



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE TALLER PARA PREVENIR TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DIRIGIDO A MUJERES
ADULTAS, UTILIZANDO LOS ENFOQUES COGNITIVO
CONDUCTUAL Y GESTALT**

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A:
LETICIA DEL SOCORRO LOPEZ RIVERA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. MA. DEL SOCORRO ESCANDON GALLEGOS**



**® Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, D.F.

Abril, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Gracias a Dios, por haberme dado la oportunidad para concluir esta etapa, la capacidad para lograrlo y poner en mí camino a las personas que con su ayuda, apoyo y entusiasmo me han acompañado en este camino.

Mil gracias a las personas que han creído en mí y que me han apoyado en los sueños y proyectos que he tenido.

A Esteban, que con amor me ha acompañado en las noches de desvelo, de alegrías y me ha motivado para concluir mis metas por lejos que se encuentren; gracias por estar a mi lado.

A mis hijas, Lety y Lore, quienes han sido fuente de inspiración y me apoyaron y respetaron el tiempo que necesitaba dedicar a este proyecto.

A mi madre, quien siempre ha estado a mi lado, manteniendo una fe ciega en mi capacidad.

A mi querida Soco, como yo la llamo, que ha sido una excelente tutora, maestra y amiga, quien con su paciencia, entusiasmo e interés no sólo me ayudó a realizar el trabajo, sino que me impulsó a iniciarlo; gracias por ser.

A mis compañeras del programa de titulación que cada una en forma muy personal me impulsaron para seguir adelante con el proyecto sin desistir, gracias a todas por compartir sus experiencias.

A Juan Manuel por su dedicación y paciencia para asesorarme cuantas veces lo necesité.

A Lety Trejo, quien con sus observaciones y acertados comentarios me ayudó a darme cuenta de los obstáculos que en forma inconsciente estaba poniendo para no llevar a cabo este proyecto.

iii **A todos mil gracias!!!**

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 - Trastornos de la Conducta Alimentaria	
1.1 Antecedentes Históricos	6
1.2 Frecuencia de su aparición en países de oriente	11
1.3 Trastornos de la conducta alimentaria – definición y tipos	15
Capítulo 2 - Anorexia y Bulimia Nerviosa	
2.1 Concepto y clasificación	19
2.2 Etiología	22
2.3 Factores que intervienen en su aparición	24
2.3.1 Autoestima	28
2.4 Similitudes y diferencias	30
2.5 Diagnóstico	32
2.6 Tratamiento	34
Capítulo 3 - Perspectiva Cognitivo Conductual	
3.1 Aproximación cognitivo conductual	39
3.2 Antecedentes históricos de terapia cognitivo conductual	42
3.3 Modelo cognitivo	43
3.3.1 Aspectos conductuales	46
3.4 Tratamiento en trastornos de alimentación	50
3.4.1 Anorexia nerviosa	52
3.4.2 Bulimia nerviosa	53
3.5 Ventajas y desventajas de la terapia cognitivo-conductual	54

Capítulo 4 - Perspectiva Gestalt	
4.1 Antecedentes	56
4.2 Su fundador	58
4.3 El enfoque Gestalt	58
4.3.1 Conceptos básicos de la TG	59
4.4 El ciclo de la experiencia	60
Capítulo 5 - Propuesta	
5.1 Justificación	61
5.2 Población	65
5.3 Instrumentos	65
5.4 Procedimiento	66
5.5 Evaluación	67
5.6 Carta Descriptiva	68
5.7 Descripción de los ejercicios	72
Conclusiones	84
Alcances y limitaciones	87
Referencias bibliográficas	88
Anexos	92
Glosario	

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son padecimientos comunes en la actualidad, en donde tiene mucho que ver la obsesión por la perfección del cuerpo y la influencia ejercida por los medios de comunicación al fomentar el deseo de parecerse a las modelos que se convierten en el prototipo de belleza, con el supuesto mensaje de que es indispensable para lograr ser bellas o tener éxito. Propiciando, en quienes no lo logran ser o sentirse rechazadas socialmente. Bien puede ser que no exista tal rechazo; sin embargo, la persona experimenta una gran insatisfacción con su imagen corporal.

Es entonces cuando se hace indispensable revisar conceptos como autoestima, que en la mayoría de quienes padecen los trastornos de alimentación se encuentra sumamente devaluada, haciéndose necesario revisar su sentido de identidad, el verdadero significado de belleza y fomentar nuevos hábitos de alimentación.

Por esta razón se presenta una propuesta de taller vivencial con enfoque Gestalt y Cognitivo conductual, a fin de concientizar a las mujeres adultas de las consecuencias que pueden acarrear la anorexia nerviosa y especialmente la bulimia, no solo para su salud, sino en su familia y en la sociedad; ya que ellas como eje de ambas, familia y sociedad, tienen en sus manos la posibilidad de evitar que los jóvenes recurran a estos padecimientos.

Introducción

En la actualidad existe una gran preocupación por el enorme incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que causan graves problemas de salud tanto física como mental, llegando a la muerte como en el caso de la anorexia nerviosa, o bien a tener graves daños físicos por la bulimia nerviosa.

Las causas de este incremento son múltiples, al igual que las posibilidades para combatirlos; aunque el mayor obstáculo es que quienes lo padecen no han logrado cobrar consciencia de las terribles consecuencias que éstos provocan sobre, todo en su salud.

Los trastornos alimentarios existen desde la Edad Media cuando las personas tenían costumbres alimenticias desordenadas como el ayuno, que consistía en la abstinencia total o parcial de alimentos.

En Roma fue famosa la bulimia, que en los “vomitorios”, lugares a donde la gente, después de comer y beber exageradamente acudían a vomitar para poder regresar a comer más. En los tiempos de los griegos y los romanos, la bulimia significaba “hambre de buey”, o sea, hambre muy intensa. (Elliot, 2005).

Fue a mediados del siglo pasado en que tanto la anorexia como la bulimia se reconocieron ampliamente. Ambos padecimientos han crecido como enfermedades que afectan a gran sector de la población, debido a presiones sociales y culturales, acompañados de algún rasgo de personalidad que puede ser el detonante para desarrollar dichas patologías (Elliot, 2005).

La población, sobre todo femenina, motivada por estereotipos de perfección impuestos, tendencias de moda y aceptación, se ven intensamente atraídas a experimentar esa vida perfecta y exitosa que representan modelos a través de su esbelto físico y aunque el desear una imagen perfecta no implica tener una enfermedad mental, si es una conducta de riesgo que puede favorecer padecerla. Aunado a la existencia de prácticas discriminatorias en centros de trabajo, puesto que se exige determinada imagen y talla como requisito para ser contratadas en diversas labores, lo cual ha llevado a estas mujeres a “hacer dietas estrictas” por conseguir una figura delgada, a veces en exceso, para obtener el empleo.

Los trastornos en la alimentación se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, específicamente los dos que aquí nos ocupan: la anorexia nerviosa, que implica el rechazo a mantener el peso corporal en los valores

mínimos normales en cuanto a edad y talla; y la bulimia nerviosa que consiste en episodios recurrentes de voracidad seguidos por comportamientos compensatorios inapropiados como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo (DSM-IV-TR, 2002).

La anorexia y la bulimia nerviosas tienen diversos detonantes entre los que se encuentran factores genéticos, socioculturales, individuales, familiares, etc.; que se apreciarán en la presente tesina; se hará énfasis en el constante bombardeo de los medios de comunicación, que de manera directa e indirecta fomentan la cultura de la extrema delgadez.

El problema es tan severo que la Organización Mundial de la Salud (2009) clasificó estos desequilibrios como trastornos mentales y de comportamientos particularmente peligrosos, pues 15% de los pacientes a nivel mundial muere tras prolongados períodos de privación de alimento. Los trastornos de alimentación llegan a convertirse en padecimientos crónicos e irreversibles dejando secuelas que afectan la capacidad de adaptación, relación laboral, familiar y social.

En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, las cifras van en aumento. En los últimos diez años, se ha contabilizado más de un millón de casos de anorexia y bulimia, de los cuales el 3% fallece por desnutrición y 57% nunca se cura. Aunado a lo anterior, la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa (2007), reveló que en el Distrito Federal el 87% de los jóvenes están obsesionados con su peso (citado en Hernández, 2010).

Resulta preocupante que cada vez más personas, de todas las edades, formen parte de un grupo que comparte varios síntomas en común, como desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo, acarreando con éstos graves problemas fisiológicos e incluso fallecer debido al exagerado régimen alimenticio. Esta cuestión se ha transformado en un problema de salud pública, por lo que se necesita concientizar a la población para la prevención de los padecimientos, y al mismo tiempo implementar hábitos de alimentación saludables, evitando que los estereotipos de belleza actuales y el rechazo de la sociedad a la obesidad femenina sean un impulso imparable por estar delgadas a cualquier precio (citado en Hernández, 2010).

En la presente tesina se propone un taller vivencial preventivo para mujeres adultas con la finalidad de concientizarlas sobre la importancia que tiene observar una buena alimentación para evitar caer en algún trastorno de alimentación.

A pesar de que son muchos los enfoques terapéuticos mediante los cuales se pueden tratar los padecimientos que aquí nos ocupan; se presentan la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Gestalt; ya que se considera que son los que más pueden ayudar a quienes padecen estas enfermedades.

La Terapia Cognitivo-Conductual podrá ayudar a las participantes a modificar sus hábitos mediante técnicas como: control de contingencias, control de estímulos, reestructuración cognitiva, refuerzo social y prevención de recaídas, entre otras (Chinchilla, 2003).

La psicoterapia Gestalt es un enfoque holístico de la experiencia humana que asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promoviendo la responsabilidad de los procesos y la conciencia de sus propias necesidades y satisfacciones (Perls, 1974).

Es por todo lo anterior que se considera de importancia unir estos dos enfoques, que se pueden complementar para los fines que se persiguen, puesto que proporcionan a las participantes la ayuda integral necesaria para la prevención de padecer alguno de los trastornos de alimentación, logrando la toma de consciencia de lo que representaría incurrir en alguno de ellos, sobre todo en la bulimia por ser una padecimiento más fácil de ocultar y por tanto más accesible a la población a quienes va dirigido el taller. Y por supuesto, apoyándose en el enfoque cognitivo conductual que ayudará a modificar las posibles pautas de conductas existentes en ellas.

Este trabajo se compone de cinco capítulos en donde: el capítulo uno aborda los trastornos de la conducta alimentaria en general, sus antecedentes históricos, países en donde han aparecido con más frecuencia a través de la historia y sus definiciones.

El capítulo dos está enfocado a los dos trastornos que aquí se tratarán que son: la bulimia y la anorexia nerviosas, su etiología, su clasificación, las causas que los pueden provocar, presentando similitudes y diferencias, su diagnóstico y alternativas de tratamiento.

En el capítulo tres se aborda el enfoque cognitivo conductual desde sus orígenes hasta la forma en que éste se puede aplicar a los trastornos de la alimentación. Y en el capítulo cuatro, la terapia Gestalt mencionando sus antecedentes, sus principios básicos y el ciclo de la experiencia con los bloqueos que en cada fase se pueden presentar.

Por último, el capítulo cinco es la propuesta de taller vivencial para mujeres adultas, quienes pueden ser vulnerables a estos padecimientos, sobre todo la bulimia, ya que al notar el paso del tiempo y en su afán por detenerlo se preocupan, a veces en demasía, por su apariencia física, en donde por supuesto la figura es muy importante.

Capítulo 1

Capítulo 1. Trastornos de la conducta alimentaria

1.1 Antecedentes Históricos

Según Toro (1996); desde la Edad Media existen antecedentes sobre anorexia, época en que algunas mujeres, siguiendo sus creencias religiosas, comían muy poco para incrementar su espiritualidad y reducir sus deseos carnales. Reducir el consumo de alimento era solo una forma de auto sacrificio, sin que dejaran de existir muchas otras. Fue en esa época cuando se conoce la vida de algunas santas, entre ellas Catalina de Siena (1347-1380) quien fue reconocida por sus ayunos desde muy temprana edad, y cuando Rudolph M Bell recupera su biografía en 1985, le da el nombre a su obra de "*Anorexia santa*". Bell considera su comportamiento como sospechoso de un trastorno de alimentación.

También se conoce a Verónica Giuliani, en la misma época, que fue conocida como una mujer virtuosa dedicada a Dios, quien era hija del rey de Portugal y quería casarla con un sarraceno de Sicilia pero ella había decidido ofrecer su virginidad a Dios, así se entregó a la oración y al ayuno, rogando por perder su belleza y ahuyentar a los hombres. Las monjas de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían la menstruación.

Otro ejemplo histórico es el de una monja carmelita que durante 7 años sólo comió hostias de la Eucaristía. En Hungría vivió una famosa ayunadora voluntaria, la princesa Margarita, quien hizo votos de dedicar su vida al servicio del Señor si Hungría salía bien librada de la invasión de los tártaros, y así lo hizo privándose además de sueño y entregada a las tareas domésticas hasta que murió en 1271, a los 28 años de edad (Halmi 1994; citado en Toro, 1996).

Otra joven conocida fue Marthe Taylor, nacida en Derbyshire (Inglaterra) en 1649, quien después de una vida llena de accidentes, a los 18 años inició una amenorrea, al tiempo que aparecieron vómitos sistemáticos después de las comidas, dejando de comer alimentos sólidos durante 13 meses en que sólo ingería zumos de fruta y vasos de almíbar. Es la primera posible anoréxica que se ha descrito con amenorrea. Su médico, Reynolds, situó su caso como uno más entre los que estaba viendo en muchachas entre 14 y 24 años (Silverman, 1986; citado en Toro, 1996).

Todos los cambios históricos relativos al ayuno y sus motivaciones quedan resumidas así: en los siglos XV y XVI las ideas fantasiosas constituyeron las interpretaciones populares de la auto inanición. Sin embargo, desde el siglo XVI en adelante el ayuno fue despojándose progresivamente de su trasfondo religioso tradicional.

La palabra anorexia ha sido utilizada en la literatura médica como sinónimo de falta de apetito, de acuerdo al significado del vocablo griego “anorektus”. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago.

La primera aproximación propiamente médica al trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII. Se la atribuye a Morton, médico británico, la primera descripción del cuadro. Su concepción de las enfermedades caquetizantes (enfermedades que producen una desnutrición extrema) se basaba en las nociones de atrofia y ptisis. Describió la “ptisis nerviosa” o “atrofia nerviosa”, cuya degeneración del sistema nervioso, la consideraba una consunción nerviosa, así como a “tristeza y preocupaciones ansiosas”. Morton describió dos pacientes cuya enfermedad parecía deberse a una restricción voluntaria de alimento. Uno de ellos era una muchacha de 18 años de edad, quien cayó en una supresión total de sus cursos mensuales por preocupaciones. A partir de ahí su apetito empezó a decaer y su digestión se alteró (Beumont, 1991). Es interesante observar que Morton consiguió la curación de su paciente obligándole a abandonar sus hábitos acostumbrados, así como, viajar durante algún tiempo con su familia. Sin embargo, durante el siglo XVII, la mayoría de los médicos seguían creyendo en la “abstinencia prodigiosa”, es decir, en la restricción milagrosa.

En 1764, un profesor de medicina de Edimburgo, Robert Whytt, publicó un tratado que describe el caso de un muchachito de 14 años que, tras pasar por un grave período de restricción alimentaria y adelgazamiento, pasa por otro de ingestión impulsiva e incontrolada. Whytt opinó que sus trastornos eran de origen “nervioso” (Silverman, 1987; citado en Toro, 1996).

En 1790 Robert Willan, considerado el padre de la dermatología inglesa, relata la trayectoria clínica de un joven que ayunó durante 78 días a causa de “ciertas nociones religiosas”. Hacia los 60 días de ayuno incurrió en una crisis de voracidad finalizada con vómitos, muriendo pocos días después (Silverman, 1990; citado en Toro, 1996).

En Francia fue Pinel, un pionero de la psiquiatría europea, quien en 1798 publicó su *Nosographie philosophique*. En el capítulo dedicado a las neurosis de digestión incluyó la bulimia, la pica (comer, masticar o chupar cosas sin contenido nutricional) y la anorexia. En su opinión la anorexia era una “neurosis gástrica”. En 1840, en un artículo que publicó incluyó tres trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y pica, bajo el epígrafe de neurosis del estómago. Describió dos tipos de anorexia: “anorexia gástrica” que era un trastorno del estómago; y la “anorexia nerviosa” que implicaba una alteración de las funciones cerebrales. (Vandereycken y Deth, 1994, citado en Toro, 1996).

Desde el siglo XVI al XIX fueron muchas las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación, por lo que Bell (1985); sugería que eran auténticamente anoréxicas. Otros expertos criticaron esta posición, ya que decían que el ayuno religioso debería ser considerado en su contexto histórico, puesto que en la Edad Media, la causa de la restricción alimentaria voluntaria era de índole religiosa.

Los trastornos más frecuentes de la conducta alimentaria son la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa*, mismos que a través del tiempo han sido nombrados de diferente forma. Por ejemplo, el Dr. Morton en 1689 la nombra “consunción nerviosa”; Whytt en 1767, “atrofia nerviosa”. Naudeau (1769) y Briquet (1859) consideran a la anorexia como un tipo de histeria; Sigmund Freud completó el cuadro clínico describiendo a dicho trastorno como “neurosis histérica”.

Antes de mediados del siglo XIX ya se conocían reportes históricos de mujeres que ayunaban y morían tras un estado de inanición, pero un componente básico que diferenciaría tal comportamiento de la anorexia nerviosa es que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar.

La enfermedad fue formalmente identificada de forma simultánea, por el Dr. Charles Lassegue en Francia, denominándola “anorexia histérica” y por el Dr. William Gull en Inglaterra (1874) quien utilizó por vez primera la expresión de “anorexia nerviosa (apepsia hyterica, anorexia hysterica)”. En un escrito anterior había utilizado el término “apepsia histérica”. En su artículo definitivo cambia “apepsia” por “anorexia” al creer que el trastorno se produce por una falta de apetito y no por un trastorno digestivo. Así mismo rechazó el término “histérica” sustituyéndolo por “nerviosa” (Toro, 1996).

El miedo anormal a volverse obeso aparece claramente en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot, quien describe la expresión de su paciente: “prefiero morir de hambre antes que volverme tan obesa como mi madre”. Charcot lo definió como la fuerza motivadora y el síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa (Holtz, 1992).

Una recopilación de 360 casos de ayuno voluntario que abarcan la totalidad de lo que se publicó en Europa y Estados Unidos desde 1500 hasta 1939, permite concluir significativamente que la forma de presentar cada caso ha sido muy variada; y en cada uno de esos cinco siglos se concretaban en actitudes anormales hacia los alimentos, la ingestión o el peso (Parry-Jones y Parry-Jones, 1994; citado en Toro, 1996).

En resumen, parece verosímil defender que la anorexia nerviosa ha existido siempre, y que una parte de nuestros criterios diagnósticos son perfectamente válidos, pero con seguridad sólo para el siglo XX. Lo esencial y permanente del trastorno anoréxico sería la restricción alimentaria voluntaria, la existencia de presiones sociales para ponerla en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de la manipulación consiguiente y la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno.

Hilde Brunch (1978; citado en Toro, 1996); rompió con los estrechos planteamientos psicodinámicos vigentes hasta entonces. Otorgó una marcada relevancia a fenómenos actuales, “síntomas” experimentados por el paciente anoréxico, como el trastorno de su imagen corporal o las alteraciones de la intercepción, que han sido tema central de muchas investigaciones posteriores e integrados a las estrategias terapéuticas actuales.

Las hospitalizaciones por anorexia se iniciaron en 1948, por lo que Selvini Palazzoli sostendría que esta enfermedad se debía a una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo que se presentaba en familias de clase media, donde el alimento es abundante y que es más frecuente en las muchachas que en los varones, puesto que están sujetas a mayor control familiar que los chicos.

A partir de este momento se marcan dos líneas de estudio para estos trastornos de alimentación: los que consideran la dinámica familiar como el factor más importante y los que se orientan por la interpretación social y cultural. Estas aportaciones, junto con las más recientes de índole biológica han permitido profundizar en el estudio científico de los trastornos del comportamiento alimentario (Toro, 1996).

En la década de 1960 las aportaciones psicopatológicas se basaron en el modelo de la neurosis, se reconocieron nuevos métodos como la farmacoterapia y variantes psicoterapéuticas; el diagnóstico se precisó y diferenció de otros tipos de anorexia. Así, a partir de ese momento y hasta la fecha, existen diversos abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno (Guillemot y Laxenaire, 1994).

En lo que respecta a la bulimia existen reportes de cómo antiguamente los romanos preparaban sus bacanales (enormes banquetes) en honor al dios Baco, en los que ingerían enormes cantidades de comida, se producían vómito y continuaban comiendo.

Durante años la bulimia fue referida en relación con los pacientes que padecían anorexia nerviosa. En la descripción de Gull (1968), de lo que denominó entonces *apepsia hysterica*, mencionó con respecto a un paciente con conductas bulímicas lo siguiente: “ocasionalmente el apetito se volvía voraz durante uno o dos días, pero esto era poco frecuente y excepcional”.

En los años de 1960 se consideraba a la bulimia como un síntoma, caracterizado por la voracidad incontrolada. Los vómitos auto inducidos y el uso de laxantes, eran tomados en cuenta por los médicos como una conducta compensatoria de los atracones. Cuando la observaban como una perturbación, generalmente la incorporaban a la anorexia nerviosa, o bien, la consideraban como un síntoma de la misma, lo que determinó que la anorexia se clasificara en “*restrictiva*” y “*de vómitos y laxantes*” (Beumont, 1991; citado en Toro, 1996).

A Russell en 1974 (citado en Toro, 1996), es a quien se le atribuye la denominación de bulimia nerviosa, además de que sugiere que se aborde este trastorno de manera independiente de la anorexia nerviosa.

En 1955 Stunkard, Grace y Wolf (citados en Holtz, 1992) fueron los primeros en describir la bulimia en pacientes obesos, llamándola “síndrome de alimentación nocturna”. A partir de la observación de la bulimia en pacientes anoréxicas tanto obesas como de peso normal, se consideró como un síndrome aparte. Y fue al final de la década de 1970 cuando le llamaron “bulimarexia”, posteriormente en 1980 bulimia, y en 1987 adopta el nombre de “bulimia nerviosa”. La OMS (Organización Mundial de la Salud) los considera como trastornos mentales y del comportamiento, cuya característica principal es el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la percepción en cuanto a forma y peso corporal.

Los trastornos de la conducta alimentaria, como lo hemos visto, no son asunto nuevo, vienen de muchos siglos atrás. Hoy en día son consideradas como enfermedades psiquiátricas con síntomas específicos y se les conoce como “*anorexia nerviosa*” y “*bulimia nerviosa*” (Toro, 1996).

Actualmente se pueden asociar los síntomas del pasado con los del presente aunque el nombre como se les ha denominado anteriormente no sea el mismo y es que con el paso del tiempo han adquirido características propias. Razón por la cual se han convertido en trastornos estudiados por varias disciplinas como la medicina, la psicología, la sociología, etc.

1.2 Frecuencia de su aparición en países de oriente

Para Toro (1996) los trastornos del comportamiento alimentario son asunto que ocupa a los profesionales de la salud y del comportamiento en occidente y se han estudiado en países de oriente atendiendo a la importancia que tienen los factores sociales y culturales en ellos.

En *China* prácticamente no se encontraron casos de anorexia nerviosa si tenemos presente que para ellos la gordura está asociada a la prosperidad y la longevidad. En cuanto a poblaciones clínicas, el Instituto de Salud Mental de la Universidad Médica de Pekín registró entre 1982 y 1988 nueve casos de mujeres anoréxicas, ocho restrictivas y una bulímica; quienes mostraban un cierto deseo premórbido a adelgazar sin justificar su rechazo al alimento por falta de apetito o fobia a la gordura (Song y Fang, 1990; citado en Toro, 1996).

En *Hong Kong*, a pesar de tener gran influencia occidental, son contados los casos de anorexia que se han encontrado; y las razones de la pérdida de apetito nada tienen que ver con el miedo a engordar o el deseo de adelgazar. Se aplicó el Eating Attitudes Test (EAT-40) a una población de mil estudiantes universitarios bilingües y solamente tres jóvenes mujeres satisfacían parcialmente el criterio de bulimia nerviosa y ninguno de anorexia; lo cual demuestra una prevalencia muy baja de 0.46% para los trastornos de la conducta alimentaria.

En *Malaysia*, a pesar de tener una notable mezcla racial e influencia occidental, en una encuesta realizada por Buhrich, fue casi nulo el porcentaje de personas con trastornos en el comportamiento alimentario, anorexia más concretamente, siendo mayor el número de mujeres que de hombres; al igual que en la India se observaba pérdida excesiva de peso y amenorrea debido a la pérdida del apetito

(Khandelwal y Saxena, 1990); y tampoco manifestaban miedo a engordar ni distorsión en la percepción de la imagen corporal.

Es importante tomar en cuenta la distribución socioeconómica en Malaysia, puesto que la población china y gran parte de la hindú constituyen la burguesía, mientras que la población malaya, que por lo general habita en zonas rurales se encuentra frecuentemente desnutrida. Los malayos suelen bromear sobre las personas delgadas, atribuyendo su delgadez a excesos en sus prácticas sexuales (Toro, 1996).

Se sabe que en la India antigua el ayuno era parte importante de la tradición y también lo podían realizar a manera de protesta, apostándose frente a la casa de un deudor, por ejemplo (Gordon, 1990, citado en Toro, 1996).

En *Pakistán* se realizaron estudios y se vio que en las escuelas con mayor influencia occidental había mayor riesgo de sucumbir a los trastornos del comportamiento alimentario. Esto se medía en base al consumo de alimentos occidentales y el uso del idioma inglés en sus casas; además de que manifestaban insatisfacción respecto a su imagen corporal.

Japón es considerado por separado ya que es el país más desarrollado de Asia socioeconómicamente hablando. A partir de la Segunda Guerra Mundial se nota la gran influencia occidental; desde las modas, el maquillaje, los tratamientos para el cabello y los estilos de corte. La cirugía estética se difunde profusamente. Los patrones de belleza corporal en las mujeres japonesas sufre una auténtica revolución que también afecta a su autoestima; ya que cambian en su percepción, pues cada vez quieren medir más y pesar menos; por lo tanto la prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario parece dispararse.

La anorexia se desarrolló a consecuencia de la interacción de dos culturas: la occidental que gustaba de la delgadez del cuerpo y la musulmana que con el ayuno tenían el pretexto para adelgazar. Que aunado a las abundantes comidas posteriores incrementaban su miedo a engordar y consecuentemente la restricción alimentaria en forma voluntaria.

En varios estudios que se realizaron en la década de 1990 en diferentes ciudades de Inglaterra, se obtuvieron resultados con prevalencia mayor de bulimia nerviosa en estudiantes asiáticas que británicas, todas ellas residentes en Gran Bretaña. Sin embargo, no podemos atribuir estos resultados a la preocupación por la imagen corporal, sino al estrés causado por el proceso de adaptación a las costumbres occidentales (Toro, 1996).

En otro estudio se encontraron resultados, también superiores en las asiáticas con comportamientos de bulimia, asociados con el excesivo control materno y paterno, que es un ingrediente cultural tradicional (Ahmad et al., 1994; citado en Toro, 1996).

De igual forma se investigó a mujeres de Asia *Oriental* residentes en EEUU, ya sea que hubiesen emigrado a este país o bien, que hubiesen nacido en él y se observó un gran esfuerzo por el perfeccionismo y la auto exigencia propios de su cultura. Que arrastradas por los estándares de belleza existentes en ese país buscaban la igualdad de sus cuerpos con los modelos vigentes de la nueva cultura. Esto sin olvidar la importancia de la familia ni la influencia de la religión en cuanto al ayuno (Toro, 1996).

Cabe mencionar que en *Oceanía* no existe este tipo de trastornos; únicamente se sabe que las australianas si mostraron preocupación por su sobrepeso.

En *África*, en forma general se encuentra escasa información al respecto, puesto que es difícil encontrar un pueblo africano que rinda culto a la delgadez. Tanto en *Egipto como en Etiopía, Zimbabwe o Nigeria* los casos que se presentaron de jóvenes con trastornos en la conducta alimentaria tenían influencia occidental ya que habían cursado estudios en Inglaterra o Estados Unidos; puesto que estos jóvenes habían aprendido acerca de las dietas por el contacto con amigas, vecinas, la televisión y las revistas femeninas. Por lo tanto, todas compartían el deseo de adelgazar para estar más atractivas y por supuesto estaban enteradas de las pastillas para adelgazar. Todo lo anterior es notable en el cambio de actitud de las jóvenes, sobre todo de las que procedía de la cultura árabe, en donde el alimento tiene un papel significativo, ya que el atractivo femenino está asociado a cierto grado de redondez en las formas y la delgadez es socialmente indeseable.

Además de que por ejemplo en *Nigeria* consideran el sobrepeso o redondez de las formas como parte del atractivo físico y acostumbran que las jóvenes a cierta edad, casi por llegar a la madurez, se sometan a régimen hipercalórico para mejorar su apariencia (Toro, 1996).

En países de *Europa Oriental*, a pesar de ser escasa la información procedente de los antiguos países comunistas, entre otras razones, por las barreras idiomáticas y una política restrictiva en materia de publicaciones; en *Rusia*, se encontraron casos de anorexia a muy temprana edad desde hace tiempo, asociándose con un elevado nivel socio económico. Tanto en *Checoslovaquia* como en *Polonia* se conoce la preocupación por la obesidad puesto que existen numerosas dietas para perder peso y la gran proliferación de los alimentos "light".

Las técnicas utilizadas en los comportamientos alimentarios para manifestar la inconformidad que sienten con su cuerpo son variadas ya que van desde los ayunos, uso de laxantes, consumo de diuréticos, atracones y provocación de vómito; sin olvidar que había quienes recurrían a la omisión de alguna de las comidas principales.

También en *Alemania, Austria, Grecia y Hungría* los hallazgos fueron semejantes, siendo en ésta última en donde el número de casos con trastornos en la conducta alimentaria fue considerablemente mayor. Aunque si se encontró que algunos factores de vulnerabilidad ya estaban presentes tanto en Hungría como en Alemania antes de la caída de los regímenes comunistas.

En *América*, específicamente en *América del Norte* la tendencia a los trastornos del comportamiento alimentario es notable. Es aquí donde pueden establecerse puntos sustancialmente comparativos entre la población femenina negra y la blanca. Las primeras, por lo general no se preocupaban por las dietas y la delgadez como las blancas. De hecho se encontraba mayor prevalencia de obesidad en la población negra ya que sus cuerpos mostraban mayor voluminosidad. Aunque no podemos pasar por alto la influencia que la cultura blanca, que es la dominante, ha ejercido sobre la población negra.

En el transcurso del tiempo se ha podido observar que las jóvenes negras están más contentas con su apariencia física mostrando menos preocupación por las variaciones en su peso o la observación de dietas.

Lo contrario ocurría con las jóvenes blancas quienes incurrían más frecuentemente en conductas de evitación – ocultación de su cuerpo. Se sentían a disgusto, deseaban adelgazar sometiéndose a ayunos o dietas (Toro, 1996).

Las jóvenes negras, a pesar de su tendencia a tener mayor peso, incurrían menos en conductas características de la anorexia y la bulimia nerviosas: restricción de alimentos, atracones, laxantes, etc. (Abrams et al., 1993; citado en Toro, 1996). Cuando las jóvenes negras deciden adelgazar suelen hacerlo de modo más sutil que las blancas. Por lo tanto, el patrón social de belleza en la colectividad negra, limita significativamente su disposición a la anorexia y a la bulimia nerviosas.

Al igual que con los negros, otros grupos étnicos en Norte América, tales como los pieles rojas e hispanos, la psicopatología alimentaria es un fenómeno muy reciente y se puede atribuir como en otras sociedades a la influencia de los valores culturales de occidente.

También se puede afirmar que en los núcleos urbanos de los países más desarrollados se dan trastornos del comportamiento alimentario, en especial la anorexia nerviosa.

Se tiene conocimiento de que en Sud América, específicamente en Buenos Aires, Argentina existen desde hace varios años clínicas que tratan estos trastornos. Lo mismo sucede en Brasil y Uruguay.

En cambio no se tiene información acerca de actitudes alimenticias relacionadas a la imagen corporal en poblaciones indígenas de América Latina. Únicamente se han diagnosticado en niveles socioeconómicos superiores de poblaciones urbanas (Toro, 1996).

1.3 Definición y tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Cuando una persona tiene una alimentación deficiente, lo primero que se observa es adelgazamiento y dependiendo de la edad puede ser que se detenga el crecimiento (si es adolescente), e inclusive se puede interrumpir completamente si la nutrición es excesivamente deficiente. Además, se puede presentar apatía, cansancio y por consecuencia bajo rendimiento, así como piel reseca, pérdida de cabello, etc.

Puede suceder que la persona se preocupe en exceso por el peso corporal, tratando de mantener una figura “aceptable”, razón por la cual, pueden aparecer los trastornos alimenticios, que se definen como una enfermedad en la cual intervienen distintos tipos de emociones que se relacionan con la falta de apetito y que puede causar daños en la salud del individuo.

Los trastornos de la ingesta son malos hábitos alimenticios, cuyas consecuencias afectan a la salud física y psíquica de la persona. Se desarrollan poco a poco a muy temprana edad, frecuentemente en adolescentes, y van provocando daños físicos y emocionales que pueden llegar a ser irreparables, y en algunos casos se llega hasta la muerte.

Los trastornos son enfermedades muy complejas que no sólo afectan a los pacientes identificados, sino también a toda la gente que los rodea. Su diagnóstico involucra y entrelaza cuestiones médicas, psicológicas, psiquiátricas, sociales y culturales (Elliot, 2005).

La sociedad en general alienta a las personas a bajar de peso a cualquier costo para alcanzar la delgadez extrema, socialmente aceptada; ya que al parecer el ser delgada es sinónimo de atractivo y de otra manera si se tiene sobrepeso, se es “obesa”, “fodonga” o “fea”.

Actualmente los casos de personas con trastornos alimentarios se han incrementado considerablemente, puesto que en el pasado, aunque ya existían, no se hablaba mucho de ellos y hoy en día se presentan con mucha frecuencia, sobre todo en los jóvenes ya que al parecer está de moda ponerse a dieta, hacer ejercicio exagerado o vomitar para adelgazar rápidamente, sin dar importancia al hecho de que ponen en peligro su propio bienestar, cayendo en un trastorno alimenticio del cual les es muy difícil salir. Cabe mencionar que quienes caen en estos trastornos son en su mayoría adolescentes y mujeres de cualquier edad. Y se dice mucho de los adolescentes, puesto que es una etapa en la cual, entre otras razones, sienten la inseguridad de no llegar a ser el tipo de adulto que desean ser.

Los trastornos de la conducta alimentaria por lo general tienen su origen en una compleja problemática psicológica. Algunas veces es por una autoestima disminuida, o que no se sienten capaces de relacionarse adecuadamente con otras personas.

En lo que si es necesario insistir es en que para que un problema alimentario exista, seguramente la persona se siente a disgusto consigo mismo y con su figura. Aunque en realidad, cualquier conducta extraña relacionada con la forma de comer, amerita una visita al médico o al psicólogo (Silva, 2007).

Existen varios tipos de trastornos alimenticios, que por lo general tiene características semejantes, pero al mismo tiempo cada uno tiene algunas específicas y únicas. Ya que como se mencionó anteriormente, no son solo un problema de comida, sino una manera de adaptarse a ciertas circunstancias emocionales, utilizando como medio la ingesta de alimento. Y sería una manera muy simple de identificarlos, pero errónea, si solo se les viera como un problema de que la gente coma o lo deje de hacer.

Existen varios tipos de trastornos alimentarios y dos son los más frecuentes que además por lo general se presentan acompañados y son la “*anorexia nerviosa*” y la “*bulimia nerviosa*”.

La **anorexia nerviosa** consiste en comer poco o no comer en absoluto. Este trastorno empieza cuando la persona está, o supone que está pasada de peso y decide hacer dieta pero el problema es que una vez que baja los kilos que quería o necesitaba bajar, continúa sintiéndose gorda e inconforme y comienza a cuidarse en exceso, a hacer más y más dietas o a comer cada vez menos variedad de alimentos.

La **bulimia nerviosa** se presenta también por el deseo de adelgazar o el miedo a engordar. Quienes la padecen por lo general están en su peso normal o ligeramente por encima de él. Aquí, los que la padecen no están dispuestos a dejar de comer sino al contrario, aumentan la cantidad y buscan una conducta compensatoria que puede ser vomitar, usar laxantes, diuréticos o hacer ejercicio excesivo (Silva, 2007).

Estas conductas compensatorias, como su nombre lo indica, tratan de compensar el daño infringido por consumir gran cantidad de alimento; los períodos de sobrealimentación se conocen como atracones y pueden ocurrir varias veces por semana.

El **comer compulsivo** se caracteriza por tener adicción a la comida, que utilizan para enmascarar sentimientos o emociones y para superar los problemas de la vida cotidiana. Estas personas tienden a estar por encima de su peso sano y generalmente saben que sus hábitos alimenticios son anormales.

Este trastorno lo pueden padecer tanto hombres como mujeres y llegan a caer en un círculo vicioso difícil de romper y en el que todos los intentos por mantener un peso sano fallan.

Después de cada episodio de comer compulsivamente, lo sigue un gran sentimiento de vergüenza, sólo que aquí, a diferencia de la bulimia no hay conducta compensatoria (Elliot, 2005).

Los alimentos que por lo general ingieren son ricos en carbohidratos y producen energía que les genera una sensación de bienestar, misma que es pasajera pues inmediatamente sobreviene una gran culpa, ya que en el fondo se sienten gordos y desagradables. La culpa produce ansiedad y la ansiedad deseos de comer, lo que convierte este ciclo en un problema sin fin. El comer compulsivo implica una profunda insatisfacción con la figura encubierta con una aparente indiferencia a engordar, lo cual resulta contradictorio (Silva, 2007).

Existen otros trastornos de la alimentación como son:

La **pica** que es ansia por comer, masticar o chupar cosas o alimentos sin contenido nutricional como por ejemplo: gis, mastique, pintura escarapelada, hielo, pigmento blanco, etc. Se puede asociar a deficiencia de minerales, a retrasos en el desarrollo, deficiencia mental. Es importante solicitar la evaluación de un especialista.

El **desorden dismórfico corporal** se caracteriza por la preocupación u obsesión por un defecto en la apariencia del cuerpo que bien puede ser una imperfección difícil de percibir o inclusive que sea imaginaria. Quienes lo padecen llegan a buscar ayuda profesional para corregir esas imperfecciones que les pueden causar severas depresiones. Estas imperfecciones pueden ser pecas o lunares, la forma de la nariz o alguna cicatriz. También lo pueden padecer tanto hombres como mujeres

Ortorexia nerviosa es cuando la persona crea una obsesión por la calidad de la comida, una dieta “pura” y por consecuencia afecta tanto la vida de quien la padece como de quienes le rodean.

Vigorexia es un desorden alimenticio cada vez más común. En donde más se puede ver es en las personas que acuden a los gimnasios. Aquí hay una preocupación constante de la persona porque sus músculos son pequeños. También se conoce como dismorfia muscular. Las personas en el afán de tener masa muscular más grande utilizan esteroides y otros medicamentos, poniendo en riesgo su salud (Elliot, 2005).

Este es un padecimiento que aún no se incluye en los manuales de diagnóstico pues todavía no existe un acuerdo médico o científico al respecto, pero igual vale la pena tener conocimiento de él, ya que ocasionalmente estas personas llegan a causar admiración por su gran interés y dedicación por moldear y aumentar sus músculos.

Existen **los trastornos no especificados** que son patologías alimentarias que no cumplen con todas las características de la anorexia ni de la bulimia; o bien, pueden compartir síntomas de una y de otra, resultando difícil determinar cuál de las dos es y por lo tanto, continúan siendo trastornos no especificados (Silva, 2007).

En el siguiente capítulo abordaremos más específicamente la anorexia y la bulimia nerviosas que son los dos padecimientos que en el presente trabajo nos ocupan.

Capítulo 2

Capítulo 2. Anorexia y bulimia nerviosas

2.1 Concepto y clasificación

La palabra **anorexia** significa “falta de apetito”, lo que podría dar pie a un error al definir la enfermedad pues los pacientes con anorexia no pierden el apetito sino lo niegan; aunque tengan a la mano los alimentos los rechazan (Elliot, 2005).

La anorexia se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales por el miedo desmedido a engordar. Las mujeres con anorexia en su mayoría sufren amenorrea (DSM IV TR, 2002).

De acuerdo con Toro (1996) la anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%) generalmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que engordan y con cierta frecuencia mediante vómitos auto inducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc.

La anorexia nerviosa suele iniciarse entre los 14 y los 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se ha notado un descenso de la edad de inicio. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que “obliga” a mantener la restricción alimentaria.

Quienes padecen este trastorno son muy sensibles a todo lo que tiene que ver con la gordura. Siempre tienen la necesidad de controlar sus emociones, en cuanto al alimento; que si logran no consumirlos se sienten fuertes, pero si falla su fuerza de voluntad se decepcionan de sí mismos por ser débiles y haber perdido el control (Elliot, 2005).

Para mantener un estricto control sobre los alimentos que consume tiene largos períodos de ayuno, conteo de calorías y realización excesiva de ejercicio. Pueden llegar a creer que el aire que respiran en donde se están preparando alimentos con mucha grasa puede hacer que engorden. Generalmente niegan tener hambre (Elliot, 2005).

Las personas anoréxicas aunque estén flacas dicen que tienen que bajar un poco más. Cuando terminan una dieta se siguen “cuidando” comiendo poco; y poco a poco comen menos y adelgazan más.

Son personas que se vuelven irritables, impacientes e intolerantes, además de su aspecto débil, triste y callado. Cuando la anorexia ya está avanzada las personas pueden estar ojerosas, tener facciones angulosas, la piel opaca, mandíbula salida, dientes grandes. Se les notan los huesos. Esta enfermedad puede causar la muerte por paros cardíacos. Pueden ser susceptibles a diferentes enfermedades que por la desnutrición se vuelven incurables (Silva, 2007).

La mala nutrición produce alteraciones de todo orden especialmente en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, que es lo que da lugar a la amenorrea en las mujeres y la pérdida de interés y potencia sexual en los varones. También puede dar lugar a síntomas como hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, desequilibrio electrolítico, trastornos gastrointestinales, etc.

La autoimagen y autoestima tienden a ser negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal (Toro, 1996).

Los subtipos de la anorexia nerviosa según el DSM IV TR (2002) son:

Tipo restrictivo: cuando el sujeto no recurre regularmente a atracones o purgas. La pérdida de peso se logra por medio de dietas, ayuno y/o ejercicio.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa el sujeto recurre regularmente a atracones o purgas.

La **bulimia** aunque presenta características similares a la anorexia es lo contrario pues la bulimia consiste en la ingestión voraz y compulsiva de gran cantidad de alimentos, independientemente de la sensación de hambre o apetito ya que la raíz del problema al igual que la anorexia es psicológica. A los atracones le acompañan métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La silueta y el peso son muy importantes.

El atracón es el consumo exagerado de comida en un corto período de tiempo (menos de dos horas), superior a lo que la mayoría de la gente consumiría. Estos comportamientos les crean vergüenza y por lo tanto lo intentan ocultar. Las personas que presentan este trastorno por lo general tienen peso por debajo de lo normal, obesidad moderada o también obesidad mórbida (obesidad a grado máximo).

Entre los comportamientos compensatorios que acompañan a los atracones se encuentran principalmente el vómito, que es el más común porque desaparece tanto el malestar físico por el atracón y el miedo a ganar peso. También es común el uso de laxantes y diuréticos; dejar de comer hasta por varios días y hasta tomar hormonas tiroideas para no ganar peso y hacer ejercicio en exceso.

Las mujeres bulímicas pueden presentar irregularidades menstruales o amenorrea causadas por las fluctuaciones de peso, por el déficit nutritivo o por el estrés emocional (DSM IV TR, 2002)

Al parecer la frecuencia de bulimia entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes es aproximadamente de 1 a 3%, mientras que la frecuencia en varones es de aproximadamente una décima parte que en las mujeres (APA, 1994).

Sin embargo, los pacientes que padecen bulimia, después de haber comido en exceso, se sienten muy mal por no haberse controlado. Esto produce una lucha interna constante entre su deseo de comer, sus impulsos y su necesidad de adelgazar, y viven tan enojados consigo mismos y con su situación que pueden llegar a lastimarse.

Aunque con esta enfermedad no se adelgaza tanto como con la anorexia, también genera problemas de salud importantes como la anemia. Además su estado físico se deteriora de manera importante. Por lo general sufren dolores de estómago y garganta por la acidez del vómito que provoca graves daños en el estómago y el esófago, como gastritis y úlceras gástricas, acaba con el esmalte de los dientes, provocando caries y mal aliento. Su carácter y estado de ánimo también se modifica, se vuelven más irritables, impulsivos y agresivos (Silva, 2007).

Los subtipos de la bulimia nerviosa según el DSM IV TR (2002) son:

Tipo purgativo: durante los episodios de bulimia nerviosa, el paciente regularmente se provoca vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, sin recurrir al vómito, a los laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2.2 Etiología de la anorexia y bulimia nerviosa

Actualmente no existe un origen único para la anorexia y la bulimia nerviosas. De hecho son dos trastornos que van entrelazados y a veces no se sabe donde y cuando se termina uno e inicia otro. Algunos expertos los adjudican a familias y /o sociedad sumamente demandantes; ya que el individuo se siente presionado a mantenerse delgado y atractivo. Entonces también se podría relacionar con un problema de autoestima.

También han señalado como posible origen si la persona crece en una familia disfuncional ya que los miembros de dichas familias se vuelven tan interdependientes que no pueden alcanzar su identidad como seres individuales. Parte de esta disfunción se traduce en un miedo a crecer cuando son niños, entonces ellos, en especial las niñas, inician dietas para evitar que sus cuerpos se desarrollen (Hernández, 2010).

Según Chinchilla (2003), el psicoanálisis clásico consideraba la histeria como una forma de expresar el repudio a la sexualidad y que en la actualidad bien puede equivaler a la anorexia-bulimia, ya que ambos trastornos se caracterizan por la represión, restricción y renuncia a los deseos o placeres, diferentes grados de manipulación interpersonal, o bien, buscan llamar la atención y preocupación de otros.

También se ha relacionado con la baja autoestima provocada en su convivencia con un marido controlador y desconfiado, quien tiende a devaluarla además de exigirle lealtad y cuidados; demandas que ella encubre con esfuerzo desmedido y auto suficiencia.

Así mismo, los modelos psicodinámicos y sistémicos apoyan como causa de los trastornos de la conducta alimentaria la falta de comunicación en edades tempranas, madres perfeccionistas y sobreprotectoras que dan suma importancia al éxito académico.

El enfoque conductual propone que los trastornos de la conducta alimentaria se deben a que las personas en algún momento iniciaron sus malos hábitos alimenticios, dietas sin control médico específicamente hablando, siendo reforzada si se lograba el objetivo, o bien, auto castigándose por no obtenerlo, restringiendo el alimento, vomitando o realizando ejercicio excesivo.

También atribuyen a causas multifactoriales, en donde interviene la predisposición genética, biológica individual, influencia familiar y el conflicto intrapsíquico

personal, así como las influencias y expectativas que crea la sociedad provocando en la paciente un cambio de personalidad (Toro y Vilardell, 1987)

Según Chinchilla (2003), el modelo biopsicosocial es el que mejor explica el origen de los trastornos de la conducta alimentaria considerando la interacción de factores de tipo individual, biológicos y psicológicos; sociales, familiares y culturales. Dentro de los biológicos necesitamos tomar en cuenta los genéticos, ya que las personas con familiares de pacientes que ya tienen o tuvieron alguno de estos trastornos presentan un alto grado de heredabilidad. Se han observado polimorfismos y mutaciones en los genes involucrados en el metabolismo de la serotonina, dopamina, noradrenalina y neuropéptido, que intervienen en el control del apetito y la saciedad.

En los factores familiares se ha visto en familias con necesidades neuróticas, en las que se impide la maduración o también en aquellas familias en las que falta la comunicación o dan demasiada importancia a la apariencia física. Puede suceder que los padres se sientan incapaces de aceptar que los hijos han crecido y los siguen tratando como si fueran pequeños. O bien lo opuesto, pues por creer que habiendo crecido ya no necesitan apoyo, cariño, guía y protección; se tornan entonces poco cuidadosos y afectivos. Cabe otra posibilidad, entre muchas, que es cuando en la pareja de padres con conflictos de relación descuidan aspectos importantes a observar con sus hijos, por encontrarse inmersos en su problemática (Silva, 2007).

En cuanto a los factores socioculturales, como ya se ha mencionado con anterioridad, ejerce influencia la importancia a la delgadez como condicionante de belleza tan difundido por los medios de comunicación en la cultura occidental y desean lograr ese objetivo a costa de lo que sea, inclusive de su propia salud adquiriendo hábitos alimenticios inadecuados (Olvera y Mercado 2007).

En los factores individuales psicológicos, que no necesariamente tienen que ver con el funcionamiento familiar, se puede ver que en la mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios se presentan sentimientos de inseguridad, ineficacia, impotencia, o bien, sensaciones de malestar. Por lo general son personas aprensivas que suponen que no son aceptadas y por lo tanto no encajan en ningún grupo. Además tienden a la impulsividad, al perfeccionismo, a la constante búsqueda de aprobación en su entorno; razones por las cuales se preocupan más por su apariencia física y por su peso (Silva, 2007).

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, la bulimia u otras enfermedades, va más allá de investigar la causa de la misma, ya que no solo el conocimiento de los agentes patógenos es importante, también se deben comprender los factores predisponentes, precipitantes o perpetuantes que expondremos más adelante (Toro y Vilardell, 1987).

2.3 Factores que intervienen en su aparición

Como ya se mencionó anteriormente, los trastornos de la conducta alimentaria son multicausales y como tal los han abordado varios autores; entre ellos Toro y Vilardell, 1987; quienes los clasifican en:

Factores predisponentes: que son aquellos elementos que aumentan el riesgo de que una enfermedad se haga presente; pudiendo ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.

Factores precipitantes: elementos que contribuyen para que se dispare la enfermedad.

Factores perpetuantes: son condiciones que causan que una enfermedad permanezca allí, a pesar de los intentos que se realicen por tratarla. Estos factores pueden ser conductuales, como una postura. Pueden ser bioquímicos, como una alimentación inadecuada. Algunos de estos factores perpetuantes también pueden ser agravantes o de inicio. Estos autores los presentan en un cuadro de la siguiente manera:

Cuadro 1. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa.

Factores predisponente	Factores precipitantes	Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos. • Edad 13 – 20 años. • Sexo femenino. • Trastorno afectivo. • Introversión/ inestabilidad. • Sobrepeso en la pubertad y adolescencia. • Nivel social medio/alto. • Familiares con trastorno afectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporales. • Separaciones y pérdidas. • Rupturas conyugales del padre. • Contactos sexuales. • Incremento rápido de peso. • Críticas sobre el cuerpo. • Enfermedad adelgazante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la inanición (pérdida de peso, apatía, obsesión, depresión, etc.). • Interacción familiar. • Aislamiento social. • Cogniciones anoréxicas. • Actividad física excesiva.

Factores predisponente	Factores precipitantes	Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> • Familiares con adicciones • Familiares con trastornos de la ingesta. • Obesidad materna. • Valores estéticos dominantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo desfigurado. • Incremento de actividad física. • Acontecimientos vitales. 	

(Toro y Vilardell, 1987).

Tanto la anorexia como la bulimia constituyen un complejísimo cuadro, compuesto de múltiples factores de todo orden, como lo hemos observado en el cuadro anterior, que interactúan permanentemente entre sí, condicionándose y/o potenciándose mutuamente. Los pacientes presentan cambios en sus pensamientos, afectando emociones y sentimientos, repercutiendo en su comportamiento y en su relación con todas las personas que les rodean.

Hay otros autores como Crispo, Figueroa y Guelar (1996), que aunque clasificaron los factores de la misma manera: *predisponentes*, *precipitantes* y *perpetuantes*, los explicaron desde su enfoque humanista de la siguiente manera:

Predisponentes	Precipitantes	Perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> • Socioculturales • Familiares • Individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresores • Actitudes anormales con peso y figura • Dietas extremas y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Atracones y purgas • Secuelas fisiológicas y psicológicas

Los socioculturales dicen que son importantes ya que el medio ambiente, los medios de comunicación y las modas están constantemente bombardeando con el tipo de figura que las jóvenes deben desear tener y no se debe olvidar que el sentido de pertenencia y aceptación es de gran peso; así aprenden a valorar la imagen, la talla de ropa porque ven a las modelos y desean que la ropa se les vea igual que a ellas.

Los familiares se refieren al tipo de familia a la que pertenece la persona que tiene un trastorno alimentario. Aquí McConville (1995), habla de: desestructurada, sobre estructurada y balanceada; en referencia al tipo de apoyo que los padres dan a los hijos para la reorganización en su forma de contacto, siendo la mejor la

balanceada. En una persona con trastornos en la conducta alimentaria puede ser que sus familias presenten características entremezcladas; sobre todo de las familias desestructuradas y sobreestructuradas. De la primera por la ausencia de límites, confusión de roles familiares, intrusión y aglutinamiento. Y de las sobreestructuradas por el perfeccionismo, exceso de control, exigencias y rigidez; entre mensajes ambivalentes y fronteras poco definidas.

En los individuales encontramos todas aquellas características personales que se dan en el desarrollo y pueden ser también consecuencia de los anteriormente citados. Se puede mencionar el perfeccionismo y exceso de control, problemas de autonomía, de expresión de sentimientos, dificultad para el manejo de sus emociones, búsqueda de la aprobación externa, entre otros.

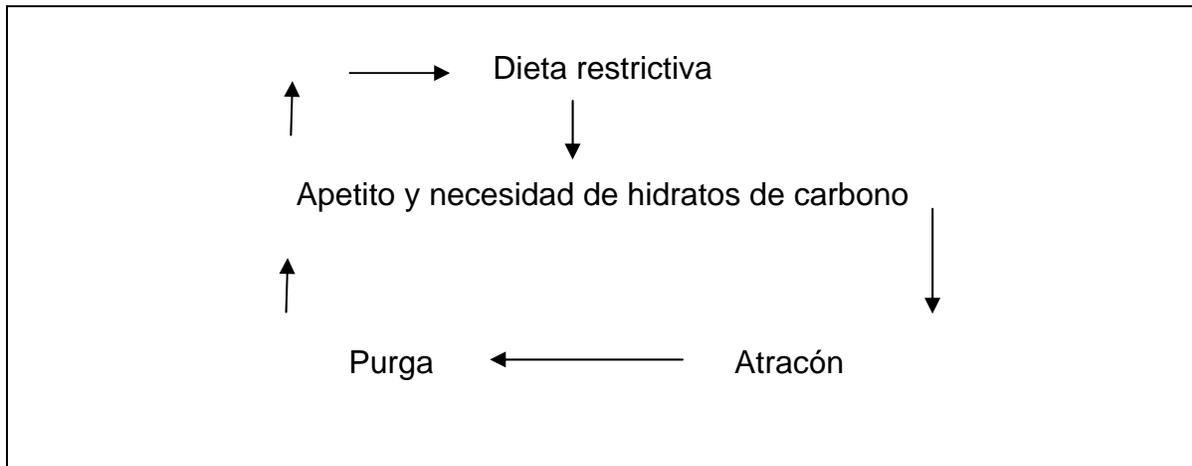
Entre los factores precipitantes encontramos los estresores que puede ser algún evento o situación especialmente estresante que precipita o dispara la aparición del trastorno de alimentación (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Las actitudes anormales con el peso y la figura se pueden deber a lo que se aprende en cuanto al aspecto físico y la relación que se establece entre la belleza física para obtener éxito, felicidad y aceptación. Con todo esto, las personas rechazan la idea de tener un cierto físico en la creencia de que solo el delgado es el que vale la pena.

Con las actitudes anteriores, como lo menciona Meza (1998), se forma una cadena pues la persona empieza a imponerse dietas extremas buscando perder peso y en la obsesión por lograr sus metas, no se da cuenta en qué momento puede estar al borde de un trastorno alimentario. Además, como lo mencionan Crispo, Figueroa y Guelar (1996), que una dieta restrictiva incrementa el apetito y la necesidad de ingerir hidratos de carbono que consecuentemente ocasiona comer con compulsión. Por otro lado, quien realiza este tipo de dietas constantemente, observa que le resulta difícil y hasta imposible mantenerse delgado ya que se olvida del “set point” o peso programado que está genéticamente determinado en cada individuo y no se puede modificar, presentándose la tendencia a regresar a ese peso.

Este tipo de comportamiento da paso a los factores perpetuantes que son conductas en las que está presente el riesgo de que el trastorno se instale en forma definitiva en la persona incrementando la dificultad para vencerlo, ya que se presentan los atracones y purgas. “El atracón es una consecuencia natural de la privación calórica” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996, p 125).

Durante el atracón la persona no puede controlar lo que come ni la cantidad, sintiéndose angustiada, culpable y enojada consigo misma y con un terrible temor a engordar; entonces recurre a la purga como conducta compensatoria, regresando a la restricción alimentaria (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996). A continuación se muestra en forma gráfica el circuito que acabamos de describir:



(Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

La dieta es el factor principal de mantenimiento de un trastorno alimentario además de disparar el atracón; éste a su vez lleva a las conductas compensatorias y a la sensación de haber fracasado en el control. Se intenta un nuevo control iniciando otra vez la dieta que reinicia el circuito.

En cuanto a las secuelas fisiológicas y psicológicas se sabe que son múltiples las primeras como daños gástricos, pérdida de calcio, alteraciones de la presión arterial, etc. Y a nivel psicológico, la persona puede presentar depresión, irritabilidad, conductas autodestructivas, sensación de descontrol, cambios abruptos de humor, apatía, negativismo, aislamiento, ensimismamiento, dificultad para concentrarse, dificultad para interactuar socialmente, etc.

Si se explora su autoestima es seguro que se descubra que ésta radica en su aspecto físico, con lo que nunca va a ser suficiente lo que hagan para sentirse satisfechas. Por esta razón, en el siguiente apartado se abordará en forma más amplia y detallada el tema de la autoestima, ya que se considera un aspecto muy importante y que se observa muy afectado en las personas que padecen los TCA.

2.3.1 Autoestima

La autoestima es un aspecto muy importante de la personalidad, que ha sido definida por varios autores. Entre ellos tenemos a Rosenberg (1996), quien considera que la autoestima es una apreciación positiva o negativa del sí mismo, apoyada en una base afectiva y cognitiva, ya que el individuo se siente de determinada forma a partir de lo que piensa de sí mismo.

Según Coopersmith (1996), la autoestima es una evaluación que el individuo hace y por lo general sostiene de sí mismo; y se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el que la persona cree en sí mismo para ser capaz, productivo, digno e importante. Por lo tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que se expresa en actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo y que resulta de una experiencia subjetiva que la persona transmite a otros a través de comportamientos o expresiones verbales con los cuales resulta evidente si se considera exitoso o valioso.

Respecto de la autoestima Wilber (1995), señala que ésta está vinculada con las características propias del individuo, quien valora sus atributos y crea una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de conciencia que genere sobre sí mismo. Para él, la autoestima es un aspecto de suma importancia para el desarrollo humano e indica que el avance en el nivel de conciencia, no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismo, sino que lo impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, logrando la realización de las aspiraciones que lo motivan.

Por su parte Mckay y Fanning (1999), refieren a la autoestima como un concepto que tiene la persona sobre su propia valía, basada en los sentimientos, pensamientos, emociones, sensaciones y experiencias de sí mismo que ha recabado durante su vida. Todo esto se conjunta en un sentir positivo de sí mismo, o bien, inaceptable de no ser lo que se espera.

La autoestima, desde el punto de vista psicológico, puede entenderse como la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos y confiar en nosotros para lograr nuestros objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias que nos rodean.

La autoestima está configurada por factores internos como son las ideas o creencias; y factores externos que son aquellos que se encuentran en el entorno de la persona como los mensajes transmitidos en forma verbal o no verbal, las

experiencias provenientes de los padres, educadores, personas “importantes”, organizaciones, o bien, la cultura.

Shub (2003) sostiene que una autoestima alta existe si la persona aprecia en forma auténtica su propia individualidad y está comprometida a satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. Su self está cuidado y no tiene creencias negativas que puedan distorsionar su habilidad para experimentar el valor auténtico de su ser en este mundo. Estas personas saben genuinamente quienes son, qué es especial acerca de ellas y conservan esa imagen para sí mismas a través del tiempo.

La autoestima se empieza a desarrollar desde muy temprana edad y es por lo tanto, una labor que corresponde a los padres o a la persona encargada de la crianza de los niños, quienes tendrán que apoyar, cuidar y nutrir la auténtica creencia en su self, para lograr una alta autoestima con bases sólidas.

Branden (2005), comenta que el denominador común en los casos de baja autoestima es una sensación de insuficiencia, de no ser “bastante”, una sensación de culpa, vergüenza o inferioridad, falta de aceptación, de confianza y de amor a sí mismo. Y que cuando se eleva, actúa como si fuera el sistema inmunitario de la conciencia; que a pesar de que no garantiza totalmente la salud, si hace a la persona más resistente a la enfermedad, proporcionando energía para superarla y poder recuperar la salud.

Existen varios conceptos de autoestima, sin embargo, todos coinciden en una idea central: es conocerse a sí mismo, es auto defenderse, valorarse y auto observarse. Es aprender a quererse, respetarse y cuidarse. Todo esto desde el punto de vista de uno mismo y de los demás, o sea, lo que los otros piensan de nosotros. Resulta obligatorio mencionar que uno de los recursos más valiosos que un ser humano puede tener es una buena dosis de autoestima para poder desarrollar buenas relaciones en todos los ámbitos con independencia, responsabilidad, entusiasmo, mayor tolerancia a la frustración, teniendo por consiguiente una vida plena y satisfactoria. Es por todo lo anterior que se debe tomar en cuenta la autoestima para estudio y tratamiento de los TCA, pues la persona que los padece generalmente tiene sentimientos y emociones distorsionados respecto a su propia valía, de tal manera que su alternativa es recurrir a comportamientos alimenticios equivocados. Teniendo en cuenta que vivimos en una cultura en que predomina el deseo por la delgadez y en donde la mercadotecnia juega un papel importante exponiendo imágenes en las que sólo las personas delgadas son “bellas” y exitosas; provocando frecuentemente la devaluación de la autoestima.

Para concluir, se podría decir que la autoestima es importante porque condiciona el aprendizaje, supera las dificultades personales, determina la autonomía personal, ayuda a establecer relaciones interpersonales más saludables y motiva la creatividad de la persona.

2.4 Similitudes y diferencias

Debido al gran incremento que se observa en la aparición de los trastornos alimentarios que en el presente trabajo nos ocupan; autores como Perpiña, Ibañez y Capafóns (1988) consideran que ambos configuran un continuo en el que establecer una línea divisoria es a veces muy complicado; y Brunch (1976) y Augestad, Saether y Gotestam (1999) señalan que los procesos psicológicos subyacentes son similares, ya que en ambos la ingesta de alimento y la imagen corporal son manipulados en un esfuerzo inútil por resolver el estrés interno y ajustarse a las dificultades del ambiente.

Se puede mencionar que tanto en anorexia como en bulimia está presente la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal; así como la incomodidad que les produce el comer con otras personas o el buscar aprobación. Otro dato importante es que muchas bulímicas han sido anoréxicas previamente y otras desean serlo solo por tener la capacidad de no comer. Otra forma en que difieren es en que la anoréxica niega que exista algún problema de alimentación y la bulímica por lo general rechaza ante los demás la posibilidad de que exista un problema de alimentación.

La imagen corporal también se encuentra distorsionada en ambas, pues se perciben como más grandes, aunque generalmente es más serio este problema en la anoréxica; además el objetivo de ésta última es siempre perder más y más peso y la bulímica tiene como meta un peso y figura ideal que casi siempre es poco realista.

También señalan que las personas bulímicas a diferencia de las normales tienen respuestas emocionales diferentes al ingerir sus alimentos; esto es, que las personas que comen con normalidad no presentan sentimientos de culpa, temor o ansiedad. Tampoco tienen los episodios de ingesta excesiva ni se purgan o usan diuréticos con la frecuencia que lo hacen las personas bulímicas. Si acaso lo hacen es eventualmente porque se sienten estreñidas, pero es más probable que lo compensen restringiendo su ingesta o aumentando un poco el ejercicio habitual. Otra conducta que no presentan quienes comen en forma normal es provocarse vómito. Sus errores alimentarios los viven sin darle exceso de importancia (Sherman &Thompson, 1999).

La bulimia nerviosa, por sus características en cuanto a comer correctamente en público y que en general mantienen un peso normal, puede pasar mucho más inadvertida que la anorexia nerviosa; además de que no se detecta tan pronto. Se sabe de casos en los que inclusive las personas más allegadas a los enfermos pueden tardar años en darse cuenta del problema.

A continuación se presenta un cuadro comparativo que muestra las diferencias existentes entre las características de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Cuadro comparativo para diferenciar la anorexia y la bulimia

Anorexia	Bulimia
No acepta mantener el peso mínimo recomendado	Su peso puede ser normal o tener sobrepeso.
Afecta a personas en un rango menor de edad.	Afecta a personas que están en un rango mayor de edad.
Hay pérdida del ciclo menstrual.	No siempre se afecta el ciclo menstrual. Puede haber irregularidades comunes.
Imagen corporal distorsionada.	Su imagen corporal, aunque también puede ser distorsionada, está dentro de los parámetros normales.
No reconoce la existencia de un problema con la comida.	Sí reconoce que sus hábitos alimenticios no son normales.
Irritabilidad creciente.	Mayor impulsividad.
Vómito poco frecuente.	Ciclo atracón-purga y otras conductas compensatorias habituales.
Rituales a la hora de la comida (jugar con o esconder la comida).	Aparentemente no hay conductas anormales e ingiere cantidades normales de alimento sobre todo en público, aunque si se observa con cuidado hay una notable ansiedad por ser observada.
Índice de mortalidad del 5% al 26%	Índice de mortalidad del 3% al 19%
Autocontrol excesivo para no comer.	Uso de fármacos para adelgazar.
Se aíslan socialmente.	También hay aislamiento social.
Dietas severas	Sin motivo aparente ingieren fuertes cantidades de comida.
Eliminan de su dieta alimentos con alto porcentaje calórico.	Fuerte deseo de comer alimentos ricos en grasas y dulces.
Ejercicio físico excesivo	Ejercicio físico excesivo.

(Elaborado por la autora de la tesina)

2.5 Diagnóstico

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR, 2002), los criterios diagnósticos para la **anorexia nerviosa** son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y estatura.
- B. Miedo intenso a subir de peso o convertirse en obeso aún estando por debajo de su peso normal.
- C. Distorsión de la percepción del peso o forma corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. Presencia de amenorrea en mujeres que han pasado la pubertad.

Para la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1994, p.146), los criterios diagnósticos para la misma enfermedad son los siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal inferior a 17.5).
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, por medio de:
 - 1. Evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas que a continuación se enumeran.
 - 2. Vómitos autoprovocados.
 - 3. Purgas intestinales autoprovocadas.
 - 4. Ejercicio excesivo.
 - 5. Consumo de fármacos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene.

Cabe destacar que en una investigación hecha por Garfinkel, Lin y Goering (1996), Cachelin y Mater (1998); (citado en Hernández, 2010), sobre la amenorrea, considerada un criterio requerido para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, encontraron que aunque se cumplan los demás criterios establecidos por la APA (1994), varias pacientes continuaron menstruando debido al deterioro primario de la función hipotalámica.

En cuanto a la **bulimia nerviosa**, la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), los criterios diagnósticos son los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Comer en un período corto de tiempo una importante cantidad de comida, más de la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de las personas.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, para prevenir la ganancia de peso, como son: vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos y otros fármacos; ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Frecuencia de al menos dos atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante un período de tres meses.
- D. Autoevaluación negativa influida por el peso y la figura corporal.
- E. El trastorno no ocurre exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones; no obstante, a largo plazo los síntomas pueden disminuir, los períodos de remisión superiores a un año se asocian a un mejor resultado a largo plazo.

Para la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y de Comportamiento (CIE-10, 1994, p.146), los criterios diagnósticos para la **bulimia nerviosa** son los siguientes:

- A. Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos, como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.

Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

- C. El trastorno psicopatológico básico de la bulimia consiste en un miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo y sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz de anorexia puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Ambos trastornos, la anorexia y la bulimia nerviosa tienen formas similares en que se manifiestan y también características que las distinguen, pero en ambos están presentes la extrema preocupación por el peso, la imagen corporal y la idea de la delgadez obsesiva.

2.6 Tratamiento

Se sabe que para tratar tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa son muchas las técnicas que se pueden emplear, sin perder de vista que cada caso es especial y como tal requiere una especial evaluación de todos los procedimientos tomando en cuenta las situaciones que rodean a la persona y sus vínculos interpersonales. Además no se puede perder de vista el grado de avance de la enfermedad del paciente; y tomando en cuenta que los trastornos alimentarios son multifactoriales, lo mejor es la aplicación de distintas disciplinas que abarquen todos los aspectos del problema. La recuperación del paciente se busca a través del abordaje de los conflictos psicológicos que desencadenaron las alteraciones en la conducta alimentaria y la reeducación nutricional.

Ocasionalmente es indispensable la hospitalización, especialmente cuando la salud del paciente se encuentra en peligro, cuando existe una patología secundaria grave o ha habido intento de suicidio. Es entonces de suma importancia atender las complicaciones que presente el paciente, alimentarlo e iniciar un tratamiento psicológico lo antes posible (Chinchilla, 2003).

En cuanto a la psicoterapia es importante que sea la correcta, pero es aún más importante que sea el terapeuta adecuado quien administre la terapia; esto es, que sea con quien el paciente se sienta en confianza, lo que facilitará el procedimiento. Puede ser *psicoterapia individual*, que será diseñada en forma especial para la persona en busca de satisfacer sus necesidades. *Terapia familiar* que se enfoca

en la familia como una unidad y trata de modificar las interacciones familiares mediante la cooperación y asistencia de los integrantes de la familia. La *terapia de grupo* que ha tenido mucho éxito porque cada persona descubre que no es la única con ese problema ya que todos la apoyan y comprenden cómo se siente, haciéndola sentir segura y capaz de adquirir las aptitudes necesarias para superar el problema. El *grupo de autoayuda* que le proporcionará apoyo y estímulo necesario para continuar y mantener el cambio terapéutico. La *asesoría nutricional* que es indispensable para que aprenda cuándo y cuánto comer (Sherman & Thompson, 1999).

En cuanto a psicoterapia se refiere, la modificación de actitudes y las creencias irracionales constituyen un comportamiento muy importante para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Se modifican las cogniciones erróneas relativas al peso e imagen corporales y a la nutrición por medio de la reestructuración cognitiva. Fairburn (1981), fue el primero en aplicar un tratamiento cognitivo conductual a la bulimia nerviosa. Según Fairburn y Cooper (1989), hay tres etapas de tratamiento:

1. Introducción y educación: presentación, etiología y objetivos de tratamiento.
2. Reestructuración cognitiva: cambio cognitivo, el terapeuta explica al paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, mientras insiste en la importancia de la participación activa; se registran creencias irracionales respecto a la comida, dando respuestas racionales.
3. Prevención de recaídas: se combinan técnicas cognitivas y conductuales para que perdure lo que se ganó en el tratamiento.

Varios investigadores, entre ellos Fairburn en 1986; Freeman en 1988 y Kirkley en 1985; cada uno con un grupo de colaboradores; compararon la terapia cognitivo conductual (TCC) con otra forma de psicoterapia o con una intervención psicoeducativa y los resultados señalaban una ligera ventaja sobre otras formas de psicoterapia.

También sugieren que algunos enfoque terapéuticos que se centran en los problemas interpersonales de los pacientes pueden ser tan eficaces como los tratamientos cognitivos conductuales, que enfatizan los cambios en comportamientos y actitudes al comer y con respecto al peso e imagen corporales, aunque pueden requerir más tiempo (Caballo, 1998).

Actualmente la mayoría de los tratamientos combinan la psicoterapia individual y familiar con técnicas de modificación de conducta y reeducación nutricional. La terapia familiar está especialmente indicada en aquellas personas que presentan

conflictos con los padres y en las más jóvenes que viven en el hogar paterno, por la relevancia que la familia puede tener en la configuración de las actitudes hacia el “yo”, las atribuciones de valores y la manera en que se regulan las emociones y la insatisfacción corporal que emerge durante la dieta. Así, el modelo integrado de tratamiento de los trastornos de la alimentación supone la valoración multidimensional de cada paciente con el objetivo de configurar el tipo de intervención terapéutica más apropiada. También se llega a utilizar la farmacoterapia con antidepresivos, siendo útil para los pacientes que están deprimidos y tienen trastornos alimentarios. La tasa de éxito en estudios de seguimiento a corto plazo es del 70%. La frecuente aparición de complicaciones médicas y el riesgo de muerte en la fase aguda o de rehabilitación obliga a incorporar un médico internista en el equipo de tratamiento (Behrman, 2004; citado en Hernández, 2010).

Los trastornos en la conducta alimentaria son un fenómeno contemporáneo, para los que el tratamiento con un enfoque humanista ofrece un panorama alentador en cuanto a lo que el ser humano es, se enfoca y enfatiza en la búsqueda de sentido por medio de la trascendencia, brindando herramientas clave para entender la enfermedad y llegar a la comprensión del “*para qué*” de la vida misma (Weitzner, 2008).

Como se mencionó anteriormente hay muchas alternativas de tratamiento y es de suma importancia que previo a determinar el más adecuado se evalúen las condiciones y gravedad del problema; así como las características propias del paciente; ya que algunos preferirán la terapia individual, o tal vez la de grupo en donde encontrarán mayor contención, al reunirse con personas en situaciones similares. Se dan casos en que la negativa a dejarse atender de los pacientes obliga a sus familiares a esperar a que se agraven las condiciones para que sea necesaria la hospitalización, en donde la alimentación inicial será por vía intravenosa y/o sonda gástrica. Esto por lo general sucede con pacientes anoréxicas; ya que en la bulimia rara vez se hospitaliza; solo cuando existe un cuadro severo de depresión, o bien, el objetivo es romper los ciclos bulimia-vómito, y poner en práctica un programa terapéutico.

En resumen, los trastornos de la conducta alimentaria han dado lugar a la aplicación de tratamientos desde diferentes enfoques terapéuticos. Sin embargo, rara vez es suficiente con un solo enfoque y se recurre en forma paralela a uno u otro; según sean las necesidades del paciente.

A continuación se exponen los seis tipos diferentes de tratamientos que propone Andrea Weitzner, (2008):

Terapia psicológica individual. Si bien la terapia psicoanalítica pura no es suficiente ya que hay que modificar cuanto antes las conductas patológicas que significan riesgo de muerte, se le reconoce al método psicoanalítico la identificación y ubicación del propio deseo del paciente. La gran mayoría de los psicoterapeutas hacen una adaptación del psicoanálisis clásico y muchos recurren a esquemas conductistas, ya que el tiempo apremia. Para el psicoanálisis, los trastornos de la alimentación implican una alteración de las “pulsiones de auto-conservación”. Se considera que hay un mayor número de la “pulsiones de muerte”. A través de la psicoterapia se busca el reconocimiento del propio deseo del paciente, desplazado por deseos ajenos. Se trabaja sobre las represiones desmedidas que suelen relucir como un episodio de atracón o como una honda sensación de repudio para sí mismo. Se analizan los por qué de una personalidad basada en la culpa, debido a la frustración de no satisfacer los deseos ajenos.

Terapias del comportamiento. Son terapias psicológicas que se fundamentan en técnicas activas y directivas, en contraste con el psicoanálisis clásico. Se puede realizar en forma individual y grupal: generalmente se planean de 10 a 15 sesiones, una por semana. En esas sesiones se enfatiza la importancia de lograr el peso fisiológico correcto, señalando las situaciones de riesgo propias para cada paciente. En cuanto a la bulimia, se confeccionan en forma conjunta estrategias preventivas para no llegar al atracón, fundamentadas en el autoconocimiento y el reconocimiento de las situaciones precipitantes.

Psicoeducación. Se expone a los pacientes el porqué no es posible la recuperación mientras se continúe con el círculo vicioso “dieta-atracón-dieta” o “dieta-purga-dieta”. Se debate el modelo estético actual, que la sociedad ha impuesto y propagado por los medios de comunicación: la presión cultural incita a las mujeres para que estén muy por debajo de su peso original y esto implica, inevitablemente, a la pérdida de la salud. A través de la psicoeducación se le brinda al paciente y a los familiares información detallada acerca de la enfermedad, englobando todos los ángulos, desde lo orgánico hasta lo psíquico. A medida que se regulariza la conducta alimenticia y el cuerpo regresa a su peso original, se van despejando las angustias y temores que estaban ocultos bajo la obsesión por la figura: el paciente va aprendiendo a no seguir “cubriendo” agujeros con esta particular forma de adicción.

Grupos de autoayuda. Brindan un tratamiento intensivo ambulatorio y grupal. Enormemente efectivo, solamente un 5% de los pacientes bajo este esquema terapéutico deben ser internados. El psiquiatra perteneciente al equipo interdisciplinario puede llegar a indicar medicación pertinente, pero solo lo hace cuando existe depresión paralela al trastorno alimentario. La única diferencia con

los demás grupos de autoayuda es que siempre participan profesionales en los encuentros.

Tratamientos farmacológicos. Debe realizarlo un médico psiquiatra, generalmente miembro del equipo. Con un previo examen profundo del estado orgánico general del paciente, se efectuarán sólo en casos de depresión progresiva y para reducir la frecuencia e intensidad de las compulsiones bulímicas, cuando el apoyo psicoterapéutico ya no surte efecto. Se emplearán antidepresivos de última generación, los que al parecer tienen un efecto sobre el comportamiento alimenticio actuando sobre los sistemas metabólicos que regulan el hambre, las sensaciones de saciedad y el equilibrio del peso.

Tratamiento dietético-nutricional. El propósito de este tratamiento en los pacientes ambulatorios es establecer hábitos alimenticios normales. La meta es conseguir un peso que normalice las funciones fisiológicas, incluyendo la menstruación. La motivación del paciente es esencial y se logra con el apoyo psicológico y las charlas educativas realizadas por los médicos, psicólogos y el nutricionista. El tratamiento debe aplicarse individualmente y debe estar encaminado a las áreas específicas que requerirán modificación. Hay que elaborar una detallada historia dietética para detectar cuales son los errores que se necesitan corregir.

En el siguiente capítulo se abordará el tema del enfoque Cognitivo conductual, que se propone como una de las alternativas de tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria.

Capítulo 3

Capítulo 3. Perspectiva cognitivo conductual

3.1 Aproximación cognitivo conductual

Según Kendall y Norton Ford (1988), la psicología aplicada nació con el firme propósito de proceder científicamente en el campo de la solución de los problemas humanos, haciendo hincapié en la utilización de métodos científicos y de los principios de la psicología para la valoración de los patrones y capacidades de conducta de cada individuo, así como en la formación profesional que debe desempeñar el psicólogo (citado en Chávez, 2004).

El primer intento sistemático por vincular una práctica pragmática con un cuerpo de conocimientos básicos lo constituyó un movimiento revolucionario denominado genéricamente *Modificación de Conducta*, que surgió con las teorías del aprendizaje, y en particular, de la teoría del condicionamiento operante de B. F. Skinner, Ullman y Krasner (1965). Hasta entonces la psicología había sido la ciencia de la vida mental, que debía estudiarse a través de la introspección. Se decía que un sujeto se comportaba de determinadas maneras debido a lo que sentía o pensaba, por lo que había que enfocarse en los pensamientos y sentimientos. Con el surgimiento del conductismo, se propuso como objeto de estudio la conducta y como método la observación y experimentación; en particular se concibió a la conducta problemática en función de contingencias problemáticas de reforzamiento y no en función de sentimientos o estados mentales. Sin embargo, el movimiento conductista no negó la existencia de los sentimientos o las emociones, lo que negó fue su atributo casual. Así, la conducta ya no era síntoma de un desorden subyacente, sino la meta de la evaluación y el tratamiento.

Los primeros reportes de los psicólogos conductuales como Ayllon y Haughton (1962), Aznin y Powell (1968), Bandura (1965) y el mismo Skinner (1954) demostraron que tanto la conducta anormal como la normal estaban sujetas a los mismos principios de aprendizaje. Brindaron la oportunidad de construir una verdadera tecnología conductual, estrechamente vinculada con el conocimiento básico, con la investigación de laboratorio y con la teoría de la conducta. Se abrió también la posibilidad de solucionar problemas que la psicoterapia había sido incapaz de resolver como el autismo, el retardo, las adicciones, la esquizofrenia, etc.; así como al tipo de sujetos a quienes se les podía brindar ayuda. El análisis conductual aplicado, como método proveyó a la psicología de una forma sistemática de abordar los problemas psicológicos, lo que permitió generar conocimiento acerca de ellos y de la mejor manera de solucionarlos (citado en Chávez, 2004).

Con el tiempo y a pesar de su éxito inicial, sus principios y procedimientos fueron insuficientes, tanto para delimitar un campo propio de acción profesional como para la solución de problemáticas humanas complejas.

Según Wolpe (1980), la terapia conductual se enfocó más a la solución de problemas que a la vinculación con la psicología científica e incorporó modelos que pretendían explicar problemas específicos (ansiedad, depresión, obsesiones, adicciones, etc.) así como procedimientos de diversos orígenes (desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, etc.) caracterizándose más como práctica pragmática que como tecnología científica (citado en Chávez, 2004).

El intento de construir una verdadera tecnología conductual no cristalizó; y ante esto, un grupo de psicólogos conductuales empezaron a trabajar en un nuevo paradigma denominado **Cognitivo Conductual**.

Mahoney (1983), en su libro “Cognición y Modificación de Conducta” asienta que el conductista pensante nace a partir de la revisión del paradigma de la modificación de conducta, estimulada por las críticas, sobre la falta de consideración de los aspectos esenciales del comportamiento humano. Considera que fue el propio Skinner quien abrió la puerta para el estudio científico del mundo. Otro antecedente importante radicó en la imposibilidad de explicar el lenguaje a través de la teoría del condicionamiento, derivada de los estudios experimentales de condicionamiento clásico y operante en humanos.

Por su parte Kazdin (1983) opina que el surgimiento de la tendencia hacia lo cognitivo en la modificación de conducta se desarrolló como consecuencia de:

- a) La insatisfacción con las explicaciones estímulo-respuesta.
- b) Los resultados de la investigación que han mostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta humana.
- c) El desarrollo de las técnicas de autocontrol.

El primer intento por considerar los aspectos privados lo constituyó el trabajo de Lloyd Homme (1965), que invitaba a los analistas conductuales a utilizar la metodología del análisis funcional para dar cuenta de las coverantes, es decir, las operantes de la mente. Homme consideraba que los pensamientos son elementos iniciales de las cadenas conductuales abiertas y que podían sujetarse al escrutinio empírico y al control experimental porque eran públicas, por lo menos para aquel que la emitía. Para Homme, el ignorar los eventos privados era reforzar el dualismo mente-cuerpo tan rechazado por los conductistas. Así, incluyó a las

conductas cubiertas en el paradigma del condicionamiento, inventó la sensibilización encubierta, que consistía en instruir al sujeto para que se imaginara involucrándose en la conducta problema y experimentando sentimientos desagradables, como náuseas, dolor o desaprobación social. Los pensamientos, las imágenes, los recuerdos y las sensaciones se describían como estímulos cubiertos, respuestas cubiertas y consecuencias cubiertas. Se extiende así la lógica del paradigma a los eventos cubiertos sobre la base de que ambos eventos (cubiertos y abiertos) responden a las mismas leyes y procesos del aprendizaje. Sin embargo, dadas las consecuencias lógicas de la extensión del paradigma operante de las conductas cubiertas y dada su insuficiencia explicativa, se han venido adoptando distintos modelos, básicamente de dos tipos: los modelos teóricos alternativos, como el modelo mediacional de Mahoney, y el modelo del aprendizaje social de Bandura y los modelos de intervención terapéutica, como el modelo de Michembraum, el de Beck y el de Ellis (citado en Chávez, 2004).

Estos modelos conciben al ser humano como un procesador de la experiencia más que como un compuesto vacío de enlaces estímulo-respuesta, que no responde a un mundo real sino a una percepción que se tiene de él. Se basan en la noción del procesamiento de la información, reconociendo tres procesos básicos: la adquisición, el almacenamiento y la utilización de la información, que a su vez tiene dos implicaciones importantes, el reconocimiento de que el uso de la información es básico para el aprendizaje y de que existen procesos activos en él. Las respuestas del organismo a su medio se ven influidas por su propio procesamiento de la información, es decir, el modelo en que el organismo media la estimulación.

En cuanto a las teorías del **aprendizaje social**, el que más ha impactado el trabajo de los psicólogos conductuales es la que propone Bandura (1969); en donde no concibe a las personas movidas por fuerzas internas ni controladas por estímulos externos, más bien el comportamiento humano se explica en términos de un tríadico de mutua reciprocidad en donde la conducta, los factores personales, cognitivos y los eventos medioambientales operan como determinantes interactivos de todos y cada uno de los elementos. Define la naturaleza de las personas en términos de sus capacidades básicas: la capacidad para simbolizar, para prever, la capacidad vicaria, la autoreflexiva y la auto regulatoria. De aquí surge la propuesta metodológica denominada modelo de autoeficacia; definiendo a la eficacia como una "capacidad generativa" en donde un conjunto de habilidades cognitivas, sociales y conductuales se organizan en cursos integrados de acción que sirven para múltiple propósitos (Bandura, 1971).

La eficacia como logro requiere no solo de poseer ciertas habilidades, sino además de la creencia de que se ejecutarán correctamente. Este elemento de eficacia percibida es fundamental para la consideración de los problemas clínicos desde el punto de vista de Bandura.

El modelo de aprendizaje cognitivo de M. Mahoney. Del mismo modo que Bandura, Mahoney (1974,1983) asume que el organismo es prácticamente bombardeado por el medio y con el tiempo adquiere la habilidad de interponer un “filtro perceptual”. Dice que los procesos atentos pueden contribuir al establecimiento de patrones de adaptación inadecuados que llevan a una disfunción en la ejecución.

Así mismo explica que los procesos atentos y relacionales adecuados aseguran patrones de conducta adaptativos, siendo necesario que el sujeto muestre la respuesta adecuada en una situación dada. Un repertorio de respuestas deficiente puede ser resultado de limitaciones físicas, aprendizaje insuficiente, memoria pobre o uso de la respuesta inadecuada. Finalmente, Mahoney considera que aunque con frecuencia se ha subestimado el papel de las consecuencias, el análisis del comportamiento humano no estaría completo sin la inclusión de los factores motivacionales. Distingue tres tipos de consecuencias: las consecuencias externas, las consecuencias vicarias y las consecuencias autogeneradas; y afirma que las consecuencias pasadas afectan a la conducta futura a través de un mecanismo llamado “anticipación” (citado en Chávez, 2004).

3.2 Antecedentes históricos de la terapia cognitivo conductual

Esta terapia se basa en una tradición previa que parte de la filosofía griega. Epicteto, filósofo griego estoico, defendía que “las personas no se afectan por los acontecimientos, sino por la opinión que se hace de éstos”. Los filósofos estoicos (350 a 180 a.C.) se interesaban en manejar los estados emocionales extremos, que ellos llamaban “pasiones” buscando llevar una vida más adecuada y libre de trastornos. En esta tradición destacaron los filósofos de la Roma clásica como Marco Aurelio, Séneca y Cicerón. También la religión fundada por Buda (556 a.C.) se basaba en el dominio del sufrimiento personal mediante el manejo de las pasiones.

La tradición es continuada ya en el siglo XX por el psicólogo alemán Lungwitz, psicoanalista que crea en 1926 un tipo de psicoterapia muy similar a la terapia cognitiva, modificando el método psicoanalítico freudiano. Es Alfred Adler (1897-1937) quien realmente crea un método de terapia cognitiva estructurado (aunque no exactamente igual a la teoría actual) basado en que los trastornos psicológicos

son un problema que responde a una alteración de las formas en que las personas buscan sus metas o propósitos en la vida. Pero va a ser otro psicólogo quien más difundiría un método de terapia cognitiva entre los profesionales de la salud mental: Albert Ellis y su terapia racional emotiva mencionada anteriormente. Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck, inicia una nueva propuesta de psicoterapia que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría un gran prestigio por su eficacia para afrontar la depresión. Ambas corrientes, junto con otras nuevas orientaciones integradoras y conductuales, están comprendidas en lo que se denomina la “corriente cognitiva conductual” en psicoterapia, que adoptan el modelo de la psicología cognitiva.

3.3 Modelo cognitivo

Para Beck (1967,1976), la terapia cognitiva es un sistema de terapia basado en una teoría de la psicopatología que establece que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta.

El paradigma de la psicología cognitiva consiste en el principio de la mediación cognitiva de los trastornos psicológicos, que sostiene que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afecta a sus sentimientos y a su conducta (Beck, 1967, 1976). La reacción o respuesta emotiva o conductual ante una situación o estímulo está mediada por el proceso de significación o evaluación en relación a los objetos (metas, deseos) de cada persona.

Este modelo parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Señala a los procesos del pensamiento como los factores que intervienen en los trastornos psicológicos. Sin embargo, los componentes cognitivos como los pensamientos, las imágenes, las creencias, etc., se consideran esenciales para entender dichos trastornos. La terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en ese nivel, sin olvidar los otros componentes como son: métodos de manejo afectivo, modificación de conducta, entre otros. Lo importante es que todos esos componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas. Lo más importante es el significado.

El significado, o sentido de los acontecimientos, hace que las personas relacionen sus estados de ánimo con sus conductas y sus pensamientos.

El modelo cognitivo sostiene que los trastornos psicológicos son producto de formas erróneas de pensar concretas y habituales, llamadas distorsiones cognitivas; que a su vez derivan de creencias personales o significados subjetivos que generalmente se han aprendido en la etapa infantil del desarrollo, y que actúan a nivel inconsciente sin que la persona se percate de su papel. Estos significados personales reciben el nombre de esquemas o supuestos personales; éstos son la forma en que la persona da sentido y significado a su existencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales permanecen “inactivos” a lo largo del tiempo en la memoria y se “activan” ante determinadas situaciones que resultan desencadenantes como puede ser una enfermedad, o alguna otra situación personal produciendo errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas que aparecen en situaciones donde una intensa alteración emocional, como puede ser la ansiedad, rabia o depresión y los trastornos de la conducta, como por ejemplo, conductas de escape o problemas con la alimentación. A estas cogniciones se les denomina pensamientos automáticos (citado en Chávez, 2004).

Según Beck (1976), los pensamientos automáticos son las charlas o diálogos internos a nivel mental expresados como pensamientos o imágenes, generalmente relacionados a estados emocionales intensos como ansiedad, depresión, ira o euforia. Se forman versiones subjetivas de los sucesos que casi siempre son erróneas pues son imágenes falsas debido a la interpretación que se otorgó a esos sucesos bajo el estado emocional en que se encuentre la persona; es entonces que se dice que están basados en “distorsiones cognitivas”. Estos pensamientos presentan gran diferencia con los “pensamientos racionales” que ocurren cuando se intenta adaptar a situaciones difíciles mediante el análisis de los problemas para resolverlos, o bien, adaptarse a la situación de estrés. Los pensamientos automáticos se caracterizan por:

- 1) Ser una charla interna referida a temas muy concretos.
- 2) Aparecen como mensajes recortados en forma de “palabras claves”.
- 3) Son involuntarios, reacciones espontáneas ante situaciones que provocan fuertes sentimientos.
- 4) Aparecen como obligaciones autoimpuestas en forma de exigencias intolerantes, como: “debería de...” tengo que...”
- 5) Tienden a dramatizar los sucesos futuros respecto al problema.
- 6) Provocan rigidez en la persona para la interpretación de los sucesos.
- 7) Por lo general son aprendidos, provenientes casi siempre de la familia u otras influencias sociales.

Los pensamientos automáticos pueden agruparse en distorsiones cognitivas en función de los errores que cometen:

- 1) Abstracción selectiva (visión de túnel).
- 2) Pensamiento polarizado, se valoran los acontecimientos en forma extrema.
- 3) Sobre generalización, tomando como base un solo hecho sin fundamento suficiente. Palabras claves: todo, nunca, nadie, siempre, ninguno.
- 4) Interpretación del pensamiento de los demás; esto lo hace sin base suficiente, creyendo adivinar sentimientos o intenciones de otros.
- 5) Visión catastrófica. Adelantando situaciones de desastre.
- 6) Personalización
- 7) Falacia de control, creyendo que es capaz de controlar todo o bien que es incapaz de ejercer control alguno.
- 8) Falacia de justicia. Todo lo que le sucede es injusto.
- 9) Razonamiento emocional. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no derivadas de la interpretación personal de los hechos.
- 10) Falacia de cambio. Creer que son los demás quienes deben cambiar.
- 11) Etiquetas globales. Utilizando básicamente el verbo "ser". "Soy un..., son unos..., es un..."
- 12) Culpabilidad. Se atribuye en forma total a uno mismo o a otros la responsabilidad de los acontecimientos.
- 13) Los deberías. Son reglas rígidas y exigentes de como tienen que suceder las cosas.
- 14) Tener razón. Tratar de probar que se está en lo correcto.
- 15) Falacia de la recompensa divina. La creencia de que las cosas se arreglarán solas.

Otro elemento importante en este modelo son los *esquemas cognitivos o supuestos personales*, que son construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados que guían a la conducta y emociones de manera "inconsciente". Son representaciones mentales de nuestra experiencia en la vida. Es la forma de pensar con la que una persona experimenta la vida. En lenguaje psicológico es: la organización de nuestra experiencia en forma de significados personales, que guían nuestra conducta, emociones, deseos y metas personales (Beck, 1976).

Desde esta perspectiva se considera que los trastornos psicológicos son el resultado de alteraciones en la organización o funcionamiento de los significados personales, y que la labor de la psicoterapia es la de desarrollar significados alternativos que generen mayor bienestar.

En el desarrollo de una persona los primeros esquemas cognitivos creados son los esquemas tempranos nucleares, que son escenas cargadas de afecto. A partir de la vinculación afectiva del niño con las figuras parentales, se construye mentalmente su experiencia en forma de imágenes sobre acontecimientos repetitivos. Esta organización mental va a construir la base de su personalidad, en el sentido de que la influencia posterior de dichas experiencias de su vida va a estar matizada por estas experiencias primarias.

También los supuestos personales se definen como las creencias básicas que predisponen a una persona a padecer un determinado tipo de trastorno emocional y está conformado por patrones o hábitos cognitivos estables de interpretaciones acerca de determinado conjunto de situaciones. Entonces, la reacción psicológica ante una situación dada consistirá en una relación entre los pensamientos automáticos, el estado emocional y la conducta, de cómo cada componente afectará y se verá afectado por los otros dos.

3.3.1 Aspectos conductuales

En los escritos antiguos existen referencias de lo que actualmente denominamos *modificación de conducta*, desde Plinio, sobre al alcoholismo, hasta Sócrates, que explica que el hombre disfruta las cosas placenteras y evita las experiencias dolorosas.

En el siglo XIX en Europa aumenta la influencia de la experimentación e investigación científicas; movimiento que se extendió hasta Rusia, en donde Ivan M. Schenov (1829-1905), neurofisiólogo, explicaba la conducta por medio de reflejos cerebrales que se desarrollaban a través del aprendizaje. Distintos estímulos del ambiente se llegaban a asociar con los movimientos musculares; y la repetición de dicha asociación hacía que se volvieran habituales.

Schenov tuvo dos contribuciones importantes para la investigación conductual: la primera fue que el estudio de los reflejos proporcionaba la base para la comprensión de la conducta y la segunda que defendía la aplicación de los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología. Sus contribuciones tuvieron una repercusión importante en científicos jóvenes de su época como Ivan Pavlov (1849-1936) quien siguió la misma línea de investigación, realizando una vasta contribución a la ciencia experimental (citado en Chávez, 2004).

La principal contribución de Pavlov fue la investigación objetiva de los reflejos condicionados; defendió enérgicamente el objetivismo de la investigación psicológicas, criticando los rasgos subjetivos de la misma (Pavlov, 1906). En su trabajo demostró la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta animal y finalmente el modelo metodológico del trabajo conductual que había de seguirse. Su desarrollo del condicionamiento clásico proporcionó una base conceptual para explicar la conducta que se utilizaría para el desarrollo y la explicación de respuestas emocionales de temor y ansiedad, así como el tratamiento de las fobias, el tratamiento de la enuresis nocturna, conductas indeseadas como comer en exceso, beber, fumar y las desviaciones sexuales.

El surgimiento del condicionamiento a partir de la fisiología es significativo, puesto que los métodos objetivos de la investigación fisiológica proporcionaron una alternativa a los métodos introspectivos y subjetivos de la psicología. Así, el papel del aprendizaje adquirió una mayor importancia en la explicación de la conducta.

Antes del desarrollo del conductismo, Thorndike (1931) realizó investigaciones con animales empleando métodos de investigación objetiva. Él se interesaba por saber cómo aprendían los animales respuestas que no se encontraban en su repertorio. Notó la influencia de la conducta de ensayo y error en el comportamiento de los animales. Así, formuló varias leyes sobre el aprendizaje, siendo sobresaliente la “Ley del Efecto”, que señalaba que las consecuencias satisfactorias fortalecían el lazo entre el estímulo y la respuesta y que las consecuencias molestas debilitaban dicha conexión (Thorndike, 1931); es decir, que los efectos de la conducta exitosa del pasado debían constituir una importante influencia para determinar las actuales tendencias conductuales del animal. La importancia de las consecuencias positivas para el fortalecimiento de la conducta ha tenido un constante impacto sobre los avances contemporáneos del aprendizaje y de la modificación de conducta.

El primero que adoptó el condicionamiento pavloviano y lo llevó a la práctica fue John B. Watson en 1920, dándole forma al conductismo. Watson (1914), sostenía que la psicología era únicamente objetiva y experimental, es decir, que debía de tener un campo de estudio que fuera independiente del observador. Pensó que los datos sobre la conducta tenían valor por derecho propio y que podían abordar distintos problemas de la psicología, como son los pensamientos, las emociones, la asociación de ideas y los instintos, mediante

métodos estrictamente conductuales; considerando la conducta como una serie de reflejos.

Uno de los personajes más importantes en la aplicación del condicionamiento operante fue B.F. Skinner, quien en 1930 propuso una reformulación de la conducta a partir de sus observaciones sobre el comportamiento de los animales, con la opresión de una palanca por una rata, en una caja que él mismo diseñó y a la que se conoce como “caja de Skinner”. Para 1938 empezó a desarrollar la conducta operante en una serie de estudios experimentales, además de defender un tipo de aprendizaje para la explicación de la conducta animal y humana. Se asoció al enfoque del análisis experimental de la conducta. No se interesaba en la teoría sino en la frecuencia o en la tasa de respuesta y a estudiar a los organismos individuales empleando diseños experimentales especiales que se apartaban de la investigación habitual (Skinner, 1953; citado en Chávez, 2004).

En cuanto a la teoría de la conducta probablemente sea Skinner quien tenga el impacto más directo sobre la modificación de la conducta contemporánea, ya que después del desarrollo del conductismo, los distintos puntos de vista que se desarrollaron y la investigación que generaron proporcionaron los fundamentos de los enfoques generales y de las técnicas específicas en la modificación de conducta actual.

La combinación de estos modelos teóricos sentaron las bases para el surgimiento de un nuevo sistema, el del “autocontrol”, que no es una teoría sistemática única de la conducta humana, sino un grupo de técnicas y estrategias de terapia que tienen algunos propósitos comunes. El autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta en diversas situaciones para alcanzar metas a largo plazo.

El enfoque del autocontrol reconoce la participación activa del individuo en el proceso de terapia a todos los niveles que comprenden desde la recolección de información, especificación del problema, planificación de la intervención, la intervención misma y la evaluación de los resultados.

Hay una serie de posiciones teóricas acerca del autocontrol, entre quienes está: Nelly (1955), Julian Rotter (1954), Walter Mischel (1968) que sostiene que la gente es capaz de transformar y manipular los significados subjetivos e ideográficos que dan a los individuos los estímulos. Su trabajo se ha centrado en los niños principalmente, puesto que ellos son capaces de aumentar la

demora cuando se les enseña estrategias para modificar las imágenes del objeto deseado. Estas estrategias las adquieren los niños de forma natural conforme maduran y desarrollan el autocontrol. También dice que en el aprendizaje es mejor la flexibilidad que la rigidez como parte de los procedimientos de adquisición (citado en Chávez, 2004).

Kafner (1970, 1977), define el autocontrol en términos de aquellas estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas existentes. Su trabajo se ha centrado en los procesos en los que se entrena a la gente cuando quiere alterar su conducta, con metas a largo plazo; que se puede emplear, cuando una persona está insatisfecha con algún aspecto de su conducta como fumar o comer en exceso. Kafner divide este proceso en tres pasos: autoregistro, autoevaluación y autoreforzo.

Para Mahoney (1990), el autocontrol involucra un conjunto de habilidades complejas pero susceptibles de ser aprendidas, ya que no es un rasgo de personalidad innato e inalterable. Para él lo más importante en el tratamiento de los problemas alimentarios era el autocontrol.

En la última década las investigaciones llevadas a cabo han indicado que la capacidad de una persona para controlar sus propias acciones está en gran medida en función de sus conocimientos y control de los factores situacionales. Es decir, las capacidades de autocontrol están estrechamente relacionadas con la capacidad de una persona para discriminar pautas y causas en las conductas a regular, esto es, acontecimientos que preceden al hecho de comer en exceso, por ejemplo.

Para ejercer el autocontrol el sujeto debe comprender qué factores influyen sobre sus actos y como puede modificarlos para lograr los cambios que desea. Esta comprensión requiere que el individuo se convierta en una especie de científico de sí mismo (Nelly, 1995); ya que trata con problemas individuales muy íntimos (citado en Chávez, 2004).

La mayoría de los tratamientos conductuales para los trastornos de alimentación se basan en técnicas de autocontrol, ya que dotan al individuo de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de los antecedentes y consecuencias con los que la conducta se relaciona funcionalmente.

3.4 Tratamiento en trastornos de alimentación.

Chinchilla (2003), considera en la actualidad que el mejor tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria es el cognitivo conductual, sobre todo para la anorexia y la bulimia nerviosas; ya que el énfasis de la terapia conductual está precisamente en la conducta que es la que se tiene que modificar para tratar dichos trastornos. Para Kazdin (1974), el cambio terapéutico en la modificación de conducta se dará por el aprendizaje de nuevas conductas más adaptativas (tabla 1).

Tabla 1.

Técnicas de predominio conductual
Técnicas de control de activación: relajación y respiración
Desensibilización sistemática
Técnicas de exposición y de prevención de respuesta
Técnicas operantes para el desarrollo de la conducta
Técnicas para la reducción de conductas operantes
Técnicas aversivas y economía de fichas
Técnicas de modelado y habilidades sociales
Entrenamiento en habilidades sociales
Técnicas de <i>biofeedback</i>

(Chinchilla, 2003)

En cuanto a las técnicas de base cognoscitiva, se refieren a que el cambio en la conducta se puede lograr alterando los procesos cognitivos. Estos son: las percepciones, autoafirmaciones, expectativas, creencias e imágenes. Se supone que estos procesos cognitivos desadaptados llevan a conductas también desadaptadas y por consiguiente, su modificación puede llevar al cambio conductual (Kazdin, 1974). Las técnicas empleadas se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2.

Técnicas de predominio cognitivo
Terapia cognitiva de Beck
Terapia racional emotiva
Entrenamiento en autoinstrucciones
Reestructuración cognitiva
Condicionamiento encubierto
Inoculación de estrés
Técnicas de resolución de problemas

(Chinchilla, 2003)

Los trastornos de la conducta alimentaria obedecen a una serie de conductas y cogniciones erróneas que los perpetúan, razón por la cual se utilizan una serie de técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de los trastornos de alimentación y que se muestran en la tabla 3:

Tabla 3.

Técnicas cognitivo-conductuales aplicadas en los TCA
Control de contingencias
Exposición y prevención de respuesta
Control de estímulos
Reestructuración cognitiva
Refuerzo social
Entrenamiento en habilidades sociales
Prevención de recaídas

(Chinchilla, 2003).

El tratamiento cognitivo-conductual en los trastornos alimenticios se debe realizar tras la recuperación del estado nutricional y físico, o bien, aplicarse en forma paralela. La American Psychiatric Association (APA, 1993) recomienda como objetivo primordial en el abordaje terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria la recuperación del estado nutricional y el tratamiento de las posibles complicaciones médicas, antes de las perturbaciones psicológicas, familiares o sociales que presente el paciente, independientemente de que sean previas o consecuencias de los trastornos. En la tabla 4 se presentan los objetivos:

Tabla 4.

Objetivos del tratamiento de la AN según la APA
Restaurar el peso normal
Restaurar los patrones alimentarios normales
Tratar las complicaciones físicas
Corregir los pensamientos, sentimientos y creencias disfuncionales
Corregir los defectos de la regulación conductual y del afecto
Mejorar las dificultades psicológicas asociadas
Recabar el apoyo familiar
Prevenir recaídas

(APA; 1993).

La aplicación de la terapia cognitivo conductual (TCC), tanto para la anorexia como para la bulimia nerviosas se realiza a través de diferentes modalidades: caso único, empleo de protocolos, intervenciones grupales y/o individuales, y actualmente también se les integra a programas de autoayuda.

Es necesario tomar en cuenta que los trastornos de conducta alimentaria suelen presentarse asociados a otras patologías como: trastornos de ansiedad o personalidad, depresión, abuso de sustancias, etc. Datos que deben tenerse presentes para tratar a este tipo de pacientes desde cualquier perspectiva psicoterapéutica o psicofarmacológica. Lo más probable es que se requiera de un tratamiento integrado en la mayoría de los casos (Chinchilla, 2003).

Para Ogden (2003), los modelos cognitivos conductuales de los trastornos alimentarios se basan en los componentes fundamentales del conductismo, centrándose en conceptos como el reforzamiento, el proceso estímulo-respuesta y extinción; añadiendo posteriormente los componentes cognitivos. Se considerarán por separado los modelos de la anorexia y la bulimia.

3.4.1 Anorexia nerviosa

Los modelos de la anorexia la consideran una conducta aprendida y que se mantiene mediante el proceso de reforzamiento. Se afirma que la persona reduce su ingesta de alimento como medio para perder peso, debido a la presión social para estar delgada. Después, una amplia variedad de reforzadores negativos promueven esta conducta, como la sensación de falta de atractivo; es cuando la evitación de la comida reduce la ansiedad asociada a la acción de comer. También se han descrito algunos aspectos de la restricción de alimentos que tienen consecuencias positivas como la fuerza de voluntad de no comer provoca el

estado positivo de sentir que el sujeto tiene el control de la situación (Wyrwicka, 1984; citado en Ogden, 2003).

Los dos factores de insatisfacción y perfeccionismo desencadenan la conducta de cumplimiento de una dieta, reforzada por las alabanzas y la evitación de la ansiedad relacionada con la comida. Aunque las cogniciones están implícitas en estos modelos, en forma de creencias sobre el peso y creencias sobre la familia, han sido criticados por omitir una dimensión cognitiva implícita (De Silva, 1995; citado en Ogden, 2003).

Según Chinchilla (2003), el abordaje de la anorexia desde la perspectiva cognitivo-conductual se debe fundamentar en un diagnóstico correcto y establecerse una relación terapéutica adecuada que logre la colaboración de la paciente para el tratamiento. Si este aspecto no se cubre es posible que se presenten varios factores que dificultan el inicio del tratamiento, como por ejemplo:

- a) Que la paciente sea obligada a asistir a la consulta.
- b) Que no reconozca la existencia de un problema.
- c) Que tenga conductas rígidas y escasa motivación.
- d) Deterioro de las relaciones familiares, sobre todo en casos de larga evolución, donde se ha visto muy afectada la dinámica familiar.
- e) Que la paciente oculte o distorsione la información.
- f) Actitudes erróneas por parte de la familia con respecto a la enfermedad; ya sea que exageren las situaciones o que desconozcan la verdadera gravedad del trastorno.

3.4.2 Bulimia nerviosa

Para Chinchilla (2003), en el tratamiento de la bulimia con mejores resultados terapéuticos, se deben tener presentes las siguientes áreas de intervención:

1. De carácter más conductual para romper ciclos: dieta restrictiva-violación de la dieta-episodio bulímico-conducta compensatoria purgativa.
2. Carácter cognitivo para modificar las alteraciones de la imagen corporal.
3. Valoración de probables patologías asociadas a la bulimia nerviosa.

El primer programa terapéutico con aplicación a la bulimia lo describió Fairburn en 1981.

Los objetivos terapéuticos consistirán en la desaparición de atracones y conductas purgativas, mediante el establecimiento de pautas de alimentación adecuadas, modificación de las actitudes o ideas distorsionadas respecto al peso e imagen

corporal y desaparición de ansiedad o depresión que con frecuencia están presentes en este trastorno.

Este tipo de tratamiento se puede aplicar en forma individual o en grupo, siendo más probable que en el segundo caso el tratamiento sea abandonado.

Las técnicas conductuales en el tratamiento de la bulimia nerviosa ayuda a romper el círculo *atracción-vómito-restricción-atracción*; permitiendo la normalización de la dieta. Y posteriormente proceder a establecer una serie de instrucciones indicadas al paciente para el control de estímulos que pudieran desencadenar la posibilidad de que un atracón se presente; así se le indica que:

- a) Siempre coma en el mismo lugar de la casa, sentada, con platos y cubiertos.
- b) No realice ninguna otra actividad mientras come.
- c) No dejar al alcance más comida que la invite a repetir.
- d) Servirse lo que se vaya a comer en el plato.
- e) Hacer lista para ir a hacer la compra y no comprar extras.
- f) Hacer la compra cuando no se tiene hambre y no llevar dinero de más.
- g) Procurar sólo tener alimentos que requieran cierta elaboración para su consumo.

3.5 Ventajas y desventajas de la terapia cognitivo conductual

Chinchilla (2003), menciona que la TCC constituye un pilar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria; que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la anorexia y la bulimia, por lo que se han mejorado las técnicas existentes en su aplicación y se ha logrado variedad de enfoques tales como individual, grupal, familiar, elaboración de manuales de autoayuda, etc.

También se ha comenzado a dar mayor importancia a otros aspectos de la clínica, más allá de los alimentarios; sobre todo, el estudio de los rasgos de personalidad asociados como sintomatología afectiva, ansiosa y abuso de alcohol y drogas, tanto su diagnóstico como la aproximación cognitivo-conductual dentro de éstos (Chinchilla, 2003).

Sin embargo, se necesita tener en cuenta que los estudios comparativos entre los tratamientos cognitivo-conductuales y otras técnicas aún son escasos y no existen trabajos controlados que verifiquen su eficacia en el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosas. Además de que las pacientes continúan siendo sintomáticas

tras la aplicación de estas técnicas, existe una tasa considerable de recaídas en los estudios de seguimiento.

Otro punto a considerar es que los estudios a largo plazo todavía son muy limitados. Tampoco se han identificado subgrupos de enfermas que puedan responder mejor a unas técnicas que a otras.

El desarrollo de procedimientos y técnicas específicas para tratar la comorbilidad y las complicaciones psíquicas en los trastornos de alimentación aún son insuficientes. Y las técnicas de evaluación de resultados se necesitan mejorar para los tratamientos a largo plazo, así como para el seguimiento a fin de que reflejen específicamente el área en la que se ha logrado la mejoría (Chinchilla, 2003).

Lo mejor es que el abordaje de la anorexia o de la bulimia nerviosas sea multidisciplinario, en donde la TCC constituya solo una parte del tratamiento.

Por la razón anterior se expondrá en el siguiente capítulo el enfoque psicoterapéutico de la Gestalt, como otra alternativa de tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria que en la presente tesina nos ocupan.

Capítulo 4

Capítulo 4. Perspectiva Gestalt

4.1 Antecedentes

Para Armas (2003), la Terapia Gestalt (TG) surge como respuesta a un compendio de situaciones sociales y tendencias psicológicas que acaecen a principios del siglo XX, época en que hubo un gran desarrollo de la ciencia y la tecnología, cuando reinaba la automatización y alienación del individuo. Estos acontecimientos provocaron el surgimiento de movimientos revolucionarios que buscan respuestas a favor del individuo, como son: el socialismo, anarquismo, expresionismo (dando importancia a los sentimientos, intuición, subjetividad, fantasía, etc.). Destacando movimientos filosóficos existencialistas (que entienden la vida como un proceso creativo y dinámico arrastrado por el impulso vital, defendiendo al individuo como un ser potencial que se desarrolla a través de sus elecciones) y los fenomenalistas, que entienden al individuo como un ser que aprende a través de la conciencia e intuición de fenómenos vivenciales particulares.

Por los resultados obtenidos en los experimentos que realizaron en la década de 1910, Wertheimer, Köhler y Koffka, estaban en desacuerdo con la psicología atomista del momento y fundaron la Psicología de la Gestalt, en la que entendían la percepción y el aprendizaje como configuraciones y patrones naturales que surgen de la experiencia directa, la experiencia originaria proporciona unos datos básicos que son fenómenos estructurados (Gestalten). Se demostró que un análisis de las partes nunca puede proporcionar una comprensión del todo, las partes de una gestalt no conservan su identidad cuando son independientes de su función y su lugar en el todo (Armas, 2003).

Salama (2007), define la palabra Gestalt como una palabra de origen alemán que tiene varios significados: configuración, estructura, modelo, figura, forma, totalidad. También utilizada como una necesidad de ser satisfecha.

Según Yontef (1995), la TG surgió en respuesta al psicoanálisis clásico por terapeutas con formación psicoanalítica clásica, que se había vuelto muy rígido. Dice que también fue reacción contra la teoría psicoanalítica del cambio por su pesimismo en cuanto a las posibilidades de crecimiento; tenía un especial acento en la transferencia más que en la relación real; ponía más énfasis en la interpretación que en la experiencia real, tanto del paciente como del terapeuta.

Los primeros terapeutas gestálticos modificaron completamente el rol del terapeuta, puesto que la teoría psicoanalítica del cambio exigía al terapeuta ser sumamente reservado en cuanto a cuestiones personales, para evitar que estos detalles influyeran en la transferencia. El analista debía observar las reglas de neutralidad y abstinencia.

Por otro lado, la teoría psicoanalítica del cambio también exigía pasividad por parte del paciente, cualquier conducta activa del paciente durante la sesión era considerada sobre-actuación y resistencia al trabajo analítico. Uno de los aspectos básicos del psicoanálisis, que fue cambiado por el movimiento gestáltico, es que era impulsado por una teoría y no se basaba principalmente en la experiencia real. En los últimos años se ha profundizado el conocimiento y la comprensión de la conducta humana a través de los planteamientos filosóficos contemporáneos que ha dado lugar a importantes investigaciones en psicología, como disciplina que estudia el comportamiento del individuo en las diferentes circunstancias de la vida, dando lugar a las teorías que tratan de responder a las necesidades físicas, emocionales y sociales de la persona dentro de su momento histórico. Esta evolución ha dado lugar a las tres corrientes psicológicas más importantes, históricamente hablando:

La teoría psicoanalítica, que nace cuando se requería responder a la represión sexual, dando importantes aportaciones para la comprensión de la conducta, centrándose especialmente en las experiencias tempranas para la formación de la personalidad.

La teoría conductista, que responde al progreso tecnológico y se encamina a la modificación de la conducta, sobre todo, aquellas que se consideran indeseables y percibe al sujeto como un receptor pasivo de estímulos.

La teoría humanista y el enfoque gestalt, que nace con la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, enfatizando la observación no manipulativa de la conducta en **el aquí y ahora** y da especial importancia al proceso de la toma de conciencia de la persona (Salama, 2007).

4.2 Su fundador

Frederick S. Perls creador de la terapia Gestalt en 1950. Tenía una concepción del hombre como una unidad holística (un todo integrado por cuerpo, emociones, pensamientos, conducta), razón por la cual la psicoterapia necesita una desintelectualización.

Perls nació en Berlín en 1893, en el seno de una familia judía, enfrentado a la tradición religiosa judía familiar, que él consideraba hipócrita. Se graduó en neuropsiquiatría. Empezó a trabajar con Kurt Goldstein en 1926 en el instituto para soldados con lesiones cerebrales y se empieza a plantear la importancia de considerar al organismo humano como un todo y no como un conglomerado de partes con un funcionamiento desordenado. En esa época recurre a Karen Horney quien fue su primera psicoanalista y a la vez quien lo introduce al mundo del psicoanálisis.

Por otra parte, aún en Alemania, en ese tiempo de sus inicios psicoanalíticos, fue muy importante el contacto que tuvo con la escuela de la Psicología de la Gestalt de Frankfurt con Köhler, Wertheimer y Kurt Lewin (1912); y sus conclusiones en el estudio de los mecanismos de la percepción. Estos gestaltistas no tenían propósito alguno de utilizar sus investigaciones para fines terapéuticos; pero Perls guiado por su agudo instinto, tomaría como eje de su futuro sistema terapéutico, la capacidad humana individual y social de autorregulación organísmica y el concepto de “gestalt inconclusa”, orientando la terapia a la detección y resolución en el presente de “situaciones inacabadas” en la vida del individuo. Va a surgir entonces su específica forma de terapia con el nombre de “Terapia Gestalt”, aproximadamente entre 1950 y 1952 funda el Instituto para la Terapia Gestalt en Nueva York (Armas, 2003).

4.3 El enfoque Gestalt

Según Vásquez (2003), el Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico, es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. Es un modo de estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándose por lo que se es.

El EG ha recibido influencia de las siguientes corrientes:

- 1) El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.
- 2) La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad.

- 3) La fenomenología, de la que toma el apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia.
- 4) La psicología de la Gestalt, con su teoría de la percepción.
- 5) Las religiones orientales, y en especial el Budismo Zen.
- 6) El psicodrama, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños.
- 7) La teoría de la coraza muscular de Reich.
- 8) La teoría de la Indiferencia Creativa de Sigmund Frielander, de la que extrae su teoría de las polaridades.

Para Salama (2007), el EG considera al individuo como un ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento, desarrollando su máximo potencial, encontrando soluciones a sus problemas existenciales y responsabilizándose de su vida.

La TG es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades. El conflicto puede ser intrapsíquico, o sea, de naturaleza interna del individuo; o interpsíquico, cuando se manifiesta en la relación interpersonal entre dos individuos.

Según Zinker (2004), cuando una persona participa creativamente en el proceso gestáltico se puede esperar que:

- 1) Avance hacia una mayor conciencia de sí misma: de su cuerpo, sentimientos, ambiente.
- 2) Aprenda a asumir sus experiencias sin proyectarlas sobre los demás.
- 3) Aprenda a reconocer sus necesidades y a desarrollar las habilidades para satisfacerlas sin afectar a otros.
- 4) Avance hacia un contacto más pleno con sus sensaciones para que pueda apreciar todos los aspectos de sí misma.
- 5) Logre desarrollar su poder y capacidad para sostenerse por sí misma.
- 6) Se vuelva sensible a lo que le rodea y que al mismo tiempo tenga la capacidad de auto protegerse de situaciones potencialmente destructivas.
- 7) Asuma la responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias.

4.3.1 Conceptos básicos de la TG

Darse cuenta. Para Yontef (1995), éste es un concepto clave; es entrar en contacto de forma natural y espontánea, en el aquí y ahora con lo que la persona siente, es y percibe; tanto de su mundo exterior como interior. En cuanto al mundo exterior, dice Stevens (2005), es el contacto sensorial actual

con objetos y eventos en el presente; lo que en este momento veo, toco, escucho, degusto o huelo. El darse cuenta del mundo interior es el contacto sensorial actual con eventos internos en el presente; lo que ahora siento desde debajo de mi piel, como movimientos musculares, manifestaciones físicas de sentimientos y emociones. Y el darse cuenta de la fantasía incluye toda la actividad mental que abarca más allá de lo que transcurre en el presente, esto es, el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticipar el futuro, etc.

El aquí y ahora. Es aceptar que todo existe en el momento presente. El pasado sólo importa como parte de la realidad presente. Este es un punto focal para el trabajo del darse cuenta, del contacto y la creación de nuevas soluciones. Se debe tener en cuenta que la TG, es antes que nada una terapia vivencial. Los problemas no se pueden resolver en el pasado, se hará en el presente. Es en el aquí y ahora que nos damos cuenta de nuestras posibilidades; desde pequeñas decisiones hasta elecciones existenciales (Perls, 2005).

El poder de la experimentación. Se intenta realizar algo nuevo permitiendo el surgimiento del darse cuenta desde la nueva conducta experimental. Con ésta se pueden explorar diferentes tipos de fronteras de la identidad y del contacto: límites de oposición de sí, de la expresión, de los hábitos, de las sensaciones y movimientos corporales, de los valores, etc.

El contacto. Entrar en contacto significa tomar conciencia de sí mismo, de las actitudes, del tipo de relación interpersonal que se mantiene con los otros. Cuando una persona toma contacto su cuerpo experimenta una excitación que lo moviliza y empuja a seguir adelante.

Teoría paradójica del cambio. Se dice que en una persona el cambio se produce cuando ésta se convierte o acepta lo que es, y no cuando trata de convertirse en lo que no es. Se logra que la persona invierta tiempo y esfuerzo en ser lo que es, entregándose plenamente a su situación actual (Fagan & Shepherd, 2005).

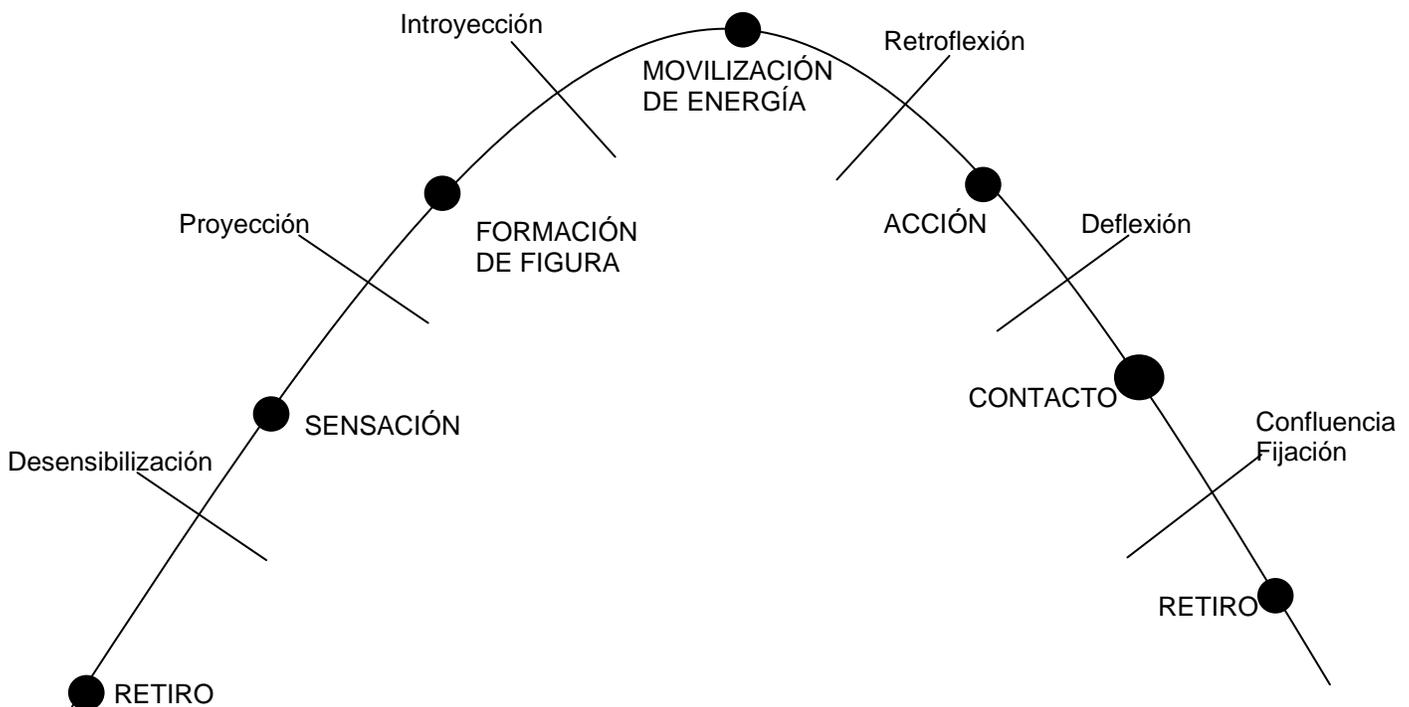
4.4 El ciclo de la experiencia

El ciclo de la experiencia es un modelo fisiológico retomado del conductismo e incorporado a la psicoterapia gestalt por Zinker, expresa claramente el “qué” y el “cómo” se presentan los procesos de auto interrupción de la energía (Salama, 2007).

Para Kepner (1992), es un proceso de interacción organismo/entorno que se presenta por la formación de figuras de interés, llevando al individuo a encontrar la conclusión por medio de su comportamiento. Como resultado se obtiene la autorregulación o equilibrio del campo organismo/entorno. En la mayoría de los contactos no hay fases definidas; las figuras surgen espontáneamente, las conductas organizadas brotan, se establece el contacto, y la siguiente figura surge en una transición suave; esta secuencia es la que se denomina *ciclo de la experiencia* o de autorregulación orgánica y cuyas fases siempre son las mismas.

El ciclo puede verse como un mapa genérico de cualquier episodio de contacto, es decir, de cualquier secuencia de percepción y conducta dirigida a completar la interacción organismo/entorno. El proceso de autorregulación orgánica es similar independientemente del contenido particular que esté implicado. Este modelo se puede representar en forma de círculo, o bien, como una onda, en la que enfatiza la naturaleza continua del proceso y en el cual se marcan las diferentes fases del ciclo; como se puede ver a continuación.

Ciclo de la experiencia



(Kepner, 1992)

La primera fase es la presencia de una sensación que es la información cruda de la experiencia, el fondo desde el cual se empieza a organizar el funcionamiento. Posteriormente se presenta la formación de la figura, o sea, reunir la experiencia en un todo significativo que pueda organizar la conducta. La figura es la combinación de la sensación su significado en como una necesidad y su relación con el entorno. El siguiente paso es la movilización que es cuando surge la energía o el interés que lleva a la figura a la acción que es la conducta que pone a la persona en contacto con la necesidad, el placer y la satisfacción; que si son reales ocurre el retroceso y por lo tanto la resolución de la figura en el fondo. Se debe recordar que el paso de una fase a otra es sutil, esto es, que por ejemplo la sensación no termina cuando aparece la figura ni está ausente en la acción y el contacto; lo que sí es cierto es que cada fase es un prerrequisito para las fases posteriores.

En TG la capacidad de interrumpir temporalmente es útil y saludable como un ajuste creativo para las complicaciones de la experiencia y el entorno. El problema se presenta cuando la interrupción del ciclo de contacto se hace habitual en forma inconsciente, de tal modo que la necesidad no puede ser satisfecha. Esta necesidad permanecerá como un asunto inconcluso, causando molestias mientras no se le otorgue la importancia que requiere. Esta sucede porque se ignora la necesidad inicial. Las fases del ciclo que se bloquean forman la base de una autorregulación orgánica deficiente.

El ciclo de la experiencia nos permite localizar en donde se detiene una persona en la secuencia de autorregulación. Estos puntos se denominan resistencias al contacto y permanecen en el núcleo del trabajo terapéutico en la terapia gestalt (Kepner, 1992).

Salama (2007) les da el nombre de bloqueos a esas resistencias y dice que en la sensación está el surgimiento de una necesidad que provoca una tensión aún no conocida, cuando se bloquea la sensación es por la desensibilización, o sea que la persona bloquea su sensibilidad, no siente.

En la formación de figura que es cuando el organismo ha diferenciado lo que le pertenece y necesita satisfacer, el bloqueo es la proyección, que significa que la persona si experimenta la sensación corporal, aunque no establece una figura clara, por lo tanto puede ser que tampoco se tenga una meta clara.

La movilización de la energía que como se dijo, se reúne la energía necesaria para llevar a cabo lo que la necesidad demanda; el bloqueo es la introyección, que son todas las excusas que pone la persona. La introyección son ideas que aprendió en algún momento de su vida, no son propias y causan malestar tanto con ellos mismos como con las demás personas.

La acción es la parte activa pues el organismo se mueve hacia el objeto satisfactor. Aquí el bloqueo es la retroflexión que es cuando la persona reprime la energía que debe salir.

Dentro de la fase de contacto tenemos otras dos, que son: precontacto y poscontacto. En el precontacto se identifica el objeto relacional o fuente de satisfacción y se dirige a ella; pudiéndose dar el bloque llamado deflexión que es cuando la persona en lugar de dirigirse al objeto satisfactor se va hacia otro objeto para sustituirlo. El contacto, cuando se establece la conexión plena con el objeto y obtendrá placer; sin embargo, si se presenta bloqueo, éste será la confluencia, o pérdida de límites en que no se puede separar del objeto, necesita de más para satisfacerse. En el poscontacto es inicia la desenergetización para ir al reposo o retroceso con los procesos de asimilación y alienación. Aquí, si hay bloqueo, éste será la fijación que es cuando la persona no puede evitar que la energía continúe su recorrido normal hacia la desenergetización.

El reposo o retroceso que puede considerarse l a etapa final o inicial en que se asume un estado de vacío fértil en el que están presentes todas las potencialidades para que surja una nueva gestalt; también puede tener un bloqueo llamado postergación, o sea, que el individuo interrumpe la acción de cierre de la gestalt dejándola para otro momento (Salama, 2007).

Capítulo 5

Capítulo 5. Propuesta

5.1 Justificación

Como se ha mencionado a lo largo de la presente tesina, los trastornos alimentarios que mayormente aquejan a la población de la cultura occidental son la anorexia y la bulimia nerviosa y han venido a constituir un verdadero problema para la sociedad y un gran reto para la ciencia médica al momento de diagnosticarlos; y la psicología para tratarlos desde el punto de vista emocional y conductual.

Por sus causas multifactoriales, requieren atención los aspectos familiares, sociales, culturales y por supuesto educativos. No se pueden dejar de mencionar los aspectos físicos como dietas extremas, pérdida de peso, la obsesión y compulsión por comer o el vómito; pero la raíz de estos trastornos se encuentra en alteraciones de tipo psicológico como baja autoestima, gran autoexigencia; así como perfeccionismo, miedo a madurar, ideas distorsionadas respecto a la imagen corporal, etc., por lo que la edad idónea para prevenirlos es antes del inicio de la adolescencia. Sin embargo, se pretende ayudar a mujeres adultas quienes por las mismas razones caen en ellos, principalmente en la bulimia, que es un trastorno menos evidente, y con el cual pueden lograr mantener su talla y peso bajo, con menor esfuerzo que mantener un régimen alimenticio que requiere de mayor control.

Esta propuesta está constituida por un taller dirigido a mujeres, de preferencia de edad adulta, para concientizarlas en cuanto a los problemas que causan los trastornos de la conducta alimentaria, en especial la bulimia.

El enfoque propuesto para este taller es Gestalt y Cognitivo-conductual, ya que puede ayudar a la persona a darse cuenta de sus verdaderas motivaciones para desarrollar comportamientos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Encontrar las causas emocionales de las que probablemente no estén conscientes y que las están induciendo a contemplar la posibilidad de recurrir a comportamientos inadecuados para obtener una “figura ideal” o un “peso corporal sano”.

Para Perls (1974), la psicoterapia Gestalt es un enfoque holístico de la experiencia humana que asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades que promueve la responsabilidad de los procesos, la conciencia de las propias necesidades y satisfacciones.

Es por eso que el objetivo de esta tesina, es concientizar a las mujeres adultas de las consecuencias que pueden acarrear los Trastornos de la Conducta Alimentaria, a través de un taller vivencial sobre bulimia.

5.2 Población

El taller se impartirá a mujeres entre 25 y 40 años de edad.

La población será mínima de 16 y máxima de 20 mujeres.

Las interesadas deberán haber asistido a una entrevista con la psicóloga que va a impartir el taller y haber llenado el cuestionario de ingreso (Anexo 2).

5.3 Instrumentos

Se elaboraron dos cuestionarios que serán aplicados en diferentes momentos de la primera sesión del taller:

- a) ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia nerviosas? Con este cuestionario se pretende conocer el grado de información que las participantes tienen acerca de la anorexia y la bulimia nerviosas; puesto que al ser dos padecimientos de los que actualmente se habla en todos lados, parece que la mayoría de las personas saben exactamente qué son. Sin embargo no todas las personas tienen la información correcta al respecto en cuanto a que sean enfermedades, los alcances que pueden tener, etc. No tiene una forma especial para calificarse. Únicamente se pretende saber el nivel de conocimiento que las participantes tienen al respecto. (Anexo 3).
- b) Cuestionario para detectar la tendencia a padecer algún TCA, Costin (2002). Con este cuestionario se pretende que las participantes se concienticen de cuantos de sus comportamientos pueden indicar cierta tendencia a presentar algún TCA. La autora lo creó como guía para orientar a quienes sospechan que un amigo, familiar, alumno o colega, presenta alguno de estos padecimientos. Este cuestionario tampoco tiene una forma especial para calificarlo; únicamente se debe atender al número de respuestas que la persona sí presente; si son más de cinco, es probable que exista un problema. (Anexo 4)

5.4 Procedimiento

Se elaborarán posters para invitar a las mujeres a participar en el taller, los cuales se colocarán en diferentes lugares como hospitales particulares, torres de consultorios médicos y de ayuda u orientación psicológica, al sur de la ciudad de México, en la delegación Tlalpan. (Ver anexos 1 A y 1 B).

A las personas interesadas se les entrevistará y aplicará el cuestionario de ingreso para obtener sus datos personales y la verdadera motivación o interés para participar en el taller (Anexo 2).

Durante la entrevista, que se apoya en la teoría Gestalt, se pondrá especial atención en el lenguaje corporal no verbal, reacciones emocionales, etc.; información que es muy útil para la psicóloga que impartirá el taller. Y la cual recabará para poder retomarla durante la realización del taller.

Posteriormente se procederá a realizar los trámites de inscripción y se les proporcionarán las indicaciones de fecha, hora, vestimenta adecuada, etc. La vestimenta deberá ser cómoda e informal para que puedan sentarse en el piso.

Se realizará en un salón de una escuela que imparte cursos de superación personal. Dicho salón tiene una amplitud aproximada de 40m², buena iluminación y ventilación, está alfombrado, con cojines y sin sillas.

1. El taller será vivencial, de 12 horas de duración, en 3 sesiones de 4 horas cada una. Se pretende que sea en un día y medio; por ejemplo: viernes de 10:00 a 14:00 horas y de 16:00 a 20:00 horas. Sábado de 10:00 a 14:00 horas.
2. Los ejercicios vivenciales se harán con un enfoque Gestalt y Cognitivo conductual.
3. La primera sesión consistirá en la presentación e integración de las participantes, desarrollando un clima de confianza que permita abordar el tema de los trastornos de conducta alimentaria.
4. Se aplicará el cuestionario ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia? Para explorar el grado de conocimiento que tienen sobre estos trastornos y se dará información sobre ambos trastornos, sus causas y consecuencias.
5. En la segunda sesión se trabajará con la autoimagen y la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre cada persona creando el deseo de lograr “una figura corporal idónea”.

6. Se hará énfasis en que la belleza se puede encontrar en diversos tipos de cuerpos, no sólo en los que promueve la publicidad
7. Durante la tercera sesión se abordará el tema de autoestima, basada en características internas de aceptación y amor a su propio físico. El conocimiento de su verdadera identidad y valía.
8. Para cerrar con la aplicación del cuestionario ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia? A fin de conocer qué tanto cambió su conocimiento acerca de los trastornos de alimentación.

5.5 Evaluación

Se aplicará por segunda vez el cuestionario “¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia nerviosas?” con la finalidad de saber si las participantes ampliaron su conocimiento a través del taller; comparando sus respuestas con las obtenidas en la primera aplicación del mismo.

También se realizará una dinámica de cierre, en la que se motivará a que la mayoría de las participantes expresen cómo se sienten y qué se llevan de su asistencia y participación en el curso.

5.6 Carta descriptiva

1ª Sesión

Nombre del ejercicio	Objetivo	Temática	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida y presentación	Que las participantes conozcan a la psicóloga	Exploración acerca de los conocimientos de las participantes sobre la anorexia y la bulimia	Copias de los cuestionarios ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia?	20 min
*Reglamento para el taller	Que se puedan sentir en confianza en un ambiente de seriedad en donde sepan que hay disciplina	Se leerán las reglas y también se aceptan sugerencias de otras, mismas que se escribirán en la cartulina	Colocar una cartulina con las reglas a seguir durante el taller	10 min
**"Yo soy..."	Presentación del grupo a través de un ejercicio proyectivo	Proyección	Hojas de papel y pluma para cada participante	40 min
Presentación del taller y objetivos	Promover la autoexploración a fin de saber el grado de riesgo que tienen de padecer un TCA	Informativa La psicóloga dará una breve y clara explicación acerca de los TCA y los problemas que acarrea a nivel psicológico, social, familiar, físico, etc.	Dos ilustraciones alusivas a la anorexia y a la bulimia, rotafolio y plumón	40 min
		RECESO		15 min
*Aplicación de un cuestionario	Promover en las participantes el "darse cuenta"	Que a través del darse cuenta conozcan el riesgo que tienen de padecer algún trastorno alimentario por los comportamientos que presentan	Hoja de cuestionario "Para detectar la tendencia a padecer algún TCA" y pluma para cada participante	35min
**"Revisando mi historia"	Exploración de las necesidades a través de la revisión de su historia personal	Necesidades	Hojas de papel y pluma. Aparato de sonido y un CD	1:20 horas

* Ver descripción de los ejercicios

2ª Sesión

Nombre del ejercicio	Objetivo	Temática	Materiales	Tiempo estimado
**"El cuerpo ideal"	Observar con actitud crítica la "figura ideal" que muestran las revistas en las modelos	Que tomen conciencia del sacrificio tanto físico como emocional que representa para las modelos tener y conservar la figura que su actividad profesional les demanda	Revistas de modas, hojas de papel y plumas para cada participante	60 min
**"Imaginándome en el espejo"	Que la persona de dé cuenta de cómo se relaciona con su imagen ante el espejo	Por lo general existe un gran rechazo de la propia figura cuando se mira al espejo; momento que generalmente se llena de juicios ante la imagen reflejada	Aparato de música y un CD Con música para meditar	60min
		RECESO		15min
Dinámica y reflexión. ¿Te parece que en realidad son bellas?	Que las participantes reflexionen sobre la verdadera imagen que proyectan las personas con TCA	Se les pide que en grupos de cuatro se sienten formando círculos. A cada grupo se les dará tres fotografías que deberán observar y comentar entre ellas en base a las preguntas escritas en el rotafolio: ¿Te parezco bonita, feliz, sana? ¿Soy una mujer exitosa? Posteriormente lo comentarán con todo el grupo. La psicóloga propiciará la reflexión haciendo énfasis en el deterioro físico, mental y emocional que se presenta conforme avanza la enfermedad. Se anotarán las conclusiones y comentarios.	Rotafolio, hojas blancas, plumas y fotografías de mujeres enfermas de anorexia o bulimia	1:20 horas
Conclusiones y comentarios de la sesión	Explorar como se sienten	Este espacio se aprovechará para saber cómo se van sintiendo todas las participantes, escuchando sus comentarios	ninguno	15 a 25 min

3ª sesión

Nombre del ejercicio	Objetivo	Temática	Materiales	Tiempo estimado
*Explorando tu autoestima	Reconocimiento de algunas cualidades	Se les pedirá que elijan una compañera para compartir la actividad, que consistirá en reconocer cualidades o atributos personales	Hojas y lápices	60 min
*Autoestima	Explorar la fragilidad o fortaleza de la propia autoestima	A partir de la auto observación, darse cuenta de la fragilidad o fortaleza de su autoestima	Letras de fomi para pegarlas en el pizarrón	45 min
		RECESO		15 min
Reforzando la autoestima	Promover el fortalecimiento de la propia autoestima a través del lenguaje	Se realizará una dinámica grupal para reforzar la autoestima de las participantes, solicitándoles completar la frase: "Yo soy valiosa y me quiero por..." Se realizará con todas sentadas en círculo y que observen qué pasa al decir y completar la frase, cómo se sienten, si les resulta fácil o no decirlo.		45 min
La grasa corporal y las dietas mal controladas	Que se den cuenta de la importancia que la grasa corporal tiene y las repercusiones de una dieta mal controlada	Mediante una breve plática, explicar la función de la grasa en el cuerpo y que no es solo antiestética; así mismo que si se están siguiendo dietas sin un control profesional adecuado, los efectos pueden ser contraproducentes; ya que además de recuperar con facilidad el peso perdido se puede perder músculo en lugar de grasa.	Pizarrón, gises, hojas de papel y plumas para cada participante	30min

Nombre del ejercicio	Objetivo	Temática	Materiales	Tiempo estimado
*Revisando mi identidad	Que las participantes puedan concientizarse de su propio identidad como única e irrepetible	Las participantes explorarán cómo se encuentra ese conocimiento de ellas mismas; primero en forma individual y después compartido con las compañeras.	Rotafolio, hojas y plumas para cada una y cartulina de colores recortada de 20 x 10 cm, una para cada participante	30min
Dinámica de cierre	Saber cómo están después de haber compartido este taller	Se aplicará otra vez el cuestionario con la finalidad de saber si ampliaron su conocimiento acerca de los TCA a través del taller. Formar un círculo en el centro del salón, sentadas, para que vayan expresando "cómo están", "cómo se sienten". No es obligatorio que todas compartan aunque sería enriquecedor para todas. Cada una tiene un minuto.	Copias del cuestionario: ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia?	15 min

5.7 Descripción de los ejercicios

Reglas para el taller

Es muy importante dejar las reglas claras desde el inicio, por lo que tendrás que establecer lo siguiente:

- 1) Tendrás que mantener tu celular apagado o en silencio durante toda la sesión.
- 2) Tendremos un descanso de 15 minutos cada 2 horas.
- 3) Si necesitas salir lo puedes hacer en silencio, lo mismo que al regresar para no interrumpir a tus compañeros. Siempre y cuando no sea durante un ejercicio o su procesamiento.
- 4) No es obligatorio compartir tus experiencias si no lo deseas.
- 5) Sólo tú podrás promover tu propio “darte cuenta” y nadie te obligará a que hables si no es tu decisión.
- 6) Daré una tolerancia de 10 minutos al inicio del taller, después no podrás entrar al salón hasta haber terminado el ejercicio que se esté ejecutando.
- 7) La regla de oro es que todo lo que pase dentro del salón durante el taller, deberá quedar en estricta confidencialidad.

Nombre del ejercicio: “Yo soy...”

Objetivo: Poder presentarse ante el grupo de una manera original y muy reveladora. Darse cuenta cómo a través de la descripción de la mujer o del hombre podrás darte cuenta que de esta manera también se están describiendo a sí mismas.

Tiempo: 40 min.

Ejecución:

Te pido que pongas a un lado todo lo que te pueda estorbar. Ahí sentado donde estas cierra tus ojos y pon atención a tu respiración. Observa como entra el aire a tus pulmones y como sale. Sólo observa... ¿Cómo estás? ¿Cómo está tu cuerpo?... ¿Cómo estás en este momento?... ¿Date cuenta cómo te encuentras aquí y ahora?

Ahora te pido que mantengas tus ojos cerrados y que traigas a tu mente, **a una mujer** ¿Cómo definirías a la mujer?... Solo observa si surge alguna imagen... ¿Si es así, cómo es?... ¿Qué características vienen a tu mente?... ¿Cómo podrías describir mejor su personalidad?...

Ahora te pido que vuelvas a tu respiración... Observa... ¿Cómo estás en este momento?... Ahora abre tus ojos. En frente de ti tienes una pluma y una hoja de papel en donde te pido que escribas 10 adjetivos que consideres definan a la mujer. En la parte de arriba de tu hoja pon estas palabras. **La mujer es...** Enumera las siguientes características. Cuando hayas terminado de escribir deja el papel y la pluma en la alfombra frente a ti, para que yo pueda saber que has terminado.

Ahora que ya terminaste, toma la hoja y donde anotaste la mujer es... táchalo y pon **Yo (pon tu nombre) soy una mujer...** Ahora, vuelve a leer lo que escribiste. ¿Cómo te sientes al leerlo de esta manera?... Solo observa... ¿Qué pasa dentro de ti?... Pregúntate... ¿Qué sensaciones están en este momento en ti al leer esta lista?... ¿Te es fácil aceptar lo que lees o lo rechazas? ¿Si tuvieras que describirte, así lo harías? ¿Omitirías o agregarías algo? Solo observa... ¿De qué te das cuenta?... ¿Qué sensaciones están en este momento en ti al leer esta lista?

Pre-procesamiento: Ahora te pido que empieces presentándote ante tus compañeros diciendo... Yo (tu nombre) soy una mujer... y descríbete utilizando tres de las características que encuentras en la lista con las que mejor te identificas.

Marco teórico de soporte:

En la proyección trato a una parte de mí mismo como si fuera parte del entorno. A menos que estemos claros de nosotros mismos, podremos ver el mundo exterior claramente. La gente que está siempre viendo crueldad o destrucción en el mundo exterior puede estar negando esto en sí misma. Una vez que reconozcamos nuestras propias cualidades, podremos ver aquellas que nos son difíciles de aceptar en los otros solamente cuando en verdad están presentes.

Una clave útil para identificar esas ocasiones en que puedo estar proyectando es cuando reacciono enérgicamente hacia algún aspecto de alguien que otros parecen no notar en particular. Entonces empiezo a sospechar de mi ceguera hacia las otras formas de comportamiento que esta persona seguramente tiene.

(Oldham, Key & Starak, 1988).

Aplicación del cuestionario (Anexo 4)

Objetivo: promover el “darse cuenta” a través de este cuestionario que responderán auto observándose en las sensaciones que surgen cuando van respondiendo las diferentes preguntas.

Tiempo: 35 min.

Procedimiento:

Se les entregará el cuestionario pidiéndoles que primero hagan unas respiraciones y noten como se sienten, qué sensaciones tienen. Se les pide que contesten el cuestionario tratando de que sea con absoluta sinceridad, ya que el beneficio es solamente para cada una. Se les da tiempo. Cuando la mayoría haya terminado se les pide que observen sus respuestas sin dejar de estar atentas a sus sensaciones, lo mismo si surgen otras o se incrementan en intensidad las que tenían, si no cambia nada.

Ahora con su hoja en la mano que miren alrededor y escojan a una compañera con quien quieran compartir su experiencia. Una será A y la otra B, como ellas elijan. Primero A compartirá con B como es esto de ver sus respuestas y B solamente escucha; posteriormente cambian y B habla y A escucha. Tienen 5 min cada una.

Al terminar se les pide que se sienten formando un círculo para compartir con todo el grupo. Se les pide que lo hagan a quienes quieran; 4 o 5 personas y que digan de qué se dan cuenta.

El “darse cuenta” del mundo interior es el contacto sensorial actual, lo que ahora siento desde debajo de mi piel, escozor, tensiones musculares, movimientos; cómo se manifiestan físicamente los sentimientos y emociones. Es con lo que se puede saber acerca de la realidad presente que se vivencia. En cada persona existe de diferente manera (Stevens, 2005).

Nombre: “Revisando mí historia”.

Objetivo: poder explorar por medio de una meditación guiada y de ejercicios vivenciales, las necesidades de cada persona en las diferentes etapas de su vida. Poder descubrir cuales fueron resueltas y cuáles no. Detectar si continúa alguna de ellas estando presente y si se tiene la necesidad de satisfacerla. Fomentar de esta manera el incremento del auto conocimiento y auto apoyo.

Tiempo requerido: 1:20 horas.

Ejecución:

Ahí sentado donde estás cierra tus ojos y solo escucha tu respiración. Siente como entra el aire a tus pulmones y como sale. Observa... ¿Cómo está tu cuerpo en este momento?... ¿Cómo estás?... ¿Cómo te sientes?...

Ahora te pido que mantengas tus ojos cerrados. Vas retrocediendo en el tiempo. Visualízate en tu infancia, en la edad en que tú consideres haya sido más significativa para ti... Revisa que sensación hay en este momento al estar frente a esta imagen... Estas frente a esta niña... Pregúntale... ¿Qué necesitas?... ¿Qué te hace falta? ... ¿Necesitas algo de alguien?... solo observa... ¿Qué necesitas?... ¿Al estar frente a esta niña, de qué te das cuenta?... ¿Qué sensaciones se despiertan en ti?... ¿En qué parte de tu cuerpo las sientes?... ¿Qué nombre le pondrías a esta sensación?... ¿Puedes percibir cuáles son sus necesidades en ese momento?... ¿Te gustaría hacer algo por ella?... Si es así, tomate el tiempo que necesites.... Ahora ve como la imagen de la niña se va metiendo dentro de ti, está en ti, es parte de ti. Quédate con esto un momento...

Ahora te pido que te visualices en tu adolescencia, trae a tu mente una imagen de esta etapa de tu vida, la imagen que consideres más significativa para ti. Estas frente a ti. ¿Puedes verte a esta edad?... ¿Cómo eres?... ¿Cómo es tu cuerpo en este momento?... ¿Qué sensaciones se despiertan en ti al ver a esta adolescente ?... Solo observa y pregúntate... ¿Qué necesitas?... ¿Cuáles son tus necesidades?... ¿Necesitas algo de alguien en especial?... ¿Qué te hace falta?... ¿De qué te das cuenta?... ¿Te gustaría hacer o decirle algo?... Si es así, tomate el tiempo que necesites... Ahora ve como la imagen de esta adolescente se va metiendo dentro de ti, está en ti, es parte de ti. Quédate con esto un momento...

Avanza en el tiempo y escoge un momento de tu vida ya de adulto, la que tú quieras... Si ya te pudiste visualizar, imagínate frente a ti... ¿Cómo estás?... ¿Cómo eres?... ¿Cómo es tu cuerpo en ese momento?... ¿Percibes los cambios que has tenido? ¿Qué sensaciones se despiertan en ti al verte en esta etapa de tu vida?... Pregúntate... ¿Qué necesitas?... ¿Qué te hace falta?... ¿Cuáles son tus necesidades?... ¿Necesitas algo de alguien?... ¿De qué te das cuenta?... ¿Te gustaría hacer algo en este momento?... Si es así, tomate el tiempo que necesites...

Ahora imagina como esta imagen se va fundiendo en ti, son una misma persona estas en ti... Ahora estas aquí, en este momento... ¿Qué te hace falta? ¿Qué necesitas?... ¿Hay algo que puedas hacer por ti?... ¿De qué te das cuenta?... ¿Puedes percibir si te hizo falta algo en tus diferentes etapas de la vida?... ¿Necesitas algo de alguien?... ¿Son estas necesidades del pasado, todavía están presentes?... ¿Qué similitud o diferencia encuentras en lo que necesitabas antes y lo que necesitas ahora?... ¿Hay algo que necesitas desde tu infancia y no has podido satisfacer hasta ahora?... ¿Te gustaría hacer algo por ti en este momento para satisfacer alguna necesidad?... Solo date cuenta...

Te pido que vuelvas a escuchar tu respiración. Estas aquí y ahora. Te pido que abras tus ojos. Frente a ti esta una pluma y una hoja de papel en blanco. Dóblala a la mitad y luego otra vez a la mitad, de tal manera que te quede dividida en cuatro. En una parte vas a poner: Infancia, en la otra adolescencia, en la otra vida adulta y momento presente. En cada espacio anota: ¿Cuáles eran tus necesidades en cada etapa?... ¿De qué te das cuenta?...

Cuando hayas terminado de escribir, deja tu papel y tu pluma frente a ti, sobre la alfombra para poder saber que ya acabaste. (Esperamos a que todos terminen). Ahora te pido que escojas a uno de tus compañeros con el que desees compartir tu experiencia o si prefieres puedes esperar a ser elegido. Solo observa.

Pre-procesamiento:

Ahora que estas frente a tu compañero decidan entre ustedes quien quiere ser A y quien B. A empieza a compartir y B solo escucha. Cuando A haya terminado B empieza a compartir y A sólo escucha. (Se les indicará cuando tengan que cambiar).

Procesamiento:

Cuatro personas.

Marco teórico de soporte:

La satisfacción de las necesidades depende menos del exterior y más del interior convirtiéndose la persona muchas veces en su propio satisfactor o pudiendo posponer con más tranquilidad interior y más realismo aquellas necesidades que en el momento

presente no es posible satisfacerlas o no es conveniente para la persona y su situación; todo ésto gracias a un desarrollo en la autonomía de la persona.

Una característica importante de la persona que se ha tomado en cuenta a sí misma y que se tiene afecto es que comprende que para satisfacer una necesidad puede haber una multitud de satisfactores. El abanico de posibilidades se abre y por lo mismo satisface más rápidamente sus necesidades. Por ejemplo: si tiene necesidad de afecto esta necesidad la puede satisfacer con sus amigos, con su pareja, con sus hijos, con sus familiares, etc. (Muñoz, 2003).

Nombre del ejercicio: “El cuerpo ideal”

Objetivo: Conscientizar a las participantes del manejo de las revistas y la publicidad en cuanto al cuerpo ideal.

Tiempo: 60 min.

Ejecución:

Se formarán parejas y se les pedirá que escojan revistas de las que están en el centro del salón, sobre el piso. Que cada una observe a las modelos que encuentre en la revista que escogió, en silencio; tomando el tiempo que necesiten para percibir las sensaciones que las imágenes les provoca.

La psicóloga va haciendo observaciones como:

¿Te parece natural la imagen que estás observando?

¿Si tú te tomas una fotografía, te verías así como las mujeres que están en la revista?

Observa qué te pasa al observarlas; si sientes admiración, envidia de no poder estar como ellas, o quizá las ves muy artificiales. ¿Qué te sucede al verlas?

Se les deja unos minutos para que sigan observando y luego se les pide que compartan con su compañera lo que sintieron y lo que piensan.

Procesamiento:

Posteriormente y en círculo, sentadas en el piso, se les pedirá a las que deseen compartir con el grupo si esa delgadez la consideran realmente hermosa y accesible para la mayoría de las mujeres y si consideran que esa figura se puede obtener sin arriesgar su salud.

Nombre del ejercicio: “Mi imagen en el espejo”

Objetivo: promover el darse cuenta de la persona cuando observa su imagen, cuando se mira en el espejo.

Tiempo: 60 min

Ejecución:

Ahí sentado donde estás cierra tus ojos y sólo escucha tu respiración. Siente como entra el aire a tus pulmones y como sale. Observa... ¿Cómo está tu cuerpo en este momento?... ¿Cómo estás?... ¿Cómo te sientes?... Checa cómo es tu respiración... No modifiques nada, solo date cuenta de cuáles son tus sensaciones, tus sentimientos.

Imagina que estás de pie frente a un espejo... visualízate detenidamente... tu figura, tu postura, tu cabello, tu rostro... ¿Qué te gusta de ti, cómo te ves a ti misma?... Y mientras lo haces date cuenta de lo que te está pasando. Quédate así un momento; observa si quieres decirte algo.

Llegó el momento de despedirte de tu imagen, ya no estás frente al espejo... Sigue en contacto con tu respiración y con esas sensaciones que surgieron... Checa cómo estás en este momento... Y cuando esté bien para ti, a tu ritmo, puedes abrir los ojos.

Para compartir tu experiencia escoge a una compañera. Date cuenta si tú escoges o te dejas escoger. Pónganse de acuerdo quien lo hará primero y quien después; cada una tiene 5 minutos, yo les aviso cuando hagan el cambio.

Procesamiento:

Ahora todo el grupo se coloca en su lugar y desde ahí se les pedirá a 4 o 5 personas, quienes quieran, que nos compartan su experiencia.

Nombre del ejercicio: “Explorando tu autoestima”

Objetivo: Explorar el conocimiento de sí mismas y su capacidad de reconocimiento acerca de sus cualidades.

Tiempo: 60 min

Ejecución:

Se les pedirá elegir una pareja con quien deseen trabajar; que busquen un lugar en el salón en donde quieran sentarse y se acomoden; ahí sentadas se les pedirá que cierren los ojos, que respiren poniendo atención a su respiración.

En ese momento la psicóloga empezará a dar indicaciones:

Fíjate cómo estás, cómo te sientes, si estás cómoda, si no, checa tu postura, acomódate... ahora checa tus sensaciones... tus emociones... y tratando de no modificar tu estar y a tu ritmo vas a abrir tus ojos. En la hoja que tienes en tus manos te voy a pedir que escribas dos atributos físicos que te agraden de ti misma (darles tiempo para que lo hagan) y observa cómo es para ti esta experiencia. Ahora escribe dos cualidades de tu personalidad que puedas reconocer, ¿te cuesta trabajo reconocerlas, o lo haces fácilmente? Sólo date cuenta... ahora escribe dos habilidades de las cuales te sientas orgullosa; y finalmente, dos cosas que te gustaría que te dijeran.

Se les da tiempo para completar la lista y cuando la mayoría haya terminado se les pide que observen lo que escribieron al tiempo que se les pregunta cómo fue esta experiencia para cada una de ellas; si algún aspecto no lo pudieron realizar, si les dio pena, o tal vez aun habiendo escrito algo, se sienten incrédulas de los que escribieron.

Ahora se les pide que con su compañera compartan estas reflexiones; una primero y otra después. Se les dará 10 min a cada una. Se les indica cuando sea momento de que una concluya para escuchar a su compañera.

Procesamiento:

Al finalizar el tiempo de los dos grupos se hará el procesamiento general, en el cual, cada una presentará a su compañera basándose en lo que escribió en la hoja y la psicóloga enriquecerá cada presentación con un comentario positivo al respecto.

Lo mismo se hará con cuatro o cinco parejas.

Nombre: “Autoestima”

Objetivo: Explorar a fortaleza o fragilidad de su autoestima.

Tiempo: 45 min.

Ejecución;

Con las letras de fomi se forma la oración “Todos somos personas valiosas y merecemos el respeto de los demás” que se pegará en el pizarrón.

Se les pide a todas las participantes que la lean en silencio; que observen si surge alguna sensación, lo que sea, está bien.

Se les dice que esas letras se refieren a la autoestima y que lo mismo pueden estar bien pegadas como en el pizarrón, al tiempo que trata de jalar una y no se despegas; o pueden estar débilmente pegadas, se jala una de las letras que se desprenda con facilidad. Igual sucede con nuestra autoestima y cuando es frágil se lastima fácilmente; es decir, cuando alguien nos critica, o nos desprecia o desvalora; se pueden ir cayendo las letras. Lo mismo sucede si hacemos lo mismo a otra persona.

Se cuenta una breve historia de una persona que en su rutina diaria va teniendo experiencias negativas. Se van cayendo esas letras una a una hasta quedar una frase sin sentido. De igual manera se deteriora su autoestima.

Procesamiento:

Se les sugiere, a quienes lo deseen, hacer comentarios al respecto.

También la psicóloga aprovecha para hacer comentarios de que con gestos, formas de contestar, de reaccionar, las palabras que utilizamos, podemos lastimar a otras personas, o nos puede suceder a nosotras mismas.

Se les motiva a que participen haciéndoles notar que sus comentarios enriquecen al grupo.

Nombre: “Revisando mi identidad”

Objetivo: que las participantes tomen conciencia de que su identidad es única y por lo tanto se debe fortalecer.

Tiempo: 30 min.

Ejecución:

Ahí sentado donde estás cierra tus ojos y sólo escucha tu respiración. Siente como entra el aire a tus pulmones y como sale. Observa... ¿Cómo está tu cuerpo en este momento?... ¿Cómo estás?... ¿Cómo te sientes?...Checa cómo es tu respiración... No modifiques nada, solo date cuenta de cuáles son tus sensaciones, tus sentimientos.

Ahora te pido que vayas contestando a las siguientes preguntas: ¿Quién soy?... ¿Cómo soy?... ¿Qué deseo?... checa cómo es esto para ti; ¿Te resulta fácil responder a estas preguntas, o acaso sientes que no lo puedes, hacer?... no hagas nada, sólo date cuenta. Te voy a dar unos minutos para que pienses en estas preguntas.

Procesamiento:

Se les invita a compartir con el grupo sus reflexiones sobre las preguntas anteriores, tratando de generar una lluvia de ideas sobre la necesidad de asumir su identidad; y en caso de que alguna piense que no la tenía definida, ayudarla a reconocer si algo la detiene a asumirla, que se den cuenta de que cada persona tiene su propia identidad y que desear tener el cuerpo de otra persona no es lo más conveniente.

Finalmente, la psicóloga escribe en el rotafolio la frase:

“Toda persona que nace, representa algo nuevo, algo que no había existido antes, algo original y único; sólo tú tienes la capacidad de conservarlo”.

Se les pide que tomen una de las cartulinas de colores y copien la frase; se la pueden llevar y colocarla en su casa en un lugar en que la puedan ver y leer constantemente

CONCLUSIONES

Conclusiones

Se puede decir que los trastornos de la conducta alimentaria existen desde hace siglos, pero los conocimientos como tal son relativamente nuevos y presentan padecimientos peligrosos que causan daños físicos, cognitivos y emocionales; que en muchos casos son irreversibles, pudiendo causar la muerte. Resultando de suma importancia concientizar a la población, no sólo de su existencia, sino de la vulnerabilidad que la mayoría presenta a padecer alguno de ellos en cualquier momento.

Como se expuso durante la presente tesina y en base a diversos autores, la anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos que deben su origen a múltiples causas: socioculturales, psicológicas y familiares, las cuales predisponen, precipitan y/o perpetúan la enfermedad. Y que es necesario, si no indispensable tenerlos presentes cuando se sospecha o se sabe con certeza de que una persona puede tener alguno de estos trastornos.

Resulta evidente que el deseo de mantener una figura corporal determinada es un hecho inseparable del ambiente exaltado por los medios de comunicación y la presencia de imágenes de artistas y modelos que acaparan la publicidad y cuya figura es verdaderamente irreal, pero que invitan a ser imitadas; creando cierta obsesión por la delgadez, que se desea alcanzar a cualquier precio, como las dietas que van acompañadas de un terrible miedo a subir de peso.

Aunado a esto, existen diversas evidencias médicas que señalan los componentes genéticos hereditarios, bajos niveles de serotonina y altas concentraciones de cortisol; y que además puede existir cierto grado de vulnerabilidad emocional con problemas de identidad, baja autoestima, experiencias previas de fracasos, entre muchos otros; lo que genera la idea de incapacidad para el logro de metas por falta de seguridad y valor personal. A este aspecto no se le ha brindado la debida importancia dentro de nuestra disciplina, sin embargo existen estudios realizados como el de la Dra. Bulik de la Universidad de Virginia Commonwealth (citado en DeAngelis, 2002). La Dra. Bulik, una autoridad en los desórdenes alimenticios considera que se pueden tener ciertas susceptibilidades genéticas a los trastornos alimentarios; condicionadas por las alteraciones en los genes del cromosoma 1; y dice que:

“es como si varios genes predispusieran a las personas a dichos trastornos, siendo probable que no sea un solo gen el que cause la anorexia nerviosa, sino un número de genes que predisponen a la persona a estos padecimientos”. Estos genes pueden incluir variables de personalidad, tales como ansiedad, perfeccionismo, o bien, factores hormonales y del apetito, que se han comentado con anterioridad.

Por lo anterior se puede decir que los trastornos de la conducta alimentaria van acompañados de un autoconcepto distorsionado, que al igual que la autoestima se forman desde la niñez y, al no ser atendido se puede mantener así hasta la edad adulta.

Al respecto, Branden (1991), dice que la autoestima es la forma en que las personas se experimentan a sí mismas e influye sobre cada momento de su existencia; en base a la autoevaluación fijan sus metas, eligen sus valores y enfrentan los retos de la vida. Sus reacciones a los acontecimientos están conformadas por quienes son y quienes creen que son, por lo tanto el juicio más importante que emiten sobre sí mismos. Por tal razón se dice que la autoestima es una necesidad humana básica que va asociada a un buen ajuste psicológico; de tal forma que una autoestima favorecida pueda protegernos de las situaciones del medio que nos exponen a autoevaluaciones continuamente.

La incidencia de bulimia y anorexia ha tenido un notable incremento en las últimas décadas, siendo el mayor porcentaje de mujeres que de varones; y la cifra sigue en aumento extendiéndose a diversas clases sociales, en diversos países, aunque sigue siendo de predominio occidental principalmente y cada vez su aparición es a más corta edad; por lo que la preocupación para toda la sociedad también es mayor.

En México ha habido un incremento de dichos padecimientos hasta en un 60%, o sea, que de cada tres personas, dos las padecen. Razón por la que han surgido diferentes tipos de tratamientos desde médicos, nutricionales, psicoterapéuticos y hasta quirúrgicos, pero aún así el incremento en la incidencia se sigue presentando.

De ahí la importancia de proponer en esta tesina un taller preventivo dirigido a mujeres adultas puesto que son los pilares de la familia y quienes de una u otra forma pueden inducir o impedir que sus seres queridos caigan en estos padecimientos. Además de que se ha observado cierta tendencia de la mujer que a cierta edad empieza a cuidar en exceso su apariencia personal, incluyendo una marcada obsesión por su figura.

Aquí se proponen dos enfoques que son: la terapia cognitivo conductual y la terapia gestalt. Mediante la primera se ayudará a la persona a fijar nuevos objetivos o metas para la modificación de la conducta alimentaria, por el aprendizaje de conductas más adaptativas; apoyándose en el reforzamiento, el proceso de estímulo-respuesta y extinción.

Como ya se mencionó anteriormente, es conveniente que el abordaje para la bulimia y la anorexia nerviosa sea multidisciplinario, en donde la TCC solamente constituya una parte del tratamiento. Puesto que como menciona Chinchilla (2003), el desarrollo de

técnicas y procedimientos para tratar la comorbilidad y las complicaciones psíquicas en los trastornos de alimentación aún son insuficientes.

En cuanto a la psicoterapia gestalt, terapeuta y paciente explorarán todos aquellos aspectos de la personalidad de la paciente que, tal vez, sin darse cuenta la están induciendo a buscar solución a sus problemas mediante los trastornos de la conducta alimentaria. Esta se puede apoyar en la teoría paradójica del cambio, o bien, explorar si existe algún bloqueo en el ciclo de la experiencia, que bien puede ser lo que induzca a la persona a alguno de estos comportamientos.

Lo que se busca con el desarrollo del taller, cuyo objetivo preventivo es lograr la sensibilización y el darse cuenta de las participantes, mujeres adultas; así como promover la responsabilización en los procesos y la toma de conciencia de las propias necesidades y satisfacciones, a fin de que si ellas lo requieren soliciten la orientación adecuada a su problemática. Sin perder de vista las resistencias que pudieran presentar al darse cuenta, lo que disminuiría el éxito del taller a pesar de ser éste un aspecto completamente personal. Es por esto que se propiciará un ambiente de confianza y seguridad en donde las participantes compartan intereses y problemáticas similares para que se sientan con plena libertad de expresión.

El papel de la psicología y sus aportes son muy útiles ya que por medio de dos enfoques terapéuticos que son muy diferentes uno del otro, se han conjuntado aquí para crear un espacio en el que se busca un equilibrio para las participantes, generando nuevas alternativas en sus vidas; lo cual no sería posible sin el estudio de estas dos teorías por medio de la psicología clínica.

Alcances y Limitaciones

Se considera que esta propuesta de taller puede tener resultados sorprendentes si con lo que aquí se propone despierta el interés e inquietud en la población a la que va dirigida, ya que:

Al hacerse conscientes de los problemas que los TCA, representan no solo para la familia sino para la sociedad en general, las participantes evitarán caer en comportamientos que las conduzcan a encontrar en ellos la solución a su deseo de verse más jóvenes o esbeltas. Así como a buscar ayuda para encontrar las razones de fondo que hacen que se comporten de tal manera.

Estarán más vigilantes de cómo se comportan los miembros de su familia y poder detectar a tiempo si existe el riesgo de algún padecimiento alimentario y poder prevenirlos.

Por la manera en que está elaborado el taller, permitirá que se detecte en las participantes síntomas de los trastornos a pesar de que ellas se resistan a aceptarlo y brindarles la asesoría adecuada. O bien, la probable existencia de alguna otra patología, pudiendo entonces ser canalizada donde obtenga la ayuda adecuada.

También existe la posibilidad de que entre las personas interesadas se encuentren quienes no estén lo suficientemente informadas respecto al tema y con el taller queden mejor enteradas de lo que estos padecimientos son, los riesgos que representan y la dificultad para combatirlos; quedando con esto cubierto parte del objetivo únicamente.

Por otro lado existen situaciones limitantes que pudieran impedir que el taller se realice; y esto puede ser por falta de difusión, o bien, que a pesar de que tenga la promoción adecuada y suficiente no se reúna el número de personas interesadas que se requiere para impartir el taller.

Puede suceder que entre las personas interesadas que acudan por información, se encuentren fuera del rango de edad especificado.

Otra limitante pudiera ser la pérdida de interés durante el taller y que lo abandonen sin haber concluido. O bien, que en la aplicación del cuestionario ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia nerviosa?, no se encuentren diferencias importantes.

Referencias

Referencias bibliográficas

- Armas, J. (2003). *Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas No. 56. Época II. ¿Qué es la psicoterapia gestalt?*
www.coplaspalmas.org/07biblio/psicot/psicot09.pdf Consultada el 1º de febrero de 2011.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Branden, N. (1991). *El poder de la autoestima; cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2005). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (Vols. 1-3). (2ª Ed.). España: Siglo XXI, 2008.
- Chávez, I. (2004). *Estudio comparativo en cuanto a la efectividad en la reducción de peso entre un tratamiento cognitivo-conductual y uno nutricional*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: Elsevier.
- Coopersmith, S. (1996). *The antecedents of self esteem consulting*. USA: Psychologist Press.
- Costin, C. (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios*. México: Diana
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- DeAngelis, T. (2002). *A genetic link to anorexia*. Monitor on psychology eating disorders. 33, no. 3. Pag.34.

- Elliot, L. (2005). *Anorexia y bulimia: consejos para detectarlas y evitarlas*. México: Planeta Mexicana.
- Fagan, J & Shepherd, I. (2005). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Guillemont, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Madrid: Masson.
- Hernández, V. (2010). *Taller para prevenir anorexia y bulimia en adolescentes de educación básica*. Tesina de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Holtz, V. (1992). *Trastornos de la alimentación*. Universidad Iberoamericana.
- Kadzin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. (3ª Ed.). Desclee de Brouwer.
- Kepner, J. (1992). *El proceso corporal. Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno.
- López, J. & Valdés, M. (Eds.). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Masson.
- Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.
- Mckay, M. & Fanning, P. (1999). *Autoestima, evaluación y mejora*. Madrid: Martínez Roca.
- Mesa, D. (1998). *La bulimia como ajuste creativo en la adolescencia y su abordaje*. Revista No. 4 Figura Fondo. Publicación semestral. México: IHPG.
- Muñoz, M. (2003). *Psicología humanista*. Compilación de artículos. (Vol. 2). México: IHPG.
- Ogden, J. (2003). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. España: Morata.
- Oldham, J., Key, T. & Starak, I. (1988). *El riesgo de vivir*. (2ª Ed.). México: El Manual Moderno.

- Olvera, A. & Mercado, L. (2007). *Programa de realidad virtual y entrenamiento en habilidades sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Perls, F. (1974). *El enfoque gestáltico*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2005). *Esto es gestalt. Colección de artículos sobre terapias y estilos de vida gestáltica*. Chile: Cuatro Vientos.
- Rosenberg, M. (1996). *Counseling de self. Basic Book*. New York.
- Salama, H. (2007). *Psicoterapia gestalt: proceso y metodología*. (4ª Ed.). México: Alfaomega.
- Schub, N. (2003). *La autoestima: un enfoque gestalt*. México: CEIG.
- Sherman, R. & Thompson, R. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Silva, C. (2007). *Trastornos alimentarios: cómo prevenir, detectar y qué hacer si se presentan*. México: Pax.
- Stevens, J. (2005). *El darse cuenta*. Chile: Cuatro Vientos.
- Toro, J. & Vilardell, E. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Vásquez, C. (2003). *Psicoterapia gestalt: conceptos, principios y técnicas*. www.psicología-online.com/colaboradores/cvasquez/gestalt.shtml Consultada el 1º de febrero de 2011.
- Weitzmer, A. (2008). *Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo*. México: Pax.

Wilber, K. (1995). *El Proyecto Atman*. Barcelona: Kairos.

Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Chile: Cuatro Vientos.

Zinker, J. (2004). *El proceso creativo de la terapia gestáltica*. México: Paidós.

ALEXOS

¿Te obsesiona tu figura?



Te invitamos al taller para
prevenir los Trastornos de la
Conducta Alimentaria.

Trataremos especialmente los temas de bulimia y anorexia
en mujeres adultas.

Anexo 1 A

¿Te obsesiona tu figura?



¿Sientes culpabilidad después de comer en exceso?

¿Sabes qué es la bulimia?

¿Te sientes en riesgo de ser bulímica?

Te invitamos al taller para prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Trataremos especialmente los temas de bulimia y anorexia en mujeres adultas.

Anexo 1B

Anexo 2

Formato de entrevista para el participante del taller

Fecha: _____

Datos generales

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Origen: _____

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Hijos: _____

Dirección: _____

Teléfono domicilio: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Actualmente está en proceso
psicoterapéutico? _____

¿Cuáles son tus pasatiempos o
diversiones? _____

Interés para asistir al taller
Observaciones: _____

Anexo 3 Sesión 1

¿Qué sabes sobre bulimia y anorexia nerviosas?

Marca con una **X** aquellas afirmaciones con las que estés de acuerdo.

- La alimentación es lo principal para la belleza.
- Dejar de comer es peligroso y mortal.
- La anorexia y la bulimia son enfermedades.
- Si no se atienden la anorexia y la bulimia pueden ser mortales.
- Solamente eres atractiva si estás esbelta.
- Los laxantes adelgazan.
- La anorexia y la bulimia tienen consecuencias importantes sobre la salud.
- Para triunfar en la vida es necesario estar delgada.
- La anorexia y la bulimia pueden causar tristeza y soledad.
- Mi cuerpo absorbe nutrientes de las grasas que consumo.
- El talento y el éxito solo acompañan a las mujeres delgadas.
- La publicidad muestra imágenes irreales de mujeres flacas.
- Bajar de peso muy rápido pone en riesgo la salud.
- La anorexia y la bulimia son muy peligrosas.
- Conozco algunas consecuencias de la anorexia y la bulimia.

Anexo 4 Cuestionario para detectar la tendencia a padecer algún TCA

- ¿Hace cualquier cosa por evitar el hambre y evita comer a pesar de tener hambre?
- ¿Le aterra estar gorda o subir de peso?
- ¿Vive obsesionada y/o preocupada por la comida?
- ¿Ingiere grandes cantidades de comida en secreto?
- ¿Cuenta las calorías de todos los alimentos que ingiere?
- ¿Después de comer, desaparece para ir al baño?
- ¿Vomita, ya sea ocultándolo o sin que le preocupe?
- ¿Se siente culpable después de comer?
- ¿Se preocupa por el deseo de bajar de peso?
- ¿Se debe ganar lo que come mediante el ejercicio?
- ¿Usa el ejercicio como castigo por comer demasiado?
- ¿Se preocupa por la grasa de los alimentos y del cuerpo?
- ¿Cada vez evita más grupos alimenticios?
- ¿Sólo come alimentos sin grasa o “de dieta”?
- ¿Se convierte en vegetariano (en algunos casos no come leguminosas, queso, nueces ni otras proteínas vegetales)?
- ¿Manifiesta un control estricto de la comida: en cuanto al tipo, la cantidad y el momento en que ingiere los alimentos?
- ¿Se queja de que los demás lo presionan para que coma más o menos?
- ¿Se pesa obsesivamente y siente pánico cuando no tiene una báscula a la mano?
- ¿Se queja de estar demasiado gordo a pesar de estar delgado o en su peso normal?
- ¿Por sentirse gorda, se aísla socialmente?
- ¿Come siempre que está alterado?
- ¿Empieza dietas y las suspende?
- ¿Se priva de los alimentos nutritivos, prefiriendo dulces o bebidas alcohólicas?
- ¿Se queja de alguna parte de su cuerpo y pide constantemente opinión al respecto?
- ¿Comprueba siempre como le queda un cinturón, un anillo o la ropa “para flacos” para verificar si le aprieta demasiado?
- ¿Comprueba la circunferencia de los muslos, cuando está sentado; y el espacio entre los muslos cuando está de pie?

(Costin, 2002)

GLOSARÍO

Glosario

Asunto inconcluso: Es algo que se queda pendiente, una necesidad inacabada, por lo general con alguna otra persona. Pudo ser algo que no se aclaró, que no se habló. Experiencias importantes que no han sido completadas.

Atracón: se caracteriza por la ingesta de una gran cantidad de comida, por lo general alimentos ricos en hidratos de carbono, en un lapso muy corto de tiempo; y con la sensación de no poder controlar qué ni cuanto se come, después de lo cual la persona se siente culpable y disgustada consigo misma.

Autorregulación orgánica: estructura capaz de establecer un soporte material de transferencia energética homeostática, cuando es estimulada por el medio en condiciones favorables. Apenas una tarea se completa y concluye, ésta retrocede al fondo y permite que otra emerja al primer plano, que se vuelve más importante.

Caquetizante: que consume a la persona hasta dejarla en “los huesos”. Generalmente son enfermedades graves y crónicas como: cáncer, SIDA, tuberculosis, Alzheimer, anorexia nerviosa, trastornos digestivos, etc.

Condicionamiento operante: es un tipo de aprendizaje asociativo que tiene que ver con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias. Estas nuevas conductas operan sobre el ambiente.

Confluencia: es un fenómeno básico que puede designar el modo de contacto con todo lo que se conforma como figura en un momento dado. No hay límites.

Consunción nerviosa: primera descripción clínica de la anorexia nerviosa en 1694.

Deflexión: es una forma de soslayar o evita el contacto directo, ya sea con una persona o situación. Un medio para enfriar el contacto real.

Esquemas cognitivos: son construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían nuestra conducta y emociones de manera “inconsciente”. Son representaciones mentales de nuestra experiencia en la vida.

Estímulo: es cualquier cosa o agente físico, químico, mecánico, etc., que desencadene una reacción o respuesta funcional en un organismo.

Extinción: proceso mediante el cual una conducta deja de emitirse al discontinuar el reforzamiento que la mantenía. Una conducta o respuesta se acaba porque deja de recibir lo que hace que exista.

Formación de figura: es cuando se reconoce la necesidad que se necesita satisfacer.

Gestalt: es una palabra de origen alemán que puede ser estructura, configuración, figura, forma o totalidad. También se utiliza como una necesidad de ser satisfecha.

Holístico: es un todo integrado por cuerpo, emociones, pensamientos y conductas.

Interpsíquico: es algo que se manifiesta en la relación interpersonal entre dos o más individuos.

Intrapsíquico: es algo que sucede internamente en el individuo.

Introyección: es el proceso mediante el cual una persona se relaciona con la información. Se capta algo del exterior haciéndolo pasar al interior y se asimila.

Mórbida: lo que produce enfermedad o alteración en la salud.

Procesos atentosivos: son procesos que pueden contribuir al establecimiento de patrones de adaptación, ya sea adecuados o inadecuados; provocando conductas adaptativas por medio de respuestas adecuadas, o bien, respuestas disfuncionales.

Proyección: es el proceso mediante el cual el individuo coloca en el entorno algo que le pertenece y no lo puede asumir. Lo ve perfectamente afuera pero no lo acepta como suyo.

Ptisis: tuberculosis.

Reforzamiento: es un procedimiento mediante el cual se presenta al sujeto un estímulo que puede ser agradable o desagradable inmediatamente después de la realización de la conducta, lo cual provoca que dicha conducta se siga presentando o no.

Resistencia: cualquier obstáculo intrapersonal que estorbe el movimiento, oponiéndole una barrera pertinaz y ajena a la conducta natural del sujeto.

Retroflexión: es el proceso en el cual el individuo realiza sobre sí aquello que estaría destinado al entorno.

Set-point: es el peso corporal genéticamente determinado que cada individuo tiene, no puede ser modificado y el organismo siempre tiende a regresar a él y disminuye el ritmo metabólico.