensión
Fiabilidad	Empatía	Responsabilidad
Capacidad de escucha	Sociabilidad	Animosidad
Organización	Ecuanimidad	Capacidad de concentración
Iniciativa	Franqueza	Generosidad
Cordialidad	Honestidad	Adaptativo
Autenticidad	Altruismo	Afectuosidad
Capacidad de trabajo	Creatividad	Asertividad
Independencia	Expresividad	Originalidad

Nombre del ejercicio: **Mi auto-concepto**

Objetivo: conocer la importancia que tiene conocer el auto concepto.

Tiempo: 15 minutos

En esta actividad se mostrara:

1. el concepto de auto-concepto, así como la importancia que tiene en la autoestima. Y así observar la importancia de saber cuáles son mis habilidades, defectos o virtudes que caracterizan.

Para ejemplificar el concepto se pondrá como ejemplo el cuento del pez y la golondrina.

“un pez y una golondrina se hacen amigos. El pez quiere aprender a volar y la golondrina a nadar. Después de muchos intentos ambos deciden aceptarse como son, sin querer parecerse el uno al otro y simplemente ser amigos, aceptando sus diferencias.

2. se explicara la teoría de las polaridades, Zinker (1979) menciona que en el proceso creativo de la terapia Gestalt habla de su teoría de las polaridades, en ella indica que “para crecer como persona y tener con los otros experiencias de conflicto más productivas, se tiene que estirar el auto- concepto. Se debe enseñar a invadir aquella parte que está dentro de mí mismo que no apruebo. Se debe poner al descubierto esa parte de mí mismo de la que me desentiendo. Se necesita entrar con esa parte de mí mismo que no asumo” (p.162). En pocas palabras el aceptarse así mismo facilita el conocimiento y el auto concepto.

Nombre del ejercicio: **Aceptarse a sí mismo**

Objetivo: Darse cuenta que aprender aceptarse con sus capacidades y debilidades.

Tiempo: 25 minutos

En esta sesión se pretende que cada integrante acepte sus sentimientos. El procedimiento será a través de la relajación, se pedirá que cada quien busque algún sentimiento que no les resulte fácil de afrontar: dolor, rabia, miedo, envidia, humillación etcétera.

Ya que encontraron ese sentimiento deberán aislarlo, identifica si lo puedes enfocar claramente, quizás te hará sentir lo que normalmente te provoca. Deberás centrarte en el sentimiento; por ejemplo respíralo...

Imagina que inhalas y exhalas el sentimiento, imagina como te sentirías si aceptas ese sentimiento plenamente. Analiza esa experiencia.

Experimenta diciendo “en este momento estoy sintiendo esto y esto, sea cual sea el sentimiento y lo acepto plenamente”.

El sentimiento simplemente existe y si existe; analiza el mundo de la envidia, la humillación o lo que sea fundamental para procesar.

Por último, Imagina a una persona de la cual te has sentido más amado en tu vida, frente a ti... date cuenta del amor que hay en su mirada y de lo que siente por ti... cambia el lugar con ella y conviértete en esa persona, concientizando lo que ve en ti que la hace amarte tanto, acéptalo y vuelve a hacer el cambio... ahora siente el amor que dicha persona te tiene y el tuyo propio. Procesa todo esos sentimientos.

Nombre del ejercicio: **Folio en blanco**

Objetivo: Imaginar que el folio blanco representara la autoestima.

Tiempo: 20 minutos

Esta actividad consiste en proyectar nuestro sentimiento en una hoja de papel. Cada persona tomara una hoja (folio) y tendrá que imaginar que el papel en blanco puede representar su autoestima.

En el recuadro tienes una lista de sucesos cotidianos que tal vez podrían dañarla. Lee cada frase y después arranca un trozo más o menos grande de folio según la proporción de tu autoestima que crees se vería dañada.

- Discutes con tu mejor amigo/a
- Suspendes un examen.
- Tu pandilla no cuenta contigo para salir.
- Tienes bronca en casa
- Alguien se burla de ti.
- Te sale un grano en la cara
- Una amistad difunde un secreto que tú le confiaste
- Se burlan de algo de tu aspecto físico.
- Te insultan en el instituto.
- Tu equipo de futbol pierde.
- Has tomado una decisión equivocado
- La persona que te gusta pasa de ti.
- Han leído sin permiso tus SMS del móvil

Nombre del ejercicio: **¿Cómo te sientes?**

Objetivo: identificar como es una persona con una autoestima buena y como es una persona con poca autoestima.

Tiempo: 15 minutos

Una persona con buena autoestima	Una persona con poca autoestima
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es alegre, positiva ✓ Segura ✓ Realista ✓ Capaz ✓ Se acepta a sí misma. ✓ Reflexiona y aprende ✓ Se reconoce igual a los demás. ✓ No se deja manipular ✓ Comprende y acepta a los otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta triste, negativa. • Insatisfecha consigo misma. • Se cree culpable. • Indecisa. • Se compara y no se gusta. • Le cuesta tomar decisiones. • Se siente inferior. • Fácilmente manipulable. • Muy sensible a la crítica.

Reflexionar Y TU **¿COMO TE SIENTES?**

Nombre del ejercicio: **Ser autor responsable**

Objetivo: Admitir que somos responsables de nosotros mismos. Darse cuenta de los soportes que utilizamos y las trampas que nos ponemos para evitar la autorresponsabilidad. Tiempo: 60 minutos

1. Soportes externos y soportes internos.
 - a) Los soportes externos son: el piso, el aire, mi casa, mi familia, mi pareja, mis amigos.
 - b) Los soportes internos son: mi darme cuenta, mis conocimientos, mi conciencia corporal, mis sensaciones corporales, la respiración, darme tiempo las experiencias positivas.
 - c) Ejercicio: realiza una lista de las personas que en un momento dado pueden o son tus soportes externos interpersonales. Concientizar que tipo de soporte son. ¿es gente que te acepta? ¿Qué te ayuda en tus cosas? ¿qué te escucha? ¿Qué te da ternura? ¿Qué te presta dinero?. De igual forma concientiza si son soportes positivos o son personas con las que tienes dependencia a quienes estas pasando tu responsabilidad.
2. Proyección. Rechazo alguna parte mía que no me agrada y la pongo fuera para no hacerme responsable.
 - a) Imagina que frente a ti se encuentra aquella persona que no te agrada. Detecta que cualidad o conducta es la que te molesta de esa persona. Después imagínate a ti mismo adoptando esa cualidad que te molesta de esa persona y descubre que tanto es proyección tuya.
3. Realiza una lista de cosas de las que yo me estoy haciendo realmente responsable, compartirla con algún participante del taller.
4. Revisar que tan responsable estoy siendo en las siguientes áreas:
 - Salud, emociones, elección de pareja, elección de amigos, bien estar económico, conciencia y responsabilidad en el trabajo, en las relaciones, manera de tratar a la gente, desarrollo intelectual.

Nombre del ejercicio: **Vivir consciente o Darse cuenta**

Objetivo: Conocer la importancia del concepto central del enfoque Gestalt, el darse cuenta. Concepto también manejado por Branden como el “vivir conscientemente”.

Tiempo: 60 minutos.

Se realizarán actividades para percibir que es el darse cuenta de lo que pasa en sus vidas. De manera interna, externa y compartir con los participantes del grupo.

1. Darse cuenta. Se explicará a los participantes lo que significa vivir conscientemente y la manera en la que puede enriquecerse la vida si se desarrolla la capacidad de darse cuenta de pensamientos, sentimientos y acciones. Se preguntará a cada participante que es lo que está sintiendo en ese momento presente.
2. Se dará la información de que es la zona externa, zona interna y zona intermedia.
 - a) Trabajo en pares. Sentarse frente a frente con un compañero, observarse mutuamente y por turno decir frases que comiencen con: ahora me doy cuenta de...
 - b) Realizar la misma actividad pero con objetos de la zona externa.
 - c) Realizar el ejercicio con la zona interna, distinguiendo una de otra.
3. Explicar el continuo de la conciencia y practicarlo.
 - a) Hacer un ejercicio de ir y venir, de la zona interna a la externa y viceversa detectando cuando interviene la zona media.

Focalización. En relajación dar las siguientes instrucciones: contacta tu relajación y tu respiración. Date cuenta de que partes de tu cuerpo detectas más fácilmente... ¿Cuál es la sensación? Ponla dentro de una frase y repite mentalmente varias veces. ¿Dónde sientes la tensión? ¿De qué te habla esa sensación? ¿Con que la relacionas? Para finalizar compartir y procesar lo que se sintió

Nombre del ejercicio: “**El niño herido**”

Objetivo: concientizar y contactar al niño herido que las heridas fueron causadas por la ignorancia o por falta de recursos de las figuras parentales. Recibir las palabras y permisos que no tuvieron en la infancia y darse cuenta de las características de una persona con autoestima alta.

Tiempo: 70 minutos.

La actividad se realizara de la siguiente forma:

1. Fantasía guiada. Se pedirá que los participantes traten de recordar alguna experiencia de la infancia que haya sido desagradable. Un voluntario que quiera trabajar con su recuerdo, realizara una teatralización para que comience a fluir las emociones. Al final del acto se invita a la persona que compartió su recuerdo, para que observe cuales son las cualidades o recursos que le hicieron falta a las personas involucradas para que la escena hubiera sido agradable para él. Después se realizara una segunda teatralización adjudicando estos recursos a la persona que está presentando a la figura parental de tal forma que la escena cambie y para el niño (a) sea positiva. Sugerir a todos los integrantes que cierren sus ojos e imaginen sus escenas diferentes, que se convertirán en gratificantes.
2. Permisos y mensajes. Cada miembro del taller escribirá en una hoja proporcionada por el facilitador; y escribirán las cosas que hubieran querido que sus padres les hubieran dicho y que jamás se los dijeron, así como también los permisos que les hubiera justado tener y no tuvieron, haciéndose énfasis en el permiso para cometer errores. Se trabajara en equipos de 5 integrantes. Y al final pasaran al centro y los demás deberán decirles cosas u otorgarles permisos.
3. Se realizara entre todos una lista de características de una persona que posee una autoestima alta, y se realizara dramatizaciones, intentando apropiarse de esas cualidades.
4. Se les pedirá de tarea que durante 10 minutos diarios piensen en recuerdos positivos de la infancia o en escenas ya corregidas para recuperar la parte positiva del niño.

Nombre del ejercicio: **imagina**

Objetivo: Descubrir las cosas importantes en su vida de los participantes e imaginar cuales serían en un futuro. Tiempo: 30 minutos

La adolescencia es una etapa fundamental en la vida de las personas, ya que supone una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. En esta etapa se desarrollan características fundamentales de la persona y que conforman su personalidad.

En ella experimentamos, cambios físicos y psicológicos. Algunos cambios suelen ser el crecimiento, algunos otros cambios y aparecen los caracteres sexuales secundarios. A nivel psicológico se dan cambios más sutiles, derivados de nuevas estructuras de pensamiento, junto con otras necesidades personales, sentimentales y emocionales.

Los participantes enlistaran cinco cosas que consideran son importantes en sus vidas, y posteriormente imaginaran cuales serían esas 5 cosas cuando tengan 30 años.

Escribe cinco Cosas que son más importantes en tu vida. Enuméralas del 1 al 5 según su importancia para ti.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Imagina como podría ser esa lista dentro de 30 años

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nombre del ejercicio: **Imagen corporal**

Objetivo: Conocer el concepto de imagen corporal

Tiempo: 20 minutos

Concepto de imagen corporal.

Salazar Mora (2009) indica que la imagen corporal se refiere a la presentación mental realizada del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo (en general y de sus partes) es decir, como lo vemos y como creemos que los demás lo ven. Además la percepción de la imagen implica como sentimos el cuerpo (insatisfacción, preocupación, satisfacción etc.) y como actuamos con respecto a este (exhibición, evitación, etc.)

Imagen corporal:

La percepción de la imagen corporal implica tres aspectos básicos:

- Perceptivo: representación mental que cada persona tiene de su cuerpo.
- Cognitivo-afectivo: pensamientos y valoraciones sobre el cuerpo.
- Conductual: conductas o comportamientos de acuerdo a los pensamientos y valoraciones sobre el cuerpo.

El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando el niño (a) va perdiendo su cuerpo infantil y aparece la necesidad psicológico de reestructurar la imagen corporal.

(Pruzinsky y Cash, 1990 citados en Salazar Mora, 2009) indica que la imagen corporal comienza construyéndose en la adolescencia no solo es cognitiva, son; además, está impregnada de valoraciones subjetivas y determinadas socialmente; se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona.

Para los adolescentes, es muy importante como son percibidos por sus compañeros; algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, situación la cual les genera estrés, frustración y tristeza.

Para integrar su autoimagen, los y las adolescentes exploran detalladamente los cambios corporales experimentados y analizan las posibilidades que les ofrecen en su entorno para mejorar su apariencia, tales como: prendas de vestir, maquillaje, peinados, gestos, manera de hablar, expresiones faciales y posturas.

Nombre del ejercicio: **Alimentación y nutrición**

Objetivo: Conocer la información sobre la alimentación y nutrición.

Tiempo: 30 minutos.

Alimentación y la nutrición:

La alimentación es el conjunto de actividades y procesos mediante los cuales se toman los alimentos del exterior. Es un acto voluntario, educable y muy influenciado por factores sociales, económicos, culturales, religiosos entre otros. Los hábitos de alimentación están condicionados.

La nutrición es considerada el conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano, digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina los nutrientes contenidos en los alimentos. Se considera un proceso involuntario e inconsciente.

Los tipos de nutrientes:

Según componentes químicos:

- **Macronutrientes:** constituyen la mayor parte de los alimentos y son los que el organismo necesita en mayores cantidades. Dentro de este grupo se encuentran los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos o grasas.
- **Micronutrientes:** el organismo lo necesita en pequeñas cantidades pero son fundamentales para el mantenimiento de la salud. Son las vitaminas y los minerales.

Según la función que realizan en el organismo:

- **Nutrientes energéticos:** sirven para hacer frente al gasto energético que implica la renovación de los tejidos, el desarrollo de cualquier actividad física y el mantenimiento de la temperatura corporal. La energía se obtiene de la oxidación de las proteínas, pero su oxidación no es rentable desde el punto de vista del metabolismo.
- **Nutrientes plásticos:** sus funciones son formar tejidos del organismo durante el crecimiento y renovar los ya formados. Los principales nutrientes plásticos son las proteínas que forman parte de alimentos como la carne, el pescado, los huevos y los lácteos, así como algunos minerales (calcio, fósforo).
- **Nutrientes reguladores:** las funciones que desempeñan son fundamentalmente regular y equilibrar los procesos metabólicos indispensables para el organismo. A este grupo pertenecen las vitaminas y minerales contenidos en la alimentación como las frutas, verduras y hortalizas.

Nombre del ejercicio: **La dieta saludable**

Objetivo: informar sobre dietas que pueden favorecer a tu alimentación y sobre todo a la salud.

Tiempo: 30 minutos

Una dieta saludable deber ser variada y equilibrada, porque con el consumo de diferentes tipos de alimentos se asegura el aporte de todos los nutrientes necesarios, ya que no existen alimentos que los contengan todos. Y equilibrada, para evitar que un consumo excesivo de un determinado alimento sustituya la ingesta de otros que contienen nutrientes distintos pero igualmente importantes. Para que una dieta se considere equilibrada es necesario repartir el aporte calórico según las siguientes proporciones.

Hidratos de carbono 50-60% de la ingesta energética total.

Lípidos 30-35% de la ingesta total.

Proteínas 12-15% de la ingesta energética total.

Distribución de alimentos en la dieta diaria:

La dieta saludable además de ser variada y equilibrada, debe distribuir la ingesta total de alimentos a lo largo del día, con el fin de repartir la energía.

Es recomendable que la dieta se distribuya en 5 comidas: desayuno, almuerzo de media mañana, comida, merienda y cena. En la medida de lo posible, es aconsejable llevar un horario regular en las comidas y evitar picar en entre ellas.

La energía se deberá repartir de manera diaria (el total de kilocalorías que se ingieren al día) conforme a las siguientes proporciones:

- desayuno: 25% de las calorías totales
- Almuerzo y comida: 35% de las calorías totales.
- Merienda: 15% de las calorías totales.
- Cena: 25% de las calorías totales.

Desayuno saludable:

Es considerado una de las comidas más importantes del día, ya que debe aportar la cuarta parte de la energía diaria.

Algunas personas suelen saltarse esta comida o terminan haciéndola de manera incompleta (solo un vaso con leche, café etc.). Quizás por falta de tiempo, costumbre o por algún pensamiento que no es bueno seguir haciendo.

¿Porque? Por las mañanas, nuestro cuerpo necesita energía y nutrientes después del largo periodo de ayuno (que va desde la cena hasta el desayuno). Dedicarle unos 15 o 20 minutos a nuestro desayuno ayudara a que rinda una jornada matinal y te sentirás mejor.

Un desayuno saludable proporciona numerosos beneficios para la salud:

- Ayuda a distribuir la energía y los nutrientes a lo largo del día. El mayor reparto de energía entre diferentes comidas y la realización de un desayuno completo se ha asociado con pesos corporales más adecuados.
- Cuando el desayuno es deficiente o no se realiza, se llega a la mitad de la mañana hambriento, lo que lleva a optar por alimentos menos saludables y nutritivos.
- Es importante para el desarrollo de los adolescentes y favorece el rendimiento intelectual y físico.

El desayuno variado y completo debe incluir al menos un alimento de cada uno de los siguientes grupos:

- Cereales: pan, cereales de desayuno, galletas. Ya que contienen hidratos de carbono que se convierten en glucosa, proporcionando la energía que el cuerpo necesita en las primeras horas de la mañana.
- Lácteos: leche yogur, queso. Aportan calcio, fosforo y vitaminas para aumentar el rendimiento académico.
- Frutas: (al natural). Enriquecen el desayuno con vitaminas y fibra.

Nombre del ejercicio: **La pirámide de la alimentación**

Objetivo: saber cuál es la pirámide de la alimentación, para saber que es importante en nuestra salud.

Tiempo: 20 minutos.

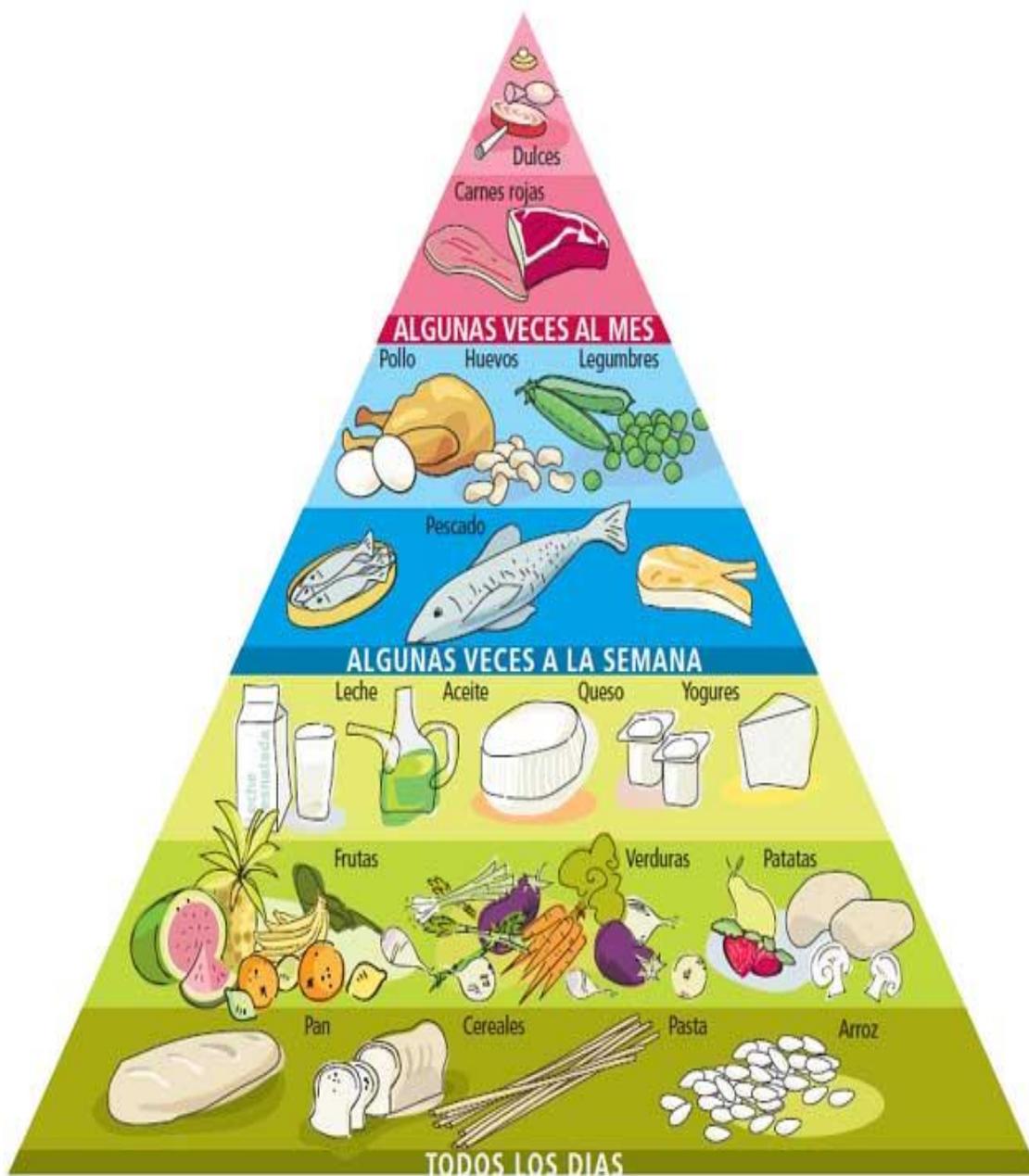
La pirámide de la alimentación detalla ciertas recomendaciones sobre la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos. Así la dieta resultara será más proporcionada.

Esta herramienta ayudara a conocer que alimentos debes consumir a diario, semanalmente o de manera ocasional.

Por ejemplo en la base de la pirámide se encuentran los alimentos que han de consumirse todos los días, incluso alguno de ellos puede variar varias veces al día. Conforme el nivel aumente, la frecuencia de consumo va disminuyendo progresivamente encontrándose en el centro de la pirámide los alimentos de consumo semanal y en el vértice los alimentos de consumo ocasional.

- Base de la pirámide o primer nivel: cereales y legumbres, que forman la base de la alimentación (6-10 raciones al día). En el caso de las legumbres, se aconseja consumirlas de 2-4 veces por semana en vez de diariamente, como los cereales. En este nivel también se incluye la patata, a pesar de no pertenecer a este grupo de alimentos por su alto contenido en hidratos de carbono.
- Segundo nivel: frutas y verduras. Se aconseja un consumo diario y frecuente (2-4 raciones de frutas y 2-5 raciones de verduras al día).
- Tercer nivel: Lácteos y alimentos proteicos (carne, pescado y huevos). La leche y derivados se deben consumir diariamente (2-3 raciones al día). El consumo de alimentos proteicos debe ser diario (2-3 raciones al día) es decir, todos los días se debe consumir carne, pescado y huevo; aunque la recomendación de consumo por separado de cada uno de estos alimentos es semanal (3-4 raciones de cada uno a la semana). En este nivel incluyen los frutos secos, ya que la frecuencia recomendada de consumo debe ser semanal.
- Vértice de la pirámide: alimentos que deben tomarse solamente de manera ocasional o algunas veces al mes (dulces, bollería, snacks, carne roja etc.) y aquellos que deben consumirse con moderación (aceites, grasas).

La pirámide de la alimentación



Nombre del ejercicio: **¿Qué es sano?**

Objetivo: evaluar los mitos sobre la alimentación

Tiempo: 20 minutos.

Los participantes se les entregaran una lista para distinguir si es verdadero o falso, ciertas cuestiones sobre la alimentación y los mitos que se tiene sobre la misma.

VERDADERO O FALSO

Existen diferentes mitos y malentendidos sobre la nutrición que pueden llevar a confusión. Además, algunas campañas publicitarias intentan aprovecharse de este desconocimiento. ¿Tú que piensas?

	V	F
El pan engorda		
La fruta como postre engorda		
Beber agua durante las comidas engorda		
Mezclar hidratos de carbono y proteínas engorda		
Los productos light adelgazan		
Los productos integrales adelgazan		
El aceite de oliva es más sano que otros aceites		
Las monodietas adelgazan (comer a base de un solo alimento)		
Saltarse una de las comidas diarias adelgaza		
Limitar el consumo de azúcar ayuda a no engordar		
Los refrescos con gas y las bebidas de cola engordan		
Existen tratamientos mágicos para adelgazar		

Nombre del ejercicio: **¿Qué comí ayer?**

Objetivo: Reflexionar sobre qué es lo que has comido últimamente.

Tiempo: 20 minutos.

Escribe a continuación todo lo que comiste ayer, desde que te levantaste hasta que te fuiste a dormir, incluido lo que picaste entre horas y las bebidas que tomaste.

Con lo que sabes acerca de nutrición, contesta las siguientes preguntas:

¿Qué nutrientes has ingerido?

¿Cuáles te han faltado?

Sería una dieta equilibrada para un día, para tu edad y tu estatura y como adolescente?

Nombre del ejercicio: **Los medios de comunicación**

Objetivo: Exponer sobre las consecuencias de los medios de comunicación y uso de internet.

Tiempo: 20 minutos.

En la actualidad el ideal de belleza dominante pone gran énfasis en la delgadez y en el control del peso. Lamentablemente, la sociedad castiga psicológicamente a aquellos que no se ajustan a este ideal estético.

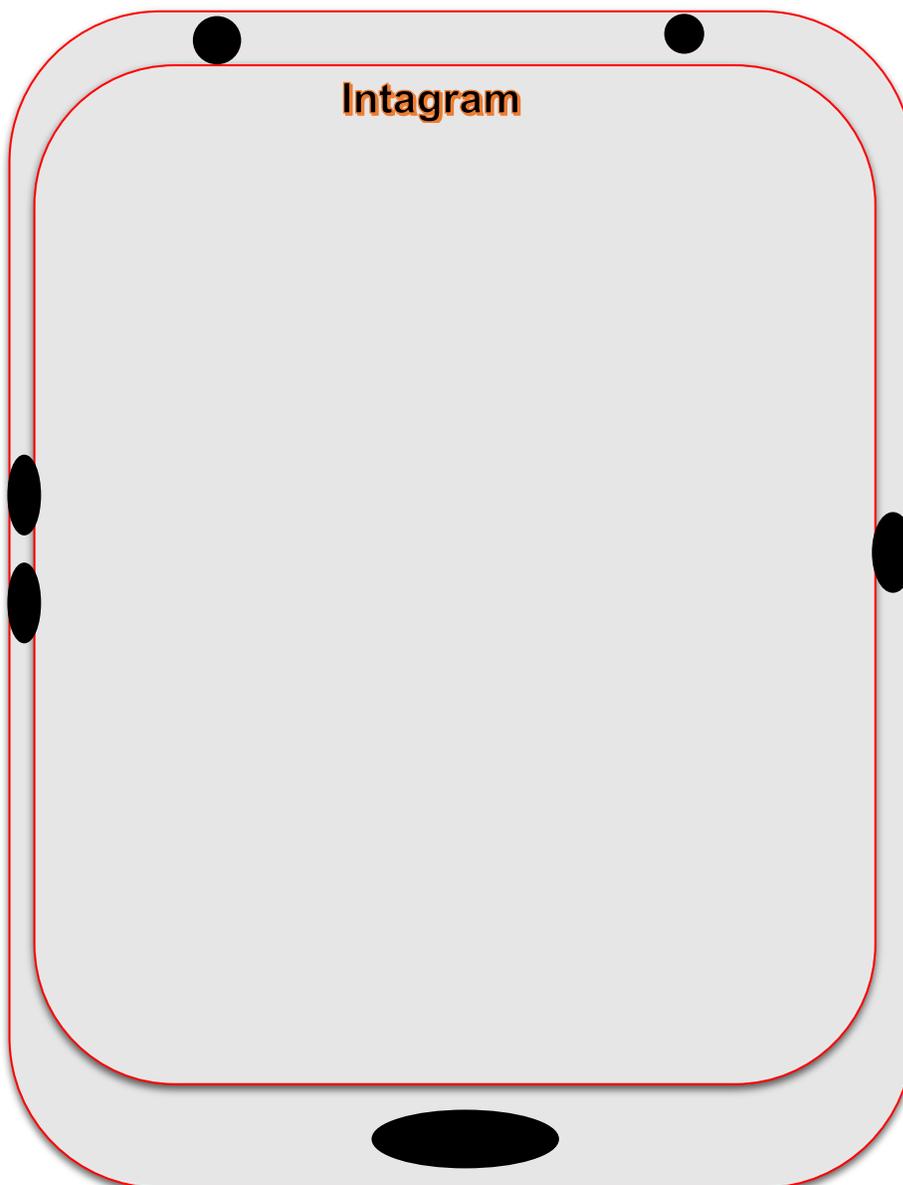
Existen revistas con artículos sobre los TCA y productos adelgazantes o dietas “milagro”, para conseguir el cuerpo deseado en tan pocos días y lucir un cuerpo delgado. Dichos mensajes no propician la trasmisión de valores sanos ni a nivel corporal ni alimenticio, mucho menos sano.

Nombre del ejercicio: **Publicación**

Objetivo: demostrar sus cualidades y logros que se han tenido para lograr vender y observar que tienen cualidades que pueden ser fuertes y atractivas.

Tiempo: 30 minutos.

Los participantes dibujaran un anuncio sobre sí mismo. Como cuando postean algo en sus redes sociales Facebook twitter o Instagram. Pero esta vez se trata de que se vendan. Mostrando cualidades y logros de los que podrías estar satisfecho. Deberás ser directo y entusiasta.



Nombre del ejercicio: **La caja mágica**

Objetivo: mostrar a los integrantes del taller que son importantes y especiales.

Tiempo: 30 minutos.

Instrucciones:

Cada participante deberá depositar en una caja, que será proporcionada por el facilitador. En ella guardaran dentro de ella algo que consideren muy especial.

Los integrantes tendrán que compartir con los demás participantes lo que consideran que es especial en sus vidas.

Y considerar algunas de estas preguntas:

¿Por qué elegiste que es especial?

¿Crees que puedas vivir sin eso?

¿Por qué crees que es especial?

¿Te atreverías a regarlo?

¿A quién?

Evaluación FINAL del taller “VIVIENDO CON ALEGRÍA”

1. ¿Cómo definirías los TCA?
2. En términos generales cómo definirías la autoestima...
3. ¿Cómo consideras que se encuentra tú autoestima?
4. ¿Qué nivel consideras que está tu autoestima?
A) Bajo B) alto
5. Describe algunos trastornos mencionados en el DSM-5
6. ¿Cuáles son los trastornos que no son mencionados por el DSM-5 pero también son conductas alimentarias inadecuadas?.
7. En tus palabras ¿Cómo definirías un ACA?
8. ¿Cómo describirías la terapia Gestalt?
9. ¿Cómo te sentiste durante las actividades y sesiones del taller?

GLOSARIO

Ana (anorexia): es un apelativo con los que se designa a la Anorexia Nerviosa, para hablar entre ellas “en código”.

Anorexia Nerviosa (AN): Trastorno de origen neurótico que se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos y que se observa generalmente en personas jóvenes; suele ir acompañado de diferentes síntomas, adelgazamiento extremo y, en el caso de las mujeres, desaparición de la menstruación.

Autoestima: Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.

Bulimia Nerviosa (BN): es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un periodo corto de tiempo. Esto se une a una preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo cual le puede llevar a utilizar métodos para controlar el aumento de peso.

Ebriorexia: es un desorden caracterizado por una conjugación de diferentes conductas, como es no comer, sometiéndose a una abstinencia alimentaria voluntaria, realizar un atracón y posteriormente provoca el vomito y como tónica dominante en ambas conductas, abusar de las bebidas alcohólicas. Es una combinación de anorexia, bulimia y alcohol.

Mia (bulimia): es un apelativo con los que se designa a la Anorexia Nerviosa para hablar entre ellas “en cogido”.

Terapia Gestalt (TG): es una psicoterapia que ayuda principalmente a promover la conciencia. Es decir, para que el paciente se de cuenta de su realidad. Una filosofía de esta terapia el Darse cuenta.

Trastorno: Cambio o alteración que se produce en la esencia o las características permanentes que conforman una cosa o en el desarrollo normal de un proceso.

Trastorno de la conducta alimentaria (TCA): son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial,

originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural.

Pica: es un nuevo trastorno. Se caracteriza por el deseo compulsivo de comer sustancias no comestibles por un periodo mayor a un mes, sin aversión a la comida. Se manifiesta por la ingesta persistente y compulsiva de sustancias no comestibles.

Psicopatología: estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como su naturaleza y sus causas.

Ortorexia: es un trastorno que se caracteriza por no consumir alimentos considerados impuros o por llevar herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales y se preocupan en exceso por las técnicas y materiales empleados en la elaboración de los alimentos.

Vigorexia: es una alteración de la imagen corporal. Se caracteriza por una exagerada inversión de horas en el gimnasio, con la finalidad de aumentar masa, pero sin ganar grasa.