



**UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN**  
INCORPORADA A LA UNAM

---

---

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

CLAVE DE INCORPORACIÓN 895225

“ESTUDIO DOCUMENTAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA  
EN ADOLESCENTES”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A**

JUAN CARLOS ESCOBAR SILVA.

ASESOR

Lic. Mauricio Ismael Campos Cano

NEZAHUALCÓYOTL, MÉXICO, AGOSTO DEL 2017.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos:**

Los que a continuación menciono, para mí son parte de este logro, ya que ustedes lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño sea reflejado en esta tesis.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado en todo momento, por guiarme y brindarme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, por darme paciencia y valor para cambiar las que sí puedo y sobre todo, sabiduría para reconocer la diferencia.

A mi Abuela Tolina por haber sido el mayor ejemplo de vida que tuve, a ella le dedico todo el esfuerzo que para mí implicó la realización de este trabajo.

Le doy gracias a mi Madre Luz María por su incondicional apoyo en todo momento, por los valores inculcados al momento de transmitirme su educación y sobre todas las cosas, por ser la persona más importante en mi vida. Te amo mamá.

A mi hermana Karla, a la que amo con todo mi corazón.... A ella, por ser parte medular de mi vida, por llenarme de alegrías e infinitas risas, por ser para mí un ejemplo de fortaleza y tenacidad, por estar conmigo siempre.

A mis amigos por motivarme siempre con su presencia y su inagotable y característico humor.

A Jessica por llegar a mi vida y desde ese momento adoptar mis dificultades y alegrías como propias, encontrando siempre en ella fortaleza y motivación para seguir con fuerza.

### **Profesores:**

Al Profe Mauricio Campos asesor de esta tesis, le estoy agradecido profundamente porque a pesar de no haber tenido la fortuna de compartir aula con él, en el proceso de realización de la presente dejo una marca indisoluble en mi desarrollo profesional; la pasión, el compromiso y el empeño que despliego nutrió mi formación, fortaleciendo en todo momento el sentido de responsabilidad que el especialista en la salud ejerce en el día a día.

Al maestro y amigo Francisco Sánchez por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, fue él quien con su enorme conocimiento comenzó a marcar el camino a seguir de este trabajo.

Al maestro José Manuel, gracias a él por enseñarme, aconsejarme e instruirme en el camino del buen estudiante, por darme su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles de esta investigación, siempre dispuesto a ayudar en los momentos más duros.

## Índice:

Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
Planteamiento del problema	6
Preguntas de investigación	6
Objetivos de investigación	7
Objetivo general	7
Objetivo específico	7
Justificación	8
Capítulo 1. Adolescencia	9
1.1 Concepto de adolescencia	10
1.2 Teorías sobre la adolescencia	13
1.3 Los cambios en la adolescencia	23
1.4 La crisis de la adolescencia	35
Capítulo 2. Anorexia Nerviosa	38
2.1 Antecedentes históricos	39
2.2 Clasificación de la anorexia nerviosa	46
2.3 Etiología de la anorexia	51
2.4 Factores de riesgo	53
2.3 Instrumentos para detectar anorexia nerviosa en México	63
Capítulo 3. Factores psicosociales presentes en la anorexia nerviosa	76
3.1 La identidad	77
3.2 Distorsión de la imagen corporal	79
3.3 La autoestima	85
3.4 Los medios de comunicación y la presión social	88
3.5 Los factores cognitivos	94
Capítulo 4. Prevención de la anorexia nerviosa	97
4.1 ¿Qué es la prevención	98
4.2 Tipos de prevención	100

4.3	Tipos de intervención	105
4.4	Técnicas de intervención y tratamiento	121
4.5	La intervención desde la psicoterapia Gestalt	129
4.6	Propuesta de intervención	137
4.7	Metodología	139
4.8	Procedimiento	143
4.9	Conclusiones	157
4.10	Discusión	159
4.11	Referencias	163
4.12	Anexos	175

*“No es cierto que la sociedad sufra bajo la anormalidad mental de algunos de sus miembros. Sucede más bien que la sociedad es patógena, es decir, generadora de enfermedad y precisamente sus miembros más sensibles padecen esa patología.”*

*Paul Watzlawick.*

## **Resumen.**

El presente trabajo tiene como objetivo revisar la multiplicidad de factores asociados al desarrollo de la anorexia nerviosa en mujeres adolescentes, con el fin de brindar al especialista en la salud, alternativas de intervención preventivas; lo anterior tiene la finalidad de actuar directamente sobre estos factores y poder influir sobre la prevención en mujeres adolescentes que presentan mayor propensión a desarrollar anorexia nerviosa. Con el resultado final de la presente tesis, se ha generado el diseño de una propuesta de intervención preventiva-formativa, tal ofrecimiento encuentra sus bases dentro de la psicoterapia Gestalt; de este manera, se tiene establecido que con en el diseño de dicha propuesta de intervención aquí construida, las adolescentes identificadas con mayor probabilidad de expresar sintomatología anoréxica en años cruciales dentro del ciclo de vida, desarrollen factores de protección y estén mejor preparadas para frenar la instauración de este Trastorno de la Conducta Alimentaria. En concreto, esta investigación explora una alternativa para la psicología clínica en la atención y prevención de la anorexia nerviosa con base al análisis documental del fenómeno.

**Palabras clave: Adolescencia. Anorexia Nerviosa. Prevención. Gestalt.**

Abstrac:

The present study aims to review the multiplicity of factors associated with the development of anorexia nervosa in adolescent women, in order to provide preventive intervention alternatives to the health specialist; The above has the purpose of acting directly on these factors and be able to influence prevention in adolescent women who are more likely to develop anorexia nervosa. With the final result of the present thesis, the design of a proposal of preventive-formative intervention has been generated, such offer finds its bases within the Gestalt psychotherapy; In this way, it is established that in the design of the intervention proposal constructed here, adolescents identified as being more likely to express anorexic symptoms in crucial life-cycle years, develop protective factors, and are better prepared to stop the disease. Establishment of this Eating Disorder. In

particular, this research explores an alternative for clinical psychology in the care and prevention of anorexia nervosa based on documentary analysis of the phenomenon.

**Keywords: Adolescence. Anorexia Nerve. Prevention. Gestalt.**

### **Introducción:**

Existen diferentes problemáticas que aquejan a la sociedad y a las condiciones de salud pública en México. Un tema en particular y de creciente preocupación en el país son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA); el atendido en esta investigación es la Anorexia Nerviosa que desde ahora abreviaremos AN. Dicho lo anterior la AN es parte de los trastornos alimenticios enunciados por el Manual Psicodiagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Revisión (DSM-V) y aparecen de igual forma en la Clasificación internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima Revisión (CIE-10). Esta enfermedad se caracteriza por la restricción voluntaria de la alimentación, en el cual los sujetos que padecen este trastorno, aspiran a un ideal físico, el cual está asociado con un peso por debajo del estimado para la edad en cuestión. Esto implica estragos en la salud, no solo a nivel físico, sino que además se asocia a problemáticas a nivel psicológico: como la baja autoestima, problemas con el auto concepto, déficit en las habilidades sociales, insatisfacción con la imagen corporal entre otras.

Sánchez (2008) ofrece otra manera de observar las consecuencias sobre la AN, mencionando la importancia de saber que a diferencia de otros TCA, la AN es la única que puede causar la muerte, de ahí la importancia que tiene el redefinir las secuelas de esta problemática. Este último autor define a la AN como una alteración del instinto de comer que se caracteriza por una percepción irreal de la persona y de lo que come. La padece casi siempre la mujer. En relación con la idea anterior Marín y Bedoya (2009), mencionan que el ideal social de cuerpo femenino cruza la vida cotidiana y los discursos de las mujeres con anorexia; consideran con firmeza estos autores, que se anhela dicho ideal porque representa la apropiación de valores culturales privilegiados en occidente: juventud, felicidad, éxito y reconocimiento. Es por esta idea que dentro de la experiencia en mujeres con diagnóstico de trastornos de la alimentación, aparece la tensión cuando se hacen inalcanzables dicho ideal de



cuerpo y los valores que lo soportan, a pesar de que se presentan como posibles, porque en el imaginario colectivo dicho cuerpo le otorgará al sujeto un lugar privilegiado en el mundo social, (Marín et al., 2009).

Como se me menciona, la AN se caracteriza por la pérdida de peso inducida por el propio sujeto que puede llevarlo a un estado de inanición, no teniendo nada que ver con la escasez de alimentos presentes; es decir, decide no ingerirlos. La ingesta insuficiente de nutrientes esenciales para el organismo pone en riesgo la vida de quien padece este trastorno.

Ahora bien, la AN como trastorno psiquiátrico ha incrementado su aparición en México, y aunque no se tienen datos concisos sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en este país, la secretaria de salud en el 2008 detectó que el 0.9% de los hombres y el 2.8 % de las mujeres en edad entre 2 a 19 años, presentan alto riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria; señalando que la AN estaba relacionada con una tasa de morbilidad de 33% después de casi dos años de la primera admisión en servicios hospitalarios, (Secretaría de Salud, 2008).

Del mismo modo Unikel (2010) dentro de “La guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria” creada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, menciona que desde hace poco tiempo, se tiene en México el consenso no explícito de que los TCA eran un problema minoritario y que ocuparse de estos resultaba frívolo frente a la importante presencia de problemas como la tuberculosis, la desnutrición o la esquizofrenia. Debido a esto es posible que hasta la década de los 80, los casos registrados de los TCA fueran casi inexistentes, otra dificultad que se menciona es que al no haber conocimiento por parte de la población de que se trataba de un padecimiento psiquiátrico, podría haber sido menor a la que hay en la actualidad.

A partir de los estudios investigados conviene destacar lo que las estadísticas señalan sobre la importancia de la prevención e identificación de comportamientos y pensamientos asociados a la AN debido a los daños ocasionados en quienes son afectados por este trastorno. Tenemos por un lado la parte psicológica y social que

están implicadas con la aparición; así como con el mantenimiento de dicho trastorno y, por otro lado, la parte biológica donde se expresan diferentes afectaciones, algunas de estas se manifiestan en problemas cardiovasculares, problemas con el aparato digestivo entre otras, que pueden convertirse en irreversibles.

Con el debido reconocimiento de la existencia y del progresivo desarrollo de un TCA como lo es la AN obliga la actualización y preparación del sector salud en México para informar, sensibilizar y crear estrategias formativas a manera de prevención acerca de la sintomatología, estragos y curso de esta enfermedad. De lo antes mencionado, se tiene registro de diversos instrumentos internacionales para detectar anticipadamente la sintomatología sobre la AN, que ha sido validados para la utilización en la población adolescente mexicana, así como instrumentos creados en México para el mismo propósito; a pesar de existir acciones para detectar a la población vulnerable a desarrollar AN, no hay evidencia contundente sobre intervenciones preventivas aplicadas a esta población en México. Se destaca de lo anterior, la necesidad de crear intervenciones formativas-preventivas posteriores a la ubicación de la población propensa a desarrollar AN como tácticas de afrontamiento para prevenir el progreso de este trastorno una vez señalado. De esta manera la presente investigación refresca la visión que se tiene de la AN en México, ubicando a dicho trastorno como una problemática social.

Ahora se entiende que ningún nivel social en el país está exento de tal padecimiento; destacando que los adolescentes son especialmente propensos a desarrollar AN. Sin embargo, a través de las estadísticas y en conjunción con las aportaciones de Marin et al., (2009) se deduce que las mujeres son las que con mayor frecuencia sufren los estragos de un TCA. La vulnerabilidad que caracteriza a este tipo de población es la alta sugestión que presentan debido a la necesidad de pertenencia que nace para afiliarse en sociedad con grupos de iguales. Lo antes mencionado es reconocido como esfuerzos para adaptarse a las condiciones que el contexto dicta para lucir como sugieren los cánones culturales de la significación del cuerpo o la imagen ideal.

Con base a lo anterior es importante saber que la instauración de un TCA se desarrolla mayormente en la adolescencia, pues el sujeto se encuentra en una etapa crucial de su desarrollo físico, cognoscitivo y sobre todo social.

Sobre el origen de los TCA Gordon citado en Gonzáles (2003) propone que se asocia con frecuencia a diversos acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en el cual el individuo es más susceptible de padecerlos (abuso físico, psicológico, sexual o sobreprotección; control excesivo; carencia de figuras de autoridad); con fenómenos ambientales determinantes (medios de comunicación, modas y estereotipos de bellezas) y con rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales (baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas).

Otra cuestión importante al respecto de esta enfermedad como menciona Cervera (2005), son los factores genéticos; los cuales van a intervenir en la determinación total o parcial de importantes componentes inmediatos de riesgo como la vulnerabilidad a la desnutrición, la reactividad al estrés, la obsesividad, el neuroticismo o la impulsividad; a pesar de la importancia que tiene la predisposición genética de una persona para estos trastornos, si desarrollase hábitos alimenticios adecuados con dificultad se desplegaría un TCA.

Es importante mencionar ahora que la estructura del presente estudio está dividida en cuatro capítulos; el primero de estos atiende las características del proceso del desarrollo humano llamado adolescencia, aquí se revisan los cambios sufridos en esta fase tanto a nivel interno como externo, se puntualiza el impacto que tienen estos últimos en la psicodinámica del joven generando muchas veces, malestares relacionados con la aparición de la AN. En el capítulo dos, se expone las características nucleares sobre la aparición, desarrollo y mantenimiento de la AN, así como sus consecuencias en la salud, además se revisan instrumentos creados en otros países y los desarrollados dentro del territorio mexicano, que funcionan para identificar a la población con mayor propensión a desarrollar AN. El capítulo tres revela la influencia que juega la parte sociocultural en el establecimiento de matices asociados a los estándares de belleza, se pone en evidencia que el proceso

de identificación característico de la fase adolescente, facilita la adopción de comportamiento y pensamientos alentados por el contexto. Por último en el capítulo cuatro, se examinan los fundamentos de la prevención así como diferentes modelos de intervención en psicología, donde a partir de lo anterior, es posible desplegar una propuesta que encuentra sus bases para actuar de manera preventiva sobre la AN en la psicoterapia Gestalt, dando como resultado el diseño de una intervención preventiva a manera de un taller.

Por lo mencionado hasta aquí, es necesario concluir que el interés del presente estudio consiste en generar estrategias que sirvan como herramientas formativas para el desarrollo de habilidades de afrontamiento e instaurarse como factores de protección para la prevención de cuadros anoréxicos a través de un taller. La aplicación del mismo sobre la sintomatología de la AN se pretende que influya de manera oportuna sobre la identificación de los rasgos e indicadores del trastorno en los participantes. En conclusión, tomar ventaja sanitaria sobre la AN promueve el inicio de la atención anticipada para esta enfermedad y mejorar la respuesta de los participantes sobre la intervención preventiva.

### **Planteamiento del problema**

¿La investigación documental sobre los factores que inciden en el desarrollo de la AN, abre la posibilidad de diseñar una propuesta de intervención a nivel preventivo en mujeres adolescentes propensas a desarrollar la sintomatología, así como líneas de investigación enfocadas a incidir tempranamente en los factores detonantes de este TCA?

### **Preguntas de investigación.**

La presente investigación pretende responder y aportar información necesaria a las modalidades clínicas en relación a las siguientes preguntas:

- ¿Analizar los diversos factores que intervienen en el establecimiento, así como en el mantenimiento de la AN en mujeres adolescentes que presentan mayor propensión, permite determinar el valor descriptivo de las variables

contextuales, psicosociales y biológicas relacionadas con la aparición de este TCA?

- ¿Dar sustento teórico a un diseño de intervención preventiva permite aportar a la comunidad clínica en psicología, las bases para formar e informar a mujeres adolescentes con mayor propensión a desarrollar AN, sobre los riesgos relacionados con la salud?
- ¿El elaborar una investigación documental, acerca de los factores asociados al desarrollo de la AN, abre nuevas líneas de investigación con fines preventivos?

### **Objetivos de investigación**

#### Objetivo General

- Trazar estrategias formativas que sirvan como herramienta para la adquisición de habilidades de afrontamiento, a fin de instaurarse como factores de protección, en la prevención de cuadros anoréxicos a través del diseño de una propuesta de intervención preventiva a manera de un taller.

#### Objetivos específicos.

- Conocer las variables asociadas al desarrollo de la AN en adolescentes y su impacto en la salud.
- Desarrollar una propuesta de intervención con fines preventivos, orientada a la aplicación para la adquisición de conductas preventivas sobre el desarrollo de la AN.
- Contribuir teóricamente a la comunidad clínica en psicología sobre la problemática actual, para poder responder con urgencia la aparición de cuadros anoréxicos en mujeres adolescentes propensas.

## **Justificación:**

La AN es una enfermedad de desarrollo progresivo que, para su pronta atención, se han derivado numerosos esfuerzos para contrarrestarla, más aún en el campo de la psicología clínica. En otras palabras, estos esfuerzos se han enfocado en identificar las principales características de este padecimiento, siendo esta labor una tarea imprescindible para encaminar acciones que dirijan una atención oportuna de la enfermedad en cuestión y no trascienda. Sin embargo, una vez identificada la población vulnerable a sufrir AN no se tienen registros claros sobre implementaciones preventivas-formativas aplicadas a este tipo de población. Se convierte entonces, en una ocupación necesaria generar en el sujeto identificado con mayor propensión, aptitudes que le faculten el emprender acciones apropiadas para contrarrestar la instauración del mencionado TCA. Identificar con antelación la sintomatología de la AN abre paso a investigaciones de corte exploratorio, que tengan como propósito el diseño de intervenciones basadas en el estudio de factores intervinientes en el desarrollo, instauración y mantenimiento sobre la AN, todo con el propósito de impedir el avance en las primeras manifestaciones de la AN.

Al describir la gravedad que representa la AN como una cuestión socio-sanitaria, que pone en riesgo la vida del sujeto, sitúa como evidencia las consecuencias que genera la omisión en la atención sobre la prevención. De esta manera se ven comprometidos de diferente manera profesionales de la salud en la manutención de esta enfermedad, como son médicos, psiquiatras, nutriólogos, psicólogos, etc. En efecto, la formación sanitaria desde la prevención es necesaria para abordar satisfactoriamente la patología referida, encontrando en ella una alternativa viable a esta problemática; lo que lo hace sin duda un tema actual, relevante y de urgente atención por todas las disciplinas científicas que se ven involucradas.

# **Capítulo 1**

## **Adolescencia**

## **Concepto de adolescencia.**

En diferentes tiempos, culturas y sociedades se ha enmarcado de forma distinta la transición que existe entre la niñez y la edad adulta, situando a la adolescencia en medio de estas dos etapas del ciclo de vida. La adolescencia se distingue por ser un momento en el cual, suceden un gran número de cambios importantes que afectan a una persona. Moreno y Perinat (2007) hacen referencia al término en latín *adolescere*, del que se deriva el de “adolescencia”, que significa “crecer”, “madurar”, definiendo así la adolescencia como la constitución de una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto a otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez.

Siguiendo con la definición de adolescencia, Lozano (2014) señala que el concepto de adolescencia, tal y como lo conocemos ahora, aparece en 1904 de la mano de Stanley Hall describiéndola como un periodo personal de tendencias contradictorias. Por esta razón el adolescente puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desganado; puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo. De la misma manera Muss citado en Sureda (1998) nuevamente señala a Stanley Hall como el padre de la “psicología adolescente”, quien fué el primer psicólogo que establece la psicología de la adolescencia como un campo de estudio diferenciado. Hall toma el concepto darwiniano de la evolución biológica, aplicándolo al género humano para explicar el desarrollo de cada individuo. En esta línea de pensamiento el autor mencionado supone que ese desarrollo obedece a factores fisiológicos que están determinados genéticamente, mientras fuerzas directrices interiores controlan y dirigen predominantemente el desarrollo, el crecimiento y la conducta del joven.

Prosiguiendo con la indagación del concepto abordado aquí, es importante mencionar, la existencia de factores ambientales que más adelante se abordan a detalle dentro del capítulo 2 y 3. Dicho lo anterior y para favorecer el entendimiento del concepto referido, Ardila (1980) en su artículo “La adolescencia: factores críticos”, ofrece la definición que diferentes autores han proporcionado a través de los años respecto a este periodo del desarrollo humano. En dicha recopilación se



encuentra Ana Freud, que en 1958 insiste en que la adolescencia es un periodo de dificultades emocionales. Más adelante Jung en 1960 describe la adolescencia como un período de estrés y de conflictos intrapsíquicos. Posteriormente Mennunger, Hurlock y Erickson en 1968 indican que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por los conflictos en las relaciones interpersonales, en la escala de valores sociales, y en el control de las emociones. Por último dentro de esta recopilación, aparece Cogner quien en 1973 afirma que el mayor conflicto en el periodo de la adolescencia es el conflicto generacional, provocado por la brecha entre padres e hijos.

Las observaciones anteriores quedan establecidas con mayor profundidad en las aportaciones que hace Fandiño (2011) a través de Lozano, el cual sostiene que la búsqueda de una definición del concepto de adolescencia no es simple porque éste es uno abordado desde el punto de vista de la biología y es otro si se habla de una cualidad social o fenomenológica. Así, mientras algunos ven a los jóvenes como aquellos que no pueden seguir siendo considerados niños pero que todavía no son adultos, otros los definen como aquellos que se revelan y/o luchan por el poder de los mayores.

Por su parte, Soto citado en Fandiño (2011) afirma que la adolescencia y la juventud se han interpretado desde diversas perspectivas que han aportado un conjunto de conocimientos acerca de estas edades. Este autor plantea desde el psicoanálisis, a la adolescencia como una fase de cambio que implica lo que se ha llamado el “segundo nacimiento”. La sociología y la antropología, en cambio, afirman que la juventud es una construcción histórico-social, producto del conjunto de relaciones instituidas en una sociedad determinada.

Margulis y Urresti en Fandiño (2011), afirman que la condición de juventud y adolescencia muestra una forma específica de estar en la vida (potencialidades, ambiciones, requerimientos, singularidades éticas y estéticas, lenguajes) resultante de una *episteme* concreta: una sensibilidad, una experiencia histórica y unos recuerdos específicos que expresan una decodificación diferente de la actualidad y resultan en un modo heterogéneo de ser contemporáneo.

Todavía cabe señalar al respecto un concepto actualizado, el cual es ofrecido por la OMS en el 2016 definiendo a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Además señala que se trata de una etapa de transición crucial en la vida, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, ([http://ww.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es#](http://ww.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es#)).

Con respecto a la definición de la OMS y análogamente con la de los autores antes mencionados, se puntualiza la existencia de presiones contextuales. Así, por ejemplo, se hace mención del contexto como marco de referencia para asumir conductas de alto riesgo dentro del rango de edad comprendido en la adolescencia; en efecto se establece que la relación entre una conducta y sus consecuencias puede rebasar al adolescente, así como el grado de autocontrol que pueda tener en el momento de tomar decisiones relacionadas especialmente con la salud.

Es así entonces que la adolescencia se entiende como un proceso de transición, el cual involucra aspectos físicos, psicológicos, sociales entre otros, que a la postre intervienen en el desarrollo adaptativo del joven hacia el contexto. Además, las características pertenecientes al cambio van de acuerdo a una edad específica en el crecimiento de cada ser humano, estos cambios no solo se muestran a nivel corporal, el status social que otorga el crecimiento biológico demanda roles y actividades nuevas para el adolescente que le otorgan un sitio nuevo dentro de la sociedad y participación constante en la misma. Es decir, una de las funciones principales acerca de este periodo es la preparación para la vida adulta, más allá de la maduración física y sexual, las experiencias se ven encaminadas a la adquisición de autonomía social y económica, el desarrollo de identidad, la ganancia de habilidades para establecer relaciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Se observa bajo las líneas de este apartado que la adolescencia es un período de crecimiento y desarrollo excepcional que va de la mano con enormes riesgos debido a la vulnerabilidad que traen consigo la búsqueda de identidad, el sentido de pertenencia y los roles adquiridos en la sociedad, en el cual el contexto social tiene sin duda una influencia determinante.

## **Teorías sobre la adolescencia.**

Como se mencionó, las consideraciones que se han generado sobre lo que comprende a la adolescencia como campo de estudio del ciclo de vida, estima la aportación de diversos autores a través del tiempo entre estos por mencionar algunos se encuentran Sigmund Freud, Erick Erikson, Jean Piaget etc. Dichos autores contemplan en sus teorías del desarrollo humano bajo enfoques distintos, las peculiaridades del progreso psíquico y de la personalidad que caracterizan a esta edad. Estas múltiples ideas sobre la adolescencia comienzan a surgir en el siglo XIX cuando esta etapa se convierte en temas de interés para la ciencia psicológica, (Domínguez, 2008).

Las contribuciones de estos autores generan un conjunto de conocimientos acerca de la edad aludida, las cuales conservan su valor hasta nuestros días. Unas van a señalar con énfasis el rol de los factores biológicos que van a distinguir este periodo, otras reconocen los condicionantes sociales como resultantes de la manera de actuar en forma lineal sobre el proceso de desarrollo del adolescente, y otras van a examinar y resaltar los aspectos inconscientes en la dinámica del comportamiento humano.

## **Psicoanálisis.**

Entre las primeras líneas de pensamiento concernientes a la adolescencia se encuentran en la corriente psicoanalítica bases para explorar una definición de la etapa en mención, ofreciendo un acercamiento desde este enfoque para nombrar las características importantes de este periodo.

Comenzando con la perspectiva psicoanalítica, Ramírez (2013) rescata las aportaciones de Vega y explica que los cambios corporales puberales son fuente de conflictos, elecciones y duelos, que además provocan un reposicionamiento subjetivo que no responde causalmente a dichos cambios. Mientras que las alteraciones hormonales y los caracteres sexuales secundarios obedecen a un tiempo cronológico-madurativo, el trabajo psíquico responde a un tiempo lógico que depende, pero trasciende al primero. De esta manera estos autores peonen a la

pubertad en un segundo tiempo de la sexualidad, que resurge violenta e inesperadamente luego de la latencia.

De manera semejante Barrionuevo (2011) identifica en la pubertad, un tiempo crítico de revalidamiento fálico en el movimiento de resurgimiento del erotismo genital en una alternativa que implica al cuerpo y, como toda disrupción, hace presente la angustia que, dice Lacan según Barrionuevo (2011) en una de sus formulaciones, irrumpe ante lo irreductible de lo real, la muerte en sus diversas dimensiones: del cuerpo del niño que fuera, de la identidad infantil, de los padres de la infancia. De lo anterior se puede inferir que la psicodinámica del adolescente se perfila para la vida adulta, en el sentido de los roles observados en su infancia hasta esta edad donde se permitirá introyectarlos para alcanzar una consolidación prematura del Yo.

Llegados a este punto, es acertado mencionar lo que el último autor propone con base a las consideraciones de Freud, refiriéndose al malestar del sujeto en la cultura, acerca del sufrimiento como amenaza al joven durante la adolescencia por tres vías:

1. Desde el propio cuerpo, con las transformaciones en el orden del cuerpo en la pubertad enfrentando al dolor y a la angustia producida la desestructuración de su imagen corporal y debiendo enfrentar la irrupción del erotismo genital en fuerte acometida o como impetuosa oleada.
2. Desde el mundo exterior, que se manifiesta en la furia y en el poder destructivo con que cae sobre el sujeto como Freud lo observara en su tiempo y a lo que hoy se agregaría la complejidad de las condiciones de vida imperantes en tiempos del capitalismo tardío, en la sociedad de consumo, en el marco de la globalización como fenómeno mundial.
3. Desde los vínculos con los otros seres humanos, fundamentalmente en la línea del complejo de Edipo y, agregamos, en la correspondiente al complejo fraterno. Afirma Freud que el padecer que viene de esta última fuente, desde los vínculos con los otros, lo sentimos como el más doloroso.

De acuerdo a los lugares referidos se presenta lo real, en tanto los contundentes cambios en las dimensiones del mundo exterior o de los vínculos con los otros, o en el desconocimiento en cuanto a aquello que se presenta desde lo real sexual, imponen pertinentes trabajos psíquicos para su procesamiento.

Desde esta postura se entiende que la zona erógena predominante serán los genitales. De lo anterior se muestra que el psicoanálisis propone a la adolescencia como la consecuencia del renacimiento de las pulsiones sexuales inherentes a la pubertad, que modifica la psicodinámica alcanzada en la infancia, vulnerando al joven desajustando sus procesos psíquicos.

Siguiendo el tenor psicoanalítico y reforzando los puntos anteriores, Freud (1905) afirma que:

Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación definitiva... La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual... La pulsión sexual se pone ahora al servicio de la función de reproducción; se vuelve, por así decir, altruista. (pág. 189).

Otra perspectiva psicoanalítica de la adolescencia la ofrece Ana Freud citado en Mingote (2013), quien propone entender a la adolescencia como un periodo intrínsecamente conflictivo, que es generado por el incremento del desequilibrio psicológico y conductual, de normal a anormalidad, entre el egoísmo y el altruismo, entre la soledad y la absorción grupal, entre la sumisión y la rebeldía. Para Ana Freud en Mingote (2013), la intensificación de los impulsos agresivos y sexuales suelen desbordar los recursos integradores y adaptativos con los que cuenta el adolescente, más aún si no han sido internalizados de forma madura los valores morales, encaminados a la conclusión de una meta de aprendizaje de realidad, de perfección y de sabiduría.

Recogiendo lo más relevante del manifiesto psicoanalítico sobre la adolescencia, nos muestra la construcción que el individuo debe hacer con el diseño y noción de identidad personal, que implica la unidad y continuidad del yo frente a los cambios

del ambiente y del crecimiento individual. El adolescente debe entonces, conectar los cambios sufridos que el yo a demandado, con especial atención al tema de la autoimagen y autoconcepto, estableciendo procesos de identificación que manifiesten los valores en conjunto con las actitudes que vaya adquiriendo el joven; esperando de tal conjunción en pro del acomodo psíquico que guíen el camino futuro y la pronta adaptación al contexto.

### **Teoría de Erikson**

Según Alexander et al., Muuss, citados en Lozano (2014), Erikson es quizá el mayor exponente teórico dentro de la corriente psicoanalítica en relación a la adolescencia. Erikson concibe el desarrollo del yo como característica fundamental en la adquisición de identidad según la cultura de referencia, derivada de la dimensión social e histórica. Por lo tanto, para Lozano (2014) la adolescencia se establece bajo la concepción Eriksoniana, como un tiempo de moratoria para que el joven integre su niñez pasada con las expectativas del futuro. El individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar el peligro de la difusión de rol y las crisis de identidad personal.

Para comprender de mejor manera la teoría propuesta por Erikson, es necesaria la revisión que algunos autores hacen de la misma. En este sentido, Bordignon (2005) apunta que Erikson organiza una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida del ser humano, comprendido desde la infancia hasta la vejez. Esta perspectiva está constituida por ocho estadios, los cuales integran el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético. Este último principio propone el estudio de los genes y su relación con el ambiente, es decir, que las interacciones que tenemos en nuestro contexto, van a repercutir de manera directa en nuestra composición a nivel celular y no únicamente los caracteres hereditarios tendrán el carácter de perdurables. En palabras de Masotti (2013) la epigenética se ha propuesto el estudio comparativo entre la conducta adaptativa o desadaptativa y la actividad de transcripción génica, a modo de establecer parámetros de actividad relacionados con la salud y la enfermedad. La descripción de procesos relacionados con actividad de transcripción génica, denominados genéricamente como regulación epigenética o

también como remodelación de la cromatina (un sistema de empaquetamiento que limita el acceso a determinados tramos del ADN, sin que se altere la secuencia de sus bases) tiene por objeto su determinación. Todo lo anterior comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado, (Bordignon, 2005).

Continuando con la descripción de la teoría expuesta por Erikson es importante señalar la observación que hace Sánchez (2005) a dicha teoría, sosteniendo que esta tuvo una influencia formativa en las teorías del desarrollo del adulto. El citado autor explica que Erikson detalló una crisis psicosocial para cada etapa del desarrollo humano, asumiendo el término crisis como una serie de tareas críticas que requieren adaptación y manejo, y no como a experiencias traumáticas. Cada crisis plantea una lucha de la cual emerge una fortaleza básica. Si la crisis no se resuelve, puede desencadenar una debilidad del ego o una disfunción psicológica. Según: la psicología del ego, la resolución de la crisis psicosocial se viabiliza por las fortalezas del ego adquiridas en experiencias pasadas.

La sociedad ayuda en la resolución de las crisis, particularmente por medio de las relaciones significativas que rodean a la persona. Las etapas sugeridas por Erikson tienen un orden y se rigen por un principio epigenético como ya menciono. Esto significa según Sánchez (2005), que cada fase es seguida por la otra y que cada crisis está sistemáticamente relacionada con las demás, de forma que según las personas trabajan en una crisis están simultáneamente solucionando crisis pasadas. Erikson consideraba que el individuo tenía posibilidades ilimitadas para lidiar con sus experiencias internas y alcanzar un desarrollo máximo en todas las etapas de su ciclo de vida.

En conclusión y para el mejor entendimiento sobre la teoría Eriksoniana, es adecuado mencionar que cada paso de un estadio a otro comprende un proceso continuo el cual determina el cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento en el mismo. Este desarrollo según Bordignon (2005), atiende la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las

distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada estadio, es decir, si la conclusión del estadio es positiva, se obtendrá una virtud o potencialidad de acuerdo a cada fase. De lo contrario, en su no resolución aparece un déficit, un defecto o una fragilidad del estadio en cuestión.

Para la intención de la presente investigación, es preciso acentuar el estadio que comprende la adolescencia desde esta postura teórica, el cual es denominado “Identidad versus confusión de roles fidelidad y fe”, atendiendo una edad específica entre los 12 a 20 años. Este periodo marca el inicio de la madurez psicosexual, así como el crecimiento del cuerpo y cambios hormonales. Un punto a destacar en el desarrollo de esta fase, es lo enunciado por Robles (2008), dicho autor argumenta el incremento en el acercamiento con otros adolescentes, que de manera similar experimentan la crisis natural de la identidad en esta etapa, buscando así la aceptación y cohesión recíproca de sus iguales.

Este último autor también hace mención a la fuerza básica o virtud de esta fase, la fidelidad; que va dirigida tanto al grupo como a la persona, así como a los ideales que comparten entre sí. Entonces, si no existe una identidad clara, se pierde la fidelidad y ocurre el rechazo del grupo o de la sociedad y según Robles (2008) es cuando aparece el repudio como desviación patológica de esta fase. Ante este repudio el grupo adolescente manifiesta confusión al no identificar adecuadamente el rol que le corresponde, se complica encontrar una profesión que satisfaga sus expectativas y no se adapta a la sociedad en la que vive, sintiéndose rechazado.

Otra característica importante del presente estadio es la creación así como la búsqueda de vínculos para concretar la identidad que no ha sido consolidada por el adolescente, respecto a dicha búsqueda Frager citado en Robles (2008) señala que dentro de esta etapa los adolescentes tienen más probabilidad de lograr una identificación desmesurada con *héroes* de la subcultura juvenil o los líderes de pandilla como respuesta a una aparentemente pérdida de identidad, sintiéndose aislado, vacío, ansioso o indeciso.



En otras palabras, en el adolescente surgen cambios a nivel corporal, psicológico y hormonal, que van a perfilar el proceso de identificación conforme a las características sociales del contexto habitado. Inseparable al proceso mencionado, a nivel corporal surge la concepción de autoconcepto, es decir cómo se percibe el adolescente, que imagen ofrece a los demás y bajo esta situación, como se siente al verse observado por otros. En conclusión, el tener una respuesta clara para la interrogante ¿Quién soy? dentro del actual estadio, hace posible el tránsito de esta etapa, pudiendo así continuar sin mayor problema el camino a la siguiente fase; de lo contrario, el no resolver satisfactoriamente el estadio actual, la búsqueda de la imagen ideal se convierte en una meta que puede llegar a ser inalcanzable, debido a las constantes actualizaciones de los valores perseguidos y aprobados por las demarcaciones contextuales.

### **Teoría de Piaget.**

Jean Piaget fue un teórico que dividió el desarrollo cognoscitivo del niño en 4 fases, las cuales tiene la característica de ser construidas una encima de la otra. Herranz (2012) las describe como una serie de etapas donde el niño va construyendo activamente el conocimiento del mundo. Bajo la epistemología genética se consideran algunos aspectos importantes para el desarrollo cognoscitivo; al respecto Cano (2007) afirma que para llevar a cabo un proceso de adaptación al medio dos sub procesos actuarán de manera dialéctica, la **asimilación** incorporando información externa a la estructura cognitiva, donde posterior a esto el proceso de **acomodación** aparece para incorporar la información, todo ello de acuerdo al nivel de desarrollo cognoscitivo del individuo. En la constante dialéctica mencionada entre acomodación y asimilación, las estructuras cognoscitivas se consolidan, dando paso a ciertos cambios cualitativos. Estos cambios nos presentan la conformación de los estadios piagetanos.

Una descripción completa de los estadios del desarrollo cognitivo de Piaget está fuera del alcance de esta investigación, únicamente se describen dichas etapas

someramente para su comprensión general: La primera de estas etapas se denomina sensoriomotora, comprende desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente. La segunda etapa es la preoperacional, que abarca desde los dos años hasta los siete aproximadamente. La tercera es la etapa de las operaciones concretas, comprendiendo un periodo entre los siete a los once años. La última de estas 4 fases, lleva el nombre de operaciones formales que va desde los once años en adelante.

La fase que ocupa esta investigación de acuerdo a la postura teórica de Piaget, es precisamente la cuarta fase del desarrollo cognoscitivo, las operaciones formales. En esta etapa es donde el adolescente desarrolla el pensamiento hipotético-deductivo, que le permite trabajar de manera abstracta; se puede especular mentalmente tanto de lo posible, así como de lo real.

Para Piaget según Uribe (2006), la adolescencia constituye una etapa crucial del desarrollo de la inteligencia en la que la habilidad de los procesos cognoscitivos acelera su camino hacia niveles más elevados; es decir, empiezan a funcionar intelectualmente como adultos. Para Nortes y Serrano (1991) este periodo se caracteriza por construir teorías y sistemas, el adolescente se centra en los problemas inactuales que tienen relación con los problemas de cada día, elaborando teorías abstractas con gran facilidad. En otras palabras, la generación de nuevos equilibrios cognitivos permite al adolescente tener la capacidad de sacar conclusiones válidas de una hipótesis, aun así, no refiera una observación real sobre un hecho. Nortes et al., (1991) menciona otra cualidad en esta fase; el adolescente al considerar un problema, trata de prever todas las posibles relaciones que podrán ser válidas respecto a los datos, donde posteriormente, puede determinar mediante una combinación de la experimentación y del análisis lógico, cuál de las relaciones tiene validez real.

Al respecto, Uribe (2006) menciona que Piaget distingue cuatro factores que interactúan constantemente en la integración del desarrollo intelectual: el factor de

crecimiento orgánico y maduración del sistema nervioso, el factor del ejercicio y de la experiencia, adquirida en la acción efectuada sobre los objetos (el medio físico) para abstraer sus propiedades y conocerlas, el factor de la interacción y las transmisiones sociales, que van permitiendo que el sujeto se “descentre” de sus propias acciones individuales en la búsqueda de estructuras más equilibradas de cooperación, y el factor de equilibración progresiva, que concilia todas las anteriores en la construcción de las estructuras. De lo último se deduce que el adolescente al configurar su aprendizaje, tiene las bases para consolidar el desarrollo de la inteligencia, aprender a pensar y sobre todo a construir el conocimiento como resultado de la interacción socializada del sujeto con la realidad.

Está claro ahora que el pensamiento hipotético-deductivo es la característica principal de esta fase para construir conocimiento; y al respecto Inhelder y Piaget citado en Cano (2007) lo describen de la siguiente manera:

En un estado de equilibrio mental no solo las operaciones realmente ejecutadas son las que desempeñan su papel en el desenvolvimiento de los actos del pensamiento, sino también el conjunto de las operaciones posibles en tanto orienta la búsqueda hacia la clausura de la deducción, puesto que, en este caso, el sujeto es quien deduce y puesto que las operaciones posibles forman parte del mismo sistema deductivo que las operaciones reales efectuadas por este sujeto. (pág.153)

Cano (2007) complementa lo anterior cuando afirma que: “el sujeto que ha construido un pensamiento formal... busca englobar esas relaciones con el conjunto de relaciones que conciba como posibles, con el objeto de evitar que posteriormente nuevos hechos resulten contradictorios” (pág. 151). Lo que tenemos ahora plantea que el adolescente deduce que lo real está subordinado a lo posible, de esta manera no se limita a contemplar únicamente la correlación de los hechos y los elementos que le dan forma a una eventualidad, si no que va más allá en la comprensión de un problema.

En conclusión y de acuerdo con lo señalado por Uribe (2006), se logra establecer que el cuarto estadio que propone Piaget en relación con la etapa del desarrollo de vida que atiende esta investigación, constituye el desarrollo de la inteligencia como una implicación en la evolución derivada de las necesidades internas de un equilibrio progresivo, que tiende a regularse de manera continua funcionalmente y, al mismo tiempo, vinculada a las estructuras sucesivas que se desarrollan en los procesos intelectuales.

### **Teoría Focal de Coleman.**

El eje central de la teoría focal de Coleman, señala que los acontecimientos que los adolescentes experimentan en el proceso de transición a la edad adulta (problemas con los padres, relaciones de pareja, independencia, económica, amistades, crisis de identidad, desarrollo de rol etc...) pueden tener una conclusión favorable, si se focaliza el afrontamiento de las numerosas eventualidades de manera jerárquica, en lugar de intentar resolver dichas cuestiones de manera global. Las cuestiones que entran en foco varían por la edad del sujeto y el momento en el que se presentan; al respecto Coleman y Hendry (2003), argumentan que el modelo sugiere determinadas clases de patrones de relación que se van a situar en foco, en un sentido de ser más relevantes a distintas edades, pero que ningún patrón es específico sólo de una edad.

Continuando con la descripción del modelo Focal Coleman et al., (2003) afirma que este no es diferente a cualquier otra teoría de estadios convencional, pero se va a distinguir de las demás, por tres características que forman una visión más flexible del desarrollo. El mismo autor las describe de la siguiente manera: La primera, la resolución de una problemática no se ve como esencial para abordar la siguiente, esto quiere decir que difícilmente los individuos se encontrarán resolviendo más de una cuestión al mismo tiempo. La segunda característica del modelo, es que no asume la existencia de límites claramente marcados entre los estadios y, por ende, las cuestiones no están asociadas necesariamente a una edad o nivel evolutivo

particular. Por último, no hay nada que no pueda ser cambiado en la secuencia implicada, es decir, el modelo focal no se centra en una continuación fija para hacer frente a determinadas problemáticas.

De lo anterior se concluye, que es más probable que aparezcan mayores complicaciones entre quienes por diferentes circunstancias, tienen que enfrentarse a más de una problemática al mismo tiempo. Sobre el éxito de adaptación de los jóvenes a las demandas evolutivas Coleman et al., (2003) opina lo siguiente:

La respuesta avanzada por este modelo es que lo hacen ocupándose de una cuestión a la vez. Los adolescentes extienden el proceso de adaptación durante un periodo de años, intentando resolver primero una cuestión y luego la siguiente. Problemas distintos, cuestiones de relación diferentes entran en foco y se abordan en estadios diferentes, de manera que las diversas tensiones derivadas de la necesidad de adaptarse a nuevos modos de comportamiento rara vez se concentran en una época. (pág. 25).

En concreto y bajo la óptica focal, la adolescencia es entendida como una etapa de transición en la cual los jóvenes tienen que enfrentarse a múltiples cambios en todos los aspectos de su vida, dicho modelo piensa al adolescente como agente de su propio desarrollo, el cual dirige su evolución cuando le es posible, ocupándose de una cuestión a la vez. La capacidad para hacer frente a las condiciones inherentes de esta etapa del desarrollo, no solo toma en cuenta la fuerza interna del sujeto, o el apoyo que reciba del exterior, si no que el momento en el que se presentan las presiones juegan un papel fundamental para el desarrollo adaptativo del sujeto.

### **Los cambios en la adolescencia.**

Físicos.

Uno de los elementos más evidentes de maduración biológica es el conjunto de cambios físicos, que comienzan su expresión en el comienzo de la adolescencia. La condición de estos cambios en su amplitud y profundidad no tiene modo de comparación con otras etapas de la vida, con excepción a la de la primera infancia. La puerta que se abre ahora es la de la pubertad; Moreno et al., (2007) describe a la pubertad como los cambios morfológicos y fisiológicos que se dan en el desarrollo del chico o de la chica a medida que las gónadas (testículos en el hombre y ovarios en las mujeres) cambian del estado infantil al estado adulto. Para un mayor entendimiento de los cambios físicos en la pubertad, Moreno et al., (2007) describe las principales manifestaciones que se dan en la pubertad:

- a. El “estiramiento” adolescente: una aceleración seguida de una desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones del esqueleto y en muchos órganos internos.
- b. El desarrollo de las características sexuales primarias: aquellas implicadas directamente en la reproducción; por ejemplo, el desarrollo de los órganos sexuales o la primera menstruación en las chicas y la primera eyaculación en los chicos.
- c. El desarrollo de las características sexuales secundarias: aquellas características importantes para distinguir hombres y mujeres, pero que no son clave para la reproducción. En el hombre la aparición de vello en la cara o en el pubis o los cambios en la voz; en la mujer, la aparición del vello pubiano o el aumento del pecho.
- d. Los cambios en la composición corporal: en la cantidad y la distribución de la grasa en asociación con el crecimiento del esqueleto y la musculatura. Las variaciones en la forma del cuerpo hacen que las proporciones relativas de sus partes experimenten un cambio importante en comparación con la infancia. Así, nos parece que los

adolescentes varones tienen unas piernas muy largas con respecto al tronco o que las chicas han aumentado el diámetro de las caderas.

- e. El desarrollo de los sistemas circulatorios y respiratorios, que conduce a un aumento de la fuerza y la resistencia. (pág.33)

Como se explicó en párrafos anteriores dentro de esta investigación, el adolescente tiene la sensación de querer agradar visualmente al sentirse evaluado por lo demás en función de su imagen corporal. Todas las transformaciones generadas por los cambios biológicos, repercuten en consecuencias que pueden afectar la subjetividad del adolescente por estar íntimamente relacionadas con el concepto de autoimagen. La postura de Almaguer (2009) es contundente al referir que la imagen corporal adquiere gran importancia en esta edad, ahora las características físicas atléticas son más aceptadas, en especial por los iguales, de acuerdo a estereotipos culturales, mientras que aquellos cuya figura provoca una imagen desfavorable, puede ser objeto de burla, discriminación del grupo y rechazo del sexo opuesto.

Psicosociales.

La transición que recorre un adolescente para completar su desarrollo y alcanzar un estado de madurez, es un aspecto que la sociedad espera impaciente, ofreciéndole un lugar al joven, el cual deberá ocupar para ser reconocido como miembro en sociedad; sin embargo, aquel espacio tiene que ser labrado por el propio sujeto. En el momento de encontrar su lugar en el mundo, el adolescente comprende que la sociedad espera determinadas características y roles adoptados por los individuos, y que estos deben tener un propósito funcional dentro de una estructura social de acuerdo al marco de referencia del mismo.

Para entender de mejor forma el desarrollo psicosocial en la adolescencia, Iglesias (2013) describe en su artículo “Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales”, cuatro semblantes cruciales en este desarrollo, los cuales

se esbozaran de manera concisa para su mejor comprensión: el primero es la lucha entre la dependencia-independencia en el seno familiar; el segundo aspecto es la preocupación por el aspecto corporal; el tercero es la integración en el grupo de amigos y por último el desarrollo de la identidad. Iglesias (2013) ahonda en la descripción de los últimos cuatro puntos:

1. La lucha independencia-dependencia: en la adolescencia temprana (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años).

2. Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad.

3. Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto.

4. Desarrollo de la identidad: en la adolescencia temprana hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Se percibe la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se



vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones conductas de riesgo.

Con los cuatro puntos revisados arriba, se adopta la idea de que la sociedad construye y prescribe parámetros de identidad para los jóvenes, esto a su vez empata con el planteamiento de Almaguer (2009); este autor, expone la idea de que los adolescentes aprenden cosas importantes en sociedad, como convivir de acuerdo a reglas, intercambiar criterios, y que a la par, construyen proyectos que pueden satisfacer sus intereses. Los roles que la sociedad tiene disponibles para el adolescente, es otro componente indispensable para promover la identidad del yo, en términos generales la concepción de sí mismo está determinada por las propias necesidades, el lugar en sociedad y el significado de la vida. De manera similar, Zamora (2014) insiste que es en esta etapa, donde se da comienzo a la formación y consolidación de la identidad y del rol; es un momento entre la integración de sus identidades infantiles y las oportunidades ofrecidas en los roles sociales.

El crecimiento físico y mental trae consigo ventajas que reflejan una adaptación por parte del sujeto a su contexto, como ocupar el de un espacio en sociedad, un trato igualitario y obtener el justo valor del status conferido por la maduración social; aun así, existe otra cara de la misma moneda. Esta contra parte de la adaptación social del joven, es planteada como un duelo patológico por Mosso y Penjerek (2004), en el cual, los jóvenes no están dispuestos a realizar este proceso, se niegan abandonar la niñez y su consecuente pasaje a la edad adulta. Se perfilan entonces, conductas como el aislamiento, la depresión, la AN y hasta el suicidio. Al no encontrar un camino claro, ubicando expectativas reales de vida, los adolescentes demeritan su postura social creando vicios que perjudican el aspecto mental y social de su vida en sociedad.

## Cognitivos.

Para comenzar con este apartado es preciso describir que se entiende por cognición humana; al respecto, Aguirre (1994) nos dice que llamaremos cognición humana a la capacidad de entender los datos que, mediante nuestro sistema sensorial, nos llegan del medio, entendiendo esto como la cualidad que tiene el ser humano para captar, interpretar, ordenar, relacionar, memorizar y usar los datos proporcionados por los sentidos a través del sistema nervioso. Con lo anterior, se aprecia la importancia de pensar los cambios que se producen en la adolescencia a nivel cerebral.

Estos cambios son determinantes, principalmente porque afectan a la corteza prefrontal; esta estructura cerebral es la encargada de importantes procesos cognitivos como la planificación y organización, también está vinculada con el pensamiento crítico, la solución de problemas, la empatía y el autocontrol. Es por esto que la modificación en las estructuras cognitivas según Olivia (2007), van a crear en los primeros años de la adolescencia un cierto desequilibrio cognitivo, que pueden ocasionar cierta vulnerabilidad y justificar el aumento de la impulsividad y las conductas de asunción de riesgos durante la adolescencia.

Continuando con la revisión de la estructura cerebral en la adolescencia, es necesario citar nuevamente a Iglesias (2013), el cual explica que los estudios de imagen cerebral desde los cinco hasta los veinte años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, revelando que estas regiones maduran tardíamente y como se mencionó en el párrafo anterior, esta estructura está asociada con funciones de alto nivel, como la planificación, razonamiento y el control de impulsos.

Al parecer la corteza prefrontal está lejos de haber madurado en los primeros años de la adolescencia, lo cual significa limitaciones tanto de pensamiento, así como de acción que dependen de dicha estructura cerebral; por el contrario, esto no significa

que las funciones cognitivas no evolucionen con el transcurso de la adolescencia. En este sentido Vygotsky citado en Cano (2007) considera que el aspecto clave para la caracterización del pensamiento adolescente, es la capacidad de asimilar (por vez primera) el proceso de formación de conceptos, lo cual permitirá al sujeto, de esta edad en transición, apropiarse del “pensamiento en conceptos” y su paso a una nueva y mejor forma de actividad intelectual.

En sintonía con lo anterior Olivia (2007) afirma que las competencias cognitivas del adolescente experimentan un desarrollo importante durante la adolescencia temprana y media, de tal modo que muchas de las habilidades que se mencionan arriba habrán alcanzado en la adolescencia media un buen nivel de desarrollo. Para finalizar este apartado y en conjunto con el consenso entre estos autores, es oportuno mencionar las principales características cognitivas adquiridas al final de esta transformación que plantea Aguirre (1994), las cuales menciona en primer lugar, la capacidad de abstraer, la capacidad de elaborar hipótesis independientes de los datos empíricos referidas a diferentes posibilidades a las que se dan en la realidad. Estas capacidades mencionadas, permiten ahora al adolescente elaborar mentalmente posibles alternativas frente al mundo real en que vive. Se puede decir con certeza que el adolescente comienza a operar con múltiples formas del pensamiento, propios de una sociedad, y esto sin duda le ayudara a enfrentarse al mundo adulto con mejores herramientas.

Subdivisiones de la adolescencia.

Dentro del presente capítulo se han revisado las implicaciones existentes dentro de la adolescencia; los cambios de gran magnitud pertenecientes al desarrollo del joven, lo encaminan a convertirse biológica, social y psicológicamente en un ser maduro. Gaete (2015) en su artículo “Desarrollo psicosocial del adolescente” comenta las características de las fases de la adolescencia, y aunque no existe uniformidad en la terminología que se utiliza para nombrar dichas etapas, lo más común ha sido designarlas adolescencia temprana, media y tardía. Continuando con

la necesidad de identificar y clasificar las fases del desarrollo adolescente, Krauskopof (1999) categoriza de la misma forma, una sistematización de estas fases con sus características esenciales para su mayor comprensión. Con base al criterio de estos dos últimos autores se pretende ilustrar las fases mencionadas.

### 1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.

La principal característica que se enuncia en la fase temprana es la reestructuración del esquema y la imagen corporal, inseparables al inicio de la pubertad, Krauskopof (1999) comenta al respecto que: “Entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes” (pág. 2).

La inseguridad sobre el cuerpo es identificable, lo compara constantemente con el de sus iguales y con los estereotipos culturales. Con el cambio de cuerpo del infantil al maduro, prevalece la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta, (Krauskopof 1999).

Ahora que los cambios en la apariencia física son evidentes, modifica la presencia del adolescente como agente social. Gaete (2015) explica que el sujeto construye en su propio pensamiento una audiencia imaginaria y reacciona ante ello; siente que está constantemente sobre un escenario como actor principal, y asume ser el centro de atención proyectando sus autoevaluaciones tanto positivas como críticas, y también sus preocupaciones. El crear un escenario bajo las condiciones del mismo adolescente, parece crear una angustia generalizada al generar sus propias expectativas de dicho escrutinio por parte de “su audiencia” que él ha seleccionado para ser “evaluado”.

En el ámbito psicológico el último autor mencionado asegura que las fluctuaciones del estado de ánimo persisten, además de una tendencia a magnificar la situación personal, la falta de control de impulsos y la gratificación inmediata se vuelve

prioridad. Los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de cine, etc.). Para concluir lo más representativo de esta primera fase, Kohlberg citado en Gaete (2015) señala que el desarrollo moral avanza desde el nivel preconvencional al convencional. Se hace referencia en primer lugar a la preocupación por las consecuencias externas, las decisiones morales son principalmente egocéntricas, hedonistas, prevalece el temor al castigo. En segundo lugar, aparece la preocupación por satisfacer las expectativas sociales, el adolescente se esfuerza por ajustarse a las convenciones sociales, apoyando y justificando el orden social.

## 2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.

Dentro de esta etapa Gaete (2015) comenta que uno de los conflictos centrales se focaliza en las relaciones parentales, ahora se busca generar juicios propios, sin tener que creer ciegamente en el de los padres. Krauskopof (1999) plantea que al magnificar los errores y contradicciones de los padres, al adolescente se le facilita su proceso de desapego; es importante mencionar ahora que la familia queda relegada como el lugar privilegiado para reafirmar las habilidades y la autoestima del adolescente. A pesar de esto, el joven no deja de depender completamente de la estructura familiar, generando en los padres preocupaciones para lograr entender bajo estas condiciones la comprensión del adolescente, aspecto importante para su desarrollo.

En cuanto al desarrollo sexual, Gaete (2015) deduce que en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él, aunque sigue estando sujeta a la opinión de terceros. El adolescente empieza a reconocer las nuevas características de su cuerpo, esto en función de los cambios que han sufrido en la pubertad. Sin embargo, pasa mucho tiempo tratando de ser atractivo, los detalles pueden volverse minucioso en tanto a la vestimenta, le es fácil experimentar con su aspecto, esto incide en un incremento de las relaciones de pareja.

Al mismo tiempo Krauskopof (1999) encuentra necesario reconocer que para los adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas que tienden a suprimirse por los adultos cuando enfocan su sexualidad desde el ángulo

exclusivo de la moral o la salud reproductiva. Esto quiere decir que para los adolescentes que atraviesan la etapa media, los lazos con los iguales aumentan, generando intimidad, cimentando la creencia de que estos nuevos lazos son un pilar para ellos, a la par de la familia. Las relaciones sentimentales sirven a los adolescentes como oportunidades para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la identidad.

En el aspecto psicológico el adolescente tiende a asilarse con mayor frecuencia del núcleo familiar, experimentando según Gaete (2015) el incremento del rango y la apertura hacia las emociones que experimenta, lo cual va a generar la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. El caso control de impulsos sigue presente; sin embargo, este último autor menciona que:

La investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes tienen conciencia de los riesgos que corren, pero esto no los inhibe de presentar estas conductas debido a que atraviesan por un período de incremento sustancial de la inclinación hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones, lo que aumenta en presencia de pares, (pág. 440).

Se entiende que en ciertos eventos donde se puedan involucrar emociones asociadas a la obtención de recompensas aumenta la probabilidad de que estas influyan en sus conductas más que la racionalidad.

Respecto del desarrollo social, Gaete (2015) especifica que dentro de esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de su grupo de pares. Krauskopof (1999) explica que las relaciones intrageneracionales permiten afirmar la identidad y refuerzan los procesos de independización, diferenciación. La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia.

### 3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

Llegada la conclusión de la adolescencia, se espera que el joven se vaya encaminado hacia el logro de su identidad y autonomía. Krauskopof (1999) se pronuncia al respecto y menciona en esta fase, la apertura para comenzar proyectos de vida complementarios, dando paso a una forma de enfrentamiento personal y social propia, que el joven deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta. Lo que contribuirá a la consolidación de la identidad y los roles.

La experiencia presente le mostrara al adolescente diferentes caminos para los cuales en teoría está mejor preparado; se vislumbra el desarrollo de una profesión, la idea de formar una familia se vuelve más sólida y, sobre todo, la inserción en el campo laboral le brindara poder adquisitivo, generando un sentimiento de madurez y autonomía. Podrá reconocer con mayor facilidad sus capacidades de iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias, negociación en la toma de decisiones y puesta en práctica de la solución de problemas. De esta forma procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, (Krauskopof, 1999).

En cuanto al desarrollo psicológico, hay un avance en la elaboración de la identidad, esta se muestra con mayor firmeza en diversos aspectos. Para Gaete (2015) la autoimagen ya no está definida por los pares, ahora depende más del propio adolescente; los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. En este punto, el avance de la fase tardía concede al adolescente aptitud para tomar decisiones de manera autónoma, con lo cual establece límites y como se menciona en el párrafo anterior, se desarrollará la habilidad de planificación futura.

En cuanto al desarrollo social, existe una reducción de la influencia del grupo de los iguales, los valores de estos se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Por consecuencia el joven se acerca nuevamente a la familia. Y según Krauskopof

(1999), esto da pie a la reestructuración de las relaciones familiares. Se ha alcanzado un grado suficiente de autonomía, se ha convertido en una entidad separada de su familia, y ahora puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres.

En el desarrollo sexual, Krauskopof (1999); Gaete (2015) concuerdan cuando resumen acerca de la aceptación (en el mejor de los casos) de los cambios corporales. Estos últimos establecen que el adolescente consume su crecimiento, acepta también su identidad sexual y, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo. Las parejas dejan de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para introducir como vivencia central, la apertura a la intimidad que emerge entre personas con identidades más diferenciadas que se enriquecen con el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos.

En conclusión, la descripción de las tres fases hechas por estos autores, amplía la comprensión de la adolescencia como parte del ciclo de vida, con el fin de evitar o minimizar las consecuencias negativas que se pueden producir debido a una inadecuada satisfacción de las nuevas expectativas que surgen en esta etapa. Se pudo observar que desde el inicio hasta el final de la transición hacia la adultez, existen fluctuaciones en el desarrollo físico, psicológico y social entre otras.

En conjunto con las características mencionadas, se consolida la identidad, la madurez sexual, la autonomía psicológica en su competencia emocional y social; además la evolución del pensamiento abstracto amplía la percepción de la realidad para manejar el contexto, los cambios puberales que antes causaron confusión y duda de acuerdo a la imagen corporal, ahora pueden entenderse como potencialidades físicas. La familia del joven se ve involucrada generando tensión por la separación del núcleo familiar que a su vez fomenta la autonomía del joven,



posteriormente en la fase tardía al reencontrar sus lazos familiares la búsqueda de identidad afianza sus bases. El desarrollo de la sexualidad comienza con la exploración de su cuerpo, la búsqueda para satisfacer los impulsos sexuales, orillan al adolescente a buscar nuevas formas de relacionarse, encontrar intimidad con sus pares, observando alternativas accesibles además de las familiares; lo anterior va de la mano con el desarrollo social con el escudriño de reafirmaciones en el contexto, dando un lugar y reconocimiento al adolescente para enfrentar los desafíos venideros.

### **La crisis de la adolescencia.**

Ninguna etapa del desarrollo del ciclo vital, puede entenderse fuera del contexto donde este se dé. Debido a esto, antes de llamar a la adolescencia como una de etapa de crisis debe considerarse aspectos fundamentales del proceso de transición, por ejemplo: el género, la procedencia del chico o chica, el momento histórico actual, las relaciones familiares, si trabaja o no, relaciones de pares y demás cosas que se han establecido en este capítulo. El pasar por alto circunstancias inherentes al desarrollo adolescente nos deja fuera de la jugada al pretender emitir un juicio objetivo.

Como ya se mencionó, todas las fases del desarrollo humano tienen un grado de complejidad a la cual se le puede denominar crisis. La RAE (<http://dle.rae.es/?id=BHwUydm>) define el concepto de crisis como aquel cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados. Profundizando en la definición de crisis, tenemos la relatada por Fierro mencionada en Pérez (2006) la cual dice que las “situaciones estresantes son las que llaman al afrontamiento, a algún genero de acción bajo circunstancias en las cuales el sujeto carece de medios suficientes (habilidades, hábitos, recursos) para atenderlas” (pág. 23). Con las anteriores definiciones y en conjunto con lo revisado en las subdivisiones de la adolescencia, las posturas teóricas, los cambios del desarrollo físico, social y psicológico, la

prolongación de la duración de la adolescencia, es posible reconocer los factores específicos que detonan una crisis en la adolescencia.

En un inicio los cambios puberales determinan la modificación de la nueva estructura corporal. La organización física trae consigo un desequilibrio para el joven en cuanto su percepción y aceptación de los mismos cambios. El cuerpo tiene una significación importante en la sociedad; Urbano y Yuni (2016), sentencian que el cuerpo representa el reflejo de una sociedad en transición y en cambio. Vivir en la era de la imagen, obliga a nuestra sociedad a impulsar las representaciones acerca de lo que es considerado un cuerpo bello, estético y atractivo.

El sujeto en toda su juventud parece estar al margen de la situación y, en muchos casos sus competencias le son insuficientes para enfrentar con solvencia eventualidades de esta naturaleza. Urbano et al., (2016) tiene claro que aquellos que no acceden a estos atributos quedan atrapados ilusoriamente en la búsqueda para encontrar la “belleza” nunca poseída, mientras que los que responden al estereotipo de la imagen social, deben acrecentar los esfuerzos para no perder la dignidad de portar el cuerpo como un estandarte de la consecución del ideal propuesto por la sociedad.

Apuntando más adelante dentro del desarrollo adolescente se encuentra la crisis de identidad que posteriormente, dentro de esta investigación se abordará con mayor precisión en el capítulo 3. La crisis de identidad es necesaria para establecer la composición psíquica del joven; por lo que se refiere a crisis de identidad en el adolescente, Fierro citado en Pérez (2006), expresa que esta puede ser explicada por estar hoy en día ahondada y transitada por la crisis de identidad que sufre la misma sociedad, es decir la cultura. Esto se debe según el último autor, a la fragmentación en los valores y por el veloz ritmo del cambio social.

La postura anterior no deja duda de la posible crisis que puede llegar a desplegarse en este periodo; en un caso extremo el adolescente puede tener una identificación negativa principalmente por el déficit en las relaciones parentales, desplazando los parámetros de autodefinición personal peligrosos indeseables pero posibles, causando confusión, así como la difusión de la identidad.

Existe una multiplicidad de principios por los cuales se concibe como una fase crítica la adolescencia; sin embargo, el conflicto esta mediado por el desenvolvimiento de las etapas previas del desarrollo humano, es decir bajo qué condiciones se llega a la fase de transición para la edad adulta. Es un aspecto importante a destacar para pronosticar la evolución del joven, en ese sentido saber cómo se siente, como piensa acerca de si mismo, como se valora, serán factores decisivos como índices de valoración de una situación que no se agota en el asunto de la etapa de crisis.

# **CAPÍTULO 2**

## Anorexia Nerviosa.

## **Antecedentes históricos.**

En el capítulo uno se ha descrito a través de diferentes autores los aspectos más relevantes relacionados al desarrollo adolescente, lo anterior se convierte en parte fundamental para aterrizar la estructura de la propuesta de intervención que más adelante se describe. De lo anterior, resulta imprescindible hacer una revisión histórica sobre la evolución y la incidencia de la AN permitiendo a la presente tesis examinar su evolución como TCA, así como determinar sus alcances dentro de la sociedad y sobre todo quienes pueden ser más vulnerables a desarrollar sintomatología anoréxica.

Comenzando con la revisión, Serra (2015) recopila hitos acerca de la AN al pasar del tiempo, los cuáles serán mencionados de manera cronológica. Para comenzar Serra (2015) menciona que entre los años 98 y 138 d.C., Soranos describe ya la anorexia y la amenorrea en la mujer, sin relación aparente entre ellas como se da hoy en día. Continuando con los hitos, Serra (2015) comenta que Galeno, en el año 155 d.C., describe un cuadro de emaciación (adelgazamiento morboso) en el que el paciente era incapaz de comer, lejos de la AN, aunque en consonancia con algunos de los síntomas de ella.

Siguiendo con la revisión, Aguinaga, Fernández y Varo (2000); Serra (2015), mencionan que en el siglo XVII los datos referente a la aparición de la AN se muestran dispersos y comentan, que la descripción de los antecedentes se destacan por su exageración y falta de rigor científico. No obstante, Aguinaga et al., (2000) asegura que R. Morton en 1694 describió en su libro *A Treatise of Consumption* la “consunción nerviosa”, el primer diseño clínico de dicho trastorno. Aquí se menciona el comienzo de la atención hacia la AN con dos pacientes de diferentes edades, una mujer de 18 años y un varón de 16. En los dos casos resulta meritorio evidenciar el descarte que Morton hace en aquel tiempo a cualquier tipo de enfermedad física como causante o argumento explicativo de la pérdida de peso de los enfermos. Este último autor según Aguinaga et al., (2000) construyó la idea de que la iniciación referente a esta enfermedad, a diferencia de otros estados de malnutrición, era una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones.

Siguiendo con la revisión, Serra (2015) menciona que en 1747 Robert Whytt, registra los que se pueden considerar casos de anorexia como alteraciones de las conductas alimentarias de origen nervioso. 3 años más tarde en 1750 se describe como una “enfermedad de las vírgenes” con amenorrea, alteración mental y disminución del apetito que se denominó clorosis por el color verduzco de las pacientes.

Posteriormente Aguinaga et al., (2000) afirman que en 1860, Marcé escribe una obra “Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias”, la cual se caracteriza esencialmente por el rechazo de los alimentos. Aguinaga et al., (2000) mencionan que Marcé ya distingue a las jóvenes que atraviesan la pubertad y después de un desarrollo físico temprano, una convicción delirante de que no pueden o no deben comer.

Ya para 1874 según Serra (2015) W.W. Gull utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa, en una conferencia pronunciada en Oxford, como “un estado mental morboso por alteraciones centrales y hereditarias”. Casi simultáneamente menciona el último autor que se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Laségue, calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que W.W. Gull, una enfermedad psicógena, aunque se dudaba en un principio si podía tener un origen orgánico.

Serra (2015) afirma que a partir del año 1900, la existencia sobre la demostración de más casos de anorexia, ya que aparece la hipótesis sobre la real o supuesta falta de apetito de las pacientes o el hecho de no ingerir alimentos de forma voluntaria. A pesar de las influencias analíticas de esta época, se abandona la creencia histérica de la anorexia y se diagnostica como una enfermedad fisiopatológica, combatida con tratamientos endocrinos hormonales. A partir de los años treinta, la AN se estudia ya como una enfermedad con un componente psicológico importante, en lugar de centrarse en el origen físico, como el hormonal.

Por otro lado pasadas algunas décadas Bruch, citado en Rojo y Cava (2004) asegura que los clínicos que vieron extenderse rápidamente a la AN hablaron de “una enfermedad epidémica”, cuya propagación atribuían a factores psicosociales. Rojo et al., (2004) estima que tales observaciones clínicas son falibles y se deben

apoyar en estudios epidemiológicos sólidos. Por esta razón este autor menciona que desde los años cincuenta se han desarrollado varios estudios encabezados por epidemiólogos, que repitieron sus mediciones de la incidencia de la AN en un intervalo de varios años. La fiabilidad de sus datos reside en que estudiaron poblaciones similares entre las que mediaba un intervalo de varios años.

Según Rojo et al., (2004), estos estudios demostraron que la incidencia de que la AN había aumentado del primer al segundo periodo, se llevaron a cabo en varios lugares: en el sur de Suecia Theander, 1970, en el nordeste de Escocia Szmukler et al., 1986, en Suiza Willi et al., 1990, en el condado Monroe de Nueva York Jones et al., 1980 y en Rochester Minnesota Lucas et al., 1991. Un registro de casos en Dinamarca también puso de manifiesto un aumento en el número de pacientes que sufrían esta enfermedad en 1995.

A fin de seguir con los antecedentes, es oportuno mencionar a Behar y Aranciba (2013) quienes nombran a Hilde Bruch pionera en la comprensión descriptiva de los TCA, esta autora caracterizó a los sujetos que padecían este tipo de conflictos con “un paralizante sentimiento de ineficacia”, que invadía todos sus pensamientos y acciones, y se relacionaba con la percepción del “Yo”, como si actuara sólo en respuesta a las demandas de los otros y no de las propias y, estaba encubierto por oposicionismo; en la superficie, las pacientes aparecían obstinadamente desafiantes y excesivamente independientes. Behar et al., (2013) afirma que este sentimiento se generaba en parte, debido a que las mujeres que habían desarrollado AN raramente reconocían sus logros y talentos, estos para ellas nunca eran suficientemente buenos. Esta alteración en el desarrollo psicológico implicaba un deficiente “sentido del yo” y contribuía a la lucha por la autonomía personal, competencia y control.

Desde la perspectiva de Bruch en Behar et al., (2013) la sintomatología de la AN (la severa disciplina ejercida sobre su cuerpo) representa una maniobra defensiva reparadora y protectora contra los sentimientos subyacentes de desvalimiento e incompetencia, asociados a menoscabos importantes en el desarrollo de la personalidad. En general, Garner y Garfinkel; Toro y Morandé citados en Serra (2015), afirman que a partir de la década de los sesenta estos cuadros de anorexia

adquieren una identidad propia, al aumentar su incidencia y definirse más claramente como desórdenes de naturaleza psicológica, social y multicausal.

Entre 1980 y 1985 prosiguen los estudios de seguimiento de pacientes de tipo endocrino, investigando los casos de pacientes de otras razas y estableciendo modelos de tipo biopsicosocial, (Serra, 2015).

Posterior a la revisión generada, existen otros autores contemporáneos que entienden a la AN con bases más sólidas, por ejemplo, Buil (2001) expresa sobre la AN que es uno de los trastornos psicológicos cuyo desenlace puede ser la muerte y en la mayoría de los casos el inicio de la enfermedad suele coincidir con el inicio de la adolescencia.

Otros autores como Zusman (2009), definen a la AN como la voluntad férrea a no comer, por el temor a ganar peso y por la idea falsa sobre la imagen corporal. Se restringe la ingesta de alimentos calóricos, de carbohidratos y de algunas proteínas, por lo que la inanición es propia de una privación específica, con consecuencias psicológicas y cognitivas.

Ibáñez y Pérez (2012) caracterizan a la AN por la evidencia de una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. Estos autores mencionan que el adelgazamiento se consigue reduciendo o suprimiendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, pudiendo recurrir a vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado y consumo diuréticos, etc. Ahora es evidente que las personas que han desarrollado características anoréxicas presentan un intenso miedo al aumento de peso, sin importar si están bajando drásticamente de peso. La distorsión de la imagen corporal es una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que “obliga” a mantener la restricción alimentaria.

Terminando con la revisión histórica, se consideran ahora investigaciones de acuerdo al TCA que ocupa esta investigación; un ejemplo de lo anterior, son las conclusiones obtenidas en la investigación “Evaluación del autoconcepto, la



satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas”, realizada por Gismero (2001). A partir de esta, en un total de 207 sujetos de sexo femenino que se distribuyeron entre cinco grupos: a. Anoréxicas (N=66); b. Bulímicas (N=28); c. Dieta (N=33); d. Terapia (N=23) y d. Control (N=57), comparadas con mujeres controles y mujeres que hacen dieta adelgazante, anoréxicas y bulímicas, se encuentran claros déficits de autoestima, y una valoración de sí mismas y de su vida muy negativa. Según Gismero (2001), las mujeres con AN se sienten menos comprendidas y aceptadas por sus padres. Otra conclusión a la que llega este autor son las manifestaciones de insatisfacción con su propio cuerpo (comparadas con los tres grupos controles). En cuanto a la conducta asertiva, es donde presentan dificultades claramente mayores que los demás grupos, en relación al mostrar su desacuerdo y sus sentimientos negativos, así como en su autoexpresión social (participar en reuniones sociales, expresar sentimientos y opiniones, hacer preguntas, etc.).

Los resultados citados apoyan la idea de que estos aspectos serán característicos de las mujeres con AN, además la evaluación constante del autoconcepto, la insatisfacción con el propio cuerpo y determinados déficits en habilidades sociales se han mostrado importantes en la aparición de la AN. Por último, en dicha investigación se establecen las características comportamentales, sociales y psicológicas que acompañan a la AN, las conclusiones de esta amplia investigación que ofrece Gismero (2001) apunta a considerar que las pautas conductuales antes descritas pueden ser pronosticadas en la medida que se conozcan los factores detonantes en el desarrollo de la AN. La expectativa de esta investigación señala la conveniencia de una evaluación con fines preventivos de tales variables, que será importante tener en cuenta no sólo en la intervención y el abordaje psicoterapéutico, sino entenderlos como factores de protección a desplegar en la adolescente propensa.

Por otra lado en el estudio titulado “Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México” realizado por Gómez, Llopis, Acosta y Pineda (2005), cuyo objetivo fue detectar tendencias o indicadores

de comportamientos alimenticios normales y anómalos, así como la distribución entre grupos de jóvenes de culturas diferenciadas. Se utilizó una muestra de 770 estudiantes, hombres y mujeres, 384 españoles y 386 mexicanos. El rango de edad fue de 15 a 18 años, con una media de 16.23 años. Según el informe de los resultados relata la existencia estadísticamente significativa por nacionalidad y por género, siendo los mexicanos afirma la investigación, quienes presentan las tasas más altas de conducta alimentaria restrictiva con una media de 1.51, frente a los españoles con 1.43 y, cuando se comparan por género, son las mujeres de ambas nacionalidades quienes practican con más insistencia la conducta dietética con una media de 1.54 mientras que los hombres tienen 1.38 aseveran los resultados.

De acuerdo al peso deseado, el mayor porcentaje de la totalidad de los hombres deseaban pesar lo mismo o más, siendo un 71.80% para los españoles y un 68.50% para los mexicanos; por otro lado, a las mujeres les ocurre lo contrario, anhelaban pesar igual, o menos, siendo entre las españolas de un 60.30% y entre las mexicanas 84.20%. Las observaciones referidas confirman que ser mujer, representa las mayores diferencias significativas y por tanto mayores índices de riesgo alimentario que los hombres. Además Gómez et al., (2005) advirtió en la necesidad imperante de realizar nuevos estudios y la puesta en marcha de programas preventivos, con el fin de educar en y para la optimización de la salud.

Todavía cabe mencionar las observaciones de Unikel, Bojórquez y Carreño (2004) a través de los estudios de seguimiento por periodos de entre 10 y 15 años de grupos de pacientes con AN, la persistencia de los síntomas en 12 a 14% de los casos, así como las tasas de recaídas, mostrando su elevada incidencia, presentando un porcentaje entre el 4 y 27% concluyendo estos autores que se está frente a un padecimiento crónico. Sullivan citado en Unikel et al., (2004) reconoce que la tasa de mortalidad agregada asociada con la AN es 12 veces mayor que la tasa anual de mortalidad debida a todas las causas para mujeres de entre 15 a 24 años de edad en la población general.

Al actualizarse este tema de salud en materia de prevención, deja ver la importancia de sensibilizar a la población, en especial a la más vulnerable como lo son los

adolescentes y con especial dirección a género femenino. Se entiende que las cuestiones sociales actuales rebasan la concepción de llevar información adecuada y oportuna respecto a los niveles de prevención primaria y secundaria, para que esta pueda incidir de manera significativa en personas y localidades específicas conforme a la cantidad de urgencias explícitas demandadas. El resultado de diversas investigaciones referente a la AN, han demostrado el ofrecimiento de una solución comunitaria a problemas que aparentemente pudieran entenderse como individuales, donde cada vez más se despierta el interés de expertos en salud.

Prosiguiendo con esta cuestión en la revisión referente a los problemas sobre la imagen corporal en adolescentes, Cash, Winstead y Janda; Mora y Raich; Rosen y Gross; citados en Maganto y Cruz (2003), confirman la creciente incidencia de este problema en población adolescente, así como las variables vinculadas a esta problemática: errores alimenticios y dietas tempranas, factores perceptivos y emocionales que distorsionan la imagen corporal, dificultad de expresar las emociones, ignorancia sobre la gravedad de los trastornos alimenticios y desconocimiento de adónde acudir en caso de iniciarse dichos problemas.

Otro aspecto a considerar es la presión mediática que desempeña un papel importante a la hora de establecer el estándar de delgadez del cuerpo desde hace ya varias décadas, más aún en la actualidad las sociedades con un nivel desarrollo económico alto, incluso también las que están en vías de desarrollo se han decantado para implementar como estándar de belleza y éxito un cuerpo visiblemente esbelto e incluso delimitándolo en medidas corporales concretas. Lo antes expuesto coincide con el pensamiento de Lameiras, Calado, Carrera, Rodríguez (2009) mencionando que:

el progresivo incremento de la incidencia de estas enfermedades en las sociedades occidentales y el hecho de que se presente en una alta proporción entre las mujeres, lleva a tener en cuenta como una importante causa la presión del ideal estético, especialmente el promovido por los medios de comunicación, en el que las características físicas predominantes son: alta, blanca, cuerpo *tubular* (sin curvas) y melena rubia... el peso tiene un papel

central; de hecho, el ideal de belleza de la sociedad occidental está representado en los medios de comunicación por imágenes de delgadez extrema, un peso corporal insano para la mayoría de las mujeres. (pág. 103).

Para ampliar el entendimiento de lo anterior es importante saber que el acto de alimentarse es un acto consciente además de voluntario que está sometido a factores importantes como los biológicos, los psicológicos y culturales y en función de estos se modifica, se educa y se altera. La nutrición según Turón (1997), comprende una serie de procesos que realiza el organismo, tras ingerir los alimentos, para transformarlos en nutrientes, que son los que aportan la energía para el funcionamiento de nuestro cuerpo y para reparar los continuos desgastes. Por lo tanto, no es lo mismo alimentación que nutrición, una persona puede alimentarse, pero podría no estar obteniendo los nutrientes necesarios para tener el óptimo funcionamiento de su cuerpo.

Las nutridas investigaciones hacen referencia a detalle cómo funciona la AN, asimismo se comprenden e identifican los signos y los síntomas de la AN para su tratamiento inmediato, esclareciendo los estragos que inciden en la salud de las personas que padecen dichos trastornos. Estas cuestiones abren una brecha importante aportando las bases para emprender esfuerzos que ayuden a priorizar mecanismos preventivos que ayuden a reducir al mínimo el desgaste y la manutención que trae consigo la aparición de la AN.

### **Clasificación de la anorexia nerviosa.**

La presente investigación ha permitido conocer las características principales de la AN, especialmente lo que corresponde al comportamiento patológico asociados a la ingesta de alimentos, así como control excesivo del peso corporal. El periodo en el cual esta enfermedad tiene más probabilidades de aparecer es en la adolescencia, por ser un rango de edad donde al sujeto se le considera más vulnerable a padecer diversos malestares psicológicos ya explicados en el capítulo uno. La incidencia de este trastorno es cada vez mayor; por esta razón cabe mencionar lo que Ibáñez et

al., examina (2012) asegurando que, en México, desde hace varias décadas se viene haciendo investigación en la Facultad de Psicología de la UNAM y en otras universidades estatales, donde se han estudiado diferentes poblaciones de distintos rangos de edad, incluso en preescolar. El porcentaje de anorexia fluctúa entre 3.5 y 5%. En los casos severos, se ha observado que muere el 10% y un 30% sufre de enfermedades crónicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, Serra (2015) ha calificado a la AN como epidemia, debido al aumento de su incidencia y prevalencia. Esto exige enmarcar cualitativamente sus representaciones sintomáticas a lo largo del tiempo, perfeccionando el diagnóstico y puntualizar sus repercusiones físicas, sociales y psicológicas, con la intención de tener un mejor entendimiento de la AN.

Entrando en el marco internacional de la salud, se cuenta con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión cinco, (Bagny 2014, DSM-V) así como la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (OMS 1992, CIE-10) que ofrecen una categorización específica de criterios que definen la presencia de esta enfermedad en cualquier persona; a continuación, bajo estos dos lineamientos internacionales, se mencionan los elementos esenciales que ayudan a establecer el diagnóstico sobre la AN.

El DSM-V establece cuatro criterios para el diagnóstico de la AN, conjuntamente se hace una diferenciación entre las formas en que puede presentarse, construye también las medidas del peso promedio corporal debajo de lo esperado para la edad, entendidas como síntomas representando sus grados de gravedad. Enseguida se mencionan concretamente la tipología referida por el DSM-V y por el CIE-10, que ayudan a comprender los componentes de expresión en la AN.

### **DSM-V Anorexia Nerviosa.**

Criterios diagnósticos:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como

un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

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

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

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

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

En remisión parcial.

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total.

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual.

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil de IMC. Los límites siguientes

derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC >17 kg/m<sup>2</sup>

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>

Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

### **CIE-10 Anorexia Nerviosa.**

Criterios Diagnósticos:

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

Pautas para el diagnóstico.

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet<sup>1</sup> de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos 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 la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

### **Conclusión:**

Las descripciones de las citadas clasificaciones internacionales son contundentes al momento de tazar los parámetros de la AN, dejando en claro que se trata de un trastorno de alto impacto en la salud. La edad de inicio aparece con frecuencia al final de la infancia y en los primeros años de la adolescencia. En un estudio Turón citado en Jarne y Talarn (2006), constató que el 46% de los pacientes que comenzaron a expresar signos de AN lo hicieron entre los doce y los quince años de



edad. También descubrió que el 52% habían presentado características plenas entre los quince y los veinticinco y, únicamente 2% pasados los veinticinco. Transcurrida esta la última edad, la incidencia es baja señalan los autores.

Las clasificaciones mapean las consecuencias que se derivan sobre salud con la instauración de AN, por esta razón Jarne et al., (2006) menciona que transcurridos cinco años después del diagnóstico, el 25% de los pacientes continúan arrastrando y presentando síntomas de la enfermedad, un 40 % sigue manifestando síntomas depresivos y un 25% obsesivos. Además, comenta que la mortalidad alcanza a un 8-10 % de los casos y que en seguimientos prolongados esta llega al 18%. La evidencia deja en claro que los intentos por resolver tentativamente el problema de salud actual, generan debilitamiento en el sujeto para afrontar el rigor perteneciente a la AN, lo cual indica que la prevención sigue siendo la mejor arma ante la exigencia que demandan los TCA.

### **Etiología de la anorexia.**

Con respecto a la etiología, Lameiras et al., (2009) afirma que actualmente se acepta que no hay una única causa que explique la aparición de los desórdenes alimentarios, sino que existe una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, un conjunto de situaciones, circunstancias o factores que explican su desarrollo. Los factores que participan en la aparición de la AN son diversos, de este modo es complicado encausar un solo camino que detone la aparición de la presente enfermedad.

En semejanza, Serra (2015) nos dice que los factores que van a influir son muy variados, y menciona también que algunos no se pueden modificar, como la predisposición genética, los rasgos de personalidad, aspectos contextuales que gobiernen sobre los patrones estéticos, dinámicas familiares etc., sin embargo, existen otros tantos factores que si pueden ser cambiados, como los hábitos alimenticios, los conceptos equivocados sobre el cuerpo, la aceptación de los cambios en la adolescencia, la autoestima, la concepción negativa de la propia figura o la ejecución de malas prácticas alimentarias, que sean nocivas para la salud.

Siguiendo con las aportaciones de Serra (2015), este autor acierta cuando menciona que la multiplicidad de factores complica identificar íntegramente la aparición de esta enfermedad, aun así, la parte biológica parece ser la más aceptada a la hora de indicar la génesis de la AN. Las investigaciones sobre los factores biológicos han sido numerosas, centrándose especialmente en los componentes genéticos y alteraciones neurobiológicas.

Dando paso a la revisión de diferentes estudios mencionados por Rojo et al., (2004), se encuentran los realizados por Lilenfeld, Kaye, Greeno et al., en 1998; Strober, Freeman y Lampert et al., en el 2000, los cuales demuestran que entre los familiares de pacientes con un TCA, mantienen un incremento en la prevalencia y desarrollo de AN, entre doce y siete veces superior a la población en general. Esto indica la participación plena de los componentes genéticos del trastorno a la hora de ser heredados.

Al parecer existe una conjunción entre variables externas y variables internas que pueden orillar a un adolescente a tener mayor riesgo de desarrollar AN. De lo anterior Wheatcroft citado en Rojo et al., (2004) menciona eventualidades y características de propensión a sufrir un TCA:

Las influencias genéticas, el deseo por parte de los padres de que estén más delgados, los problemas con los padres en general, el tener modelos poco favorables en cuanto a las actitudes y comportamientos respecto a la comida y el ser testigos del desacuerdo entre la pareja. (pág.139).

La tesis de los autores revisados en esta parte, supone la activación de genes etiológicos en el transcurso de la pubertad, así como eventos externos que incurren en la aparición de AN. La cuestión genética no es suficiente para explicar el desarrollo de AN, se necesita, además, un ambiente cargado de factores desencadenante específicos como el estrés y la restricción de alimentos por razones estéticas. Lo anterior muestra la importancia de influir sobre la prevención con el tipo de población seleccionada dentro de esta investigación; todo esto con la finalidad de reducir la incidencia de esta enfermedad. En otras palabras, conocer la contribución que tienen los genes en el desarrollo del padecimiento en cuestión y en conjunto con

el reconocimiento de los factores predisponentes, ofrecen la oportunidad para actuar de manera anticipada sobre los factores de riesgo, así como en la vulnerabilidad predominante que sostiene la AN.

### **Factores de riesgo.**

La actividad de comer supone un acto de gran naturaleza para el ser humano, tal acción está regulada por el sistema nervioso central, que a su vez emite mensajes al cuerpo solicitando nutrientes que son esenciales para seguir funcionando adecuadamente en el transcurso de la vida. Cuando ocurre lo contrario, es decir, cuando se presenta una restricción voluntaria de alimentación, estamos ante la presencia de uno de los factores de riesgo más importantes para la instauración y desarrollo de AN.

En esta parte de la investigación, se enuncia la tipificación de los factores de riesgo que dan paso al esclarecimiento de las características que ponen de manifiesto, la instauración de esta enfermedad. Se puede observar hasta aquí, las expresiones del actual padecimiento; sin embargo, Jarne et al., (2006) insiste en nombrar aspectos clave que se deben considerar para establecer parámetros de riesgo; uno de los principales, es el deseo intenso de pesar cada vez menos, el temor de estar obeso y la distorsión del esquema corporal que hace que los sujetos se vean con mayor dimensión física de la que realmente puedan tener. Con la finalidad de lograr la pérdida acelerada de peso, los sujetos utilizan diferentes métodos, y como se mencionó al comienzo de este apartado, la principal es la intensa restricción alimentaria, seguida por el ejercicio físico y en las conductas de purga.

Continuando con la descripción, es importante puntualizar ahora la definición de lo que es un factor de riesgo, para esto es necesario revisar el artículo de Tafani, Chiesa, Caminati, y Gaspio, (2013) titulado “Factores de Riesgo y Determinantes de la Salud”, donde mencionan al respecto la siguiente definición: “Un indicador de riesgo, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”, (pág. 55). Como ya se ha mencionado, existen diversos elementos tanto ambientales como internos, que se deben considerar en la etiología de una enfermedad.

Conociendo lo anterior, se puede definir con mayor precisión la existencia de la tipológica sobre los factores que consiguen provocar el progreso de un TCA, los cuales se denominan para su mejor comprensión de la siguiente manera: factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, (Rojo et al., 2004); (Serra 2015). De lo último Serra (2015) en su libro “Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos” describe tres tipos de factores:

- Los factores predisponentes son los que se encuentran presentes antes de la aparición del TCA y que aumentan el riesgo de su desarrollo sin hacerlo inevitable.
- Los factores precipitantes, tal como su nombre indica, inducen a que la enfermedad aparezca. Son los que marcan el inicio de la enfermedad. Muchas veces son los acontecimientos vitales estresantes para la persona.
- Los factores de mantenimiento son aquellos que actúan una vez ya ha aparecido la enfermedad. Provocan que el enfermo no se cure y, a medida que la enfermedad evoluciona, le resulte cada vez más difícil salir de ella. (pág. 53).

### **Factores predisponentes:**

Entre los factores predisponentes se localizan distintos elementos que tienen un papel protagónico en el desarrollo de AN como los factores genéticos, la edad, el género, tener familiares diagnosticados con algún tipo de TCA, ideales estéticos dominantes, etc. En el presente capítulo se hizo mención sobre la posible transmisión genética relacionada con la etiología de la AN. De la misma manera es considerado como un factor predisponente, así lo expone la “Guía de práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria” (2009); Serra (2015), donde el estudio de casos y controles mediante la genética molecular obtuvo una asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor

vulnerabilidad a padecer AN. Los más estudiados son el sistema serotoninérgico (5-HT; regula el apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor, etc.) Igualmente, positivos han sido los hallazgos en los cromosomas 1, 2 y 13. Sin embargo, estos resultados hasta el momento no son concluyentes. La genética parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad en la AN.

Otro aspecto de alto riesgo según Serra (2015) es la edad; al considerar esta como un factor de peligro, debe enmarcarse entre los 13 y 20 años, principalmente por los cambios trascendentales a nivel físico y psicológico (véase el capítulo uno). Con el paso de los cambios corporales el adolescente va centrando su atención en aspectos como la figura y el peso. Consideran que su cuerpo es susceptible de ser modificado con facilidad, más allá de los parámetros normales; la vulnerabilidad recae también en la enorme receptividad y acatamiento de los mensajes que los medios de comunicación emiten.

Para Jarne et al., (2006), la divulgación se enfoca en un estereotipo muy concreto y, por otro lado, poco asequible para la mayoría. Con los apuntes anteriores, se aprecia mejor que los cambios más violentos a nivel físico y psicológico se producen en la adolescencia, esto quiere decir que las condiciones biológicas a las que se ven sometidos los jóvenes son acompañadas por cambios emocionales que reflejan cómo se debe entender el entorno y, por lo tanto, cómo deber ser transitado por el joven.

Ahora, considerando al género en la adolescencia, se sabe que está relacionado con la aparición de AN. La relación entre mujeres y hombres viene a ser de 9-10:1, pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90-95% de sujetos afectados por un TCA son mujeres, así lo afirma Serra (2015). En similitud a lo anterior, se describe en la Guía de práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), que el género femenino es considerado como un factor predisponente; así aproximadamente por cada 9 casos de TCA en mujeres se presenta 1 en hombres. Las estimaciones sobre la incidencia y prevalencia de los TCA varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación. En la

misma guía se explica que la población femenina es especialmente propensa basándose en estudios realizados en España, donde la población de mayor riesgo fueron mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, y se obtuvo una prevalencia del 0.14% al 0.9% para la AN.

Una predisposición más a considerar es la que menciona Rojo et al., (2004), la cual se localiza entre las familiares de pacientes con AN, teniendo un riesgo de seis veces mayor probabilidad de desarrollar un TCA que los individuos del grupo control. A pesar de las dificultades metodológicas que conlleva realizar estos estudios, Serra (2015) llega a la terminación general afirmando que en las familias de las pacientes que han desarrollado AN aparecen casos de TCA, con significativamente mayor frecuencia que en las familias de controles.

Dentro de las conclusiones de diversos estudios que han indagado la agrupación familiar de TCA en correlación con trastornos psiquiátricos comórbidos (trastornos afectivos, alcoholismo, trastornos obsesivo-compulsivos, obesidad, etc.), Rojo et al., (2004) detecta que las prevalencias más altas de trastornos afectivos y obsesivo-compulsivos se encontraron entre los familiares de primer grado de pacientes con bulimia y AN, respectivamente, comparados con sus correspondientes grupos control.

Concluyendo con los componentes que predisponen el desarrollo de AN, es innegable la relación dialéctica que existe entre el comportamiento que se presenta en la adolescencia y la influenciada a nivel cognitivo por el contexto, haciendo susceptible la adopción temprana de hábitos que pueden dañar al sujeto significativamente en el transcurso de su vida. por esta razón es posible localizar la idea irracional que se puede llegar a construir acerca de la fisiología humana, la alimentación y el objetivo único de estar más delgado, lo anterior se traduce como ideales estéticos que son dominantes en una región específica.

Con la presencia de pensamientos distorsionados acerca de la simbolización sobre el cuerpo, se comprende que el adolescente está por debajo de lo que llega a conseguir, haciendo de esto una carrera con un objetivo por alcanzar cada vez aleja más lejos; sus peculiares pensamientos relativos a la dieta y a la figura, se asocian a

otros más complejos, de difícil interpretación: estar delgado indica perfección, autocontrol y virtud. La adiposidad indica lo contrario: estar enfermos, ser imperfectos, pérdida de autocontrol e incluso una transgresión moral, (Jarne et al., 2006).

### **Factores precipitantes:**

Como se ha podido apreciar en el recorrido de este apartado, la combinación de ciertos elementos aumenta la inquietud por el peso y por la comida, partiendo del supuesto de que si se controla lo que se come, se controlará también otros aspectos vitales; si se controla el peso, se controlará también el orden de sus vidas. También se revisa la existencias de factores (individuales, familiares y socioculturales) que tienen una correlación singular ligada al desarrollo de la AN; por lo tanto, lo hasta aquí investigado, perfila a la prevención sobre la AN como una tarea indispensable. Al acentuar los factores precipitantes de manera concluyente, envuelve la idea de poder equivocarse en el intento, por esta razón queda implícito que se requieren de investigaciones cada vez más actualizadas sobre este padecimiento.

De lo anterior, se hará mención especial sobre los factores precipitantes más relevantes en las investigaciones revisadas para poder concretar una descripción adecuada. La amplia gama de factores que inducen el inicio de esta enfermedad, es mencionada a través de diferentes estudios por la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) destacado los siguientes componentes socioculturales de riesgo:

modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de TCA (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres), obesidad (especialmente en madres), alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso, (pág. 51).

Se observa con claridad el rol trascendental que juega el ambiente familiar para precipitar la aparición de AN. En cuanto a la dinámica familiar Serra (2015) ofrece 3 modelos para explicar la activación de este TCA. En proporción a lo anterior, este autor nombra a los modelos de la siguiente manera:

### **Ambiente familiar desestructurado.**

En las familias en las cuales no existe una estructura estable y segura, tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA en alguno de los miembros, sobre todo en aquellos que de manera individual tienen más riesgo, como las mujeres adolescentes. De lo último Ruiz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena (2009) coinciden con Serra (2015), con lo referido en su artículo “Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario”, asegurando que: “las pacientes con AN señalan mayor insatisfacción con su vida familiar, dificultad en la solución de problemas y altos niveles de crítica y hostilidad” (pág. 448). La interacción familiar en combinación con un ambiente familiar inestable, son determinantes para formar actitudes y comportamientos potencialmente peligrosos relacionados con la ingesta de alimentos, la estética corporal y el temor a la obesidad.

### **Ambiente familiar sobreprotector.**

Son las familias en las que la comunicación y la dinámica familiar son excesivamente rígidas, controladoras y exigentes, estas pueden influir en el desarrollo de una TCA, sobre todo en aquellos miembros que presentan mayor vulnerabilidad individual como las chicas adolescentes. En apoyo a la presente información, Hoyos (2013) asegura que los ambientes sobreprotectores dificultan las habilidades para resolver conflictos. Minuchin citado en Serra (2015) menciona también que, en un ambiente familiar sobreprotector, el alto nivel de aspiraciones, la rigidez, la frecuencia de los conflictos parentales y en general un estilo de relación en el que, al no reconocer los límites individuales, los miembros de la familia no pueden desarrollar un sentimiento de autonomía.



## **Experiencias vitales estresantes.**

En este último modelo, los cambios traumáticos en la estructura familiar como, por ejemplo, la muerte de uno de los miembros, la separación traumática de los padres, la inmigración, pueden aumentar la probabilidad de TCA. Rojo et al., (2004) explica que entre las dificultades se encuentran problemas interpersonales, como las burlas, las intimidaciones que se dan en el contexto escolar, o los acontecimientos vitales con los padres. Sin embargo, los acontecimientos vitales son en el mayor de los casos experiencias comunes que no pueden revelar el desarrollo de AN específicamente. Pese a lo anterior, Rojo et al., (2004) insiste en que un acontecimiento estresante que genera consecuencias psicológicas asociado a esta problemática son los que componen depresión, ansiedad. Los acontecimientos contra el pudor asociados primeramente con disgusto sexual son frecuentes entre las pacientes con AN.

Esto abre la posibilidad de que un acontecimiento cuyo significado se asocie a emociones de vergüenza y asco pueda desencadenar un TCA. Una explicación alternativa sería que la respuesta que provoca el acontecimiento en el individuo sea un componente importante de las consecuencias posteriores. Los pacientes con este tipo de trastorno muestran un mayor desamparo en cuanto a sus estrategias de afrontamiento es decir, los pacientes con AN emplean estrategias de evitación, (Rojo et al., 2004).

Cerrando esta parte, los resultados liderados por Leung citados en Serra (2015), demostraron la existencia de un modelo familiar que relacionaba las dinámicas familiares disfuncionales, preocupaciones personales por el peso, la apariencia física, problemas personales por el cuerpo y baja autoestima, por un lado, y el desarrollo de síntomas alimentarios y psiquiátricos, por el otro. Demostrando que un modelo familiar determinado puede potenciar ciertas vulnerabilidades tanto a sufrir TCA como otros trastornos psiquiátricos a través de dos vías relacionadas entre sí. Una de las vías nos indica que la preocupación familiar por el peso y la apariencia física contribuiría a la insatisfacción corporal de las hijas. Esta insatisfacción daría lugar a síntomas de algún TCA. Otra de las vías según este autor es que una familia

disfuncional contribuiría directamente a provocar una autoestima negativa, e indirectamente, esta podría provocar el desarrollo de síntomas de un TCA. Para su mejor comprensión, se añade una lista de los factores precipitantes propuesta por Zusman (2009):

Los factores precipitantes más estresantes son:

- La tendencia a conflictos interpersonales.
- La dificultad para resolver conflictos.
- Las pérdidas afectivas.
- La búsqueda de aceptación social a través de la apariencia y del sentido de pertenencia.
- La disrupción en el equilibrio familiar.
- La dificultad para separarse de las figuras parentales.
- Los cambios corporales perturbadores.
- Los problemas de salud.
- Los comentarios negativos por parte de los pares o de los padres respecto de sus hábitos alimenticios.
- Los comentarios reforzadores acerca de la importancia de bajar de peso y de la delgadez.
- El refuerzo de las dietas y del control del peso como mecanismos extraordinarios de control.
- Las experiencias sexuales anticipadas o displacenteros. (pág. 60).

### **Factores de mantenimiento.**

Zusman (2009) explica en su libro “Los desórdenes de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia” cuando se refiere a los factores de mantenimiento, que la cultura occidental, asocia el éxito, el control y la valía personal con la restricción alimenticia y con la figura delgada. Menciona también, que esta asociación tiende a convertirse en una distorsión cognitiva en el proceso de enfermar y a lo largo de la enfermedad. Los desórdenes de la conducta alimentaria suelen autoreforzarse y fomentan la incesante recursividad de los pensamientos obsesivos asociados con el peso, la

comida, las dietas y el cuerpo. A medida que el peso decae, el pensamiento se torna concreto y polarizado. Así, en esta espiral dibujada por la inanición, se van encontrando diversas razones para mantener la atadura del peso y la comida como tema principal.

Moorey citado en Zusman (2009) completa la idea anterior, afirmando que la posibilidad de un pensamiento independiente y la capacidad para la toma de decisiones se vuelven cada vez más restringidas. Mientras más temprano comience con las dietas restrictivas, la inanición se torna en un factor reforzador y en una solución mágica a los conflictos púberes y adolescentes centrados en el crecimiento, la maduración, el desarrollo de la sexualidad y la formación de la identidad. Según Bruch citado en Zusman (2009) comenta que controlar el peso así como la comida, recibe su respectivo refuerzo positivo; el descontrol sobre la ingesta o la falla constante en mantenerse a dieta deviene en una falta y acusa un sentido de ineffectividad que va en desmedro de la autoestima. Para su mejor comprensión, se añade una lista de los factores de mantenimiento propuesta por Zusman (2009):

Los factores de mantenimiento son:

- La inanición.
- Las distorsiones cognitivas.
- Las dietas restrictivas.
- La intensa preocupación por comer cierto tipo de comida, por cocinar y por ver comer.
- La actitud narcisista, la hostilidad, las conductas antisociales, el retraimiento social.
- Los episodios de purgas seguidos de sentimientos de vergüenza y culpa.
- La ingesta de alimentos parasitarios como café, té, agua, goma de mascar, bebidas alcohólicas; o cigarrillos.
- El incremento de ansiedad, hipocondría, histeria y obsesiones variadas. (pág. 63)

El presente capítulo ha dejado ver que la AN se caracterizan por la presencia de alteraciones importantes en las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos, acompañados por un gran temor a engordar y una excesiva preocupación por la ganancia el peso y la imagen corporal. Derivado de esto, Arana, Leonardelli, Rutzstein, Maglio, Murawski, Diez, Scappatura, Armatta y Miracco (2010) aseguran que estas enfermedades van acompañadas de graves consecuencias físicas y emocionales que involucran no solamente a la persona afectada, sino también a su familia. Se aprecia de la misma manera según Garner, Lock, Le Grange, Agras y Dare citados en Arana et al., (2010) lo reiterativo dentro de las investigaciones que se han citado hasta el momento, respecto a que las mujeres occidentales son los principales grupos vulnerables para el desarrollo de AN. Estos autores reiteran que por cada nueve casos de trastornos alimentarios en mujeres, se presenta uno en hombres.

Para el afrontamiento de los factores enunciados, Páramo (2011) afirma que las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud, pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Ahora bien, Burak citado en Páramo (2011), plantea la existencia de factores protectores, por ejemplo el de amplio espectro, siendo estos indicativos, que fomentan la probabilidad de conductas protectoras favoreciendo el no acontecer de daños o riesgos. Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia.

Es por esta razón que el producto final de este trabajo, se encuentra focalizado en detectar los factores de riesgo para su manejo adecuado en pro de la salud y, sobre todo, fortalecer los factores individuales que posibilite a las adolescentes propensas, maniobrar de mejor forma sus capacidades individuales generando expectativas

altas en términos de salud. Se establece desde esta postura, que endurecer los factores de protección en la adolescencia, es hablar en dominio del campo de la salud, este último tema se considera en el capítulo 4 donde se abordan los niveles de prevención y de intervención sanitaria.

### **Instrumentos para medir características de AN en población mexicana.**

El trabajo realizado dentro de este territorio para anticipar la presente enfermedad ha sido arduo, así lo demuestran las evidencias sobre intervenciones destinadas a la pronta identificación de población propensa a desarrollar AN. Según Franco, Álvarez y Ruelas (2011), las investigaciones sobre los diversos factores que desarrollan y mantienen un TCA en México han ido en aumento en las últimas dos décadas; sin embargo, estas investigaciones como ya se mencionó, señalan únicamente a la población con más propensión al desarrollo de un TCA, no hay registros claros sobre intervenciones preventivas-formativas una vez identificada a la población con propensión al desarrollo de AN.

Otro ejemplo de lo anterior aparece en la investigación realizada por Guadarrama y Mendoza (2011), en la cual se identifican los factores de riesgo de AN y bulimia en estudiantes de preparatoria de acuerdo a su sexo. En dicho estudio, se trabajó con 316 alumnos de ambos sexos de una escuela privada del nivel medio superior. Entre los instrumentos que fueron aplicados se menciona el Test de Bulit y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), los cuales cuentan con propiedades psicométricas adecuadas a la población mexicana. Los resultados muestran que 17% de la muestra estudiada mostró síntomas de trastorno alimentario, predominando la AN y siendo mayor en las mujeres, siendo estas el grupo que estableció las diferencias estadísticamente significativas en ambas variables.

Los resultados del último artículo permiten concluir que los adolescentes de zonas externas a las grandes urbes pudieran ser propensos a desarrollar este tipo de trastornos, siendo las mujeres el grupo más afectado. En la conclusión del último estudio, nuevamente focaliza a la población que presenta mayor propensión a caer en AN. Este tipo de investigaciones son de suma importancia, debido a que señalan

nuevas líneas de investigación para prevención del TCA que atiende la presente tesis.

En las investigaciones citadas en el párrafo anterior, se pueden observar diversos instrumentos aplicados en población adolescente como fines preventivos ante la aparición de la AN; sin embargo existe una amplia variedad de instrumentos diseñados para el mismo propósito, en el artículo “Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura” de la “Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios”, Franco et al.,(2011) realiza una investigación para conformar un compendio de los instrumentos y cuestionarios internacionales y nacionales pertinentes para identificar características de los TCA; en el referido artículo se exponen algunos instrumentos internacionales que han sido validados para el uso en la población mexicana adolescentes.

El propósito de revisar el presente artículo fue para analizar aquellos estudios en los cuales se han examinado las propiedades psicométricas de instrumentos sobre evaluación de TCA en mujeres mexicanas. Se localizaron 17 publicaciones en las que se evaluó la confiabilidad y/o validez de 16 cuestionarios de autoinforme (11 creados en otros países y cinco construidos por investigadores mexicanos).

Franco et al., (2011) localizo instrumentos que fueron clasificados considerando dos criterios: el primero, si correspondían a instrumentos traducidos y/o adaptados para México, o bien, si fueron construidos para su empleo en población mexicana; de acuerdo al segundo criterio, se consideró el objetivo del instrumento, identificando tres distintos: tamizar o cribar, medir síntomas o características específicas de TCA, o factores de riesgo. Por lo tanto, en la presente revisión la información se organizó considerando ambos criterios. Ahora bien, para el propósito de la presente investigación, únicamente se hará mención de los instrumentos que tengan relación con la sintomatología de la AN dentro del artículo citado en este apartado.

### **Instrumentos traducidos y/o adaptados.**

En los instrumentos de tamizaje, el primero en ser revisado fue el **Test de Actitudes Alimentarias** (EAT-40, por sus siglas en inglés). El objetivo principal es medir síntomas y conductas características de la AN. En su descripción incluye 40 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 3 puntos. Recoge síntomas y conductas patológicas hacia la comida. Proporciona un índice de gravedad del trastorno, se considera patológico si puntúa por encima de 30 puntos. Los límites son de 0 a 120, (Serra 2015).

En la descripción realizada Franco et al., (2011) se especifica que el EAT-40 fue creado y validado por Garner y Garfinkel en 1979 en dos submuestras de mujeres diagnosticadas con AN (n = 32 y 33), de acuerdo a los criterios de Feighner et al., y en dos submuestras control (n = 34 y 59). La consistencia interna del EAT-40 fue  $\text{Alpha} = .94$  en la muestra total, y  $.79$  en las mujeres con AN. La puntuación total del instrumento diferenció entre las mujeres con AN y las mujeres control en la dirección esperada; además, al analizar la predicción diagnóstica se establecieron que 30 era un punto de corte adecuado para fines de tamizaje.

En la misma revisión, Franco et al., (2011) distingue un segundo trabajo llevado a cabo por Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel ahora en 1982 donde se analizaron la estructura factorial del EAT-40 con una muestra de 160 mujeres con AN, derivando tres factores que agruparon 26 ítems y explicaron 40.2% de la varianza total: Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida, y Control Oral. Factores que mostraron consistencia interna adecuada en la muestra clínica ( $\text{Alpha} = .90, .84$  y  $.83$ , respectivamente), pero no así en mujeres control ( $\text{Alpha} = .86, .61$  y  $.46$ , respectivamente), dado que en los dos últimos factores fue deficiente.

Esta estructura factorial dio origen a la versión corta del EAT-40, denominada EAT-26, misma que fue adaptada para su empleo en niños por Maloney, McGuire & Daniels, en 1988 resultando la Children's version of EAT. Ante lo último es importante resaltar que tanto el EAT-40 como el ChEAT han mostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas para medir las actitudes y las conductas características de la AN, (Franco et al., 2011).

En lo referente a aplicación en población mexicana Franco et al., (2011) examinan la confiabilidad y validez tanto del EAT-40. La versión en español del EAT-40 fue adaptada por Alvarez-Rayón et al., en 2004 y aplicada a una muestra clínica de 276 mujeres diagnosticadas con TCA (AN = 52, BN = 102 y TCANE = 122), de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), y a una muestra control de 280 mujeres. La consistencia interna del instrumento fue  $\text{Alpha} = .90$  en la muestra con TCA y  $.93$  en la muestra total, coeficientes similares a los reportados por Garner y Garfinkel en 1979. El análisis factorial exploratorio (AFE) derivó cinco factores que agruparon 25 reactivos y explicaron 46.6% de la varianza: Restricción Alimentaria ( $\text{Alpha} = .88$ ), Bulimia ( $\text{Alpha} = .87$ ), Motivación para Adelgazar ( $\text{Alpha} = .85$ ), Preocupación por la Comida ( $\text{Alpha} = .77$ ) y Presión Social Percibida ( $\text{Alpha} = .76$ ). La puntuación total diferenció entre las mujeres con TCA y las mujeres control; además, la mejor predicción diagnóstica para AN o BN se obtuvo con el punto de corte de 28 (sensibilidad = 83% y especificidad = 91%).

En general, se demostró que el EAT-40 cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para su empleo en mujeres mexicanas; no obstante, es importante mencionar que se encontraron dos cambios relevantes respecto al estudio original. Por un lado, la estructura factorial fue diferente, por otro lado, el punto de corte propuesto para México fue ligeramente menor al original, (Franco et al., 2011).

### **Instrumentos que miden características específicas de los TCA.**

**Cuestionario de Imagen Corporal** (BSQ, por sus siglas en inglés). El objetivo es evaluar la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Incluye 34 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 1 a 6.

El BSQ fue creado y validado por Cooper et al., en el año de 1987 con mujeres diagnosticadas con BN ( $n = 38$ ), de acuerdo a los criterios del DSM-III-R y tres muestras control ( $n = 331, 119$  y  $85$ ). La puntuación total del cuestionario diferenció entre las muestras en la dirección esperada: muestra clínica vs control, mujeres preocupadas por su imagen corporal vs mujeres que no estaban preocupadas, y



probables casos de BN vs muestra control. Como evidencia de validez concurrente, se informó que el BSQ correlacionó con la subescala insatisfacción corporal del EDI y con la puntuación total del EAT- 40. Los autores concluyen que el BSQ es un cuestionario que proporciona información importante para la detección de posibles casos de TCA, (Franco et al., 2011).

La versión en español del BSQ creada por Raich et al., en 1996 fue adaptada y validada en México por Vázquez et al., (2011) en una muestra de 216 mujeres diagnosticadas con TCA (AN-Restrictiva = 22, AN-Purgativa = 17, BN-Purgativa = 87 y TCANE = 90), de acuerdo al DSM-IV-TR y una muestra control de 256 mujeres. Considerando los hallazgos descritos, puede decirse que el BSQ es un instrumento altamente confiable, ya que mide de manera precisa la insatisfacción corporal, la cual es uno de los principales factores de riesgo proximales de los TCA, (Franco et al., 2011).

Por otro lado, las conclusiones de un estudio realizado por Jenaro, Flores, Bermejo y Cruz (2011) utilizando el BSQ con una muestra de 395 personas pertenecientes a población clínica o general, relatan que todos los factores y la escala en su conjunto mostraron adecuada consistencia interna y el análisis factorial confirmó la multidimensionalidad de la escala y por tanto, avala su validez de constructo identificando la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria relacionados con la bulimia, así como con AN. Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento confirman la existencia de antecedentes personales o familiares relacionados con estos trastornos o con ansiedad o depresión, incrementan la probabilidad de presentar problemas de conducta alimentaria.

Siguiendo con la revisión, es posible encontrar el **Inventario de Trastornos Alimentarios** (EDI, por sus siglas en inglés), el cual tiene como objetivo evaluar las características cognitivo-conductuales asociadas a la AN y la BN. Está conformado por 64 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 3.

Según Herrero y Viña en Scappatura, Elizathe, Rutzstein, Maglio, Murawski, Leonardelli, (2013) es uno de los instrumentos autoadministrables más utilizados en la actualidad para la detección de trastornos alimentarios y la exploración de características psicológicas en pacientes. El EDI fue construido y validado por Garner et al., en 1983 en una muestra de 113 mujeres diagnosticadas con AN. Los autores propusieron que el EDI evaluaba ocho características (factores): Motivación para Adelgazar, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Identificación Interoceptiva y Miedo a Madurar, cuya consistencia interna fluctuó entre Alpha = .82 (Perfeccionismo) y .90 (Bulimia, Insatisfacción Corporal e Ineficacia) en la muestra clínica, en tanto que en la muestra control fue desde .65 (Miedo a Madurar) hasta .91 (Insatisfacción Corporal). Los factores del EDI clasificaron correctamente a 85% de la muestra total. También se encontró que la puntuación total diferenció a mujeres con AN versus con BN (n = 195), mujeres con obesidad (n = 44) con historia de obesidad (n = 52), mujeres control versus varones control (n = 166), y mujeres con AN versus mujeres recuperadas de AN.

En cuanto a la validez concurrente, se observó que los factores del EDI correlacionaron con diversas medidas de aspectos psicológicos (AN, restricción alimentaria, insatisfacción corporal, locus de control, autoestima, depresión y sensibilidad interpersonal). Los autores concluyeron que el inventario presenta adecuada consistencia interna y validez, (Franco et al., 2011).

En lo que refiere al EDI, éste fue traducido y validado en mujeres mexicanas por García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga y Arcila- Martínez en 2003. El instrumento fue aplicado en 22 mujeres diagnosticadas con TCA, de acuerdo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994), y 25 mujeres sin TCA. La consistencia interna fue Alpha = .98 para el total de la muestra, .94 tanto para las mujeres con TCA como para las mujeres control, y mayor a .85 en los 11 factores propuestos por Garner en 1991; asimismo, se encontró que la puntuación total y de cada factor diferenció entre las muestras. Los autores concluyeron que el EDI-2 presentó adecuada consistencia

interna y utilidad diagnóstica, por tanto, puede utilizarse como un instrumento de tamizaje de los TCA en población mexicana, (Franco et al., 2011).

El siguiente instrumento es el **Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal** (CIMEC), cuyo objetivo es evaluar las influencias culturales relevantes que contribuyen a promover y justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Este cuestionario está constituido por 40 reactivos con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 2.

Franco et al., (2011) comenta que el CIMEC fue creado y validado por Toro, Salameo y Martínez en 1994 en una muestra de 59 mujeres españolas diagnosticadas con AN, de acuerdo a los criterios del DSM-III-R, y una muestra control (n = 59). La puntuación total y la de 26 de los 40 reactivos diferenciaron entre las muestras en la dirección esperada; por tanto, los autores calcularon la consistencia interna para los 40 reactivos (Alpha = .94 en la muestra con AN y .92 en la muestra control) y para los 26 reactivos (.93 y .91, respectivamente). Se obtuvieron cinco factores que explicaron 52.7% de la varianza: Malestar debido a la Imagen Corporal, Influencia de la Publicidad, Influencia de los Mensajes Verbales, Influencia de los Modelos Sociales e Influencia de las Situaciones Sociales. Sin embargo, debe considerarse que el propósito de este cuestionario no es realizar un tamizaje de los posibles casos con TCA. Los autores concluyeron según Franco et al., (2011) que el CIMEC es adecuado para evaluar la influencia de factores sociales en relación con el ideal de delgadez, mismos que promueven conductas alimentarias de riesgo, en su mayoría a través de los medios de comunicación.

Por otro lado, en una investigación similar a la referida, es la de Vázquez, Álvarez y Mancilla en Escoto, López, Díaz, Franco y Camacho (2013) donde analizaron las propiedades psicométricas del CIMEC en mujeres mexicanas; donde encontraron una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .94$ ) y derivaron una estructura de cuatro factores: Influencia de la publicidad, Malestar con la imagen corporal, Influencia de los modelos estéticos corporales e Influencia de las relaciones sociales. La consistencia interna del instrumento fue Alpha .94 y se comprobó su homogeneidad,

debido a que todos los reactivos correlacionaron significativamente con la puntuación total.

El AFE derivó cuatro factores que agruparon 35 reactivos y explicaron 45.3% de la varianza total: Influencia de la Publicidad (Alpha = .92), Malestar por la Imagen Corporal (Alpha = .86), Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (Alpha = .75), e Influencia de las Relaciones Sociales (Alpha = .63). Se concluyó que el CIMEC es confiable y válido para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales que se transmiten a través de la publicidad y las situaciones sociales, (Franco et al., 2011).

De acuerdo al artículo referido al comienzo de este apartado, se han revisado hasta el momento las características y los elementos psicométricos de instrumentos que fueron creados principalmente Estados Unidos y utilizados en otros países, que con su especial análisis se demostró en general, que son herramientas confiables y válidas en la población mexicana. Además, según Anderson, Lundgren, Shapiro y Paulosky; Túry, Gülec y Kohls, citados en Franco et al., (2011), la mayoría de los instrumentos son reconocidos en el contexto internacional por su utilidad como instrumentos de evaluación.

### **Cuestionarios desarrollados en México.**

Instrumentos de tamizaje.

El trabajo realizado por especialistas mexicanos ante la incidencia y prevalencia de la AN han dado paso a la creación instrumentos como el **Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo**. Tiene como objetivo Identificar conductas alimentarias de riesgo. Este cuestionario contiene 10 reactivos en escala tipo Likert con un formato de cuatro opciones de respuesta.

Franco et al., (2011) refiere que el mencionado cuestionario fue creado por Unikel Santoncini, Bojorquez y Carreño en 2004 para evaluar la preocupación por engordar,

la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV; APA, 1994. Las autoras trabajaron con una muestra de 78 pacientes diagnosticadas con TCA (48.7% BN, 9% AN-Restrictiva, 5.1% AN-Purgativa y 37.3% TCANE) y una muestra control de 468 estudiantes. La consistencia interna del instrumento fue  $\text{Alpha} = .83$  y los 10 reactivos correlacionaron significativamente con la puntuación total. El AFE derivó tres factores que explicaron 64.7% de la varianza total: Atracón-Purga ( $\text{Alpha} = .74$ ), Medidas Compensatorias ( $\text{Alpha} = .72$ ) y Restricción ( $\text{Alpha} = .76$ ). Al analizar la capacidad predictiva del instrumento, se propuso el punto de corte de 10 (sensibilidad = 81% y especificidad = 78%), en tanto que el análisis discriminante mostró que 88% de los casos fueron clasificados correctamente.

Los buenos resultados obtenidos permiten recomendar según Franco et al., (2011) el uso de este instrumento como una alternativa breve, de fácil aplicación y calificación, que podría ser incluida en encuestas dirigidas a población abierta. Además de esta aproximación rápida y práctica para la obtención de datos sobre la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en nuestro país, el cuestionario puede facilitar la identificación temprana de casos y, con ello, propiciar la atención oportuna, con la finalidad de prevenir el desarrollo del trastorno.

**El Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria** es el resultado de la conjunción de otros dos cuestionarios, pretendiendo en su diseño, el medir conductas alimentarias y aspectos socioculturales asociados a los TCA.

De lo último Franco et al., (2011) puntualiza la existencia de dos versiones, una para varones y otra para mujeres. Dado el propósito de la presente revisión, a continuación, sólo se hará referencia a la versión femenina, la cual está integrada por 23 reactivos con cuatro opciones de respuesta en escala tipo Likert, desde nunca hasta siempre.

Franco et al., (2011) deja claro la autoría a Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini, las cuales con base a la modificación e integración de dos cuestionarios: la Escala de Factores de Riesgo Asociados a los Trastornos Alimentarios y el CIMEC organizan este cuestionario. El instrumento resultante fue aplicado a una muestra de 632 mujeres adolescentes, encontrando que la consistencia interna fue adecuada (Alpha = .83). El AFE derivó cinco factores que explicaron 57.6% de la varianza: Influencia de la Publicidad (Alpha = .86), Desarrollo Puberal (Alpha = .79), Tiempos de Comida (Alpha = .79), Malestar con la Imagen Corporal (Alpha = .72) y Dieta Restringida (Alpha = .71). Las autoras concluyeron que el instrumento resulta válido para medir factores de riesgo asociados a TCA, principalmente aspectos socioculturales, conductas alimentarias y desarrollo puberal. Sin embargo, en opinión de Franco et al., (2011), estos resultados sólo fundamentan la consistencia interna y la estructura factorial del cuestionario.

### **Instrumentos que miden factores asociados a los TCA**

La distorsión e insatisfacción sobre la propia imagen en las mujeres adolescentes, es uno de los principales criterios diagnósticos y de alerta en la instauración de AN. No es sorpresa que los investigadores mexicanos consideren este síntoma como uno de los principales factores a identificar para su pronta intervención. Con lo anterior se ha dado paso el diseño de estrategias como el **Instrumento de Imagen Corporal**, el cual tiene como objetivo medir factores de riesgo asociados con imagen corporal.

En su descripción comenta Franco et al., (2011) que existe una versión de papel-lápiz y una versión computarizada. La primera incluye 30 reactivos (seis evalúan imagen corporal global y 24 partes corporales específicas). Contiene dos escalas visuales con nueve siluetas que se califican desde 1 (la más delgada) hasta 9 (la más gruesa), y un reactivo escalar de autopercepción del peso corporal con cinco opciones de respuesta, desde muy delgada hasta muy gruesa.

La medición de partes corporales contiene ocho conceptos, cada uno con tres escalas tipo Osgood y cinco opciones de respuesta. En todos los reactivos, puntuaciones altas indican mayor problemática. La versión computarizada está

conformada por 46 reactivos (seis miden imagen corporal, 16 miden partes corporales de frente y 24 imágenes de perfil), e incluye las nueve siluetas de frente utilizadas en la versión de papel-lápiz. Para la medición de partes corporales se presenta una silueta de frente dividida en ocho partes, que puede aumentar o disminuir de tamaño para construir la figura actual y la ideal; asimismo, se presenta una silueta de perfil dividida en seis partes que también pueden modificarse, (Franco et al., 2011).

Franco et al., (2011) refiere que este instrumento fue construido por Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Pineda y Tafoya en el año 2000, quienes aplicaron ambas versiones a 185 estudiantes universitarias que consideraban tener problemas con su peso corporal o con su forma de comer (muestra subclínica) y 127 estudiantes universitarias sin problemas con su peso o alimentación (muestra control). En ambas muestras, los coeficientes de consistencia interna fueron más altos para la versión computarizada (Alpha = .90 y .94, respectivamente) que para la versión de papel-lápiz (Alpha = .80 y .84, respectivamente). Las puntuaciones de las dos versiones del instrumento diferenciaron entre las muestras en la dirección esperada.

Asimismo, se encontró que la versión computarizada clasificó correctamente a 98.5% de las participantes, en tanto que la otra versión a 87.3%. Se concluyó que las propiedades psicométricas de ambas versiones son apropiadas, aunque la versión computarizada mostró mejores resultados; además de que, dada su misma naturaleza, favorece un análisis más exhaustivo de los aspectos de la imagen corporal, (Franco et al., 2011).

Otra aportación mexicana ante el mencionado factor de riesgo, es el **Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal** teniendo como objetivo principal la evaluación sobre la internalización del ideal de delgadez. Está conformado por 15 reactivos en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, desde nunca hasta siempre.

Este cuestionario fue diseñado según Franco et al., (2011) por Unikel Juárez y Gómez. Para la construcción de los reactivos se consideró la experiencia de mujeres con TCA y se retomaron cuatro ítems de un instrumento utilizado en México, sin embargo, los autores no especifican el nombre de dicho instrumento. El cuestionario fue validado en una muestra de 408 mujeres estudiantes y 87 pacientes en tratamiento para TCA. La consistencia interna fue  $\text{Alpha} = .93$  y todos los reactivos correlacionaron con la puntuación total. El AFE derivó dos factores que explicaron 60% de la varianza total: Internalización ( $\text{Alpha} = .90$ ) y Creencias ( $\text{Alpha} = .88$ ).

Esta estructura fue comprobada por medio de análisis factorial confirmatorio; además, se encontró que 83.7% de los casos fueron clasificados correctamente. La validez convergente fue corroborada al encontrar que la puntuación del cuestionario y sus dos factores correlacionaron significativamente con el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo de Unikel-Santoncini et al., 2004, la Escala de Sintomatología Depresiva del CES-D Radloff, 1977, la subescala Auto-percepción de la Self-esteem Scale de Pope, McHale y Craighead, 1988 y la subescala Insatisfacción Corporal del EDI. Al analizar la predicción diagnóstica de la puntuación total del cuestionario, se encontró que el mejor punto de corte fue 37, con adecuada sensibilidad y especificidad (80%, en ambos casos). Los autores concluyeron que las propiedades psicométricas del instrumento fueron adecuadas, (Franco et al., 2011).

Al término del presente recorrido en cuanto a la revisión de instrumentos diseñados para identificar características de AN en mujeres adolescentes, encontramos la **Escala de Imagen Corporal en Mujeres Jóvenes**. La cual permite medir la imagen corporal. Consta de 26 reactivos con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert, desde nunca (1) hasta siempre (5).

Según Franco et al., (2011) la primera versión fue piloteada en 100 mujeres universitarias y se hicieron ajustes en las instrucciones y en el orden de los reactivos. Posteriormente, para analizar la validez de contenido, se solicitó a cuatro jueces expertos que determinaran la pertinencia de los reactivos de acuerdo a los indicadores propuestos. La versión final de la escala quedó conformada por 33



reactivos, 18 fueron elaborados por los investigadores y 15 retomados del Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal de Unikel-Santoncini, del 2006.

La escala se aplicó en una muestra probabilística estratificada que incluyó 508 mujeres universitarias, muestra que resultó adecuada para el AFE el cual confirmó la estructura factorial prevista por los autores, con base a 26 reactivos que explicaron 43.2% de la varianza total: Insatisfacción Corporal (Alpha = .84), Interiorización del Ideal de Delgadez (Alpha = .89) e Influencia Social (Alpha = .82). La consistencia interna para los 26 ítems agrupados en los factores fue Alpha = .94. Para examinar la validez predictiva de la escala se realizó un análisis discriminante, encontrándose que 13 reactivos clasificaron correctamente la imagen corporal en 98.2% de los casos con conductas alimentarias de riesgo y 97.4% de los casos agrupados mediante validación cruzada. También se encontró que los tres factores diferenciaron en la dirección esperada entre mujeres con conductas alimentarias de riesgo y mujeres sin conductas alimentarias de riesgo. La evidencia empírica obtenida en esta investigación indica que la escala presenta adecuada consistencia interna y resultados favorables respecto a su validez, (Franco et al., 2011).

Con respecto al propósito del presente apartado, se ha podido confirmar las aportaciones que se están realizando en México, encontrando sus bases en sólidos análisis que forman una estructura cada vez más fuerte a niveles preventivos. Los reflectores de dichas investigaciones, ubican ahora a los sujetos que son más propensos y que un momento determinado pueden desarrollar AN debido a la conjunción de la multiplicidad de factores que intervienen en el progreso de un TCA. El objetivo de la presente tesis recae en la aportación documental sobre la prevención de la AN y sobre todo en la promoción de hábitos de salud, generando fortalezas, de tal modo que con la documentación presentada, se erijan caminos viables para su atención temprana una vez identificadas las adolescentes propensas a desarrollar sintomatología anoréxica.

## Capítulo 3

# Factores psicosociales presentes en la anorexia nerviosa.

Dentro de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años, Gamella (2015) ha puesto de manifiesto el alarmante incremento en la prevalencia de los TCA, además reconoce a los adolescentes y los adultos jóvenes especialmente del género femenino como los grupos más vulnerables a desarrollar estos trastornos junto con algunos grupos de poblaciones específicos como deportistas, bailarinas, varones homosexuales o algunos pacientes de determinadas enfermedades. La precisión que se tengan sobre este aspecto, nos concede la oportunidad de profundizar en el estudio de los factores que pueden estar asociados a la AN, con el fin de poder formular propuestas preventivas y descriptivas ante tal epidemia.

### **La identidad.**

Para Urbano et al., (2016) la identidad personal supone la síntesis e integración de las autodefiniciones que el sujeto tiene de sí mismo, es decir la forma en que el sujeto se define, se describe e interpreta en tanto ser único y particular. La identidad permite tener conciencia plena de quién es uno y a dónde pertenece. Por otro lado la identidad según Foelsch, Schlüter y Odom (2015), es un principio de organización fundamental que permite que una persona funcione de forma autónoma de los demás, juega un rol fundamental en la autoestima y en cómo uno se ve a sí mismo; estos autores hacen énfasis sobre la identidad en cuanto a la capacidad de diferenciar el self del otro, ayudando en los intercambios sociales, brindando información sobre el efecto que uno tiene sobre el otro y, además, provee predictibilidad y continuidad del funcionamiento de una persona, entre situaciones y a través del tiempo.

Como se estableció en el capítulo uno sobre las características descritas por Erickson, en específico en la etapa denominada “Identidad versus confusión de roles fidelidad y fe”, la peculiaridad se circunscribe en la comprensión de la integración de las identidades infantiles que ahora en esta edad, han de forjar los roles sociales. Por lo que se debe recordar siempre, que el contexto da el significado del comportamiento, debido a esto la edad es un factor sociocultural importante en la identidad del yo, definiendo el sentido de vida para la preparación en términos de las propias necesidades y aspiraciones psicológicas del cada individuo.

Con respecto al primer punto, en el adolescente se genera el cuestionamiento sobre “¿quién soy yo?” esta pregunta es respondida por Tapia (2006), asegurando que el sentimiento y la experiencia interna de mismidad, de ser uno mismo en forma coherente y continua a pesar de los cambios internos y externos enfrentados en la vida. En otras palabras, la identidad en la adolescencia es entendida como un proceso en el cual, la personalidad del adolescente consigue su autorregulación, autocontrol y su cristalización, dando como resultado la identidad del yo.

Para lograr la construcción de la identidad, Tapia (2006) apunta a considerar la acción personal interconectada a la autonomía, como el vínculo con el mecanismo contextual de la escena, donde toda acción encuentra su límite simbólico en las relaciones intersubjetivas de interdependencia. Visto de otra manera, Tapia (2006) concluye que la identidad viene a ser la unificación entre el temperamento y modelos infantiles que sirvieron de base para interactuar a temprana edad de manera sólida en sociedad, todo esto dentro de pautas culturales e históricas.

Continuando con los factores que intervienen en el desarrollo de la identidad, existen predisposiciones biológicas y experiencias ambientales, por lo cual a algunos adolescentes se les dificulta este proceso y pierden capacidad para la autodefinición, viven con una sensación dolorosa de incoherencia y vacío crónico, muestran conductas contradictorias, tienen baja tolerancia a la ansiedad y al control de los impulsos, y no se comprometen con los valores, metas o relaciones interpersonales. El asunto es que les falta un concepto integrado del “Yo” que se distinga de los otros. Esta característica en la identidad se considera la base de los trastornos subsecuentes, lo que conlleva a conductas crónicas y de un amplio espectro, desadaptativas y disfuncionales, (Foelsch et al., 2015).

En consecuencia de tal rasgo, Foelsch et al., (2015) plantea que en la adolescencia se puede presentar una crisis de identidad, esto es un periodo de falta de correspondencia entre la visión del adolescente derivado de su entorno inmediato, en contraste con el cambio en su experiencia de sí mismo, no corresponde con la visión que los otros tienen sobre ella/él. Por lo tanto, la crisis de identidad deriva de

una falta de confirmación por parte de los otros sobre la identidad cambiante del adolescente.

Ahora bien, la crisis de identidad es una parte normal del desarrollo adolescente, según Herzberg citado en Foelsch et al., (2015) aquí se puede observar por un lado, la oposición experimentada entre las experiencias psicológicas así como las físicas, que suelen cambiar rápidamente y, sumado a lo anterior la fluctuación entre la autopercepción y las percepciones que se tiene de los iguales. Con lo anterior, puede pensarse en éstas áreas, como aspectos potenciales de conflicto entre el mundo interno y la realidad experimentada. La crisis de identidad puede ocurrir cuando el adolescente se enfrenta con la “exigencia de comprometerse simultáneamente a la intimidad física, a la elección definitiva de una ocupación, a la competencia energética y a la autodefinición psicosocial”, (Erikson citado en Foelsch et al., 2015, pág. 29).

En la dinámica del conflicto que se ha planteado hasta aquí, puede conducir a estados mentales contradictorios que poseen su propio periodo evolutivo de conductas que desencadenan peligros inherentes al desarrollo de una patología, como lo es la AN. Para cubrir el fondo inconcluso de una identificación, los pensamientos irracionales y fantasiosos propios de esta edad, tienen un papel predominante para agrupar el constructo psíquico llamado identidad. En la adolescencia, por lo tanto, se establece un momento clave para la construcción individual y, esto a su vez, funciona para alentar los procesos internos de un ser que está dentro de una sociedad en la que busca tener un lugar.

### **Distorsión de Imagen corporal en la AN.**

Uno de los aspectos que caracteriza a la adolescencia incluso, que nos indica que ha comenzado, es la transformación corporal. La pubertad es el período en el cual los órganos sexuales maduran y alcanzan su capacidad reproductora, y en el que se manifiestan las características sexuales primarias y secundarias de ambos sexos. En las mujeres la pubertad ocurre, generalmente, entre los 9 y los 16 años. En los varones ocurre, generalmente, entre los 13 y los 17 años. Según Urbano et al., (2016) la maduración del sistema reproductor es un fenómeno considerado clave por

cuanto indica una transformación cualitativa del cuerpo humano, así que la forma en que se perciba y viva este nuevo aspecto será crucial en la formación de la imagen corporal.

Con las últimas ideas revisadas acerca del concepto que se tiene del cuerpo en sociedad, obliga a estudiar el argumento que Martí (2015) ofrece del mismo, en su libro "La cultura del cuerpo", este autor menciona que el ser humano no se entendería sin sus relaciones con los otros miembros de la sociedad, y por eso resulta fácil entender que la presentación social del cuerpo se convierta en un elemento de importancia primordial. Somos lo que somos no sólo mediante lo que es nuestro cuerpo, sino a través de la manera en como el medio humano que nos rodea, ve nuestro cuerpo y la manera como percibamos que este medio humano nos ve a nosotros mismos. Erving Gofman citado en Martí (2015) comenta que el "Yo" es un producto social que sólo puede ser entendido en relación con su contexto social. Lo anterior pone especialmente de manifiesto todo lo que tiene que ver con la presentación pública del cuerpo, sobre todo la importancia de este concepto para la vida social, donde gran parte de los sistemas sociales se han esforzado en regularlo.

Continuando, Baudrillard citado en Martí (2015), dejó dicho explícitamente que "en toda cultura, el modo de organizar la relación con el cuerpo refleja el modo de organizar la relación con las cosas y el modo de organizar las relaciones sociales", (Pág. 185). Por eso, como individuos tenemos ideas concretas de cómo queremos que los otros nos vean y, del mismo modo los sistemas sociales brindan un peso importante a cómo los individuos deben presentar sus cuerpos.

En sintonía con lo anterior, el autoconcepto según González, Núñez, Pumariega y García citados en Rodríguez y Caño (2012), se puede definir con certeza como el sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos. En otras palabras, la imagen corporal viene a ser la representación mental del cuerpo, que se va gestando durante la niñez y es en la adolescencia, donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo.

Del autoconcepto Rivarola (2005) afirma que la imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de muchas personas, especialmente en la etapa de la adolescencia. Para García (2003), la teoría psicoanalítica dicta la constitución del yo y por lo tanto, el sí mismo y la propia identidad se vincula directamente con la imagen del cuerpo. De este modo el Yo deriva de sensaciones corporales, sobre todo de las que se originan en la superficie del cuerpo. Se puede considerar entonces como una “proyección mental” de la superficie del cuerpo y a la vez representa la superficie del aparato mental.

Pero, ¿qué ocurre con esa superficie corporal si el cuerpo cambia y se transforma? es necesario recorrerla, cubrirla, escribirla, sentirla para reconocerla y así reconocerse a sí mismo. La imagen de sí mismo se vincula, además, con la imagen que los demás (sus pares y el conjunto social) le devuelven y le confirman, (García, 2003).

Esto quiere decir que el cuerpo, simbólicamente habla a través de sus manifestaciones. Urbano et al. (2016) se pronuncia al respecto diciendo lo siguiente:

“El cuerpo se transforma en un espacio en el que confluyen nuevas exigencias biológicas y sociales, convirtiéndose en el área en el que se depositan sensaciones y experiencias de indiscriminación, similares a las que presentan los niños en los primeros años de vida” (pág. 61).

De lo último se concibe que la entidad física lleve mensajes inscriptos en él, siendo estos mensajes, los que dan al sujeto una identidad y lo ubican en el contexto social. Por lo anterior, queda claro que el concepto de cuerpo no es sólo biológico e individual, sino que el contenido cultural sujetado a un espacio-tiempo, con sus determinantes históricos, políticos, económicos y sociales, contribuye a que el cuerpo cobre significación dentro del sitio donde este se encuentra.

Continuando con el examen de la imagen corporal, algunos autores como Baile y sus colaboradores citados en Serra (2015), concluyeron en sus trabajos publicados en el año 2002 que la concepción negativa de la imagen corporal, incluyendo las actitudes, los sentimientos y las percepciones acerca del propio peso y figura, es el

factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de un TCA, debido a que es una de las consecuencias de la búsqueda de un cuerpo perfecto, condicionado por los modelos estéticos de delgadez. La insatisfacción corporal es un rasgo común en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud.

Queda establecida la existencia de un culto, el cual se le rinde al cuerpo y que en nuestra sociedad adquiere con mayor frecuencia un valor predominantemente. Actualmente, existe toda una industria basada en la sobrevaloración de la delgadez, alrededor de ésta, la propaganda realizada se presenta como un ideal la figura esbelta, ofreciendo medios poco eficaces para conseguirlo y en ocasiones perjudiciales para salud. Rivarola (2005) alega que con frecuencia este mensaje viene disfrazado con nociones que pretenden asociar la delgadez con “estar en forma”, o con “mantenerse joven”, o simplemente con ideas de triunfo o poder. Estos mensajes socioculturales impactan en el comportamiento y pensamiento del adolescente, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico.

El escrutinio realizado en los capítulos anteriores, da sustento para inferir que, a lo largo de la vida, con todas las vivencias, influencias, creencias y valores formamos un ideal corporal. Según nuestra personalidad, nuestro grado de exigencia, nuestra autoestima y autoconcepto, contrastamos nuestra imagen corporal con el ideal estético. De lo anterior Toro citado en Serra, (2015) menciona la existencia de múltiples factores que influyen en la insatisfacción corporal, pero los más importantes son tres, debido a que actúan desde épocas muy tempranas de la vida: siendo la familia nuestro primer punto de contacto social, amigos y medios de comunicación. Los tres promueven en la inmediatez del individuo el cuerpo ideal representado socialmente.

Extendiendo el análisis sobre la distorsión de la imagen corporal en la AN, es obligatorio examinar el artículo realizado por Vellisca, Orejudo y Latorre (2012), titulado “Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano versus Tardío”, aquí se puntualiza que el inicio de la AN prevalece comúnmente dentro de los 17 años; las edades en las que más casos aparecen, oscilan entre los 14-18 años edad, afirmando que el 90% al 95% de los



casos pertenece a la genero femenino. Estos autores precisan diferenciar en el inicio de esta enfermedad en dos momentos, el temprano referido entre los 14-15 años y el tardío alrededor de los 18-19 años. En el caso de AN de inicio tardío son más complicados y en la mayoría de las veces coexiste con un trastorno depresivo. Además, Vellisca et al., (2012) asegura que en el caso de la AN de inicio temprano se ha encontrado que la premenarquia está asociada con la ansiedad acerca del desarrollo puberal, lo cual representa una respuesta desadaptativa hacia los cambios biológicos del crecimiento en la pubertad.

Por esta razón para Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes y Alemán citados en Vellisca et al., (2012) menciona que la alteración de la precepción de la forma o tamaño corporal es uno de los elementos centrales de la AN, análogamente Gardner y Garfinkel y Slade y Rusell citados en Vellisca et al., (2012) respectivamente, incluyeron dos aspectos relacionados con las alteraciones de la imagen corporal: la distorsión perceptiva de la talla y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y la preocupación por la figura. De ahí que los últimos autores mencionados pongan de manifiesto que el miedo a presentar sobre peso sea un componente central de la AN y que la alteración de la imagen corporal más frecuente es la tendencia a ver el cuerpo con un tamaño mayor que el real, lo que se denominó de forma general “sobre estimación”.

Demostrar que la distorsión de la imagen corporal es uno de los elementos centrales de la AN, reconoce el papel fundamental que presenta la intervención preventiva con este tipo de población. Rosen citado en Vellisca et al., (2012), resaltó que el trastorno de la imagen corporal desempeña un papel importante tanto en el pronóstico como en el mantenimiento de los TCA y que la ausencia de cambios en este nivel constituye un riesgo de recaída. Botella y León en Vellisca et al., (2012), identifican que todos los tratamientos sobre los TCA deberían contar con una intervención específica sobre la imagen corporal. Estas intervenciones deberan centrarse según estos autores en varias áreas actitudinales: la propia evaluación de su cuerpo, los autoesquemas y la afectividad hacia el propio cuerpo, pues la imagen

corporal negativa es probablemente uno de los factores de inicio del trastorno aquí estudiado y de su mantenimiento.

Las conclusiones del citado artículo son reveladoras y asumen que las investigaciones realizadas con población preadolescente y adolescente, han documentado la presencia de conductas alimentarias de riesgo además de problemas en la percepción de la imagen corporal, particularmente en el género femenino; así mismo Vellisca et al., (2012) continúa con las conclusiones, mencionando que las actuaciones preventivas deberán perfilarse teniendo en cuenta la edad de la población objeto de las mismas, siendo necesarias intervenciones en edades tempranas. Sobre esto, es importante tener en cuenta que la imagen corporal se va gestando durante la niñez y que es a partir de la adolescencia cuando tiene un gran peso en el desarrollo psicosocial de la persona; intervenir sobre este ámbito podría tener importantes efectos preventivos, (Katzman; Lantzouni; Swenne y Thurfjell en Vellisca et al., 2012).

Para ir concluyendo este apartado es importante hacer mención sobre las afirmaciones que realiza Serra (2015) de acuerdo a la imagen corporal, las cuales hacen hincapié en la sobrevaloración de la delgadez y otros cambios sociales que se produjeron en el último tercio del siglo XX, las cuales tienen un importante papel en la génesis de los TCA, son un importante caldo de cultivo que favorece su aparición; sin embargo, no son suficientes para explicarlos. Nos encontramos ante un fenómeno sumamente complejo en el que confluyen variables sociales, biológicas y psicológicas. Los TCA son enfermedades que han aumentado enormemente en las sociedades occidentales. En la nuestra, se le presenta a la mujer un ideal estético difícil de alcanzar, antinatural, el prototipo de belleza se traduce en la presencia de una “delgadez extrema” y cómo podemos observar, coexisten con diversos elementos para el inicio y el desarrollo de la AN.

A lo largo de este capítulo se ha podido apreciar que existe un aumento considerable en la incidencia del trastorno alusivo en esta investigación, encontrando muchos de sus aspectos precipitantes dentro del desarrollo cultural

actual, el cual concede el valor estereotipado del físico. Por lo tanto Chinchilla citado en Venegas, González, Hurtado, Hidalgo y Nova 2002 mencionan que puede comprenderse el inicio de la AN con mayor claridad, analizando el contexto de procedencia del sujeto mediante el rol supremo que ha adquirido el cuerpo, como distinción social y como medio de competitividad, de afirmación y reconocimiento.

### **La autoestima.**

Es importante para el propósito de este apartado comenzar con la descripción del término autoestima para posteriormente poder describir su incidencia en la actual enfermedad. Encontramos entonces, que las ideas que una persona tiene sobre sí misma configuran su autoconcepto, y la valoración que hace sobre sí misma, a esto último se le conoce comúnmente como autoestima, es decir, la manera en que nos pensamos, juzgamos y valoramos, (Serra, 2015).

Por otro lado, Polaino (2010) explica que la autoestima en su traducción al inglés se define como selfesteem, que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y en el de la personalidad; denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma. Siguiendo con la presente descripción, Aramburu y Guerra citados en Moreno y Ortiz (2009), la definen como una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social, de modo que una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión.

Para García en Moreno et al., (2009), la autoestima se refiere a la forma en que las personas se perciben a sí mismas en términos generales, independientemente del aspecto analizado. Desde la perspectiva de González-Arratia citados en Silva y Mejía (2015), la autoestima es la apreciación que cada persona hace de sí misma mediante un proceso valorativo-acumulativo, basado en la experiencia del día a día y enfocado a un yo holístico actual, pero, influenciado por el conjunto de estados anímicos persistentes a lo largo de períodos de tiempo relativamente continuos y duraderos, esto quiere decir que no siempre tenemos el mismo autoconcepto y valía

de nosotros mismos, por esta razón es importante tener en cuenta que existen múltiples factores que se ven implicados para poder autoapreciarnos y que van modificando rítmicamente nuestra autoestima.

Con estas bases podemos definir a la autoestima como un entramado de pensamientos y valorizaciones del sujeto, asociadas al rol desempeñado en el ámbito social, determinado por parámetros que se han internalizado a raíz de las consecuencias comportamentales reforzadas por el ambiente. El concepto valorativo se construye poco a poco desde temprana edad, el cual se aprende y tiene la cualidad de cambiar. La autoestima se establece con pensamientos, experiencias y sensaciones que hemos almacenado, asimilando e introyectando a lo largo de nuestra vida.

Enfocado a en la juventud Rodríguez et al., (2012) en su artículo “Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención”, habla acerca del papel que juega la autoestima en la adolescencia temprana, diciendo que se ha llegado a considerar, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. En el mismo artículo este autor refiere que esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos. Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta.

Ahora que sea ha podido definir a la autoestima, se pueden esclarecer la vinculación que guarda con la aparición de la AN. Al parecer tiene una incidencia significativa, así lo expresan Moreno et al., (2009) en su estudio titulado “Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”. Aquí se evaluó la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura

corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un Cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Posteriormente se encontró un riesgo de trastorno alimentario 8% y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar TCA en las mujeres, además de que los casos se incrementan con la edad.

En dicho estudio en lo relativo a la relación entre trastornos alimentarios y la autoestima los resultados fueron categóricos, indicando una relación significativamente negativa entre ambas variables, es decir, que, al aumentar los puntajes en trastornos alimentarios, los puntajes en autoestima decrecían. La imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa negativa, lo que indica que, a mayor preocupación con la imagen corporal, menor autoestima, (Moreno et al., 2009).

Respecto a la idea anterior, Del Canto citado en Venegas et al., (2002) explica que a pesar de la existencia de una relación entre la AN, depresión y baja autoestima, pareciera que la primera no es una consecuencia directa de la segunda, sino que más bien la depresión puede ser un factor que predisponga al cuadro clínico, lo cual agrava aún más la situación de la paciente. Este impacto que tiene la depresión sobre la AN es debido a que las personas depresivas suelen experimentar y ser más susceptibles a sentimientos de baja autoestima, lo cual contribuye al desarrollo del trastorno alimenticio.

Con lo revisado en este apartado es importante mencionar la contribución de Serra (2015) en cuestiones de la autoestima, dicho autor comenta que existen muchas confusiones en la adolescencia con consecuencias muy negativas que dañan la autoestima, a tal grado de modificar nuestro comportamiento social y sentirnos tristes y deprimidos. Hasta aquí las consideraciones de trabajar con los adolescentes dentro de esta edad de cambios se convierten en una tarea trascendental; intervenir sobre las fragilidades, inseguridades y confusiones relacionadas al aspecto físico, psicológico y social que, enfocados en la prevención de la AN, puedan salvar vidas.

## **Los medios de comunicación y la presión social.**

Hablar sobre la concepción que se tiene acerca del adelgazamiento como una meta que involucra principalmente a la adolescente vulnerable a desarrollar AN, es hablar acerca de una búsqueda o solución engañosa a diversos problemas emocionales. Para esto, Barrionuevo (2011) advierte que no podemos menos que interrogarnos acerca de cuáles podrían ser las influencias de la ideología que impera sobre los hombres, y haciendo especial énfasis en la adolescencia, se deben considerar las peculiaridades de las condiciones de vida que plantea el tiempo en que vivimos que es definido, entre otras formas por este autor como tiempo del capitalismo tardío, o de la sociedad de consumo, derivación del posmodernismo o de la sobremodernidad, con las que se intentaran definir las condiciones sociales y culturales de una globalización económica denigrante que transforma a las personas en objetos.

De lo anterior, se presume que parte de la estructura en la alta incidencia sobre conductas alimentarias anómalas que se consuman en los jóvenes, es fomentada por los medios de comunicación, lo cual genera presión sobre la vulnerabilidad de los procesos de identificación en la adolescencia, por esta razón aun cabe señalar lo imprescindible que resulta estudiar tales influencias, comprenderlas, describirlas así como anticiparlas desde una perspectiva psicosocial y sobre todo en lo que respecta a la prevención sanitaria.

Con lo anterior se puede edificar un entendimiento con mayor claridad de la situación actual en cuanto al desarrollo e instauración de la AN en adolescentes, por lo tanto es oportuno mencionar a Zusman (2009), quien hace referencia de la influencia sociocultural en el desarrollo de la AN destacando los factores biológicos, individuales y familiares que se asocian a los dominios contextuales; estas últimas son percibidas como demandas influidas por la globalización, que promueven simultáneamente los modelos de delgadez como la expresión del estereotipo. El mismo autor hace hincapié en que la mujer contemporánea intenta resolver sus problemas psicológicos individuales y familiares a través del cuerpo que, más que la

estructura somática del self, se ha constituido en una construcción social que alberga el concepto del cuerpo femenino.

En otras palabras, el cuerpo y la imagen corporal están influidos por los preceptos de la cultura moderna, que han colocado en la delgadez el estereotipo y la validación de la mujer. De la misma forma y en relación a lo que se mencionó al inicio de este apartado de acuerdo a los procesos de identidad, resulta incuestionable que los adolescentes en especial el género femenino, presentan mayor vulnerabilidad debido a que en el curso de la presente etapa del desarrollo, no se han integrado con afinidad sus creencias respecto a la apariencia, a los valores introyectados y, sobre todo a los aspectos culturales y cognitivos de su ambiente actual.

Continuando con el análisis, Serra (2015) define su postura sobre la polarización de los cuerpos en sociedad y comenta que se conjuga al mismo tiempo, con un rechazo generalizado a los obesos, desde muy temprana edad los niños y niñas con un ligero sobrepeso son rechazados socialmente por sus compañeros de clase y son considerados como enfermos. Estas etiquetas tan negativas como “gordo”, provocan una disminución de la autoestima en edades cruciales que pueden repercutir en la formación de la personalidad del adulto. Lo anterior quiere decir que las influencias socioculturales van encaminadas a reproducir el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, control de sí mismo, libertad y éxito social.

Este mensaje aparece continuamente a través de publicidad que llegan a través de revistas, al mirar la TV, estar en internet, radio, cine, las pasarelas de moda, sea cual sea el producto que se venda. Por otro lado, nos encontramos en una generación en la cual nuestros padres y madres, incluso abuelos, fueron adolescentes y atravesaron por la experiencia de ser impregnados por el estereotipo que existe sobre el cuerpo y, sin darse cuenta, lo transmiten a las generaciones venideras. Debido a esto, los niños interiorizan ese modelo corporal, mientras siguen teniendo contacto directo con agentes sociales que refuerzan continuamente la insatisfacción corporal, (Serra, 2015).

El matiz de este apartado, abre la probabilidad de asegurar que la aparición de síntomas anoréxicos está íntimamente relacionado con la influencia del contexto

histórico-social, así como los factores externos que los sostienen. Según Zusman (2009), los TCA se asientan en un contexto en el cual, conseguir comida rica en calorías es fácil, en el que se presenta una tendencia a la desocialización y a la fragmentación de los patrones a la hora comer, esto quiere decir que la cultura que logra transmitirse bajo este tenor garantiza las conductas impulsivas, la agresión y la hostilidad.

Hasta aquí es evidente que los sentimientos de confusión y frustración en el adolescente prevalecen debido a lo establecido por los países industrializados al margen de la belleza y la imagen corporal consensuada. El intercambio desigual en las preferencias sociales por el estereotipo físico se decreta en el hecho de “estar” o no, en los lineamientos entendidos como “adecuados”. Paradójicamente, en las sociedades industrializadas no existen limitaciones en la alimentación; en ellas, el hambre no es una amenaza real. Más bien, “adelgazar” como se ha dejado ver hasta aquí, es una señal de éxito y se refuerza en las jóvenes cada vez que consiguen vencer su delirio por la estética.

El doble mensaje según Zusman (2009), es entregado y promovido por los medios de comunicación; las jóvenes, al mismo tiempo que alucinan por los productos del mercado altos en calorías, tienen aversión por la gordura y la falta de control. El peligro latente que se describe, guarda una relación importante con el impacto que tiene el contenido televisivo en los jóvenes para poder desarrollar AN o algún otro tipo de TCA, gracias a la función que tiene como medio de propagación del “estereotipo social”, mostrando modelos de conductas y hábitos de vida a seguir en los adolescentes. Serra (2015) acompaña bien esta idea, asegurando que la televisión pone de manifiesto en sus anuncios y en sus series mujeres delgadas y esbeltas sin tener en cuenta las conductas alimentarias de estos modelos y las asocia a inteligencia, popularidad, atractivo, éxito profesional y social.

Continuando con la revisión sobre influencia de los medios de comunicación en la aparición de AN, Raich, da Costa, Portela (2012), hacen referencia a la paradoja que se muestran en los mensajes de estos agentes sociales. Dichos autores destacan el contenido de los mismos y, aseguran que están acompañados de



tonalidades sociales que promueven lo aceptable en sociedad. Uno de los principales matices que manejan los medios de comunicación, según estos autores, es que la figura esbelta se ha emparejado con el concepto de belleza; así mismo incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido y, por otro lado, bombardean a los niños, niñas y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres.

Por esta razón, es meritorio destacar que desde muy temprana edad niños y niñas que aún están gestando la idea sobre su imagen corporal, reciben información explícita de los medios de comunicación sobre el cuerpo, esta puede configurarse en condiciones desfavorables y, una vez entrados en la adolescencia, la estructuración del autoconcepto puede forzar el comportamiento de conductas alimentarias de riesgo en el joven, con tal de poder armonizarse con las demandas del conjunto social aquí descritas.

No está demás decir que existe una amplia gama de estudios que muestran la estrecha relación entre las variables AN y medios de comunicación, entonces para el propósito de este apartado y a modo de asentar la idea expuesta, es adecuado mostrar sólo los resultados que se aproximen a la descripción de tal vinculación. Socioculturalmente hablando, con este recorrido se pretende tomar ideas de diferentes autores, que a la postre funcionen para articular una descripción puntualizada de los múltiples factores que intervienen específicamente en la etiología de la AN.

De este modo en su artículo Raich, et al., (2012) “La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión” muestran que el estudio desarrollado por Schooler y Trinh registró, entre un grupo de niñas, que el uso de la televisión (ver programas de televisión de 28 horas por semana) fue el predictor más fuerte de insatisfacción con la imagen corporal, en concreto, en el grupo de niñas que a menudo y de forma indiscriminada veían los programas de televisión. Dentro del mismo artículo se comenta que dentro del territorio Norte Americano, las niñas que trataban de parecerse a las mujeres que se encontraban en los medios de comunicación y los niños y niñas que estuvieron expuestos a las

revistas sobre pérdida de peso, presentaron mayor riesgo de atracón y uso de estrategias extremas para controlar el peso. Ya se comienza a observar con nitidez la alta vinculación que existe entre los medios de comunicación con la insatisfacción de la imagen corporal.

Otra aportación es la que Serra (2015) hace en su libro “Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos”, donde cita los resultados de Mònika Jiménez, investigadora Catalana, esta autora realizó un estudio sobre la publicidad televisiva de productos light y observó que existían paralelismos con la AN y la bulimia. Los temas que coincidían con el discurso publicitario y los TCA son: el deseo de adelgazar disfrazado de cuidado corporal, la búsqueda del ideal estético, la obsesión por el deporte, la demonización de la obesidad, el reconocimiento de los otros y la sensación de euforia por el hecho de estar delgada.

Por otra parte según Serra (2015), la misma investigadora durante tres años analiza cómo los niños y las niñas adaptan los estereotipos televisivos adultos a su propia realidad llegando a desarrollar conductas alimentarias restrictivas con la finalidad de ajustarse al ideal físico esbelto difundido por televisión. Así mismo, el estudio muestra que existe una predisposición más grande a los TCA entre los preadolescentes consumidores compulsivos de televisión, ya que el gran número de horas que pasan ante el televisor coincide con las elevadas puntuaciones obtenidas en el test de actitudes alimentarias utilizado en la investigación.

En el mismo libro se puede leer un metaanálisis de 25 estudios en los cuales, se examinaba la respuesta de ciertas mujeres después de exponerlas a imágenes que hacían referencia al cuerpo delgado ideal que aparecían en distintos medios de comunicación:

“El resultado fue que la imagen corporal de las muchachas se volvía más negativa que tras haber visto imágenes de cuerpos medios o gruesos u objetos inanimados. Esta imagen corporal negativa era más acentuada en las chicas menores de 19 años, en cambio no afectaba tanto a las más mayores.” (pág. 87).

Para recapitular esta parte, Serra (2015) cita los estudios realizados por Field, este autor encuestó a unas 600 chicas preadolescentes y adolescentes. El 69 % reconocieron que las fotografías de modelos habían influido en su concepción de cómo debía ser el cuerpo femenino y que el 47 % deseaba perder peso al contemplar tales imágenes. Otro estudio similar realizado por Stice y Shaw citados en Serra (2015), sometían a las adolescentes a una exposición de 3 minutos en donde había imágenes representativas del cuerpo delgado ideal que aparecían frecuentemente en revistas de moda y otra exposición de imágenes neutras. Los resultados también fueron preocupantes ya que las primeras observaciones les provocaban un incremento de depresión, vergüenza, culpa, estrés, inseguridad e insatisfacción.

Llegados a este punto, es evidente la vinculación que prevalece entre la presión que ejercen los medios de comunicación, sobre la necesidad de estar delgado como expresión del modelo estético actual; desde ahora no puede pasar desapercibida la relación mencionada, ya que existe evidencia plena referida por las investigaciones consultadas. Como se su pudo apreciar en este apartado y apoyados en las ideas de Penna y Rivarola (2006), las características socioculturales incentivan la aparición de signos conductuales y actitudes alimentarias anómalas como la obsesión por la delgadez, la insatisfacción con la propia imagen corporal, lo que estaría íntimamente relacionado con sentimientos de ineficacia, inseguridad, y en definitiva con una autoevaluación negativa.

Evidentemente, en el caso específico de los adolescentes, el hecho de hacer dieta y su consecuente incursión en algún desorden alimentario como la AN, se encuentra fomentado por el estado de confusión muy común en ellos, además de un concepto pobre de sí mismo, de su identidad y de su cuerpo, donde las figuras de identificación se sumergen en un océano informativo, (Penna et al., 2006).

Con lo referido hasta el momento, es posible conocer cómo trabaja la presión ejercida por el contexto, específicamente en los adolescentes y sobre todo, lo indisoluble que resulta ser dentro de la vida en sociedad; lo anterior convierte a la prevención, como el trabajo de primera aplicación del psicólogo clínico ante la

presente enfermedad. Con la problemática de salud actual, es obligatorio saber identificar el comportamiento patológico en relación con la alimentación, de esta manera establecidas las posibles causas y sus consecuencias, se podrán implementar medidas preventivas eficaces para su pronta modificación.

### **Los factores cognitivos**

A través de la presente investigación se ha descrito que la AN es un trastorno multideterminado, es decir que distintos factores intervienen en su aparición y desarrollo. Entre estos factores se encuentran los cognitivos, los cuales poseen una incidencia especial en el periodo de la adolescencia para desarrollar AN. La multiplicidad de eventos o estímulos que intervienen, llevan de la mano en primera instancia el respectivo procesamiento de la información para asimilar y, posteriormente adecuar esa información, dando como resultado un esquema de pensamiento, es decir un marco de referencia del cual parte el sujeto para codificar la realidad. Los resultados que se obtengan mediante este procesamiento están directamente relacionados con las creencias, que van a ser el resultado entre la conjunción del mencionado marco y la realidad misma.

Moreno (2015) describe que en la adolescencia encontramos avances en tres elementos fundamentales del procesamiento de la información: la capacidad de procesamiento, el aumento del conocimiento en diversos dominios y la autorregulación cognitiva. Con lo anterior es posible admitir la vulnerabilidad que presenta un adolescente para adquirir patrones de pensamientos cuando se presente el proceso de introyección que permite la consolidación de identidad así como la creación una autoestima estable.

Se sabe ahora que la AN se asocia a pensamientos que se encuentran relacionados con la ganancia de peso, la percepción del propio cuerpo y la restricción voluntaria de alimentos que están disponibles. Durante el curso de la enfermedad, algunos alimentos y algunas partes del cuerpo, como el abdomen o las caderas, tienden a adquirir cualidades fóbicas en las adolescentes. Frases como “mi cuerpo está gordo y pesado”, “me disgusta mi abdomen”, “quiero estar delgada”, “tengo que hacer dieta” son pensamientos inicialmente inofensivos, hasta que se convierten en

reiteraciones temáticas que se asocian a un incremento notable de ansiedad, (Zusman, 2009).

Respecto al primer punto y como se estableció anteriormente en este capítulo, se ha mostrado evidencia sobre el pensamiento dicotómico concerniente a la AN, el cual no admite matices intermedios que distingan una alternativa a tales decretos y, como se estableció, las ideas bajo esos lineamientos están reforzadas por elementos sociales e individuales en las fantasías del control sobre el peso corporal y el boceto esperado del cuerpo.

En similitud con el párrafo preliminar, Palacios (2007) describe que la ilusión de la pérdida de peso, es generadora de placer en la persona que ha desarrollado anorexia en la medida en que les proporciona alivio. Se deja ver aquí, un pensamiento perfeccionista además de obsesivo. Siguiendo con la idea del último autor, se entiende que la sobregeneralización sobre estas cuestiones, son en su mayoría juicios extremistas, se pueden establecer predicciones basadas en un solo incidente, así como la magnificación de los estímulos, de esta forma el razonamiento dicotómico o absolutista es aquel que dirige al sujeto a englobar toda información en una o dos categorías de bueno-malo.

Las representaciones mentales en las personas que han desarrollado anorexia se identifican por una tendencia a sobreestimar el tamaño de su cuerpo, este pensamiento distorsionado se dirige hacia las dietas restrictivas, que tienen la connotación en un dominio sociocultural. Estas personas verifican su peso con frecuencia, presentan baja autoestima y manifiestan un excesivo control conductual, pues parten de la creencia que carecen de control sobre su desarrollo corporal. Asimismo, son hipercríticas acerca de su alimentación y de su aspecto físico. Se angustian por su “posible” sobrepeso y tienden a sobrestimar su volumen corporal, aumentando así su ansiedad, lo cual, de manera circular, incrementa la atención sobre su cuerpo e incurre en distorsiones cognitivas variadas, (Zusman, 2009).

Toro citado en Zusman (2009) detalla un listado para ejemplificar las distorsiones cognitivas más frecuentes, aquí se encuentran:

- Abstracciones selectivas: se llega a conclusiones severas toda vez que se toman aspectos parciales de un tema: “solo puedo controlarme a través de las dietas”.
- Generalizaciones excesivas: se pasa de la parte al todo: “antes comía carbohidratos. Ahora sé que engordan. Los dejé de comer”.
- Magnificación de consecuencias negativas: “no puedo tolerar cuando aumento un kilo”.
- Pensamiento dicotómico: se pasa de una lógica del todo o nada: “si no estoy a dieta, me lo como todo”.
- Ideas de autorreferencia: “me parece que la gente habla de mí cuando como”.
- Pensamiento supersticioso: se establecen relaciones de causa-efecto sobre elementos no contingentes: “cuando como arroz, aumento dos kilos de peso”.

Con lo observado hasta aquí, es innegable que el pensamiento se convierte en una estructura más rígida, concreta y menos productiva cuando se ha establecido el circuito de la AN. Están presentes pensamientos irracionales, autodefensivos y rumiativos; conductualmente, los niveles de afrontamiento decrecen y puede predominar una actitud de pasividad e inercia. La percepción de temor y de la habilidad de afrontar la situación amenazante adecuadamente juega un papel clave en determinar la activación, intensidad y duración del sistema de respuesta al ambiente, (Rojo et al., 2004).

Ahora bien, en líneas generales la presión social y el bombardeo de los medios de comunicación inciden en la formulación de ideologías sobre la imagen corporal, exigiendo características específicas que emparejadas a cuestiones de valía, prosperidad y tratos preferenciales se convierte en una necesidad para establecerse como individuo en sociedad. Como se detalló en este capítulo, cuando se pretende alcanzar dichos objetivos las estrategias que se emplean deterioran la salud, la calidad de vida de los adolescentes, repercutiendo de esta forma en la autoestima de los mismos, desencadenando diversos trastornos como el que nos ocupa en esta investigación.

# **Capítulo 4**

## **Prevención de la anorexia nerviosa**

## **Prevención**

El entendimiento oportuno de los factores predisponentes, detonantes y de mantenimiento presentes en la AN, es una aspiración fundamental para anticipar deterioros graves e irreversibles a lo largo de la vida de quienes son más propensos a caer en esta enfermedad. De acuerdo al propósito de la presente investigación, se han examinado las características clínicas, sociales y biológicas con el objetivo de implementar estrategias preventivas que se puedan efectuar de manera favorable a la población en una edad específica, con la intención de obtener los mejores beneficios a la hora de promover la prevención ante el desarrollo de este TCA, que como se ha señalado a lo largo de los capítulos, deteriora la vida de quien la padece y lo más grave, es que puede llegar a terminar con la vida del sujeto si no se atienden oportunamente los elementos ya mencionados de este malestar.

En el actual capítulo se puede observar que las características primordiales de las intervenciones preventivas, al respecto Piñeros y López (2010) insisten sobre la importancia del diagnóstico temprano, toda vez que los estudios sobre pronóstico muestran resultados más favorables en adolescentes que en adultos, en términos de recuperación sobre los primeros síntomas que detonan una afectación, donde se mejora considerablemente la reducción del índice de mortalidad por la atención oportuna sobre las primeras manifestaciones de un padecimiento.

Se ha logrado identificar los beneficios de actuar en edades tempranas sobre esta enfermedad, teniendo siempre presente la prevalencia y el índice de ocurrencia de AN en la adolescencia y sobre todo las consecuencias que conlleva para el sujeto. Hasta aquí se establece un preámbulo útil para el comienzo de propuestas preventivas y como asegura Molano et al., (2010), actuar anticipadamente puede resultar benéfico debido a que en la niñez y la adolescencia son etapas en las cuales los comportamientos de riesgos como hacer dietas, podrían corresponder a manifestaciones tempranas, es decir a factores de inicio y mantenimiento de un TCA.

Con miras a definir el concepto de prevención, es común pensar que el prevenir solo implica evitar, sin tener en cuenta que la promoción de la salud involucra cambios en



la manera de pensarse y sobre todo en la transformación de conductas nocivas para la salud. El prevenir implica de igual forma la creación de hábitos que actúen en el desarrollo de una vida plena y saludable. Es importante considerar que la anticipación de caer en una enfermedad lleva consigo la reducción de costos considerables en diversos aspectos y, sobre todo se aprecia de mejor manera la concepción de prevenir que el hecho de corregir.

En sintonía con lo anterior, es oportuno mencionar lo que Flórez (2007) indica respecto de la prevención, este autor comenta que tratar médicamente y prevenir mediante acciones médicas son los objetivos que en el imaginario social se le atribuyen con mayor frecuencia a las acciones en salud. Ante esto, el mismo autor llega a la conclusión de que en el imaginario de la gente es poco frecuente referirse a la prevención como una acción que atañe a los cambios en el estilo de vida personal, menos frecuente aún es la referencia a la promoción de la salud, esta parte por ejemplo, sólo ubica acciones médicas como la vacunación.

Probablemente Bersh citado en Flórez (2007), acierte cuando menciona que la noción de salud sea una consecuencia de la conceptualización que tradicionalmente se ha manejado acerca de ésta, considerada desde mediados del siglo pasado por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; al no existir un estado de completo bienestar, lo que queda en el imaginario es la noción de ausencia de enfermedad sin un proceso previo. La salud se deberá entender entonces como un proceso y no únicamente como un estado de ausencia de enfermedad.

Otra visión es la que León, Medina y Barriga (2004) brindan para entender a detalle el propósito de la prevención y la promoción de la salud; estos autores afirman que tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad tienen por objetivo capacitar a los individuos y a la comunidad para controlar los determinantes de la salud, entre los cuales se encuentran el comportamiento y el medio ambiente, tanto físico como social.

Es por esta razón que desde el comienzo de la presente investigación se estableció lo imprescindible de reconocer con la mayor exactitud posible la incidencia de la AN

en México, con especial atención sobre la población femenina adolescente. Registrar lo anterior permite valorar el impacto que tiene el transmitir la planificación y provisión de recursos promotores que faciliten el proceso de salud. El decreto es que la preparación encaminada a sensibilizar a la comunidad con mayor propensión, sin duda podrá reducir los riesgos y al mismo tiempo dar herramientas que operen en la detección precoz y que determinen una prevención eficaz sobre la AN. Con lo mencionado hasta aquí dentro del presente capítulo, es necesario comenzar a definir el concepto de prevención.

De lo anterior, es adecuado mencionar a Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) quienes en su artículo “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, entienden a la prevención como aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición del padecimiento, tales como la reducción de factores de riesgo, sino que además detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Costa y López citados en Jiménez, Carmo y Fernandes (2009) hablan sobre la prevención y, argumentan que ésta pretende que se disminuya la incidencia de enfermedades y su prevalencia mediante el acortamiento del período de duración de la enfermedad o la disminución de secuelas y complicaciones. La prevención viene a ser todo aquello que se puede implementar antes de la instauración de una enfermedad, con el fin único de erradicar los aspectos mórbidos de la misma, fomentado a la vez, reflexiones acerca de los cuidados oportunos y la creación de hábitos que se mantengan a lo largo de la vida del sujeto que mejoren considerablemente su calidad de vida.

### **Tipos de prevención.**

Según la clasificación de Fielding citado en Amigo (2012), comúnmente aceptada dentro del campo de las ciencias de la salud, se pueden distinguir tres tipos fundamentales de prevención. **La prevención primaria**, que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; **la prevención secundaria**, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta se ha iniciado y,

finalmente, **la prevención terciaria**, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica.

Es importante detallar la intención de los tipos de intervención preventiva para su mejor comprensión. A continuación, se mencionan los niveles de prevención de acuerdo al modelo médico sanitarista. Al respecto Córdoba (2007) propone los siguientes niveles de prevención de acuerdo al modelo médico creados por la secretaria de salud en México; posteriormente se revisara el argumento de diferentes autores de acuerdo a los presentes tópicos para su esclarecimiento.

### **Prevención Primaria:**

Orientada a las personas sanas, sus objetivos particulares son la promoción a la salud y la prevención de enfermedades.

- Busca evitar el inicio o aparición de la enfermedad.
- Reducir la incidencia.
- Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud.

Para lograr estos objetivos se dispone de la educación para la salud y la protección específica.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Teniendo en cuenta lo anterior, esta se entiende como las medidas destinadas a evitar la aparición de un padecimiento o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes, (Vignolo et al., 2011).

El último autor menciona que las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Estas medidas van a estar siempre encaminadas a impedir el inicio de una enfermedad, previendo el control de las variables que

puedan estar implicadas, como los factores que se mencionaron puntualmente en el capítulo 3.

Detallando el propósito de la prevención primaria, Jiménez et al., (2009) comenta que esta debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de la salud. Así mismo este autor nos dice que sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino a los planes de educación para la salud, los cuales podrán aportar contenidos de otras áreas de aplicación de la psicología (psicología del trabajo, psicología social, psicología comunitaria, psicología educativa).

Tiene como característica central la actuación en los problemas epidemiológicos de la población beneficiaria e invierte en la construcción de estilos de vida saludable y en evitar comportamientos de riesgo. Busca desarrollar prácticas de prevención que se prolonguen o se utilicen durante toda la vida. Por ende, la prevención primaria deberá hacerse antes de que se encuentre un problema concreto utilizándose como guía de acciones el conocimiento epidemiológico previo del colectivo que va a ser intervenido, (Jiménez et al., 2009).

Hasta aquí se puede decir en conjunto con la opinión de Serra (2015), que la prevención primaria es aquella política de salud que establece programas que pretenden reducir la incidencia (la aparición de casos nuevos) de una patología concreta. Se puede decir que la prevención primaria sobre la AN está centrada en la reducción o eliminación de aquellos factores que causan o contribuyen al desarrollo del trastorno y en la aparición o incremento de los factores protectores.

Este tipo de prevención como se ha podido observar, tiene una repercusión profunda perteneciente al cuidado y prosperidad de la salud en cuanto a un hábito se refiere. En la presente tesis queda asentado que este tipo de prevención es el camino que da entrada al sistema de salud, por ser el más cercano a la población, es el de primer contacto, este nivel permite la adecuada accesibilidad a la población.

Este tipo de prevención es el argumento base con el cual se pretende abordar la propuesta de intervención en esta investigación. A partir de esto se tiene la renovación del concepto en su definición operacional, la cual alerta el momento en el que el adolescente cae en trampas mentales derivadas de los procesos externos que experimenta en su desarrollo y, con afinidad a sus grados de co-dependencia correspondiente a la constante afirmación social, volviéndose estas últimas difíciles de encausar si no se cuenta la orientación adecuada que guie al joven a la aceptación sobre la maduración acerca de su imagen corporal, que le proporcione la oportunidad de adquirir herramientas para desarrollar una autoestima sana, contrarrestando en este caso la aparición de un TCA como lo es la AN.

### **Prevención Secundaria:**

Tiene como objetivos evitar que las enfermedades progresen y limitar el daño o complicación de la enfermedad.

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Evitar progresión.
- Puede reducir la prevalencia.

Estos objetivos se logran mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado dentro de las actividades clínicas. En este nivel de prevención están orientadas las personas enfermas. Entre la prevención primaria y secundaria existe una acción, la búsqueda intencionada de enfermedades antes de que presenten síntomas.

La prevención en este caso, está destinada al diagnóstico temprano de una enfermedad, aun sin que estén presentes manifestaciones clínicas evidentes. Esto quiere decir concretamente, que este tipo de prevención está enfocada en incidir sobre sujetos que son en apariencia “sanos”. Para mejorar la comprensión de lo anterior, Vignolo et al., (2011) asegura que en el actual nivel de prevención se comprenden acciones en consecuencia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Este mismo autor comenta que estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de síntomas relacionados a un

padecimiento específico. En la prevención secundaria, el diagnóstico anticipado, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

Es por esta razón que según Colimón citado en Vignolo et al., (2011) la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

Respecto a la prevención secundaria Jiménez et al., (2009) menciona que esta se realiza en los ambulatorios y/o centros de especialidades. Su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento, sea físico o psicológico, para prevenir el agravamiento de la dolencia. Para el mismo autor los psicólogos de la salud que intervienen positivamente en este nivel echan mano del conocimiento producido a través de las investigaciones de las causas y factores asociados a la falta de adhesión al tratamiento. Conocer bien las características que llevan asociadas la falta de adhesión a determinados tratamientos facilita la formulación de programas preventivos además de utilizar las diversas actividades para prevenir comportamientos que refuerzan la dificultad del seguimiento.

### **Prevención Terciaria:**

Corresponde a la rehabilitación, tanto física como mental y social. La terapia física, ocupacional y la psicológica tratan de que las personas se adapten a su situación y puedan valerse por sí mismos. Incluye acciones enfocadas a la recuperación de la enfermedad, a la rehabilitación física, psicológica y social.

- Busca reducir el grado de invalidez, las secuelas y la muerte prematura, en caso de que no se haya logrado una recuperación total del estado previo a la enfermedad.
- Reinserción familiar, social y laboral.

Jiménez et al., (2009) afirma que, a este nivel, la prevención se relaciona con la asistencia a los problemas de alta complejidad derivados de los otros niveles de atención (1º y 2º), y con las investigaciones de salud. En general se hace en los hospitales, pero también puede hacerse en los centros de especialidades. La prevención terciaria incluye el seguimiento de pacientes en tratamiento clínico, quirúrgico, quimioterápico y radioterápico. Vignolo et al., (2011) refiere que son las acciones relativas a la recuperación ad integrum (total o de manera completa) de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

### **Tipos de intervención.**

Intervención psicológica.

La psicología clínica y de la salud es aquella especialización de la psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar.

Ahora, pasando a la definición de intervención psicológica, según Olivares (2014) esta puede entenderse como un conjunto de estrategias de solución de problemas mediante las que se resuelven interrogantes como ¿qué respuesta(s) vamos a evaluar?, ¿qué métodos, estrategias e instrumentos de evaluación utilizaremos?, ¿qué personas deben intervenir? ¿dónde y cuándo y que entrenamiento requerirán?,

¿qué tratamiento se aplicará?, ¿quiénes aplicarán el tratamiento? ¿dónde lo aplicarán? etc.

Otra aportación es la de Bados (2008) el cual dice que la intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas.

La intervención psicológica según Bados (2008), puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, parejas, familias, grupos y comunidades. Los distintos niveles no son excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones de asistencia individual. Para el tema que ocupa esta investigación se aborda únicamente el nivel grupal y de comunidades.

En la modalidad grupal de tratamiento, Bados (2008) menciona que va a depender de las personas que presenten problemas similares y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Siempre que sea posible, parece recomendable conducir un tratamiento en grupo, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales. También hay posibles inconvenientes que es necesario conocer para poder manejarlos en caso de que surjan. Posibles ventajas de los grupos:

- Descubrir que los propios problemas no son únicos.
- Mayores expectativas de mejora.
- Disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación.
- Mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría
- Aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros.
- Posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones.



- Desarrollo de habilidades sociales.
- Sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir por los otros).
- Potenciación de la liberación emocional.
- Aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia.

Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo de ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad Bados (2008) explica que se trata de modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades. Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: introducir cambios en instituciones y programas existentes (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o crear nuevos servicios y programas (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

Intervención correctiva.

En esta parte de la investigación, se podrá observar que las características de las intervenciones correctivas, tienen la finalidad de reducir el nivel de riesgo que existe a nivel social mediante gestiones que permitan atenuar o reducir las situaciones amenazantes, es decir que con esta intervención se pretende eliminar la causa del problema una vez establecido. En contraste, las intervenciones preventivas (que más adelante se define) tiene la premisa de actuar con anticipación con el fin de evitar el desarrollo de un riesgo potencial para la salud.

Siguiendo con la definición de intervención correctiva, Villagómez (2011) la entiende como el conjunto de acciones facilitadoras enfocadas en la modificación de determinadas conductas desadaptativas a través de la orientación que intenta ayudar a las personas a que puedan corregir los desajustes que van teniendo a lo largo de la vida y que suponen la presencia de una patología o alteración, así mismo

corresponde a las crisis consustanciales con el propio desarrollo neutral de los individuos, es decir crisis determinadas por su propia naturaleza, o bien por el contexto.

La función correctiva consiste en reorganizar la situación actual mediante la aplicación de la intervención y las recomendaciones oportunas. Con base a lo antes mencionado, es pertinente considerar ahora lo que significa una intervención preventiva.

Intervención preventiva.

Henao (2006) menciona que la intervención preventiva, es aquella que se desarrolla antes de que se produzca la alteración de la salud o bien sirve para controlarla, a fin de evitar su reiteración. El mismo autor comenta que la intervención preventiva debe ejecutarse de manera grupal, con quienes no presenten desajustes significativos, lo que no excluye a los que puedan ser potencialmente una población en riesgo; por otra parte, se intenta reducir el número de casos de la población que pueda verse afectada por un fenómeno, ya sea de tipo personal o contextual, de tal manera que si no se logra una modificación en las condiciones del contexto, pueda ofrecerse una serie de competencias para desenvolverse de manera adaptativa, a pesar de las condiciones nocivas.

### **Niveles de intervención.**

Debido a la diversidad de variables ambientales y sociales encontradas en un determinado ambiente, estas pueden funcionar como elementos que favorezcan el progreso de enfermedades, por esta razón, los niveles que se describen a continuación están orientados a desarrollar en la población la mejora de hábitos en cuestión de salud, habilidades para construir pensamientos positivos, etc. Los siguientes niveles de prevención permiten entender las acciones destinadas a promover el desarrollo humano, facilitando la creación de ambientes que contengan condiciones favorables para el ejercicio de la promoción de la salud en la población.

Universal:

Benavides, Alonso, Álvarez, Guzmán, Alonso, López, (2010) aseguran que las características definitorias de la prevención universal, se enfocan en la promoción y fortalecimiento de estilos de vida saludables, además contempla la realización de sus actividades para crear conocimiento y orientar a la población en general, que pretende retardar o prevenir afectaciones a nivel salud; al mismo tiempo pretende sensibilizar a la población, incrementa la percepción individual del riesgo relacionado con factores predisponentes de una enfermedad determinada.

Dentro de los modelos descritos por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (2003), el modelo de tipo universal aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos, esto quiere decir que el actual modelo está dirigido a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática y para las formas de prevención. Para lo anterior se realiza:

1. La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo.
2. La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento.
3. La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
4. El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección

Se entenderá entonces como prevención universal, al conjunto de actividades que son diseñadas para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales. A pesar de lo anterior, los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo.

Selectiva:

La prevención selectiva entendida por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (2003) dice que va a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de

conducta, etc. Dentro de estos grupos se asocian y se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, por ejemplo se coadyuva la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores.

Las características mencionadas se asemejan a las establecidas por el National Institute of Drug Abuse; Conadic; Centro de Integración Juvenil citados en Benavides et al., (2010) especificando que la prevención selectiva se dirige a subgrupos específicos que se encuentran con mayor propensión a desarrollar afectaciones sanitarias, por ende pretende posponer o prevenir seleccionando o reclutando a los individuos que deben participar en las acciones preventivas, considera la vulnerabilidad con base en la pertenencia del grupo en riesgo y diseña las actividades que enfatizan objetivos particulares de reducción de riesgos a partir del conocimiento de los factores de riesgo específico del grupo de interés.

Por lo tanto, requiere de mayor tiempo por parte de los participantes, el personal que opera las acciones o estrategias sea hábil debido a que se enfrenta a poblaciones con problemas múltiples y que se encuentran en alto riesgo para desarrollar algún malestar psicológico o el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, asimismo incluye actividades psicoeducativas, de entrenamiento en habilidades, programas de tutoría y liderazgo, así como actividades culturales para jóvenes, (Benavides et al., 2010).

Similarmente Llivina, de Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar y Cascales (2011) proponen las características que encuadra la prevención selectiva:

1. Están diseñadas para prevenir el inicio o retrasar la edad en que se produce el desarrollo de afectaciones a la salud, entre grupos de población expuestos a mayor número de factores de riesgo. Es decir, las personas participantes presentan una mayor vulnerabilidad que la población general.
2. Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo en situación de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.

3. El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
4. Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo, y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales. Requieren personal con formación específica.
5. Los costes por persona participante son mayores.
6. Las actividades están más relacionadas con la vida diaria de las personas participantes e intentan modificar aspectos concretos de su realidad en una dirección específica.
7. Pueden desarrollarse en los entornos escolares, comunitarios, familiares o de ocio y tiempo libre.

La aspiración de este nivel preventivo es reducir el desarrollo de alguna alteración psicológica específica, partiendo de la idea del fortalecimiento de los factores de protección de cada individuo perteneciente al subgrupo de mayor propensión, de manera que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo. Es adecuado insistir en que el conocimiento de los factores de riesgo específicos de cada subgrupo favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares.

Indicada:

En la descripción ofrecida por Llivina et al., (2011), resaltan que los programas de prevención indicada se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de alteración psicología en especial, pero muestran signos previos, por estar expuestos a situaciones de alto riesgo (problemas mentales; inicio de un consumo regular; pertenencia a familias donde se produce el consumo de drogas; etc.). Los programas desarrollados en este nivel se caracterizan según los autores mencionados por:

1. Seleccionar cuidadosamente a la población participante.

2. Valorar y trabajar específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
3. Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Lo cual hace que se precise una importante implicación o esfuerzo de las personas participantes.
4. Requerir personal especializado que tenga adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con suficiente conocimiento sobre las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia, o los problemas mentales a abordar.
5. Tener mayores costes por participante que los universales o los selectivos.
6. Suelen desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados. Y como en el caso de los programas selectivos, requieren el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

Para el National Institute of Drug Abuse; Conadic ; Centro de Integración Juvenil citados en Benavides et al., (2010), la prevención indicada enfoca sus actividades a las personas que muestran señales de conductas de riesgo relacionadas en relación a alguna enfermedad, pretende detener la progresión de las conductas problemáticas relacionadas, desarrolla sus estrategias y acciones de forma simultánea a la atención de otras conductas, selecciona de forma específica a los participantes para el desarrollo de las acciones de trabajo, enfatiza la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo, pretende modificar las conductas de los individuos, requiere que el especialista posea un entrenamiento clínico, habilidades de consejería, así como de intervención terapéutica.

Es así que los programas de prevención indicada no sólo pretenden reducir el primer evento resultante por la alteración presentada, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales, retardar el inicio y/o reducir la severidad del suceso. En este tipo de intervenciones es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos,

así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo a cierto grupo de alto riesgo.

Sobre las pertinencias y características ya mencionadas de acuerdo a los últimos dos modelos de prevención Liddle; Moore; Mayer; Szapocznik, Hervis y Schwartz, citados en Llivina et al., (2011) manifiestan concretamente que los programas de prevención selectiva e indicada requieren una aproximación mucho más personalizada que los de nivel universal. Estas deben responder a las necesidades específicas de familias expuestas a un considerable número de factores de riesgo y que, en muchos casos, presentan síntomas más o menos agudos de desestructuración y disfunción familiar. Por estas razones, requieren la intervención de mediadores capacitados adecuadamente tanto en estrategias de prevención como en orientación y terapia familiar. La valoración inicial de estos profesionales sobre la situación de cada familia, definirá el nivel de intervención más adecuado.

El siguiente cuadro fue extraído y adaptado del artículo de la Secretaria de Salud, "Prevención y Tratamiento de las Adicciones", (2007), teniendo la intención de resumir los alcances de los niveles de prevención:

### Técnicas de intervención preventiva por nivel.

Prevención universal	Prevención selectiva	Prevención indicada
<p>Promover la participación interinstitucional e intersectorial, así como la corresponsabilidad de la comunidad en el desarrollo de acciones preventivas universales y de tratamiento en municipios considerados prioritarios.</p>	<p>Incorporar el uso de técnicas para la detección, orientación, consejería y tratamiento en las unidades básicas de salud.</p>	<p>Aquellos individuos que ya han experimentado determinada alteración psicológica y muestran conductas problemáticas asociadas a este fenómeno.</p>
<b>Acciones</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información, orientación y capacitación a diversos grupos de población.</li> <li>• Movilización social. Disminución de la disponibilidad.</li> <li>• Educación basada en habilidades para la vida para diferentes grupos de edad.</li> <li>• Realización de campañas en medios masivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección oportuna e intervención breve, por ejemplo: para adolescentes que inician el consumo de drogas</li> <li>• Consejería y orientación a personas adultas en riesgo.</li> <li>• Tratamiento para la reducción del daño en usuarios de drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección oportuna y derivación de casos.</li> <li>• Intervenciones específicas con grupos de muy alto riesgo.</li> <li>• Seguimiento en el tiempo.</li> <li>• Capacitación al equipo de salud.</li> <li>• Intervención terapéutica o consejo breve.</li> </ul>

Cuadro 1.1 Secretaría de Salud, (2007). Prevención y Tratamiento de las Adicciones. México, D.F.



## **Diseño de la intervención.**

La OMS (2004) menciona que por razones éticas y con el fin de lograr el uso óptimo de los recursos limitados para la prevención, se debe asignar prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestren evidencia científica de su efectividad. Debe ser culturalmente sensitivo y utilizar una amplia gama de métodos investigativos, por lo tanto, la misma organización propone los siguientes elementos para la planeación adecuada de un programa preventivo:

- Las políticas de prevención necesitan estar fundamentadas en evaluaciones sistemáticas de la salud mental pública.
- Para que los programas sean efectivos necesitan abordar los factores de riesgo y de protección, biológicos, psicológicos y sociales, basados en evidencia, y sus interacciones en el transcurso de la vida.
- Para aumentar el impacto de las intervenciones preventivas en la salud mental de poblaciones a nivel global, se necesitan desarrollar intervenciones que tengan el potencial de tener un gran alcance en dichas poblaciones.

Continuando, la OMS (2004) señala las características de los programas de prevención basados en principios de efectividad.

Programas de prevención basados en principios de efectividad.

- Los diseñadores y proveedores de los programas necesitan guiarse a través del conocimiento de las características de los programas y otras condiciones y principios basados en evidencia que puedan aumentar la efectividad y rentabilidad.
- Abordar múltiples repercusiones en la salud mental y física y los aspectos sociales.
- Los programas deben abordar múltiples resultados finales, es decir, deben tener el potencial para reducir el riesgo de muchos problemas y trastornos de salud mental, mejorar simultáneamente la salud mental y física y además, generar beneficios sociales y económicos.

Uso de estrategias personalizadas para aumentar la eficacia.

- Se puede aumentar la efectividad de los programas nuevos o adoptados aplicando estrategias personalizadas que sean sensibles a las necesidades y características culturales de las subpoblaciones.

Implementación.

- El impacto de los programas y políticas basados en evidencia sobre la salud mental de las comunidades y poblaciones depende de su selección detallada y la calidad y escala de su implementación.
- Apoyar la implementación a gran escala de programas y políticas basadas en evidencia.
- Al decidir sobre qué se debe implementar, los diseñadores de políticas y los médicos deben tomar en consideración lo que ha demostrado ser efectivo y cuando sea posible, escoger de entre una gama de estrategias e intervenciones basadas en evidencia.

Garantizar alta calidad de implementación.

- Se incita a las personas encargadas de implementar el programa, garantizar una ejecución de alta calidad del programa, del mismo modo optimizar los recursos disponibles para consolidar la fidelidad de la intervención.
- Los investigadores y diseñadores deben abordar cualquier deficiencia que exista en los procesos de análisis e información de la implementación para identificar las oportunidades que permitan su perfeccionamiento.

### **Elementos principales de un programa de intervención preventiva:**

Carta descriptiva.

La carta descriptiva según Gago (1987) es el documento en donde se indica con la mayor precisión posible, las etapas básicas de todo proceso educativo sistematizado. En una carta descriptiva se anotan lo que se pretende lograr en un curso, la manera de lograrlo y la forma en que se evaluará lo que se logró y lo pretendido.

1. La Planeación.
2. La Actuación.
3. La Evaluación.

En otras palabras, la carta descriptiva va a ser el documento guía del curso, la cual debe integrar los objetivos de aprendizaje y los contenidos que se abordarán en dicho discurso.

A continuación se mencionan de acuerdo a Gago (1987) las características y utilidades de la carta descriptiva:

1. Permite la coordinación de esfuerzos de profesores, directivos, administradores y alumnos.
2. Facilita al maestro su función docente, sobre todo en profesores inexpertos.
3. Permite que la información sea homogénea para distintos grupos.
4. Orienta sobre el proceso de formación de instructores.
5. Orienta a los alumnos que toman el curso sobre lo que se espera de ellos.

Existen distintos modelos para elaborar una carta descriptiva; sin embargo, hay que recordar que el modelo siempre debe ajustarse a las necesidades del instructor pues lo que se pretende es que le sea útil durante su labor educativa y no que sólo la elabore para fines administrativos, (Gago, 1987) .

Según (Gago, 1987), un modelo muy sencillo de la carta descriptiva debe contener datos de Identificación, en estos datos se incluyen:

1. Nombre de la asignatura o curso de que se trata.
2. Institución en la que se imparte.
3. Área de conocimiento para la que fue creado.
4. Información sobre el número de horas, valor en créditos, etc.
5. Clave del curso.

Propósitos generales:

- En ellos se comunican las finalidades del curso, su razón de ser y su relación con otros cursos.

Objetivos generales:

- En los que se especifica lo que se pretende lograr al final del curso.
- Contenido Temático.

Objetivos Específicos de aprendizaje:

- En donde se detalla las conductas que deben presentarse en el estudiante, para lograr el objetivo general.
- Experiencias de aprendizaje.
- Recursos de Evaluación.

Elementos de operación:

- Recomendaciones generales, los costos que tiene impartir el curso, los tiempos, el material didáctico a utilizar, entre otros.

Manual de participante.

Mortis (2017) plantea que el manual del participante es un recurso con el cual el instructor proporciona a los participantes la información, ejemplos, actividades y objetivos dividiendo este en unidades didácticas. Elementos de que conforman un manual de participante:

El manual para el participante contiene:

- Título.
- Índice.
- objetivo general.
- Introducción.
- desarrollo de temas y subtemas (unidades).
- conclusión de todo el manual y la bibliografía.

Finalmente, el autor menciona que los objetivos de aprendizaje de cada tema deberán contener los siguientes puntos: ¿Quién? A quién va dirigido, ¿Qué? los resultados de aprendizaje que se quieren lograr, ¿Cuánto? el nivel de ejecución en el que se encuentra y las condiciones de operación ¿Cómo?

Queda establecido que, tanto la organización de programas preventivos, así como en su ejecución, permitirán al sujeto la adquisición de un aprendizaje que reestructure la realización de habilidades dentro de su repertorio conductual y mental. Para detener el desarrollo de AN, la validez de estas intervenciones se pondera alta, cuando se presta atención especial a la prevención.

Continuando con lo mencionado anteriormente y en conformidad con Agudelo y Estrada, (2012) y con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (2004) acerca de los elementos principales de un programa de intervención preventiva, se debe puntualizar las características principales del diseño de estos programas, por esta razón los resultados de investigaciones acerca de los elementos comunes que comparten los programas de prevención que el NIDA (Programa de investigaciones sobre la prevención del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas) publicó, se encuentran algunos principios fundamentales que se deben considerar al momento de crear programas de prevención con atención definida al consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual sólo se tomarán en cuenta los siguientes aspectos que se configuraron como los más representativos para el propósito de esta investigación:

- 1) Los programas de prevención deben mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- 2) Una intervención temprana en los factores de riesgo a menudo tiene un mayor impacto que una intervención tardía, pues cambia la trayectoria de la vida del sujeto alejándolo de los problemas y dirigiéndole hacia conductas positivas.
- 3) Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.

4) Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.

5) Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela primaria y de secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes aptitudes:

- Hábitos de estudio y apoyo académico
- Comunicación
- Relaciones con los compañeros
- Auto-eficacia y reafirmación personal

6) Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela secundaria, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo.

7) Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela primaria disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.

Hasta aquí, el presente capítulo ha centrado su atención en la prevención, resaltando la importancia de conocer con anticipación las características de la patología que ocupa esta tesis, haciendo de esto una tarea primordial de la psicología clínica, levantando un frente en el cuidado de la salud, promoviendo en todo momento el trabajo adecuado en la tarea de la prevención. Por otro lado las investigaciones que se han mostrado hasta el momento, exponen que la intervención temprana puede prevenir muchos comportamientos de riesgo en la adolescencia, esto quiere decir que es una edad crucial para la instauración de hábitos saludables que logren consolidarse como factores de protección y que puedan ser ejercidos a lo largo de toda la vida.

## **Técnicas de intervención y tratamiento.**

Dentro del contenido de las estrategias de intervención, Cortese, Cortese, y Díaz (2009), resumen que el estudio de la conducta está en función de la personalidad y de lo inseparable del contexto social, del cual el ser humano es siempre integrante. Según estos autores la conducta se estudia en calidad de “proceso” y no como “cosa”. La conducta es funcional, porque tiene como finalidad resolver tensiones. La conducta sólo puede ser comprendida en función del campo o contexto en el que ella ocurre. En lo individual, Roca (2010) identifica que se entra en el problema de la conciencia del ser para asumir el compromiso con actos para estar con salud en la vida, y en lo social el desarrollo autónomo se encuentra con la influencia del medio y los procesos de educación y salud.

En otras palabras, el logro de los objetivos en una intervención está en función de múltiples variables entre las que se encuentran, por un lado, la elección de un enfoque terapéutico que mejor se pueda adaptar al caso, el correcto análisis de las variables causales y la elección de técnicas eficaces dada la situación y las características del o de los sujetos, pero, por otro lado, también entran en juego las habilidades que el clínico posea y pueda desplegar ante tales eventualidades.

El trabajo sobre el análisis y la utilización de técnicas específicas para la atención de una patología, tendrán mejores resultados si estas son ubicadas dentro del contexto donde la enfermedad se exprese; de esta manera, el trastorno alimenticio en cuestión será mejor comprendido y, con certeza se logrará motivar al sujeto a solventar las dificultades que surjan a lo largo de la intervención preventiva aquí propuesta que domina esta tesis. Con lo mencionado, es momento de dar paso a la revisión de estrategias de intervención, dentro de la dimensión del desarrollo autónomo para desplegar comportamientos saludables.

## **Modelo médico.**

Para Cortese et al., (2009) el modelo médico, puesto por consenso, se convierte en una característica estructuralmente dominante, que justifica el calificativo de hegemónico, adoptado voluntariamente por quienes aplican sus normas y

procedimientos. Por iguales razones, es el modelo que se enseña. Este responde, al igual que la cultura de la que forma parte, a la influencia de ésta y es predominantemente témporoespacial. Este modelo según Cortese et al., (2009) se enseña y aplica sobre la sola base de las ciencias biológicas y su creciente desarrollo científico.

Las principales características estructurales del Modelo Médico según Menéndez (2005), son su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas.

Menéndez (2005) reitera que el modelo médico no parte de la psicología misma, sino desde la medicina y particularmente de la psiquiatría. Para este modelo cualquier desviación de la normalidad es considerada como signo o síntoma, busca siempre su etiología y medir los marcadores biológicos, los cuales debe ser atendidos y o diagnosticados para eliminarlos. Podría escapar para el presente modelo, los factores contextuales los cuales no podrían manifestarse como características orgánicas de una enfermedad, y como se vio en el capítulo 3 los factores en la aparición de la AN tienen una consideración altamente importante con el contexto.

Continuando con las aportaciones de Menéndez (2005), comenta que en toda sociedad, la enfermedad y la atención de la misma constituyen hechos estructurales, por lo cual la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. El mismo autor dice que explicar las características, desarrollo y funciones que cumple la biomedicina y por supuesto, las otras formas de



atención, supone también describir y analizar los diferentes sectores sociales que se relacionan a través del proceso salud/enfermedad en una sociedad determinada. Sin embargo, el análisis del saber médico ha sido reducido al propio saber, escindiéndolo de sus relaciones sociales, fundando dicha escisión en la autonomía científico/técnica de los saberes profesionales.

### **Modelo psicodinámico.**

Según Ávila, Rojí, Begoña, Gutiérrez y Saúl (2014), el modelo psicodinámico de los tratamientos psicológicos se desarrolla en torno a las vicisitudes de aparición y evolución del psicoanálisis, desde finales del siglo XIX hasta la actualidad. Las raíces culturales, sociales y filosóficas del psicoanálisis derivan de un conjunto de observaciones y tradiciones que la práctica médica venía recogiendo desde la antigüedad.

Lledó (2009) en su libro “La exploración psicodinámica en salud mental”, explica que la orientación psicodinámica en el campo de la salud mental sigue una línea que recoge el pensamiento psicoanalítico anteriormente mencionado, basándose en el acto de que la conducta es siempre un acto con sentido y con finalidad, con independencia de que el sujeto posea, o no, conocimiento de los mismos. La metodología derivada de esa concepción apunta consecuentemente a la exploración y objetivación de ese mundo interno del que el sujeto no tiene conocimiento, considerando lo inadvertido o inconsciente de la conducta como un componente esencial de la misma, precisamente por considerar que es lo inconsciente lo que da sentido y soporte a la conducta manifiesta. Ese objetivo marca la diferencia que la distingue de otras metodologías, las cuales trata de una forma marginal los componentes inadvertidos de la conducta. El autor citado en este párrafo sugiere una concepción dinámica de la salud mental, que supone la aceptación de dos principios esenciales:

1. Una gran parte de la actividad psíquica se produce al margen de la conciencia, aunque dicha actividad y contenidos los podemos deducir a partir de lo que es conocido. Un concepto central en la orientación psicodinámica es que, tanto las conductas, como los síntomas, están notablemente influidos por

fuerzas de naturaleza inconsciente cuyos factores causales son múltiples y bastantes complejos.

2. La consideración del carácter específicamente individual de toda experiencia humana. Como señala Fromm citado en Lledó (2009) “nunca la experiencia de una persona es idéntica a la experiencia de otra... de hecho, hasta la experiencia de una misma persona no es nunca la misma en ocasiones diferentes, porque nadie es exactamente el mismo en dos momentos de su vida”, (pág. 10). El pensamiento psicodinámico plantea que nosotros no nos conocemos verdaderamente a nosotros mismos, siendo una de las metas del tratamiento alcanzar el *self* verdadero del paciente.

De lo anterior y en conjunto con Castanedo (2008), es de considerar que la técnica del psicoanálisis se enfrenta a problemas de conocimiento tanto teórico como práctico, ante las situaciones que pretende solucionar. Estas situaciones, producto de las nuevas y cambiantes realidades sociales, afectan al sujeto, tanto en forma individual como grupal, donde el psicoanálisis intenta dar respuestas a las demandas que la misma sociedad crea a partir de su propio desarrollo

### **Modelo Conductual.**

Yates (1970), hace referencia al abordar situaciones del comportamiento bajo la escuela conductual, este autor define dicha postura como el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de aplicar el método experimental en psicología y en disciplinas afines (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de los patrones de conducta anormales, y aplicar este conocimiento al tratamiento o prevención de tales anomalías por medio de estudios experimentales controlados que se llevan a cabo en el paciente de manera individual.

La terapia conductual es definida por Castanedo (2008), como una orientación clínica general para la solución o modificación de problemas emocionales y conductuales, identificada filosóficamente con un enfoque experimental de la

conducta humana. Por lo tanto, se le otorga gran importancia al método de sistematización del conocimiento de las ciencias de la conducta. Para la terapia conductual es importante incorporar en su práctica el uso de variables o condiciones de la interacción conducta-ambiente cuyo impacto en la determinación de los problemas psicológicos haya sido mostrado en estudios experimentales controlados.

En referencia al tema de estudio en esta investigación, queda al descubierto que desde el punto de vista conductual se adopta la idea que las prácticas alimenticias anómalas (conductas), encuentran sus bases para explicar el origen y mantenimiento de la pérdida de peso caracterizada por la AN, cuando el sujeto reacciona a estímulos dentro del ambiente, los cuales se ven reforzados con gratificaciones variadas. Las intervenciones dentro de esta postura teórica, pretenden incidir sobre los comportamientos del individuo, bajo la hipótesis de que la modificación de los mismos producirá un balance energético positivo y, por consiguiente, la ganancia de peso saludable.

La terapia conductual se puede dar por empezada desde el momento mismo en que se inicia el análisis de la conducta como una función de sus contingencias antecedentes, organísmicas y consecuentes. Este análisis minucioso, que se fundamenta en las hipótesis del interaccionismo y situacionismo, pronto inicia un movimiento de exploración en el paciente cuyo impacto principal, en la mayoría de los casos, es que comienza a visualizar su problema como un eslabón con significado y sentido dentro de una cadena de eventos en su ambiente circundante, (Castanedo, 2008).

### **Modelo Cognitivo-conductual.**

Kaplan citado en Stallard (2009), menciona que el nombre de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos. De esta manera Kendall citado en Stallard (2009) asegura que la postura que se adopta dentro de la TCC sienta sus bases en la hipótesis de que las emociones y las conductas organizan la mayor cantidad de los pensamientos (cogniciones) a consecuencia de lo anterior, las intervenciones

cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar en el sujeto.

Es importante agregar que las características principales que componen este modelo de intervención en psicología comprenden tanto las teorías cognitivas, así como las conductuales. Kellidall y Hollon citados en Stallard (2009) las definen como una terapia que pretende: “preservar la eficacia de las técnicas conductuales si bien dentro de un contexto menos doctrinario, que incluye las interpretaciones cognitivas que realiza el sujeto además de sus atribuciones acerca de los acontecimientos” (pág. 17).

Las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. El supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio, (Sánchez, Olivares y Alcázar, 1999).

Como se ha mencionado, la TCC se concentra en la relación existente entre:

- Las cogniciones (lo que pensamos)
- Los afectos (lo que sentimos)
- Las conductas (lo que hacemos)

Según Stallard (2009), la TCC ha demostrado tener efectos positivos en el tratamiento de toda una serie de problemas psicológicos frecuentes en las poblaciones jóvenes, edad en la cual las características de la AN tienen su mayor desarrollo. Con lo mostrado hasta aquí en relación a este modelo, es importante hacer referencia a las palabras de Moreno y Rodríguez (2011), quienes escriben que la TCC no busca entender por qué ocurren las conductas; de hecho se focaliza en el aprendizaje de nuevas conductas. Los comportamientos observables son el foco de cambio. Entonces para Moreno et al., (2011), los clientes deberían venir al tratamiento e identificar conductas específicas a las que ellos desean dirigirse y estar dispuestos a trabajar activamente su cambio.

Las características mencionadas suponen entender el modelo cognitivo como un modelo estructurado que facilita el aprendizaje de habilidades por parte del paciente que le llevan a centrarse de forma específica en sus problemas, forjar un nuevo orden cognitivo de esto y, poner en marcha estrategias que faciliten su progreso. En otras palabras, el modelo cognitivo expresado por Kelly citado en Gabalda (2009), es poner en práctica la visión del ser humano como un científico en donde el paciente toma sus pensamientos como hipótesis que se someten a verificación y contrastación. De manera, que estas serían, en resumen, según Scott, Stradling y Dryden citados en Gabalda (2009), algunas de las características principales que marcan el estilo del modelo cognitivo y del proceso terapéutico a seguir:

- 1) La terapia comienza con una fundamentación bien planificada.
- 2) La terapia debe ofrecer habilidades que el cliente pueda utilizar para sentir que maneja de forma más eficaz su vida cotidiana.
- 3) La terapia destaca el uso de las habilidades que el cliente que ha aprendido fuera del contexto de la sesión, de forma independiente.
- 4) La terapia anima al cliente a que atribuya la mejoría en su estado de ánimo a sus propios avances y habilidades, y no al papel del terapeuta.

En un sentido general, y en conformidad con Gabalda (2009) se logra comprender en este apartado que la TCC se utiliza ampliamente en una gran variedad de psicopatologías, desde la depresión, la ansiedad (concernientes al desarrollo de AN), los trastornos de personalidad, cáncer, envejecimiento, esquizofrenia, en formato individual, en pareja, en grupo, etc. y donde más se ha estudiado su eficacia y posibles indicaciones es en el caso de los problemas depresivos y de ansiedad.

### **Modelo Humanista o Gestáltico.**

Esta postura según Gallardo y Camacho (2008), representa una nueva concepción de la naturaleza del aprendizaje respecto a las tendencias metodológicas que se apoyan en las investigaciones biofisiológicas y rehúyen toda interpretación global del pensamiento humano. El eje de la teoría Gestalt, está basada en la teoría de la integración o del todo, es decir que es específica, delimitada, estructurada y

significante, interesada en el fondo y la forma de su interrelación. Es una relación dialéctica del sujeto y objeto con fines de lograr el bienestar armonioso del individuo.

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

Es importante señalar como se llegó a considerar esta teoría como opción para ser aplicada en psicoterapia, al respecto Martín (2011) comenta que Fue Fredrick Perls el que introdujo el concepto de motivación en la percepción de la teoría de la Gestalt, dando lugar a la psicoterapia gestáltica, a partir de ese momento podemos decir que la Gestalt dejó de ser una teoría o psicología de la percepción para transformarse en una terapia y posteriormente en un estilo o filosofía de vida, dando del cuerpo y de la psique una visión integrada: ambos dejaban de ser considerados como dos entes separados y sin ninguna relación.

Continuando con la descripción, Martín (2011) afirma que es entonces a partir de Perls cuando nace uno de los enfoques terapéuticos “la terapia gestáltica” donde conceptos como lo organísmico lo incluyen todo: lo físico, lo mental, lo emocional e incluso lo espiritual. Y este centrarse en el mundo organísmico como asentamiento de todas las funciones y de todo lo que es el ser humano ha hecho que la terapia gestáltica sea una de las terapias que con mayor rapidez se ha extendido en el mundo.

La introducción de la motivación convertía a la Gestalt en una terapia donde el ser humano era visto y tratado como una totalidad y unidad. El individuo dejaba de ser considerado como un ente disociado y dividido, donde los contenidos de conciencia eran analizados, por un lado, y las expresiones físicas y corporales por otro. A partir

de este momento, lo físico y lo psíquico se consideran dentro de esta teoría como algo tan íntimamente interrelacionado, que lo uno sin lo otro deja mutilada a la totalidad, (Martín, 2011).

En palabras de Latner (2007), la terapia Gestalt está organizada tomando como centro los principios de la estructura y del funcionamiento biológico que se pueden observar en una conducta normal. Lo anterior en sintonía con la presente investigación, ha podido entender, que las afectaciones a nivel biológico que representa la AN son evidencia de malestares generados por la multiplicidad de factores ambientales y psicológicos del adolescente, que en la jerga gestáltica se describe como un todo, que ahora ha podido incidir en la salud del joven con la expresión de sintomatología anoréxica.

Está claro ahora que el presente modelo sustenta y reúne la noción de desarrollo personal, de formación y de apertura del potencial humano. La tendencia en el desarrollo de la Gestalt es entendida entonces como una mediación o herramienta metodológica universal que permite una visión diferente sobre el hombre y su medio.

En conclusión y en conjunto con el aporte de Castanedo (2008), el objetivo de este modelo, está centrado en enfocar las necesidades y deseos de manifestar su sentir en el aquí y el ahora del sujeto, en el “darse cuenta” tanto a nivel sensorial como emocional, enseñándole al sujeto, hacer frente a situaciones inconclusas y a duelos no resueltos (como los percibidos en los adolescentes en su cuerpo en el proceso de su crecimiento biológico), permitiéndole cada día enfrentar nuevas situaciones, sin gastar excesiva energía en lo que ya fue o lo que aún no ha sido.

### **La intervención desde la psicoterapia Gestalt.**

Las teorías en general plantean la utopía de conocer con exactitud las características de una enfermedad en particular; sin embargo, estas no deben estar por encima del afectado, es decir, se sabe que la AN es parte del conjunto de los TCA, se conoce de la misma manera las implicaciones para el que la padece y su desarrollo, por ende, este es el punto de partida del cual se puede afirmar que no hay AN, sino personas que han desarrollado sintomatología anoréxica.

Lo anterior indica la necesidad de superar la línea del concepto “diagnostico” y, comprender bajo el enfoque preventivo de la presente tesis, que tenemos frente a nosotros a personas que son propensas a desarrollar AN y, no únicamente al conjunto de signos y síntomas característicos de dicha afectación. Para lo antepuesto es importante tener en cuenta lo que se menciona en el capítulo dos, acerca de los factores precipitantes, así como lo referido por Plasencia, Valbuena y Barrio (2014), en su artículo “Tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa desde la Terapia Gestalt: una experiencia práctica en una unidad hospitalaria especializada en Madrid”, donde consideran de vital importancia, poner los reflectores en el desarrollo de los factores precipitantes, porque son estos el caldo de cultivo donde puede desarrollarse la enfermedad en un futuro.

Continuando con la postura de intervención y como se indica en el actual capítulo, la terapia Gestalt considera al sujeto como un todo, algo holístico, esto quiere decir que el abordaje preventivo sobre la AN debe estar sustentado bajo una óptica integral que beneficie las diferentes áreas del ser humano, como lo son las conductas, los pensamientos, la parte familiar, el cuerpo, lo biológico, lo social, los sentimientos, etc. Una de las partes medulares por las cuales se ha considerado esta modalidad en psicoterapia por encima de otras, es por el concepto que apremia la Gestalt, el de organísmico, el cual indica que las particularidades de cada individuo harán que los síntomas de una enfermedad no se expresen por igual en los afectados, si no que se vivirán de manera única en cada individuo.

Centrados en la idea preliminar, Martín (2011) nos dice que, para la Gestalt el organismo es considerado como una unidad en una continua interrelación con el ambiente. De esta manera el organismo y el ambiente se consideran como dos campos en completa interrelación, condicionándose mutuamente y toda conducta tanto normal como patológica se interpreta como una forma de expresión, de las diferentes maneras en las cuales el organismo funciona y reacciona en totalidad.

Lo anterior explica la presión social percibida y malestar con la alimentación y el malestar con el propio cuerpo en sujetos que han desarrollados síntomas anoréxicos, por considerar bajo esta línea que la conducta patológica o “normal”



depende de la capacidad que tiene el organismo para satisfacer sus necesidades sin oponerse de una forma radical y violenta a las demandas del mundo externo, lo anterior decir que las funciones adaptativas del adolescente en sociedad estarán en función del principio de autorregulación, que dentro de la terapia Gestalt, se denomina autorregulación del organismo. Para exponerlo de mejor manera, en palabras de Perls según Latner (2007), define a la autorregulación del organismo de la siguiente manera: “El organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación”, (pág. 14).

A partir de lo anterior bajo la óptica Gestalt, la AN se presenta como resistencia a la autogestión del cuerpo; Kepner (2000) afirma que, la terapia Gestalt considera la resistencia como una importante función para conservar el equilibrio e integridad del organismo, esta tiene un significado y como tal debe atenderse. Las resistencias en Gestalt son tomadas como “expresiones activas de vitalidad” a pesar de que, al estorbar la intención consciente de cambio, parecen ser patológicas en términos de la “imagen total”, (Kepner, 2000).

Las resistencias son utilizadas entonces como un medio para evadir el contacto con lo real. Es por esta razón que dentro de la AN la ingesta de alimentos disponibles está restringida con intención; cuando no existe el deseo de alimentarse, se percibe el no tener hambre como algo natural, entonces cuando se permite la saciedad con lo mínimo, se genera la automatización del cuerpo con lo que tiene para hacerlo, la toma de conciencia se distorsiona, realizando dietas excesivas, vómitos posteriores a la ingesta de alimentos, el uso de laxantes, la sensación de insatisfacción corporal en función de la percepción social, lo cual va manteniendo la enfermedad, encaminando el cierre del círculo gestáltico para la adolescente propensa.

El círculo gestáltico según Martín (2011) se refiere al proceso de contacto-retirada o el ciclo de excitación en el que se ve involucrado el individuo cuando satisface sus necesidades, lo cual amplía la concepción del funcionamiento de la expresión de síntomas anoréxicos en la población propensa a desarrollarlos. A continuación, se describirá brevemente, pero para su mayor entendimiento véase el “Manual práctico

de psicoterapia Gestalt (7a. ed.), capítulo 5". Las etapas que describe Zinker en Martín (2011) del ciclo gestáltico son las siguientes:

1. Sensación. En un primer momento lo único que siento son impresiones vagas e imprecisas, seguidas de una cierta inquietud, sin una forma definida que me indique lo que necesito para calmar esa sensación.
2. Darse cuenta o toma de conciencia. En esta fase comienzo a dar forma a esa primera inquietud que apareció en la fase anterior y me percato de alguna necesidad que está emergiendo (sed, hambre, sexo, contacto, etc.), aquí ya puedo describir la necesidad y darle un nombre a esa inquietud que asomaba anteriormente.
3. Movilización de energía o energetización. En la medida que mi cuerpo ha tomado conciencia de la necesidad, se desarrolla paulatinamente una movilización de energía que abarca todo mi cuerpo produciendo una energía que me invita y moviliza hacia la acción para conseguir aquello que va a satisfacer mi necesidad.
4. La acción. Sucede cuando mi cuerpo se pone en marcha hacia aquello que satisfará mi necesidad o me alejará de aquello que necesito evitar para sentirme seguro o a salvo. La acción me va a llevar a ponerme en contacto con el objeto de satisfacción y a esta nueva etapa la nombramos como contacto.
5. Contacto. Mi cuerpo entra en contacto con el objeto que satisfará mi necesidad. La acción anterior me ha llevado a completar o satisfacer mi necesidad. Me siento satisfecho y en paz con mi cuerpo y con la necesidad que apareció en un principio. Esta etapa es de transformación tanto para mí como para el objeto: si es la comida, ella entra a formar parte de mi organismo, y ambos quedamos transformados. Quedamos afectados por el contacto debido a nuestras peculiaridades y diferencias.
6. Retirada. Se produce cuando la necesidad queda satisfecha con el acto de quedamos saciados y sin interés. Nos retiramos porque nuestro cuerpo necesita recuperarse, el organismo queda en reposo hasta que se ponga en

marcha otra necesidad y una nueva sensación pujan por hacerse forma, o figura.

Siguiendo con esta perspectiva, dentro de las características de la AN hacer dieta y la preocupación interminable por lo que se come, la Gestalt entiende que el organismo se ajusta lo mejor que puede a esas demandas, y aquí se aplica la ley de la buena forma: “La percepción o adaptación es tan buena como lo permiten las situaciones estímulo”. Lo anterior significa que la enfermedad no es una simple modificación de la estructura o del funcionamiento del organismo, sino que la persona se enferma cuando la sensación que experimenta produce en su organismo un estado de desorden que le impide realizar adecuadamente las posibilidades y capacidades propias de su naturaleza, (Martín, 2011).

La preocupación por comer, el miedo a pesar demasiado, el pensamiento insaciable de pesarse varias veces al día, el control sobre los alimentos que se ingieren, generan lo que Kepner (2000) llamó en su libro “Proceso corporal: un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia”, la desposesión del propio cuerpo, el cual tiene un rango que va desde el leve distanciamiento de la identidad de uno respecto a sentimientos corporales específicos hasta una negación más grave y penetrante, caracterizada por el conflicto acerca de muchos sentimientos y acciones corporales, despersonalización y distorsión más grave, y finalmente, a la descorporificación psicótica de la que habla el DSM-V en sus criterios diagnósticos del apartado “C” para la AN.

Los planteamientos anteriores se explican de mejor manera a través de las resistencias psíquicas entendidas desde la terapia Gestalt como la retroflexión, proyección y confluencia, estas últimas manifiestan conexiones sobre el desarrollo de la sintomatología presente en la AN. En este sentido la **retroflexión** Según Kepner (2000) en terapia Gestalt es el proceso por el cual el movimiento se inhibe o se distorsiona. La retroflexión significa voltearse o regresar hacia uno mismo, y consiste en hacer a uno mismo lo que originalmente estaba dirigido hacia el entorno. En relación con la AN puede entenderse el enojo, el disgusto hacia la comida, hacia la ganancia natural de peso de acuerdo a la edad, el adolescente propenso a

desarrollar AN experimenta fuertes sentimientos de rabia contra el exterior, sentimientos que no puede exteriorizar y que tiende a volcar contra sí mismo. La rabia contra un exterior que le exige y anula, contra un exterior que la invade y ahoga, que la manipula, domina y espera de él mucho más de lo que el adolescente quiere dar.

Kepner (2000) asegura que muchas retroflexiones son, literalmente, la reversión sobre uno mismo de la acción que se quiere hacer en el entorno. Muchos síntomas psicósomáticos caen dentro de esta categoría. Lo que se inhibe son las acciones involucradas en la búsqueda de contacto, en el hecho de pedir ayuda y consuelo y de mostrar el sentimiento de que se necesita comunicación y contacto. La adolescente susceptible a desarrollar AN, siente el temor al rechazo y a la crítica, siendo esto último la base de esta retroflexión, por sentirse presa de las circunstancias; incapaz de tomar las riendas de su vida, de dejar de atribuirse exigencias, nublada para poder separarse del rol que debe interpretar, para ser aceptada, querida, amada, cuidada y valorada, entonces vuelca dentro de sí el control que no tiene en el exterior.

En cuanto a la **proyección**, Latner (2007) afirma que surge de nuestra capacidad para aislar los aspectos del ambiente que nos resultan importantes como parte de la formación de una figura que satisfaga nuestras necesidades. Un aspecto preliminar de ello consiste en probar nuestro concepto de qué cambios necesitamos hacer en el ambiente imaginando alteraciones en él. La mujer adolescente que ha empezado a desarrollar síntomas anoréxicos, es inconsciente de que lo que posee a nivel cognitivo en cuanto a su figura y percepción corporal. Entonces lo externo, es introyectado del contexto y como dinámicas sociales en la que está inmersa, casi nada les pertenece porque no lo han dejado crecer lo ha proyectado.

La incidencia de estas proyecciones, que en cada oportunidad golpean más fuerte el vacío de la adolescente, haciéndolas sentir cada vez más solas, tristes e incomprendidas. Lo social ve con mejores ojos el buen físico, se da mayor peso a lo estético, poco a poco la figura física ideal satisfactoria y “perfecta” se busca por

aquello que no pueden obtener de ellas mismas, la satisfacción de sus anhelos, de lo que realmente son.

En el funcionamiento sano de la proyección, Latner (2007) aporta que conservamos el conocimiento de que nuestras fantasías son obra nuestra y de que lo que existe no es lo mismo que aquello que fijamos en nuestras fantasías. En la otra parte de este mecanismo, el último autor también asegura que, en la proyección patológica, el límite de la distinción que hacemos entre lo que somos y lo que no somos, se pierde. Se observa el mundo como queremos que sea y después perdemos la pista de lo que hemos hecho al mundo exterior; en el funcionamiento anormal, dejamos de estar conscientes de lo que hemos hecho.

La proyección enferma exige que evitemos cualquier responsabilidad por distorsionar la realidad. Nos deshacemos de nuestros sentimientos. Inconscientes de ello, no percibimos que hay aspectos importantes de nosotros mismos que ya no lo son y que el mundo que vemos es una invención de nuestro miedo. “Nos sentimos en una casa forrada de espejos y creemos que estamos mirando hacia fuera”, (Perls en Latner 2007), (Pág. 113).

Siguiendo con la descripción de las resistencias gestálticas, encontramos la **confluencia**, esta última es concebida por la Gestalt según Martín (2011), cuando la persona y el ambiente se confunden. El sujeto no percibe ningún límite entre él y el ambiente, sintiendo que es uno con él. Ahora bien, Latner (2007) dice que la confluencia patológica también se refiere a aquella situación en que las partes componentes de un organismo pierden su diferenciación, su distinción original, y se unen y son mantenidas juntas impidiendo su juego libre y propio en la experiencia. La confluencia patológica tiene graves consecuencias sociales. En la confluencia se exige la similitud y se niega la tolerancia de las diferencias.

En otras palabras, en la expresión de síntomas anoréxicos algo no ha podido ser satisfecho completamente, en esa restricción voluntaria de alimentos, en el uso de

laxantes después de comer se sustituye a la comida para satisfacer el proceso del ciclo gestáltico, se desplaza la necesidad natural de obtener nutrientes por el supuesto beneficio de estar en confluencia con el ambiente. Latner (2007) advierte la existencia de confluencia entre la energía y los elementos que producen energía. Por ejemplo, cuando cierto alimento ha sido saboreado, masticado y tragado, uno ya no se da cuenta de él. Las funciones del contacto han terminado su tarea y lo que sigue es una confluencia entre el alimento y mi organismo ya no es algo diferente de lo cual me percató, sino que lo asimilo y forma parte de mí.

Esto quiere decir como ya se mencionó, que la omisión de comer es menos amenazante y le evitará enfrentarse a situaciones de las cuales no desea responsabilizarse, como de su propio ser. Cuando el “darse cuenta” llega a la consciencia puede que sea demasiado tarde, percatan de que esta estrategia ya no les sirve porque el coste que pagan es mucho mayor de lo que finalmente obtienen con ella, la enfermedad ya se apropió de ellas y la dependencia a sus hábitos patológicos que mantiene la enfermedad también, ya que es con la única que tuvo relación durante los últimos tiempos, (Latner, 2007).

Por todo lo revisado dentro de este apartado, la terapia Gestalt tiene bases para abordar la psicopatología en cuestión. Quedando en evidencia que el proceso homeostático de la autorregulación orgánica es interrumpido continuamente en los rasgos sintomatológicos de la AN; por ejemplo, cuando la necesidad no es satisfecha y la forma no es cerrada, se pueden presentar acciones sustitutivas, tales como las conductas de purga, ejercicio excesivo, preocupación por la ingesta de alimentos, etc. La persona se desvía para lograr lo no satisfecho. Sin embargo, la figura no puede cerrarse y empieza a repetirse de manera estereotipada, (Plasencia et al., 2014).

Se ha realizado una propuesta de intervención preventiva a manera de un taller formativo-informativo con bases en la psicoterapia Gestalt para favorecer que las adolescentes inmersas en la intervención, tengan un espacio en común para poder

compartir sus sensaciones del día a día, el acompañar al otro en conflictos similares, en sus miedos, sus aspiraciones. Plasencia et al., (2014) dice que la escucha grupal sirve como caja de resonancia donde todos los demás pacientes tienen la oportunidad de contactar consigo mismos a través del otro. La Terapia Gestalt, describe el poder de la terapia grupal de esta manera:

El grupo es un espacio privilegiado de la experimentación social. Aporta un foco poderoso y contundente sobre la esencia de lo humano: la interrelación. Nos salva con la misma medicina que enfermamos: esta una adaptación flexible y consciente a lo cambiante de la situación, de la vida, (Peñarrubia en Plasencia et al., 2014, pág. 133).

Con esto es posible romper según, Plasencia et al., (2014) el autoengaño del adelgazamiento y la comida como vías eficaces para alcanzar la felicidad, la autoestima o la paz interior. Se establece ahora que los síntomas anoréxicos empiezan a mostrarse al margen de la consciencia, desde esta postura en psicoterapia comienzan a ser cuestionados y vistos desde otra perspectiva. Los conceptos manejados bajo la óptica gestáltica son primordiales para el establecimiento de conductas y pensamientos que fomenten el conocimiento de la realidad que vive la mujer adolescente que es propenso a desarrollar AN.

La terapia Gestalt evita el gasto de energía en cambiar al otro y se dediquen por completo a su trabajo personal, se le anima al sujeto a que se hagan responsables de su vida, dejando la posición existencial de víctima, se busca que los participantes se conviertan en agentes activos de su propia vida, y que adquieran el valor necesario para buscar lo que necesitan, (Plasencia et al., 2014).

### **Propuesta de intervención.**

En el presente apartado se establece el diseño de intervención propuesto para influenciar la prevención sobre las características de instauración de la AN en la

población femenina adolescente y sus consecuencias, con el propósito de desarrollar el conocimiento necesario para anticipar los estragos de esta enfermedad.

#### Descripción del taller.

Se trata de un taller de 5 sesiones, con una duración de dos horas cada una; en realidad, es un modelo de intervención con intenciones formativas, basado en sesiones programadas para el total de 10 horas, divididas en cinco sesiones dentro de una misma semana; preponderando los procesos individuales, pero sobre todo en resguardo de la intimidad y favorecimiento de conductas y pensamientos encaminados a reducir las características de la AN para su pronta y mejor prevención. Es por ello que se sugiere que, para el máximo aprovechamiento de la intervención, se mantenga en el rango de 15 a 20 participantes.

El que desde este momento denominaremos taller para fines prácticos, establecerá los criterios de inclusión en una población de mujeres cuya edad se establezca de los 12 a los 15 años de edad, sin que se encuentren diagnosticadas con algún TCA.

El instructor deberá tener la formación de psicólogo, tendrá la función de describir las características fundamentales de la instauración de la AN, sus componentes y así como los estragos que repercuten a diferentes niveles del sujeto. Antes de la instauración de la AN, se localizan los factores que predisponen, precipitan y mantienen esta enfermedad en las adolescentes, con el propósito de identificar anticipadamente conductas y pensamientos relacionados con la comida, imagen corporal y su relación con el contexto actual.

#### Objetivo general del taller.

Se pretende promover la prevención sobre el desarrollo de la AN en un grupo de 15 a 20 mujeres adolescentes mediante la conjunción y presentación de información específica contenida en diapositivas y apoyos visuales, dividida en cinco sesiones programadas de dos horas cada una, las cuales contendrán en su diseño dinámicas grupales, actividades artísticas, relatos escritos, proyección de contenido informativo



con replica oral y demás estrategias en las cuales las participantes logren procesar y aplicar la información presentada. Las estrategias relatadas tienen como finalidad aumentar el conocimiento de los integrantes del taller sobre la instauración y desarrollo de la AN para su pronta identificación, de esta manera evitando los estragos que esta trae consigo.

Objetivo específico del taller:

Que los participantes integren los conocimientos sobre los aspectos esenciales que inciden en el desarrollo de la AN, además de diferenciar y determinar conductas y pensamientos asociadas a este TCA.

### **Metodología.**

La presente investigación representa un modelo no experimental para atender la prevención de la AN en nuestra ciudad. Tiene el carácter de documental con enfoque cualitativo y de profundidad descriptiva, debido a que el modelo experimental propuesto sobrepasa los recursos económicos, materiales, humanos, situacionales y de tiempo para los que está dirigida esta tesis. No obstante, plantea su viabilidad, y establece la descripción detallada y científica de la intervención propuesta que se materializará en un taller. Las sesiones propuestas dentro de la estructura del taller, van a intervenir sobre los factores enunciados en EAT 40 en las 3 sub escalas (dieta y preocupación por la comida), (presión social percibida y malestar con la alimentación), (trastornos psicobiológicos).

### **Diseño de investigación.**

Investigación documental, descriptiva de enfoque cualitativo y de naturaleza no experimental. La evidencia de este trabajo es el desarrollo de una propuesta de un taller que ofrezca herramientas preventivas en adolescentes mexicanos, ante los factores de riesgo que se han identificado en la literatura con respecto a la prevalencia de la AN.

### **Supuesto de partida.**

Los factores de riesgo pueden disminuir su efecto en la prevalencia de la AN en las mujeres adolescentes sobre las características de edad descritas para la presente investigación, siempre y cuando el mismo se encuentre sustentado en las estrategias desde las que se han trabajado otros autores a lo largo del orbe, bajo otras condiciones sociales y recursos materiales, profesionales y económicos.

### **Método de Investigación.**

Documental, reflexiva y propositiva con la generación de un producto de intervención profesional.

### **Población objetivo.**

Se trata de una muestra No Probabilística, determinado por el muestreo consecutivo, bajo los criterios de inclusión y exclusión de acuerdo con el rango de edad establecidos que va de los 12 a los 15 años de edad y como criterio de inclusión estará que se encuentren cursando la educación secundaria.

La población objetivo no es una muestra representativa del universo y funciona principalmente como parámetro del diseño de las acciones de intervención que serán presentadas a lo largo de la propuesta de intervención preventiva.

### **Variables.**

Independiente:

Taller de Intervención destinado a influenciar la prevención de la AN, utilizando como línea base el test de actitudes alimentarias (EAT-40) validado para población mexicana adolescente.

Dependiente:

Dieta y preocupación por la comida; presión social percibida; malestar con la alimentación y trastornos psicobiológicos. Estos últimos son los indicadores

descritos por el instrumento y pueden ser objetivamente medidos para conocer los resultados de la relación entre ambos.

Interviniente:

Se contempla la posibilidad del efecto placebo, donde las participantes del taller, por el simple hecho de estar atentas a estos factores propios de su alimentación, perciban diferencias que afecten la evaluación. Es por ello que este elemento deberá aislarse correctamente o analizar que tanto genera una influencia.

### **Características del modelo.**

Aunque los alcances no determinan propiamente un modelo de intervención, a continuación, serán descritos los elementos esenciales del mismo.

Por su función: El propósito del modelo atiende a la prevención.

Por su postura pedagógica: Directiva.

Por su nivel educativo: Formativo.

Por su foco de atención: Centrado en los factores de riesgo identificados para desarrollar AN.

### **Instrumento.**

El instrumento que se utilizará como línea base es el **Test de Actitudes Alimentarias** (EAT-40, por sus siglas en inglés) Garner y Garfinkel elaborado en 1979, que tiene las características de evaluar rasgos anoréxicos: Miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. Consta de 40 ítems que se contestan en una escala de frecuencia de 6 puntos que va de "nunca" a "siempre". En el mencionado test se basa en su constitución sobre 3 factores (Dieta y preocupación por la comida. Presión social. Trastornos psicobiológicos) trascendentales que labran el camino específicamente hacia la instauración de AN.

Con el estudio pertinente acerca de los elementos que permitan identificar oportunamente atributos anoréxicos en adolescentes mexicanos, se logra ubicar instrumentos elaborados en este territorio, así como inventarios contruidos en diversos países con la cualidad de estar validados para la población que ocupa la actual tesis, (Véase el apartado 2.5 del capítulo 2). Se elige el mencionado test por contar en su estructura y aplicación, parámetros específicos para rastrear sintomatología anoréxica en adolescentes, además de estar validado para la población mexicana adolescente. El instrumento puede ser consultado en los anexos de esta investigación.

Para la evaluación de la situación clínica específica de los participantes se consideraron otros instrumentos que a continuación se nombran:

- ***Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria.*** Garner y Garfinkel 1979.
- ***Cuestionario de Imagen Corporal*** Cooper et al., 1987.
- ***Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal*** Toro, Salamero y Martínez 1994.
- ***Inventario de Trastornos Alimentarios*** (EDI, por sus siglas en inglés) por Garner et al., 1983.
- ***Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal*** (CIMEC) Toro, Salamero y Martínez 1994.
- ***Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.*** Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García 2004.
- ***Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaría*** Saucedo-Molina y Unikel-Santoncini 2010.

## **Procedimiento.**

Investigación profunda documental.

Se desarrolló un análisis teórico documental de las condiciones actuales desde la perspectiva psicológica y psicobiológica de la AN en el adolescente femenino; centrado en la realidad latinoamericana en general (idiosincrasia) y de la mexicana en particular, para entender como la misma influye en el desarrollo del individuo.

Bajo esta perspectiva se desplegó una propuesta que generó un modelo de intervención primaria, detallado en sesiones, centrado en resultados, dirigido a la formación de las adolescentes en los indicadores principales de:

1. Dieta y preocupación por la comida.
2. Presión social percibida y malestar con la alimentación.
3. Trastornos psicobiológicos.

Se realizó una investigación centrada en el desarrollo de la AN, así como su incidencia en la población adolescente mexicana; del mismo modo, se analizaron las características que comprenden los cambios en el ciclo de vida citado. Asimismo, se estudió el encarecimiento que ocupa la sociedad sobre el desarrollo de los factores de riesgo, predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. El trabajo se estructuró recopilando datos de manera documental, consultando libros especializados, artículos de revistas científicas, se revisaron documentales específicos relacionados con el TCA en cuestión, todo con el objetivo de obtener referencias y profundizar acerca de las teorías que pueden atender al tema actual, generando aportaciones que trabajen como complemento a las investigaciones precedidas, refutando o derivando en un caso particular, líneas nuevas de investigación acerca de la incidencia de la AN en México. Fue necesario hacer una lectura ordenada siguiendo el capitulado, ensamblando el análisis de la información recopilada para responder a las interrogantes y objetivos planteados, reflejando siempre la postura sobre la importancia sobre la prevención.

## **Decisión sobre la relación de los factores de riesgo y cada uno de los indicadores de la variable dependiente.**

A través de la revisión literaria se logró identificar las condiciones con mayor distinción que perfilan el progreso de la AN. Como se puede observar dentro del capítulo 2, el **Test de Actitudes Alimentarias** (EAT-40) tiene las características apropiadas para indicar la propensión a desarrollar AN en un adolescente mexicano. En este apartado se describe la estructura de las técnicas utilizadas en el taller basadas en la terapia Gestalt, las cuales serán adaptadas para el propósito de incidir directamente en la reducción de las puntuaciones de los ítems descritos por el EAT-40 y en los casos de los reactivos que se califican inversamente aumentar las puntuaciones.

Para la decisión de la manera de trabajar en el taller, se realizó una revisión de las técnicas y actividades descritas y clasificadas por Carabelli (2013), en su libro “Entrenamiento en Gestalt: manual para terapeutas y coordinadores sociales”, de las cuales se toman como línea base para la construcción de las actividades a desarrollar en el taller, las que en su composición se acoplen de mejor manera al propósito de la presente propuesta de intervención.

Es importante señalar que la secuencia de cómo llevar a cabo dichas dinámicas y actividades se encuentra detallado en la carta descriptiva (anexo 1); por lo tanto, para mayor comprensión sobre la organización en la aplicación del taller, se recomienda al lector revisar simultáneamente la parte de la estructura de las sesiones que a continuación se detallan, en conjunto con el anexo 1.

### **Sesión 1.**

En el diseño de la sesión número uno del taller, se pretende incidir directamente sobre el ítem “Dieta y preocupación por la comida”, con técnicas de intervención corporal basadas en la terapia Gestalt. En la actual sesión se utilizará la técnica de “conflicto” y “la clásica” para la presentación que a continuación se describen:

Modelos de presentación.

Para el comienzo de la integración grupal, se establece usar la técnica de presentación llamada “La clásica”, Carabelli (2013) afirma que este tipo de presentación es el más conocido y el que tiene mayor presencia en terapia Gestalt. Inaugurar un grupo es facilitar una presentación de sus miembros para que se conozcan y se vinculen. Cada grupo tiene sus necesidades y cada oportunidad es diferente a otra, por ello de acuerdo a las características de la población actual esta técnica en definitiva es apropiada para preparar el comienzo del taller.<sup>1</sup>

Carabelli (2013) afirma que esta presentación es muy útil para enseñar o recordar algunas pautas que se usa en Gestalt:

1. No interpretar.
2. No invadir el campo psíquico del otro.
3. No disculparse.
4. No minimizar.
5. No interrumpir.
6. No manipular.
7. No expresarse en impersonal.
8. Hacerse responsable de lo que cada uno es.

Otro beneficio es que producen contactos personalizados (cara a cara), de a dos. Por eso, el que se presenta pasa al centro del grupo y se sienta frente a cada uno, en vez de hablarles a todos desde su lugar. Desde este momento derivado de las características de la referida dinámica de presentación, ya se está actuando sobre las características de propensión al desarrollo de AN, esto en relación con los rasgos de baja autoestima y déficit en las habilidades sociales que presenta la población vulnerable.

En las Intervenciones corporales, así como en los trabajos personales o grupales cuando se interviene corporalmente en un trabajo de silla vacía, proponemos un contacto entre pares o un ejercicio grupal; Carabelli (2013) afirma, que se ha de hacer con determinadas técnicas corporales para recrear la situación de conflicto o

de encuentro y cuidar al paciente de una lesión o sensación de abuso. Las técnicas de intervención corporal en grupos más útiles según este autor están en la siguiente clasificación:

1. Técnicas de conflicto
2. Técnicas de continencia
3. Técnicas de descarga
4. Técnicas de despedidas

Técnicas de conflicto.

Es importante mencionar que, dentro de la sesión actual, únicamente se hará valer la técnica de conflicto. Por otro lado, Carabelli (2013) relata que estas son técnicas corporales que habitualmente se usan en trabajos de silla vacía para potenciar la lucha entre los personajes polarizados y actuar psicodramáticamente la tensión psicológica interna.

Dentro de esta investigación se ha señalado que una de las principales áreas de conflicto en las personas proclives a desarrollar AN es la mala percepción sobre el aspecto corporal que determina en factores de riesgo predisponentes como pensamientos recurrentes y conductas asociadas a compulsiones sobre la comida y el cuerpo, por lo cual se ha pretendido utilizar estas técnicas para incidir principalmente en el ítem “Dieta y preocupación por la comida”, con lo anterior es importante mencionar que el cuerpo como área de conflicto es sondeado detalladamente en el EAT-40 de acuerdo al ítem mencionado en reactivos como: “Me da mucho miedo pesar demasiado”, “Procuro no comer aunque tenga hambre”, “Me preocupo mucho por la comida”, “Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como”, “Me preocupa el deseo de estar más delgado/a” etc.

En el caso particular de la presente intervención se retoma lo que Carabelli (2013) comenta respecto a la funcionalidad de esta técnica, al respecto nos dice que cuando el paciente se establece en un punto de impasse, es decir en un punto donde el paciente no avanza en el trabajo y evita contactar con la emoción que interrumpe, se crea una dramatización de la escena, en este caso el coordinador se



muestra como el personaje que representa a la parte opresora y acciona desde ese lugar para profundizar el conflicto y favorecer el darse cuenta del paciente.

Para aumentar la tensión emocional sujetamos al paciente, lo presionamos ubicándonos en el lugar del conflicto. De acuerdo con la trama del conflicto, con la forma en la que registra corporalmente la presión el paciente y con la experiencia del terapeuta, elegimos una forma de trabar o sujetar al paciente para que pueda intensificar el contacto emocional con los sentimientos retenidos y explotar corporal y emocionalmente. En esta sesión uno se establece las características de los cambios físicos en la adolescencia, este trabajo cobra importancia al revelar que las restricciones calóricas tiene un efecto negativo en el desarrollo del cuerpo en esta edad y sobre todo el deseo imperioso de adelgazar.

Con esta técnica Carabelli (2013) nos menciona que la idea básica es que el participante pueda atravesar la “capa del impasse”, ingresar en la “capa implosiva” contactar con la angustia que le genera los cambios que ahora existen en el participante, atravesar el “vacío fértil” de abandonar la vieja respuesta y conocer la nueva y por último crear espontáneamente una “explosión” emocional y física que le permita liberarse de la presión, se aspira que a través de esta implementación lleve a la adolescente a un reconocimiento gradualmente acerca de sus sentimientos de acuerdo a los malestares de los referidos ítems.

Para lo anterior, importante atender lo que Schnake (2012) indica sobre el trabajo con la psicoterapia Gestalt en la atención sobre diversos padecimientos de naturaleza corporal; este autor dice que lo importante a tratar aquí, es el tener una mirada diferente, total, en la que veamos a la persona entera. Una verdadera mirada fenomenológica. Si somos capaces de ver al otro como una persona, que está compartiendo un espacio y un tiempo con nosotros, que es un cuerpo para y ante nosotros, no un cuerpo para la enfermedad, es posible que se produzca un verdadero encuentro.

## Sesión 2.

Con el inicio de la segunda sesión ha quedado establecido que la adolescencia es una etapa de enormes cambios, la cual compromete el desarrollo del joven a diferentes niveles como el psicológico, el físico y el social. Las modificaciones que se presentan en la pubertad inciden directamente en el sujeto así como en su desenvolvimiento, es por esta razón que en la presente sesión se pretende actuar en el reconocimiento de los síntomas que describen las clasificaciones internacionales, así como en el esclarecimiento de la tipificación sobre los factores de riesgo relacionados con la AN. Algunas de estas características son presentadas en el instrumento de acuerdo a la subescala de: “Trastornos psicobiológicos” en reactivos como: “Vomito después de haber comido”, “Tomo laxantes (purgantes)”, “Tengo ganas de vomitar después de las comidas”. Además, las características que son mencionadas para incidir sobre ellas están de la misma manera presentes en la subescala: “Dieta y preocupación por la comida”, “Me da mucho miedo pesar demasiado”, “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”, “Procuro no comer alimentos con azúcar” y en el Ítem indirecto, “Tengo la menstruación regular”.

Es claro que los elementos de las subescalas muestran lo que indica Serra (2015) sobre la adolescente ante tales eventualidades, asegurando que se muestra hipersensible, teniendo una gran labilidad emocional, grandes oscilaciones en el estado de ánimo, todo esto debido al experimentar los cambios bruscos en su apariencia física y en el desarrollo de su cuerpo. Esta silueta “nueva” de mujer adulta, con la fijación de depósitos de grasa en lugares muy específicos, el desarrollo de su cintura pélvica, el desarrollo de las mamas, etc., provoca una evaluación de su estética, de la representación mental de su cuerpo.

Para la intervención dentro de la presente sesión Carabelli (2013) menciona la existencia dentro de las intervenciones en los trabajos con grupos en terapia Gestalt, los “Recursos artísticos” que se encuentran dentro de las “Técnicas integrativas”, estas comprenden según el mencionado autor las artes plásticas, los recursos teatrales y los expresivos que están íntimamente ligados y abren, tanto en el momento creativo como en el momento comunicativo, en una sorprendente ventana

al “darse cuenta”. Gran parte del potencial humano anida en la expresión artística y enriquece al paciente cuando logra abrir dicho tesoro. Conectar la riqueza de las artes con el ámbito terapéutico va más allá del valor artístico de las obras producidas, para constituirse en una senda de autoconocimiento.

Al trabajar con recursos artísticos, Carabelli (2013) indica que los participantes conectan más con su hemisferio cerebral derecho, que está asociado al pensamiento intuitivo, lo sensible y creativo. La presente actividad afecta principalmente a la preocupación estrecha que existe sobre la imagen corporal y valoración de la autoimagen general como persona. Según Carabelli (2013), cuando se proponen procesos de creación artística, se posibilita en el participante una vivencia más completa de sus potencialidades como seres humanos: se les propone a los participantes manejarse con una mente racional e intuitiva, ser conscientes y responsables de lo que piensan.

Los ejercicios que fomentan la imaginación creativa permiten convocar al pensamiento intuitivo y luego recuperar proyecciones y simbolizaciones. Con pacientes muy resistentes, estos recursos ayudan a relajar la razón, (Carabelli 2013).

Es un buen primer paso para convocar el pensamiento intuitivo, ya que el lenguaje sigue siendo la palabra, pero utilizada de modo creador. Por esta razón en la sesión dos, se pide hacer una simple lista de los problemas, es decir, describir por escrito la producción gráfica o relatar en un papel la experiencia realizada del caso presentado en esta sesión sobre AN, el cual lleva por nombre “la niña de los gatos: un caso de anorexia” (Anexo 3), extraído del libro *Bulimia y anorexia: clínica de los trastornos alimentarios* de Yosifides (2006), y “la carta autodirigida” realizada por los participantes en sesión.

Con dichas actividades Carabelli (2013) asegura que cada párrafo es una creación que expresa al autor sus registros emocionales y la lectura que hace de ellos. Es una creación personal que muchas veces despliega un diálogo interno, una forma de reflexionar que alterna la expresión espontánea con la contemplación de lo escrito,

en un metanivel que permite desplegar una nueva reflexión, porque el participante cuenta lo que le está pasando, se está expresando no solo a partir de las palabras, sino en el tono de su voz, su cuerpo, su rostro.

### **Sesion3.**

En la sesión 3 se revisan conceptos que, de acuerdo al marco teórico de esta tesis, pueden entenderse como el eje principal en el cual se despliega la AN en el adolescente. Estos conceptos hablan sobre la percepción de la imagen corporal y los procesos de introyección o de identificación; el primero es lo que presentamos al mundo, lo que a su vez nos representa y en el cual depositamos la concepción de nuestra imagen, el segundo guía de manera intrínseca lo que hay para adquirir como aceptable de acuerdo al marco de referencia del adolescente.

Por lo tanto, en esta sesión se pretenden incidir directamente en las 3 subescalas del instrumento con la implementación de técnicas que como ya se mencionó en la terapia Gestalt son denominadas “Técnicas integrativas”, donde se localiza la técnica “La plástica”, acuñada dentro de los “Recursos artísticos” de acuerdo a dicha postura y la “Actuación de roles”, teniendo estas en su forma argumentos para actuar de manera directa con diversos ítems del EAT-40, poniendo como ejemplo los siguientes: “Hago mucho ejercicio para quemar calorías”, “Me peso varias veces al día”, “Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio”, “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”, “Me comprometo a hacer régimen”, “Me gusta sentir el estómago vacío”, “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”, “Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida”, “Procuró no comer aunque tenga hambre”, “Tengo estreñimiento”, “Tengo ganas de vomitar después de las comidas”, “Disfruto comiendo carne”, “Tengo la menstruación regular”, “Me gusta que la ropa me quede ajustada”.

Técnicas de integración.

La integración de dos aspectos de nuestra personalidad que aparentemente son opuestos es una de las partes que más ejerce la práctica gestáltica. De la presente técnica Carabelli (2013) dice que tiene la cualidad de hacer reconocer al sujeto

dentro de su consciencia una parte de su conflicto actual, mientras tanto la otra polaridad del mismo no se alcanza a distinguir. En relación con la AN los procesos de identificación en la adolescencia pugnan por establecer pautas que seguir. Adquirir parámetros en la estructura psíquica le permite al adolescente ir asentándose en sociedad. En el momento que se adquieren estas funciones se corre el riesgo de haber tomado líneas de desintegración mediadas por simbolismos contextuales, dando justificación a las conductas y pensamientos al adolescente pero que a la luz del ojo clínico, son identificadas como factores de riesgo.

La última técnica Carabelli (2013) la describe concretamente como el camino para integrar nuestros aspectos separados, de esta manera se va sanando y acercando a la posibilidad de integrarnos con el entorno, con las demás personas y con el resto del universo; de este modo afirma el autor, que nuestra conciencia se expande en cada integración, vemos un espectro mayor y podemos descubrir el sistema que contiene a los dos subsistemas que se creían desvinculados, en este caso imagen corporal y el proceso de identidad. En un sentido similar Levy citado en Carabelli (2013) entiende la cualidad de la integración a partir de que “el conflicto humano sucede entre dos partes de un mismo sistema que ignoran que pertenecen a dicho sistema y pugnan por imponerse entre sí”, (pág. 130).

Integrar es adquirir conciencia de que cada parte de las estructuras que nos componen, cada una de ellas pertenece a un todo mayor. Es descubrir los vínculos que interconectan a las partes de un sistema. Es reconsiderar la funcionalidad de ciertas partes ignoradas, o sea, descubrir su utilidad, (Carabelli, 2013).

La actuación de roles.

Esta es la búsqueda de la polaridad mediante el teatro. El presente recurso psicodramático abre a la actuación de un personaje, soltándonos espontáneamente a lo que surge en dicha improvisación. La sensibilidad se abre en la espontaneidad de las respuestas que surgen de la actuación. Son inventadas en el momento, surgen de la interacción grupal que no da tiempo a pensarlas. Con la intención de trabajar las polaridades desde el punto de vista expresivo y actoral, se le propone a la persona que haga una construcción de un personaje que refleje las características

de una de las polaridades. Se asignan un nombre, una historia, un movimiento físico y una forma de expresarse. Pueden recurrir a disfraces o a pinturas o máscaras para compenetrarse más en el personaje. Lo actúan entre los miembros del grupo durante varios minutos. Lo juega y lo exagera lo más posible, (Carabelli, 2013).

La plástica.

Al examinar esta técnica Carabelli (2013) nos dice que se trata del lenguaje del color, la forma, la dimensión, la imagen. Siguiendo con la opinión del autor, esta técnica convoca aspectos de nuestra experiencia que muchas veces desconocemos, porque no son alcanzados por el pensamiento lógico y racional. La expresión de las emociones o sensaciones, que muchas veces son difíciles de explicar o comprender con palabras y que muchas veces por no poder explicarlas, las desconocemos, encuentran un lenguaje más expresivo en la plástica. Al pintar o dibujar entramos en el terreno del sentimiento.

La resolución y clarificación de la autoexpresión libera energía y facilita nuestro desarrollo y crecimiento ulterior, permitiéndonos comprender que cada área de nuestras vidas puede convertirse en un medio para el crecimiento, la creación y la autoexpresión. El participante aquí reflejará mucho de sus miedos, juicios y resistencias en su actitud hacia la tarea o los materiales: “Soy pésimo dibujando”, “Este material no me sirve para expresar lo que necesito”, “No me salió como yo quería”, “Disfruté mucho dibujando, pero ahora que lo miro me parece horrible”. A veces, es necesario trabajar las autocríticas o las resistencias que encierran introyectos muy importantes de resolver, (Carabelli, 2013).

Advierte Carabelli (2013) que no se debe interpretar la obra del participante, sino que lo acompañamos en su darse cuenta a través de preguntas en relación con lo que siente, en el proceso de creación y con lo que ve y siente sobre la obra producida. Ayudar a contactar al participante en experiencia aquí y ahora, ayuda a relajar el pensamiento racional y habitual. Con lo presentado hasta el momento y con el entendido sobre la precepción general de la imagen corporal en las adolescentes vulnerables mediada a partir de su dinámica social, familiar e individual

en el presente continuo, el implemento de esta técnica de matiz artístico, compromete y promueve el darse cuenta desde un enfoque nuevo las características respecto a la dimensión de su cuerpo.

Muchas veces a partir de estas propuestas, se explica el surgimiento de características en relación a algún aspecto en sombra del cuerpo. Una vez que puede hacer mayor contacto con este, este último autor afirma la posibilidad de preguntarle al participante si tiene relación con su existencia. Además de la expresión de emociones, a través de los recursos plásticos se puede dar forma a imágenes internas. Por ejemplo, lograr guiar a un participante a darle forma y color a su aspecto avergonzador, (Carabelli 2013).

El encuentro al plasmar estas obras tiene la facultad de poder ser liberador y ayudar al participante a tomar conciencia cuando recupera sus proyecciones y simbolizaciones expresadas en el dibujo. Carabelli (2013) afirma que en la mayoría de las veces, estas imágenes que se pintan de manera espontánea o deliberadamente traen a la conciencia lo que se sabe profundamente, pero es difícil darse cuenta que se tiene conocimiento sobre estas características; lo anterior estará basado, en función de lo que se pretende proponer y es importante tener en cuenta que los trazos espontáneos generalmente expresan la energía o estado de ánimo del momento.

Por último dentro de esta sesión, es importante señalar lo que dice Carabelli (2013) de acuerdo al producto, este autor recalca que la simbolización es personal y puede representar, en la conciencia del paciente un significado específico y propio. Si hacemos una lectura interpretativa de las motivaciones inconscientes del artista (participante), la debemos guardar como simplemente una hipótesis para seguir sosteniendo un enfoque fenomenológico, libre de supuestos.

#### **Sesión 4.**

La penúltima sesión se ha estructurado para trabajar en primera instancia sobre el concepto de autoestima y su correlación con la propensión a desarrollar AN en adolescentes. El segundo tópico a manejar es la influencia de los medios de

comunicación y la presión social que los adolescentes perciben sobre sí mismos. Las referidas temáticas comprometen nuevamente las 3 subescalas del EAT-40; sin embargo, la subescala “Presión social y malestar con la alimentación” cobra un peso importante para incidir sobre esta.

Es importante tener presente la interacción que tienen entre sí los factores de riesgo en el progreso de la AN, por lo anterior se justifica que el fortalecer la autoestima del adolescente propenso, sin duda mejorará aún más la percepción de su imagen corporal para prevenir el desarrollo de este TCA. La actual investigación ha dejado ver que la AN se caracteriza por su cronicidad, inherente a las características del medio social, saciado de mensajes que inciden directamente sobre la autoestima tan maleable del adolescente, por esta razón se le puede llamar a la AN como una enfermedad “postmoderna” al estar ligada a la evolución de la concepción cultural donde se desarrolla cada individuo.

Trabajando con títeres.

Para fortalecer la autoestima del participante y así poder incidir sobre los ítems mencionados en esta sesión, se ha determinado utilizar dentro de las técnicas de integración en el apartado de los recursos artísticos, “Trabajando con títeres”. Carabelli (2013) describe que la utilización de títeres permite al paciente proyectar aspectos de la personalidad del participante, así como modos de reaccionar y sentimientos a través de personajes con formas, características y maneras de expresión particulares. Estos pueden ser desconocidos, lo que da la posibilidad de observarlos con cierta distancia y hacernos responsables de ellos. Muchas veces los pacientes encuentran en los títeres una vía facilitadora para expresar lo que sienten.

Representar a través de un títere, un personaje que “no soy yo” da la posibilidad de animarse a hacer o decir cosas que, siendo el “habitual”, no las haría o diría. La invitación a jugar a un “como si” siendo el títere es darle el permiso para ejercer y desplegar aquellas características que el paciente rechaza y no reconoce de sí mismo, (Carabelli, 2013).



Como se ha revisado, una de las características principales al formar una autoestima adecuada, es la capacidad que tiene el sujeto de percibirse así mismo. Carabelli (2013) asegura que siempre que proponemos construir un títere, estamos invitando al paciente a proyectar ciertos aspectos propios en el personaje. Al crearlo con sus manos y con los materiales que él elige, la proyección que se promueve es enorme y mayor es la posibilidad de apropiación del aspecto trabajado.

Trabajando con máscaras.

Para trabajar sobre la presión social percibida y el malestar con la alimentación se establece el trabajo de la construcción de máscaras, referida en las técnicas de integración de la terapia Gestalt. La máscara puede ser utilizada en la temática actual para expresar sensaciones o pensamientos de incomodidad sobre el aspecto corporal, relacionados con el ejercicio excesivo, las dietas restrictivas y sobre todo por la presión que la cultura ejerce sobre el cuerpo.

Carabelli (2013) alude que a través de la máscara trabajamos rescatando proyecciones, polaridades, mandatos, identificaciones y, ante todo, es un recurso muy indicado para trabajar las desidentificaciones: Al representar “otro rostro”, la persona puede correrse de su rol conocido, del habitual, de su manera siempre igual de reaccionar, del papel que está acostumbrado a cumplir. Permite el pasaje de lo ya dado y conocido a lo nuevo, predispone a soltar el control y dejar emerger lo desconocido, lleva la atención y permite conectarse con otros aspectos de sí mismo. Algunas características del trabajo con máscaras las describe Carabelli (2013) en los siguientes puntos:

- La mueca es la primera máscara que permite aflorar al personaje que se asoma a la expresión. El actor se transforma inmediatamente en el personaje expresado en la simple mueca facial.
- La máscara pintada es muy antigua y cada persona se mancha o colorea el propio rostro, para agregarse características de personalidad o de poder. Desde el payaso hasta el guerrero tribal, la utilización de pinturas en el rostro simboliza la transformación de la persona.

- La máscara, al cubrir el rostro, nos permite mayor libertad en la expresión de nuestros personajes, ya que se relaja el controlador interno. Dado que no es “mi rostro” el que expresa, puedo permitirme actuar los personajes en toda su magnitud y riqueza.

Derivado de lo anterior se pretende con el participante fomentar un pensamiento crítico en relación al perfil imaginario sobre el cuerpo, alejado de medidas corporales reales y comunes de una persona. En el trabajo de la cuarta sesión, la publicidad se entiende como promotora de estereotipos que no nos muestran imágenes reales, sino imágenes manipuladas digitalmente con el objetivo de percibir las como reales y posibles. Por esta razón debemos enseñar a los adolescentes a ser críticos.

En la cuarta sesión, se pretenden influir directamente en la reducción sobre la puntuación estos ítems, “Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas”, “Procuro no comer aunque tenga hambre”, “Noto que los demás preferirían que yo comiese más”, “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”, “Noto que los demás me presionan para que coma”, “Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida”, “Cada día como los mismos alimentos”, “Siento que los alimentos controlan mi vida”, “Me controlo en las comidas”, “Me comprometo a hacer régimen”, “Vomito después de haber comido”, “Tomo laxantes (purgantes)”.

### **Sesión 5.**

En la última sesión se trabaja con la parte cognitiva, con los pensamientos e ideas que se han instaurado con relación a la AN en el adolescente propenso. Las representaciones mentales juegan un papel trascendental en la aparición de esta enfermedad al estar ligada a la percepción sobre la figura corporal, autoimagen, autoestima, entre otras, las cuales están implicadas en altas puntuaciones en la tres subescalas. Es por esta razón que dedicarle una sesión completa a esta parte resulta imprescindible ya que proporciona las bases para afectar a las 3 subescalas del EAT-40.

Los cuentos y visualizaciones.

Para realizar las actividades dentro del marco de la quinta sesión, se utiliza la técnica integrativa en terapia Gestalt llamada “los cuentos” y las “visualizaciones”, la primera técnica según Carabelli (2013), se puede utilizar para iniciar o cerrar procesos, para facilitar que el participante conciba un conflicto, para favorecer la identificación del participante con algún aspecto de su existencia. También para darse cuenta de algún aspecto proyectado de su personalidad.

En las visualizaciones Carabelli (2013) comenta que esta técnica es un recurso que necesita de nuestra narrativa oral. Le facilita al participante ir hacia adentro, contactar con el mundo interno y proyectar, en espacios, personajes y objetos nacidos de la imaginación, aspectos propios que luego podrá recuperar y responsabilizarse con la guía del coordinador. Con la conjunción de estas dos técnicas se espera influir en los procesos cognitivos del adolescente propenso, como un recurso y una alternativa a las ideas recurrentes que prevalecen en relación a la comida, a la dieta restrictiva, al ejercicio excesivo, al estar sujeto a tratos preferenciales por la composición idealizada del cuerpo, etc.

### **Conclusiones.**

La actual investigación ha sido diseñada para determinar bajo el registro documental, la detección de las posibles circunstancias que inducen al desarrollo sintomatológico relacionado a la AN. A la luz de una propuesta de intervención preventiva basada en la psicoterapia Gestalt, se abren nuevas líneas de investigación relacionadas a la implementación de estrategias preventivas que puedan ser desplegadas en población de mujeres adolescentes propensas a desarrollar síntomas de AN. Lo anterior tiene la finalidad de trabajar directamente con la reducción sobre los factores de riesgo, una vez localizada la sintomatología relaciona al presente TCA y no únicamente ponerlos al descubierto, siendo esta última una labor fundamental para el empleo del producto final que ofrece la presente tesis.

En otras palabras, el conocimiento de los factores que impulsan el progreso de la AN, aporta al diseño de estrategias preventivas contribuciones al desarrollo de la salud en edades cruciales. Por consiguiente, abordar este fenómeno a partir de la postura teórica referida, nos permite saltar la línea del diagnóstico reconociendo el desarrollo personal del sujeto evitando de esta forma, que la adolescente propensa pueda identificarse y apropiarse la enfermedad como un estado natural de su vida.

Como se ha destacado, a partir de la investigación documental se puede considerar el planteamiento de la propuesta a modo de un taller con fines preventivos-formativos, centrado en la reducción o eliminación de aquellos factores que promueven o avivan la aparición del TCA aquí estudiado. De tal modo que, lo que apremia la estructura del taller es la reducción de los factores detonantes, la mejora y el incremento de factores protectores en el sujeto propenso; sin embargo, como lo menciono dentro del segundo capítulo 2 (dentro del apartado 2.3), referente en cuanto a la etiología de la AN se establece que los factores genéticos van a predisponer la aparición de ciertas afectaciones médicas y psicológicas. De lo anterior, Cervera (2005) afirma que por ahora no es posible actuar contra los factores genéticos que intervienen. Por lo que, la lucha debe dirigirse hacia los factores que detonan la aparición de la AN.

De igual manera se debe hacer énfasis sobre los riesgos que se derivan a través de prácticas alimentarias anómalas. Sustentado en esta observación, se consolida la idea acerca de que la predisposición genética no supera la creación de hábitos entendidos como factores de protección. Lo que se destaca a partir de la vigente propuesta, es enseñar y corregir los primeros síntomas de este trastorno. Por lo tanto, con este diseño ha de conseguirse en el participante el entendimiento de cómo se puede entrar en este tipo de enfermedades y, posteriormente mostrar una salida viable hacia la salud.

Otro punto importante a destacar en esta investigación, es el trabajo que se tiene que hacer directamente en la fase del desarrollo humano llamada adolescencia, principalmente sobre su proceso de identidad en el cual transitan las jóvenes. De lo anterior se entiende que los procesos de reconocimiento y aceptación son

fundamentales para la construcción del yo en la joven; entonces al poder influir positivamente sobre este proceso, abre la oportunidad de establecer conductas y pensamientos asociados a la prevención, lo cual posibilitará sin duda conductas asociadas al establecimiento de hábitos sobre el desarrollo de la salud mental, que en otro momento del ciclo de vida podrían entenderse como aspectos correctivos.

Ahora bien, con la condición de hablar de salud como un proceso y no como un estado o ausencia de enfermedad únicamente, permite generar esta propuesta de intervención, la cual aspira desarrollar dentro de un ambiente con las condiciones necesarias, la aplicación de una intervención primaria y que, a su vez brinde el soporte necesario para influir y establecer cambios en las estructuras cognitivas y comportamentales nocivas de las participantes relacionadas a la AN.

Se considera ahora, que una investigación actualizada en relación al desarrollo de AN es oportuna e indispensable en el ámbito de la prevención, lo cual da sustento a nuevos formatos y técnicas para advertir la consolidación de la misma. Con certeza se afirma que, al término de la presente tesis, se perfilan nuevas líneas en la investigación sobre la aplicación de intervenciones preventivas. Por lo tanto, todo lo que se emplee para contrarrestar la aparición de este TCA será bien recibido.

## **Discusión.**

Es importante resaltar la contribución que tiene los factores de riesgo que están implicados en el desarrollo de la AN, los cuales son enunciados por Rojo et al., (2004); Zusman (2009) y Serra (2016) y que sirvieron de base para diseñar el programa de intervención preventivo propuesto en esta investigación; además, se debe agregar que dichos factores no tienden a operar de forma separada, actúan más bien en un proceso dinámico, los cuales se van a presentar en condiciones diversas, donde podrán alcanzar su expresión más evidente (el cuerpo).

Parafraseando a Molano et al., (2010) sobre lo último, es necesario hacer énfasis sobre la importancia del abordaje temprano en edades cruciales, ya que las prácticas enunciadas por el DSM-V y el CIE-10 en relación a la AN, se manifiestan

gradualmente y pueden adoptar formas clínicas enmascaradas (por ejemplo la amenorrea) que retrasan la detección, por esta razón, abordar de manera anticipada el presente TCA mediante el diseño de un taller, admite la posibilidad de formar e informar a mujeres adolescentes sobre los riesgos relacionados de la AN con la salud.

Así que, aunque las conductas alimentarias dentro de la AN estén encausadas hacia objetivos distintos, el hecho de poner en evidencia la descripción de los factores intervinientes en el establecimiento y mantenimiento de la misma, implica incluso conservar la vida de la mujer adolescente, de lo último es necesario recordar lo que Buil (2001) y Sánchez (2008) comentan, estos autores sentencian que dentro de la lista de los TCA que existen, la AN es la única que puede conducir la muerte del sujeto que la padece, también es importante rescatar lo establecido por la Secretaria de salud (2008); Marin et al., (2009) y Vellisca et al., (2012), los cuales informan que de cada 10 afectados por esta enfermedad 9 son mujeres, esto quiere decir que el género femenino es el que con mayor frecuencia sufre los estragos de este TCA.

Con el análisis de la información hasta aquí mostrada, es notorio la escasa investigación sobre factores o mecanismos de protección relacionados con la AN en México, por lo anterior, se puede establecer que las investigaciones futuras a partir de la presente exploración especializada, se tornarán hacia el fortalecimiento de las condiciones que contribuyan al detrimento para que esta psicopatología se desarrolle completamente; además, otra línea de investigación que se ha de generar, será la evaluación en el sujeto propenso hacia el proceso o la capacidad de lograr una adaptación exitosa a la propuesta de intervención preventiva aquí descrita, debido a que será inevitable que se presenten circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes en un continuo dentro de la vida de la mujer adolescente.

Con lo anterior se establece que se abren líneas de estudio basadas en registros longitudinales para la prevención de la AN en sintonía con la propuesta extendida en

la presente tesis. Otra propuesta de investigación que resulta de esta tesis, es la creación de inventarios que ayuden a medir el impacto de la aplicación del taller en los participantes, así como la revisión del mismo en su estructura final.

Por otro lado, un tema que rebasa el propósito de esta investigación, pero que es necesario observarlo como línea a seguir a futuro, será el estudio de la estructura familiar de la persona que ha desarrollado o puede desarrollar sintomatología anoréxica; la cuestión aquí mencionada se observa con mayor precisión tomando en cuenta la etiología de la AN como factor precipitante, dicha línea se fundamenta en lo propuesto por Serra (2015), donde muestra las características en sus tres modelos de la estructura familiar que facilita el avance de la AN, estos modelos son: en el ambiente familiar desestructurado, el ambiente familiar sobreprotector y las experiencias vitales estresantes. De igual manera, La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), expone algunos modelos como los familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos etc., con características precipitantes similares.

Por lo cual, al término de la actual exploración, se propone realizar investigaciones centradas en los aspectos referidos, ya que la familia es el grupo de primer contacto que se tiene; aquí es pertinente insistir que el ambiente familiar en el que se desenvuelve la adolescente, recae sobre la realización de conductas alimentarias de riesgo y la percepción que tiene de manifestaciones como son la hostilidad y rechazo vs la resolución de conflictos y la aceptación dentro de su núcleo familiar.

Finalmente, es pertinente corroborar que con base al presente estudio documental centrado en la presencia de factores de riesgo asociados a la AN y a la generación de la propuesta diseñada, se prevé que esta permita arrojar cifras relevantes para ser evaluadas en grupos de edades específicos catalogados con mayor propensión, en relación a la reducción de la insatisfacción corporal, deseo de siluetas delgadas, conductas alimentarias compulsivas, dieta restrictiva y preocupación por el peso y la

comida; es decir, con los estudios citados dentro de este trabajo, en conjunto con las técnicas mencionadas por Carabelli (2013) acuñadas en la psicoterapia Gestalt, así como en los detalles de la implementación dentro de la carta descriptiva, se considera el actual abordaje sobre la prevención de la AN como innovador; en el planteamiento de las últimas observaciones, se proyecta que con esta propuesta se obtendrá un impacto económico bajo para su aplicación, que sea de corta duración e incremente las ganancias en materia de salud.



## Referencias.

1. Agudelo Bedoya, M., & Estrada Arango, P. (2012). Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (spa) en la familia. *Trabajo Social* (Universidad Nacional De Colombia), N°. 14, 79-92. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4378125>
2. Aguinaga, M., Fernández, L., & Varo, J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revisión y actualización*. Recuperado de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6930/9597>
3. Aguirre Baztán, A. (1994). *Psicología de la adolescencia* (1st ed.). Barcelona: Boixareu.
4. Almaguer C. A. (2009). Propuesta de actividades encaminadas a la preparación de adolescentes para los cambios biológicos de la pubertad y su repercusión psicológica. Eumed.net. recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1057/index.htm>
5. Amigo, V. I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, ES: Larousse - Ediciones Pirámide. Madrid, ES: Larousse - Ediciones Pirámide.
6. Aranaa, F; Elizathe, L; Leonardelli, E; Lievendag, L; Rutzstein, G; Maglio, A L; Murawski, B; Diez, M; Scappatura, M L; Armatta, A M; Miracco, M; (2010). Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2() 55-68. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221727007>
7. Ardila Espinel Noé La adolescencia: factores críticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 12, núm. 3, 1980, pp. 441- 454 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia.
8. Ávila Espada, A., Rojí Menchaca, B., & Saúl Gutiérrez, L. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
9. Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. *Metabase de Recursos Educativos*. Recuperado de: <http://metabase.uaem.mx:8080/handle/123456789/1216>
10. Bagney L. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM 5* (1st ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

11. Barrionuevo, J. (2011). *Adolescencia y juventud: consideraciones desde el psicoanálisis*. Buenos Aires, AR: Eudeba.
12. Behar A. R. & Arancibia M. M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(2), 143-152. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232013000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000200008&lng=es&tlng=es).
13. Benavides Torres, R A; Alonso Castillo, B A; Álvarez Aguirre, A; Guzmán Facundo, F R; Alonso Castillo, M M; López García, K S; (2010). La prevención de adicciones desde el análisis evolucionario de Rodgers. *Ciencia Ergo Sum*, 17() 253-257. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10415212003>
14. Bojórquez, I; Carreño, S; Unikel, C; (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46() 509-515. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646603>
15. Bordignon, N A; (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2() 50-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
16. Buil Rada, C. (2001). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (1st ed.). San Sebastián de los Reyes (Madrid). Recuperado de: [http://sec.es/descargas/AA\\_1999\\_Manual\\_Salud\\_Reproductiva\\_Adolescencia.pdf](http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf)
17. Cano de Faroh, A; (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotsky. ¿Dos caras de la misma moneda? *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVII() 148-166. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94627214>
18. Carabelli, E. (2013). *Entrenamiento en Gestalt: manual para terapeutas y coordinadores sociales*. Buenos Aires, AR: Editorial del Nuevo Extremo S.A.
19. Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos* (2a. ed.). México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno.
20. Cervera Laviña Montserrat (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia* Editorial: Ed. Pirámide.

21. Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4a. ed.). Madrid, ES: Ediciones Morata, S. L.
22. Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2003) Serie planeación, Modelos preventivos. México. Conadic, SSA. Recuperado de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/libros/modelos\\_preventivos.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/modelos_preventivos.pdf)
23. Córdoba, J. (2007). Programa de acción específico para la promoción de la salud: una nueva cultura. México: Secretaría de Salud.
24. Cortese, E. N., Cortese, R. H., & Díaz, Á. V. (2009). *Psicología médica: salud mental*. Buenos Aires, AR: Editorial Nobuko.
25. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes*. Estados Unidos de Norte América: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Recuperado de: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)
26. Domínguez G. L. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76. Universidad de la Habana, Cuba. Recuperado de: [http://www.conductitlan.net/50\\_adolescencia\\_y\\_juventud.pdf](http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf).  
<file:///C:/Users/jlemus/Downloads/La%20adolescencia%20y%20la%20juventud%20como%20etapas%20del%20desarrollo%20de%20la%20personalidad.pdf>
27. Escoto C. López E.A; Díaz F. Franco K. Camacho E. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica*, 31() 219-225. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526609003>
28. Fandiño Parra, Yamith José (2011). Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. *Revista Iberoamericana de Educación Superior (ries)*, México, vol. II, núm. 4, pp. 150-163. Recuperado de: <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/42>
29. Flórez, A. L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá, CO: Editorial El Manual Moderno Colombia.

30. Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., & Odom, A. E. (2015). Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT): una aproximación integral de la personalidad. México City, MÉXICO: Editorial El Manual Moderno.
31. Franco Paredes, K., Álvarez Rayón, G., & Ramírez Ruelas, R. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, vol. 2(no. 2), 148-164. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232011000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200009)
32. Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1st ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
33. Gabalda, I. C. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas (2a. ed.). Bilbao, ES: Editorial Desclee de Brouwer.
34. Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena De Pediatría*, 86(6), 436-443. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
35. Gago Huguet, A. (1987). Elaboración de cartas descriptivas (1st ed.). México, D.F.: Trillas.
36. Gallardo, V. P., y Camacho, H. J. M. (2008). Teorías del aprendizaje y práctica docente. Sevilla, ESPAÑA: Wanceulen Editorial.
37. Gamella, D. (2015). Factores implicados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes españoles. Madrid, ESPAÑA: Universidad Complutense de Madrid.
38. García, B. M. S. (2003). Adolescencia y pubertad: problemática actual. Buenos Aires, AR: MV Ediciones S.R.L.
39. Gismero G. E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12() 289-304. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618319001>
40. Gómez P. G; Llopis M. M; Acosta G. V; Pineda G. G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological*

*Therapy*, 5() 223-232. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56050302>

41. González, L; Caballero, A; Unikel, C; Cruz, C; (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232601>
42. Guadarrama G. R. Mendoza M. S. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16() 125-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963011>
43. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. (2009) (1st ed.). Barcelona.
44. Henao López, G., Ramírez Palacio, C., & Ramírez Nieto, L. (2006). Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. *EL ÁGORA USB*, 6(2), 147-315. Retrieved from [http://www.postgradoune.edu.pe/documentos/psicologia/Agora%20Diez%20\(Tema%204%20Que%20es%20la%20Intervencion%20Psicopedagogica\).pdf](http://www.postgradoune.edu.pe/documentos/psicologia/Agora%20Diez%20(Tema%204%20Que%20es%20la%20Intervencion%20Psicopedagogica).pdf)
45. Herranz Y. P. (2012). Psicología del desarrollo. *Psicología del desarrollo y de la educación*, Vol. I, 25-53. Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
46. Hoyos Serrano, M. (2013). La Anorexia Nerviosa Mental o Como Problema Social. *Revista De Actualización Clínica*, Vol. 35, 1833-1837. Retrieved from [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2304-37682013000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-37682013000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
47. Ibáñez, M. R., & Pérez, S. E. (2012). *Cuerpos y diferencias*. Madrid, ES: Plaza y Valdés, S.L.
48. Iglesias D. J. L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. (2013). *Pediatría integral*, XVII (2), pp.88-93. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
49. Jarne, E. A., & Talarn, C. A. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, ES: Editorial UOC.
50. Jenaro, C. Flores, N. Bermejo B. Cruz, M. (2011). Cuestionario de imagen corporal para la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria.

51. Jiménez Brobeil, S A; Carmo Eulalio, M d; Fernandes Alves, R; (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61() 1-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019248009>
52. Kepner, J. I. (2000). Proceso corporal: un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno.
53. Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. Recuperado de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es).
54. Lameiras F.M. Calado O. M., Rodríguez C. Y. & Carrera F. M. (2009). Desórdenes del comportamiento alimentario y exposición a los medios de comunicación en chicas adolescentes de secundaria. *Estudios De Antropología Biológica*, Vol. 14(número 1), 102-116. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/27209>
55. Latner, J. (2007). Fundamentos de la Gestalt (2a. ed.). Santiago de Chile, CL: Editorial ebooks Patagonia - Cuatro Vientos.
56. León, R. J. M., Medina, A. S., & Barriga, J. S. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona, ES: Editorial UOC.
57. Lledó Sandoval, J. (2009). La exploración psicodinámica en salud mental (1st ed.). Alicante: Club Universitario Alicante.
58. Lozano Vicente, a; (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, () 11-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>
59. Maganto Mateo, C., & Cruz Sáez, S. (2003). Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes. *Revista Iberoamericana De Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, Vol. 16(2), 9-27. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/352797>
60. Marín Cortés, Andrés Felipe, & Bedoya Hernández, Mauricio Hernando. (2009). Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de

anorexia o bulimia. *Latreia*, Vol. 22(3), 219-226. Retrieved March 12, 2017, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932009000300003&lng=en&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932009000300003&lng=en&lng=es).

61. Martí, I. P. J. (2015). *La cultura del cuerpo*. Barcelona, ESPAÑA: Editorial UOC.
62. Martín, Á. (2011). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt (7a. ed.)*. Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer.
63. Masotti, A. L. (2013). *Los genes de la memoria y la memoria de los genes: supuestos psicoanalíticos freudianos convalidados por la epigenética*. Buenos Aires, AR: Letra Viva Editorial.
64. Menéndez, E L; (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1() 9-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
65. Mingote, C. (2013). *El bienestar-malestar de los jóvenes*. Madrid, ES: Ediciones Díaz de Santos.
66. Molano Caro, J; Piñeros Ortiz, S; López de Mesa, C; (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39() 313-328. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447007>
67. Moreno G. Ortiz V. G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27() 181-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511847004>
68. Moreno Méndez, J; Utria Rodríguez, E; (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, () 39-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320758004>
69. Moreno, A., & Perinat, A. (2007). *La adolescencia; La primera infancia*. Barcelona, ES: Editorial UOC. R.
70. Moreno, F. A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona, ESPAÑA: Editorial UOC.
71. Mortis Lozoya, S. (2017). ITSON | Diseño de Material Didáctico para Cursos de Capacitación. Manual del Participante. Biblioteca.itson.mx., Recuperado

de:

[http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa40/disenio de material didactico para cursos de capacitacion/dm3.htm](http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa40/disenio%20de%20material%20didactico%20para%20cursos%20de%20capacitacion/dm3.htm)

72. Mosso, L., & Penjerek, M. M. (2004). *Adolescencia y salud*. Buenos Aires, AR: Editorial Maipue.
73. Nortes Checa, A., & Serrano González-Tejero, J. (1991). *Operaciones concretas y formales* (1st ed.). Secretariado de Publicaciones. Universidad de Murcia.
74. Olivares, R. J. (2014). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid, ESPAÑA: Difusora Larousse - Ediciones Pirámide.
75. Olivia D. A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), pp.239-254. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/77/79>
76. OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
77. OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
78. Palacios Espinosa, X; (2007). Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa. *Terapia Psicológica*, 25() 73-85. Recuperado de: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=78525106>
79. Páramo, M. d I Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29() 85-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>
80. Penna, F; Rivarola, M F; (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8() 61-72. Recuperado de <http://tuxchi.redalyc.org/articulo.oa?id=80280205>



81. Pérez O. M. (2006). Desarrollo de los adolescentes 3 identidad y relaciones sociales. *Antología de lecturas* (1st ed.). Aguascalientes, Ags.: Mario Pérez Olvera. Recuperado de: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abuso/Articulos/Libros Adolec>
82. Plasencia P. D. Valbuena V. M. T. y Barrio L. I. (2014). Tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa desde la Terapia Gestalt: una experiencia práctica en una unidad hospitalaria especializada en Madrid. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista*, N<sup>o</sup>. 7. págs. 123-138. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5614070>
83. Polaino-Lorente, A. (2010). En busca de la autoestima perdida (3a. ed.). Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer
84. Raich R. da Costa Ribeiro Junior. Portela de Santana. M. Mora G. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27() 391-401. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226786008>
85. Ramírez, F. (2013). La dimensión subjetiva de la infracción de ley en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología Social Ignacio Martín-Baró*, 2(2), pp. 7-35. Recuperado de: <http://psicologia.uahurtado.cl/2014/09/la-dimension-subjetiva-de-la-infraccion-de-ley-en-adolescentes/>
86. Rivarola, M. F. (2005). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. Buenos Aires, AR: Red Fundamentos en Humanidades.
87. Robles M.B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*; 75 (1) 29-34. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>
88. Roca Vides, M. (2010). Desarrollo autónomo del individuo y la responsabilidad en la prevención: problema de salud. *Cultura, Educación Y Sociedad*. Volumen1, (Número1) ,133-145. Recuperado de: [http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/artic le/view/922/pdf\\_146](http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/artic le/view/922/pdf_146)
89. Rodríguez N., Caño G. A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and*

*Psychological Therapy*, 12() 389-403. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>

90. Rojo, M. L., & Cava, G. (2004). *Anorexia nerviosa*. Madrid, ES: Editorial Ariel.
91. Ruiz M. A. Vázquez A. R. Mancilla D. J. López A. X. Álvarez R. G., & Tena S. A. (2009). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, Vol. 9 (No. 2), 447-455. Recuperado de:  
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/804/463>
92. Llivina, S. T., de Silva Rivera, A., Puerta O. C., Jiménez R. J., Alcaraz V. A., Villar L. A., & Cascales G. I. (2011). Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (1st ed.). Murcia: Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Recuperado de:  
[http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=1853&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1853&idsec=88)
93. Sánchez Meca, J; Olivares Rodríguez, J; Alcázar, A I R; (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11() 641-654. Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711316>
94. Sánchez, E. P. A. (2008). *Psicología clínica*. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno.
95. Sánchez, S. C. D. (2005). *Gerontología social*. Buenos Aires, AR: Espacio Editorial.
96. Scappatura, M L; Elizathe, L; Rutzstein, G; Maglio, A L; Murawski, B; Leonardelli, E; (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4() 1-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741619001>
97. Schnake, A. N. (2012). *Enfermedad, síntoma y carácter: diálogos gestálticos con el cuerpo*. Buenos Aires, AR: Editorial del Nuevo Extremo S.A.
98. Secretaria de Salud, (2007). *Prevención y Tratamiento de las Adicciones*. México, D.F. Recuperado de:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012\\_Adicciones.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf).

99. Secretaría de Salud, (2008). Trastornos de la ingestión de alimentos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención. México: Recuperado de: [http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_alimentacion.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf)
100. Serra, A. M. (2015). Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos. Madrid, ESPAÑA: Editorial UOC.
101. Silva-Escorcía, I; Mejía-Pérez, O; (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19() 241-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19413280501>
102. Stallard, P. (2009). Pensar bien, sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes. Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer
103. Sureda García, I. (1998) Autoconcepto y Adolescencia. Una línea de intervención psicoeducativa. *Educació i cultura: Revista mallorquina de pedagogía*, N° 11, págs. 157-170. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/9174>
104. Tafani, R., Chiesa, G., Caminati, R., & Gaspio, N. (2013). Factores de riesgo y determinantes en la salud. *Revista De Salud Pública*, (XVII) (4), 53-68. Recuperado de: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13\\_5\\_09\\_ar%206.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_ar%206.pdf)
105. Tapia, B. N. (2006). Psicología del desarrollo en el estudio de la identidad y la subjetivación en la adolescencia. San José, CR: Red Revista de Ciencias Sociales.
106. Turón Gil, V. (1997). Trastornos de la alimentación. 1st ed. Barcelona: Masson.
107. Unikel C, Caballero A. (2010). Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
108. Unikel, C; Bojórquez, I; Carreño, S; (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de*

- México, 46() 509-515. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646603>
109. Urbano, C., & Yuni, J. (2016). Psicología y cultura de los adolescentes. Córdoba, ARGENTINA: Editorial Brujas.
  110. Uribe, O. M. (2006). El desarrollo del pensamiento formal y la adolescencia universitaria. México, D.F., MX: Red Perfiles Educativos.
  111. Vellisca González, María Yolanda, Orejudo Hernández, Santos, & Latorre Marín, José Ignacio. (2012). Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud*, 23(2), 111-121. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742012000200001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200001&lng=es&tlng=es)
  112. Venegas M. González L. Hurtado M. Hidalgo M. Nova C. (2002). Relación Entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo Para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Revista de Psicología*, XI () 91-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26411107>
  113. Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es)
  114. Villagómez, P. (2011). Diagnóstico psicopedagógico: conceptos básicos y aplicaciones. España: editorial club universitario
  115. Yates, A J; (1970). La Definición de Terapia Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2() 113-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80502202>
  116. Yosifides, A. (2006). Bulimia y anorexia: clínica de los trastornos alimentarios. Córdoba, AR: Editorial Brujas. la niña de los gatos: un caso de anorexia”.
  117. Zamora Borge, P. (2014). La construcción de identidad en la adolescencia. El reto de apropiarse de un lugar en el mundo. *Eutopía*, 6(19). Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/eutopia/article/view/44589/40276>
  118. Zusman, L. (2009). Los desórdenes de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Lima, PE: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

## Anexos.

### Anexo 1.

Taller: influencia sobre la prevención en AN.

Responsable: \_\_\_\_\_

Sesión 1: Encuadre, conocimiento del grupo y adolescencia.

Nº	Actividad	Objetivo	Descripción	Tiempo sugerido	Materiales
1	Encuadre.	Dar a conocer el objetivo general del taller y los lineamientos de convivencia.	Se indicará el objetivo del taller y el objetivo de la sesión. Se establecerá el encuadre mencionando las reglas del taller como puntualidad, constancia, respeto y la estricta confidencialidad.	10 min.	Plumones de diferentes colores.
2	La Clásica.	Presentación de cada uno de los participantes con el grupo, estableciendo un referente real con respecto a lo que se podrá desarrollar en el taller. Crear cercanía confianza	Se reparte a todos los miembros del grupo, tarjetas blancas de 12 cm de largo por 8 cm de ancho para que ahí, cada participante ponga su nombre y lo ubique en un lugar visible para los demás. Un miembro del grupo se sienta enfrente de cada participante, guardando aproximadamente un metro y medio de distancia. Hace un relato general de lo que espera del taller, además de	20 min.	Tarjetas blancas de 12 cm de largo por 8 cm de ancho. Plumones de diferentes

		y empatía entre los participantes.	<p>manera breve, hace referencia de aspectos de su vida que quiera compartir al grupo.</p> <p>Los miembros restantes forman un círculo alrededor del participante en turno y escuchan en silencio observando y apuntando en una hoja, la resonancia emocional que tienen. ¿Qué sienten hacia el que se está presentando? ¿Qué registros corporales descubren?</p> <p>Cuando el miembro del grupo termina su ronda, todos los integrantes le dicen lo que han experimentado durante la presentación.</p> <p>Se lo expresan en primera persona del singular, privilegian el sentir sobre el pensar y evitan todo tipo de enjuiciamiento. Al final, el que se presentó dice lo que está sintiendo y agrega lo que desee.</p>		colores.
3	Aplicación del pre-test.	Se toma como referencia el <b>Test de Actitudes Alimentarias</b> (EAT-40) Garner y Garfinkel (1979) para saber posteriormente el impacto del taller.	<p>Se toma el <b>Test de Actitudes Alimentarias</b> (EAT-40) Garner y Garfinkel (1979) para medir características de AN en adolescentes, validado para población adolescente mexicana.</p> <p>Se entrega a cada participante el inventario para medir el riesgo que presenta la muestra poblacional a desarrollar AN.</p>	20 min.	Inventario.
4	Concepto de adolescen	Que los participantes comprendan las características	Técnica expositiva participativa. Se trabajará con el concepto de adolescencia para la mejor comprensión de la etapa del desarrollo en curso	20 min.	Laptop, proyector.

	cia.	principales de la adolescencia, su definición de acuerdo a diferentes autores, hasta su raíz etimológica.	de los participantes.		
5	Cambios en la adolescencia.	Los participantes profundizarán a nivel conceptual sobre los cambios que se presentan en diferentes niveles en la etapa del desarrollo humano llamada adolescencia.	Técnica expositiva. Por medio de diapositivas, se expone a los participantes, contenidos sobre los cambios Físicos, psicosociales y cognitivos (genero) que se presentan a esta edad. Se muestra los periodos o subdivisiones de la adolescencia.	20 min.	Laptop, proyector.
6	Técnica de conflicto:  Traba desde los hombros.  Traba con mantas.  Traba	Que los participantes generen una reflexión de aceptación sobre las características de los cambios que están cursando aquí y ahora a nivel corporal. Se pretende que dichos cambios que sean entendidos e integrados como un todo en el nuevo esquema corporal.	El instructor escoge de manera indistinta 5 participantes para realizar cada técnica, cuidando que estos no participen en las otras dos técnicas restantes.  Traba con hombros.  En la traba con hombros, el instructor del taller coloca sus manos encima de los hombros del participante y comienza a empujar hacia abajo, progresivamente, mientras va hablando como agente social que juzga y critica los cambios que sufre el adolescente a nivel físico. El participante es alentado a identificar las reacciones emocionales hacia la presente fuerza que lo	30 min.	Una colchoneta o cobija, una sábana.

candado.

obliga a cargar estas “presiones”, a la par, el participante es invitado a buscar una forma de respuesta diferente a las del “crítico” que le permita apoyarse en sus piernas y “ponerse de pie” frente a ese crítico. De esta manera hace fuerza con todo el cuerpo y no lastima su espalda. Es muy importante no presionar en el cuello y evitar que el paciente lo fuerce, ya que ello podría lastimar sus cervicales.

Con manta.

Con esta técnica se le pide al participante que se acueste en una colchoneta en el suelo, se le invita a que se refugie ahí, como si estuviera en un útero, recreamos ese entorno y generamos una situación similar. Cuando nos aseguramos de que ese entorno representa una sensación de protección que siente el participante, colocamos una manta en la espalda del participante, cubriéndolo por completo que está, generalmente, en posición fetal.

Posteriormente se ejerce presión sobre el cuerpo del participante hacia abajo sujetando las puntas de la manta, envolviendo a la persona y generando una situación de restricción del espacio, de encierro y ahogo, se especifica que la presión ejercida tiene como función ser una



analogía con la parte del contexto que critica, se burla y castiga los cambios corporales presentes en la adolescencia. La manta se traba debajo del participante, haciendo presión a este y forzándolo a ingresar a la implosión de su ser, fomentando una sensación de ahogo e incomodidad.

Se le indica al participante la necesidad de explotar y encontrar una salida, usando toda la fuerza disponible, esto último de acuerdo con las características de la persona, estimulamos que ensaye distintos recursos, explorando los menos desarrollados. Una vez afuera, se incita al participante a relatar al grupo las sensaciones que experimentó a nivel emocional y corporal con la “presión” ejercida, continuando con las mismas descripciones, que relate esas emociones estando liberada.

Con candado.

Se le pide al participante que se recueste en la colchoneta, el coordinador del taller se sienta o arrodilla a un costado del participante. El participante describe que se siente estar trabado por alguien o detenido en la vida, etc. En primer lugar, le representamos esa situación mediante esta metáfora física: Lo tomamos con los brazos,

			<p>envolviéndolo. Se le sostiene a la altura de los codos y con una de las manos retiene la muñeca de la otra mano. El coordinador se coloca a un costado haciendo fuerza hacia abajo. El forcejeo es paralelo al diálogo con una persona que este sometiendo al participante en cuestión, que lo retiene en alguna situación existencial relacionada a los cambios físicos presentes en la adolescencia.</p> <p>El paciente usa su fuerza para desprenderse de la traba y simboliza en esa lucha la separación de un introyecto que lo retiene reprimiéndolo o lo contiene sobreprotegiéndolo. De esa lucha para escapar de la traba, pueden generarse emociones que lo conectan con la problemática actual.</p>		
7	Cierre.	Reafirmar niveles de contacto alcanzados en sesión.	El instructor pregunta acerca de pensamientos y emociones generados por las actividades e información brindada en la sesión.	5 min.	

Taller: influencia sobre la prevención en AN

Responsable: \_\_\_\_\_

Sesión 2: Crisis en la adolescencia y AN.

Nº	Actividad	Objetivo	Descripción	Tiempo sugerido	Materiales
1	Encuadre.	Informar a los participantes, las características de la presente sesión.	A manera de introducción se resume los puntos que verán en la sesión número 2.	5 min.	N/A
2	¿Por qué la adolescencia se considera una etapa en crisis?	Dar a conocer las principales características por las cuales se considera que la adolescencia es una etapa de crisis.	Técnica expositiva. Por medio de diapositivas, se expone a los participantes los elementos característicos del proceso social que enfrenta en la adolescencia.	15 min.	Laptop, proyector.
3	Descripción y clasificación de las características de la AN.	Que el participante adquiera un aprendizaje significativo sobre los signos y síntomas de la AN referidos por los sistemas de clasificación CIE-10 así	Técnica expositiva. Por medio de diapositivas, se examinan los rasgos elementales de la AN. Así como la clasificación que se tiene para esta enfermedad.	20 min.	Laptop, proyector.

		como los del DSM V. Factores determinantes, predominantes y perpetuanes.			
4	Descripción de los factores de riesgo para desarrollar AN.	Que el participante distinga las principales características de los factores y de comportamiento, que predisponen la aparición de la AN.  Señalar las consecuencias a corto, media y largo plazo de quienes padecen este TCA.	Técnica expositiva. Por medio de diapositivas y elementos audiovisuales se muestra cómo operan y se instauran estos factores a lo largo de la adolescencia.	25 min.	Laptop, proyector.
5	La expresión escrita. "La niña de los gatos: un caso de anorexia"	Impulsar al participante a concretar y hacer síntesis, a expresar en palabras y darle un orden a los pensamientos, emociones y vivencias relacionados a la AN.	Se divide al grupo en tres sub grupos, a cada uno se le otorga un caso sobre el testimonio clínico de una mujer con AN para ser examinado. Al término del escrutinio en una hoja en blanco, se pide que de manera individual los participantes detallen en una hoja los factores de riesgo que identificaron en el caso asociados al	25 min.	Hojas de trabajo y lápiz por participante.  Texto.

			<p>desarrollo de AN y además, cuáles de estos pudieron ver en sus conductas y pensamientos cotidianos.</p> <p>Posteriormente se exponen de manera grupal para su análisis y verificar el riesgo de las mismas, con lo revisado en sesión.</p>		
6	La expresión escrita. Carta autodirigida.	Ayudar a la toma de conciencia de aspectos o modos de actuar que, de tan habituales, pasan desapercibidos como posibles factores de riesgo.	<p>De manera individual, cada participante redacta una carta de máximo una cuartilla y media, en la cual este se sitúa en un futuro donde ha desarrollado la sintomatología referida en sesión.</p> <p>La carta tendrá que estar dirigida hacia él en este presente, el participante está narrando en pretérito su historia de vida, describiendo el supuesto de lo que significa y se siente vivir día a día con síntomas de AN.</p> <p>Se le indica que debe incluir tonalidades e intencionalidades cuando narra, gesticulaciones apropiadas al contenido descrito, por ejemplo, cuando relate sentimientos de alegría, tristeza,</p>	25 min.	Hojas bancas, plumas de color negro.

			<p>miedo, físicamente sean representados etc.</p> <p>Cada participante leerá su carta al grupo. Los que escuchan, en silencio observan con atención el tono de voz, la postura corporal, las gesticulaciones referentes al relato anotándolas para después compartirlas con el grupo, así como los sentimientos y opiniones que les ha dejado la narración de su compañero. Posteriormente el instructor pregunta al ponente las impresiones que le dejó este ejercicio y como repercutió en su momento actual de vida.</p>		
7	Cierre.	Retroalimentación de la sesión.	El instructor pregunta acerca de pensamientos y emociones asociados generados por las actividades e información brindada en la sesión.	5 min.	

Taller: influencia sobre la prevención en AN

Responsable: \_\_\_\_\_

Sesión 3: Identidad e imagen corporal en el adolescente.

Nº	Actividad	Objetivo	Descripción	Tiempo sugerido	Materiales
1	Encuadre.	Dar a conocer las características principales de la presente sesión.	A manera de introducción se resume los puntos que verán en la sesión número 3.	5 min.	N/A
2	Procesos de identificación en el adolescente.	Conocer el proceso de identificación y la importancia que tiene en el desarrollo de la AN.	Técnica expositiva. Por medio de diapositivas y elementos audiovisuales se señalan aspectos inherentes a la identificación como proceso clave para la adquisición del sentimiento de pertenencia en el contexto familiar y social.	20 min.	Laptop, proyector.
3	Imagen corporal.	Qué es y en que consiste, características y su relación con la AN.	Técnica expositiva-participativa. Por medio de diapositivas y elementos audiovisuales se ponen de manifiesto los rasgos físicos que con frecuencia son valorados como estándares de belleza en la sociedad actual y a su vez como estos dirigen el proceso de padecer	30 min.	Laptop, proyector.

			AN.		
4	Técnica integrativa. Actuación de roles.	<p>Descubrir los vínculos que interconectan el proceso de identificación en la adolescencia.</p> <p>Reconocer la funcionalidad de partes ignoradas en dicho proceso.</p> <p>Que el participante pueda connotar positivamente aquello que no reconoce en su funcionamiento en sociedad que ha introyectado del medio y por lo tanto aprovechar o desechar del repertorio de conductas.</p> <p>Integrar y renombrar partes descubiertas tras la dramatización, y contextualizarlas de una manera nueva.</p>	<p>Se divide al grupo en dos subgrupos. Se pide a los participantes de una mitad del grupo, realicen la construcción de algunos personajes que reflejen las características de una de las polaridades del proceso de identificación, por ejemplo: uno de los padres, hermanos, amigos, maestros, conocidos que hayan promovido en ellos conductas asociadas al establecimiento de régimen alimenticio, ejercicio excesivo, presión y preocupación por la comida, etc. También se pueden representar personajes del medio que promueva el cuerpo delgado como ideal social, es decir, atletas, artistas, personajes de películas que hayan tenido impacto en las conductas del participante.</p> <p>La otra mitad del grupo en semejanza a los personajes creados por sus compañeros, llevan a cabo una dramatización opuesta de acuerdo al matiz expuesto de la primera actuación; es decir,</p>	35 min.	Cuaderno, plumas, lápices.



representan a los mismos personajes transformando las actitudes, pensamientos y conductas relacionadas al tópico que ocupamos en el taller, por mencionar algunos, la aceptación sobre ganancia natural del peso por la comida, el rechazo de estereotipos de belleza creados por el contexto, necesidad de pertenencia con base a la apariencia física etc.

Al final de cada presentación, el coordinador hará las siguientes preguntas a los actores en cuestión, mientras los mismos las responden en su cuaderno para compartirlas en la sesión: ¿Cómo se sienten? ¿Qué descubren de sí mismos con representando a este personaje? ¿Cómo se están conectando con el mundo? ¿Qué beneficios obtienen del entorno siendo así? ¿Qué evitan contactar? Que de manera voluntaria se compartirán al grupo.

Por último, se pide que, de manera individual, construyan en su cuaderno un tercer personaje que

reúna los recursos de cada uno de los anteriores. Una síntesis de los dos anteriores. La que resulta a través de las interacciones y de la misma manera se compartan al grupo.

La secuencia es la siguiente:

1. Elección del aspecto de la polaridad
2. Construcción de los personajes
3. Actuación de los personajes
4. Darse cuenta: Beneficio/Evitación mediante las preguntas del coordinador.
5. Construcción del personaje opuesto invertir la Actuación de los personajes
6. Actuación de los personajes opuestos
7. Darse cuenta: Beneficio/Evitación mediante las preguntas del coordinador.
8. Construcción del personaje nuevo (ir y venir entre los roles)

			<p>9. Presentación de los nuevos personajes</p> <p>10. Darse cuenta y comentarios</p>		
5.	La plástica. Recursos artísticos.	<p>Que el participante reconozca e integre en el darse cuenta, partes de su cuerpo en conflicto, al plasmar la concepción de su figura corporal en el proceso de creación artística.</p> <p>Con la autoexpresión clarificar, y liberar energía, facilitando el desarrollo y crecimiento ulterior, permitiendo comprender que cada área de nuestras vidas puede convertirse en un medio para el crecimiento, la creación y la autoexpresión.</p>	<p>Al participante se le da la siguiente consigna:</p> <p>Con estos crayones y plumones, sobre este pliego de papel bond, crea un dibujo basado en tu imagen corporal, plasmando esa parte de tu cuerpo que con mayores frecuencias críticas o te avergüenza. Tomate tu tiempo y deja que tus trazos te guíen hasta que aparezca una forma que te resulte representativa del aspecto avergonzado.</p> <p>En el momento de la creación, por atención a la situación que tanto miedo te despierta de tu imagen, ubica los sentimientos que van naciendo mientras realizas los trazos.</p> <p>Posterior al dibujo se da las siguientes indicaciones:</p> <p>Sobre la representación de tu cuerpo, describe en la parte de</p>	30 min.	<p>Crayolas y plumones de diferentes colores.</p> <p>Pliegos de papel bond blanco de 130 largo x 70 de ancho cms.</p>

atrás del papel bond lo que llame tu atención. Observa tu obra.

Observa el dibujo desde diferentes ángulos, diferentes distancias, cambia la posición original y presta atención, fíjate si algo cambia, si aparece una nueva sensación o emoción:

¿Qué ves? ¿Cómo está su cuerpo?  
¿Qué sientes al observarlo en pliego de papel bond? ¿Lo reconoces? ¿Qué tienes que hacer hoy para poder reconocerlo? ¿De qué te estás dando cuenta? ¿Qué manchas, colores o trazos te hacen sentido, por no ser familiares?

Fíjate si aparece alguna sensación mientras aprecias tu dibujo. Expresa las sensaciones que te transmiten.

Seguido de lo anterior de manera voluntaria, se pide que las participantes compartan las impresiones de su obra y den una propuesta sobre la manera en que ahora el participante podría enfrentar esas autocríticas sobre su

			imagen corporal.		
6.	Cierre.	Retroalimentación de la sesión.	El instructor pregunta acerca de pensamientos y emociones asociados generados por las actividades e información brindada en la sesión.	10 min.	

Taller: influencia sobre la prevención en AN

Responsable: \_\_\_\_\_

Sesión 4: autoestima en la adolescencia y la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de al AN.

Nº	Actividad	Objetivo	Descripción	Tiempo sugerido	Materiales
1	Encuadre.	Dar a conocer las características principales de la presente sesión.	A manera de introducción se resume los puntos que verán en la sesión número 4.	5 min.	N/A
2	Autoestima en la adolescencia.	Ilustrar qué es y en que consiste la autoestima, sus características y su relación con la AN.	Técnica expositiva-participativa. Por medio de diapositivas y elementos audiovisuales se revisa el concepto de autoestima, así como técnicas para fortalecer la misma.	25 min.	Laptop, proyector.
3	Los medios de	Definir la influencia de	Técnica expositiva-participativa. Por	25 min.	Laptop,

	comunicación.	los medios de comunicación para el desarrollo y evolución de la AN. Verificar el papel que tiene la cultura y el contexto social en la creación del concepto de belleza.	medio de diapositivas y elementos audiovisuales. Se plantea la influencia de los medios de comunicación como formadores de un pensamiento sobre el aspecto físico ajustado al margen de las demandas estéticas emitidas por estos medios.		proyector.
4	Trabajando con títeres. Autoconcepto.	<p>Que el participante aprenda a destacar lo positivo y mejora lo negativo de su personalidad, así como la importancia de que se expresen las cualidades positivas y logros de las personas para la autovaloración positiva de su autoconcepto.</p> <p>Aprender a dar y a recibir elogios.</p> <p>Establecer que ningún extremo es bueno, fomentar el pensamiento acerca de que todos tienen</p>	<p>Se pide a los participantes que cierren sus ojos y de “eso que tanto les molesta” se imaginen un personaje.</p> <p>Se le indica al participante que comprenda a este personaje como si fuera la máxima expresión de ese “aspecto que más te molesta”. Fíjate si es humano, animal o un objeto. Observa su expresión, su manera de moverse, qué es lo que hace. Observa si está vestido y cómo. Una vez que lo hayas imaginado con todos sus detalles, muy despacio vuelve a abrir los ojos. Guarda ese personaje en tu memoria.</p> <p>Vuelve a cerrar los ojos e imagina un personaje centrado únicamente</p>	30 min.	Marcadores, crayones o pasteles, brillantinas, hojas de colores lentejuelas, recortes de revista, tijeras de punta redonda, cartulinas de colores y pegamento.

defectos y virtudes, así como rasgos de personalidad o conductas que te gustan más y otras menos, y que habrá que reconocerlas e integrarlas en un todo existencial.

en las características positivas que posees: cualidades (por ejemplo, simpatía, alegría, optimismo, sentido del humor, sentido común, solidaridad, etc.), rasgos físicos que te agraden (por ejemplo, cabello bonito, mirada agradable, una sonrisa dulce, etc.), capacidades, (capacidad para la lectura, para las matemáticas, etc.)

Ahora, con estos materiales te propongo que construyas un títere de esos personajes.

Una vez terminado los títeres: pon los títeres uno en cada mano y explora cómo es manejarlos. ¿Cómo se mueven? ¿Cómo se expresan? ¿Cómo se comunican estos personajes? ¿Qué hacen?

Una vez que los personajes estén contruidos desde toda su expresión, damos la indicación que interactúe con los demás títeres que crearon sus compañeros

Lo que intentamos en esta interacción es que el títere pueda expresarse y hacerse conocer de

			<p>diferentes maneras y lo mejor posible: cómo es, cómo reacciona, qué siente, etc.</p> <p>Al finalizar la interacción será necesario rescatar las experiencias para compartir con el resto del grupo. En una hoja se responden las siguientes preguntas de manera individual para su posterior lectura al grupo:</p> <p>¿Cómo fue hacer este títere? (fácil, difícil, agradable, desagradable, etc.) ¿Cómo fue para ti hacer este personaje? ¿Qué tiene que ver con tu existencia? ¿De qué te das cuenta? Para</p>		
Trabajando con máscaras. Anuncio publicitario de uno mismo	con de	<p>Que el participante reflexione sobre el concepto de belleza, así mismo cuestionar quién o quienes imponen los estereotipos de belleza.</p> <p>Reconocer que la valoración de la belleza cambia a través de las diferentes épocas y</p>	<p>Se le da las siguientes indicaciones al participante:</p> <p>Con estos materiales construye una máscara, integrando diferentes aspectos de tu personalidad que puedas apreciar de las siguientes opciones y que tengan una significación relevante para ti.</p> <p>Determinación. Capacidad de hacer amigos. Entusiasta. Perseverancia.</p>	30 min.	<p>Marcadores, crayones o pasteles, brillantina, hojas de colores, lentejuelas, recortes de revista,</p>



	<p>culturas.</p> <p>Asentar en el participante que los ideales de belleza no están determinados por factores biológicos, sino por factores culturales.</p>	<p>Simpatía. Valentía. Dinamismo. Confianza en sí mismo. Cortesía. Capacidad de observación. Fuerza de voluntad. Paciencia. Comunicativo. Sentido del humor. Comprensivo. Fiable. Alegre. Responsable. Capacidad de escucha. Organizado. Iniciativa. Generosidad. Cordial. Franqueza. Adaptable. Auténtico. Honesto. Persistente. Independiente. Creativo/a. Original. Solidario.</p> <p>Una vez terminada la primera máscara, realiza otra máscara que represente algunas características de tus hábitos que hayas podido identificar en la presente sesión y o a lo largo del taller y asígnale un nombre, por ejemplo: soy la cara de la dieta restrictiva, soy la cara da la angustia después de comer, soy la cara de los medios de comunicación, soy la cara de la AN, etc. Lo que se te ocurra de acuerdo a las temáticas vistas en las sesiones. Es importante asignar un nombre para tomar mayor conciencia de aquellas partes a las</p>	<p>tijeras de punta redonda, cartulinas de colores y pegamento.</p>
--	--	---	---

que te has habituado y de las que no puedes salir.

Después de haber terminado de armar los personajes; dale una expresión corporal, asígnale una voz a cada uno.

El instructor debe vigilar que, a partir de allí, cada personaje se presente e interactúe con el grupo, es importante que el participante este centrado en las características de la máscara que realizó y que este presentando al grupo en cada oportunidad, para que el participante experimente cómo es estar en el mundo para ese personaje se le da la siguiente consigna:

Ahora puedes entablar diálogos con el coordinador y con otros personajes del grupo. Ahora haz un diálogo entre el aspecto o personaje representado y tú.

Los momentos de ponerse o sacarse la máscara son muy importantes, por eso invitamos al participante a que registre

			<p>sensaciones y emociones.</p> <p>Para finalizar le decimos al participante que relate su experiencia, cómo se sintió en cada momento del proceso (el de la construcción o de la representación), cómo fue ser ese aspecto. Si tiene que ver con su existencia real. Y si, a partir de esta experiencia, aparece algún darse cuenta.</p>		
	Cierre.	Retroalimentación de la sesión.	El instructor pregunta acerca de pensamientos y emociones asociados generados por las actividades e información brindada en la sesión.	5 min.	

Taller: influencia sobre la prevención en AN

Responsable: \_\_\_\_\_

Sesión 5: factores cognitivos presentes en la AN, aplicación del post-test.

Nº	Actividad	Objetivo	Descripción	Tiempo sugerido	Materiales
1	Encuadre.	Dar a conocer las características	Brevemente se explica a los participantes las actividades	10 min.	N/A

		principales de la última sesión.	pertinentes a realizar el último día de sesión.		
2	Factores cognitivos.	Examinar el pensamiento y su distancia como consecuencia del desarrollo de AN.	Técnica expositiva-participativa. Por medio de diapositivas se analiza el origen de pensamientos distorsionados en relación con el desarrollo de la AN.	30 min.	Laptop, proyector.
3	Los cuentos y visualizaciones.	Estimular el pensamiento crítico sobre pensamientos irracionales inherentes a los factores desencadenantes de AN en adolescentes propensos. Permitiendo al participante interpretar y comprender el entorno de manera objetiva.	Se invita al participante a sentarse o acostarse cómodamente y cerrar los ojos. Se realiza una convergencia de los sentidos para dirigir la atención a la experiencia interior (tomar conciencia del cuerpo, la respiración, etc.).  Se pide ahora a cada participante estructurar un cuento, en el cual él sea el personaje principal. En la creación del cuento debe integrar las experiencias generadas a lo largo del taller, destacando lo que ha podido aprender, de lo que se ha dado cuenta, de las tristezas y alegrías vividas dentro del mismo.  En el cuento se describe en situaciones relacionadas al desarrollo de la AN desde los cambios físicos en la adolescencia,	60 min.	

hasta los procesos cognitivos generadores y mantenedores de la enfermedad. Y de esta manera determine en el relato, como está utilizando lo asimilado y ocupando lo aprendido dentro del taller. Se les da 15 min a los participantes para estructurar el cuento.

Al momento de narrar el cuento se le indica al participante mantener la espalda erguida pero no rígida para ampliar el tono de voz. Se le invita a mirar al grupo y al coordinador a los ojos para captar su atención. Se le comunica que el uso de los silencios genera suspenso e interés para que estos sean utilizados por él.

Cada narrador encontrará un estilo propio. Podrá utilizar las manos y el cuerpo para acompañar el relato con gestos, quizás incluso para determinadas situaciones o personajes que pueda “actuar” ese personaje. Podrá contar todo el cuento como si fuera un narrador externo o, si existen diálogos,

			<p>realizar personificaciones.</p> <p>Luego de narrar el cuento, el participante ofrece su reflexión o comparte un darse cuenta. Si esto no ocurre el coordinador acompaña al participante, con algunas preguntas: ¿Cómo fue escuchar el cuento? ¿Cómo estás ahora? ¿Hay algo/ algún personaje de este cuento que te llame la atención? ¿Cómo es? ¿Tiene algo que ver con tu experiencia? ¿De qué te das cuenta?</p>		
5	Aplicación del post-test.	En relación al pre-test se toma el post-test como referencia para saber el impacto del taller.	<p>Se toma el <b>Test de Actitudes Alimentarias</b> (EAT-40) Garner y Garfinkel (1979) para medir características de AN en adolescentes, validado para población adolescente mexicana.</p> <p>Se entrega a cada participante el inventario para medir el riesgo que presenta la muestra poblacional a desarrollar AN, después de haber tomado el taller.</p>	25 min.	Cuestionario.
6	Cierre.	Agradecimientos.	De manera formal se agradece a los participantes e involucrados en la realización del taller, se reparte	10 min.	Plumones de colores,

			información acerca de centros de salud y líneas telefónicas de atención especializada para la atención de este TCA.		pizarrón.
--	--	--	---	--	-----------

## Anexo 2.



Universidad  
Complutense  
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Ficha Técnica

### IDENTIFICACIÓN

**Nombre:** Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

**Nombre original:** Eating Attitudes Test (EAT)

**Autores:** Garner y Garfinkel

**Versiones:** Existe una versión reducida de 26 ítems.

**Adaptación española:** Castro, Toro, Salamero y Guimerà (1991)

### DESCRIPCIÓN

**Tipo de instrumento:** cuestionario.

**Objetivos:** Detecta personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario.

**Población:** Preferiblemente jóvenes y adolescentes ( de los dos sexos).

**Número de ítems:** 40

**Descripción:** Evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. resulta idónea para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, aunque no es capaz de discriminar entre anorexia u bulimia.

#### Cráteros de calidad:

La versión original presenta una fiabilidad 0,79 para el grupo de anorexia y 0,94 para el grupo control; validez concurrente 0,87 con el criterio del grupo de anoréxicas; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.

La versión española discriminó correctamente entre anoréxicas y controles; sensibilidad del 91% y especificidad del 69% para un punto de corte de 20; consistencia interna de  $\alpha = 0,93$  para el total y 0,92 para el grupo de anoréxicas; validez concurrente de  $r=0,63$  con el BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.

### APLICACIÓN

**Tiempo de administración:** 10-15 minutos

**Normas de aplicación:** La persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con seis alternativas que van de “nunca” a “siempre”

**Corrección e Interpretación:** En los ítems directos, nunca = 0, casi nunca = 0, algunas veces = 0, bastantes veces = 1, casi siempre = 2 y siempre = 3. Los ítems indirectos (1, 18, 19, 23, 27 y 39) se puntúan de forma inversa a los directos. Los ítems pueden ser clasificados según 3 subescalas (Dieta y preocupación por la comida: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39; Presión social percibida y malestar con la alimentación: 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34, 5; trastornos psicobiológicos: 13, 19, 28, 29, 35, 40). El punto de corte propuesto en la versión original es de 30. En la adaptación española, los autores recomiendan un punto de corte de 20.

**Momento de aplicación:** Screening.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### Referencias original:

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.





**Referencia de la adaptación española:**

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment, 7*(2), 175-190.

**Otras referencias de interés:**

Rubio, B., & Sebastián, P. (1999). *Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Murcia: Adaner.



## Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40)

Identificación ..... Fecha .....

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: Nunca B: Casi nunca C: Algunas veces D: Bastantes veces E: Casi siempre F: Siempre

	A	B	C	D	E	F
1.- Me gusta comer con otras personas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Me da mucho miedo pesar demasiado. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Procuero no comer aunque tenga hambre. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Me preocupo mucho por la comida. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc). ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Me siento lleno/a después de las comidas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Vomito después de haber comido. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Me siento muy culpable después de comer. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Me peso varias veces al día. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Disfruto comiendo carne. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Me levanto pronto por las mañanas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- Cada día como los mismos alimentos. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- Tengo la menstruación regular. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- Tardo en comer más que las otras personas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- Disfruto comiendo en restaurantes. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Tomo laxantes (purgantes). ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Procuero no comer alimentos con azúcar. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Como alimentos de régimen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.- Siento que los alimentos controlan mi vida. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.- Me controlo en las comidas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.- Noto que los demás me presionan para que coma. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.- Tengo estreñimiento. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.- Me comprometo a hacer régimen. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.- Me gusta sentir el estómago vacío. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

## Anexo 3.

7622c78926a21aa1b9b4dcce8228b6b2  
ebrary

ARIS YOSIFIDES

# La niña de los gatos: un caso de anorexia

*Aris Yosifides*

## Introducción

La paciente es derivada para tratamiento psicoterapéutico por un psiquiatra con el diagnóstico de “Anorexia”. Ocurre dentro de una institución pública. Concorre al consultorio externo de psicología con su madre.

Tiene 13 años, su contextura pequeña y su extrema delgadez le dan un aspecto infantil. Un cuerpo de nena se impone frente al de la mujer que debería estar naciendo allí. Al momento de la consulta pesaba 31 Kg., habiendo bajado aproximadamente 8 Kg. en los últimos 2 meses, convirtiéndose ese descenso de peso y su negativa a comer, en el motivo de consulta de la madre. María estaba en una situación grave desde el punto de vista físico, poniéndose incuestionablemente en peligro a causa de su anorexia.

## 762 De los comienzos de la transferencia

ebrary La relación con María no fue fácil al comienzo. Durante la primera entrevista se mostraba callada y reticente. Era evidente la ausencia de motivo de consulta por parte de ella, tampoco se observaba malestar o angustia por su marcado descenso de peso.

Ante su silencio, mis preguntas insistentes sobre su estado, intentaban rescatarla de la negación en la que se hundía. Me miraba sin contestar. Su “todo estaba bien”, escribía con su voz un muro difícil de traspasar. Su mutismo era difícil de romper, como si las palabras no le llegasen. Respondía con

7622c78926a21aa1b9b4dcce8228b6b2 | 57  
ebrary

palabras entrecortadas. Negaba todo tipo de conductas para bajar de peso como vómitos u otros actos. Parecía querer irse en todo momento.

Era necesario encontrar alguna vía para llegar a ella. Sólo un camino parecía vislumbrar un horizonte menos abúlico. Se entusiasmaba al hablar del básquet, deporte que practicaba, y fundamentalmente de la relación con su gato. Es alrededor de estos temas que María comienza a abrirse y a querer hablar. El desafío estaba en dejar de hablar de la comida, para pasar a hablar de lo que hace con sus deseos.

El segundo contacto fue a través de una llamada por teléfono de la madre, quién relata angustiada un episodio donde María había amenazado con tirarse del techo, dejando una carta dirigida a la familia, diciendo que se sentía un verdadero “peso”.

A la próxima entrevista concurren sus padres, estos expresan que no pueden entender las conductas de su hija, quien se les ha vuelto inmanejable. Ante este “no saber qué hacer” de los padres, y el peligro al que María exponía su vida, negándose a comer y a dejar de vomitar; se decide su internación.

### **La familia**

En la entrevista en la sala, me recibe contenta y presentándome a sus abuelos. La abuela con una actitud sobreprotectora la trata como a una “nena”, se dirige a ella diciéndole “mi chiquita”. El abuelo se retira rápidamente dejándole el lugar a la abuela. Esta abuela omnipresente parece cumplir un rol de mamá, desplazando a su hija del mismo, y ocupando esta última un lugar de hermana menor de María.

En este encuentro María dibuja a su familia; a su mamá cocinando y ella ayudándola en un mismo compartimiento,

ambas de atrás como indiscriminadas. Esta escena de la madre con la olla de comida caliente y ella con un plato vacío, recuerda la frase repetida de la madre “mi nena no me come, Dr.” En otro compartimiento está el padre acostado viendo televisión, permitiendo el espacio vacío junto a él en la cama, y su hermano apartado estudiando. También forma parte importante de su familia una tía, hermana de la madre, soltera y madrina de María. En ocasiones la sala del hospital se convertía en la casa de la familia: la abuela en la cocina, asomándose para intentar escuchar la entrevista con los padres, la tía mimoseando a María.

En esta familia existe una trama familiar de pares, es decir, lugares indiscriminados e intercambiables, donde hay ausencia de una posición adulta que determine las reglas. Los hombres son más débiles que las mujeres. El padre, solo tuvo algunos enojos, sin implicación real en las situaciones. El abuelo, siempre retirándose para dar lugar a la abuela.

La abuela parece no darle a su hija el lugar de madre, esta tiene un lugar de desvalorización a nivel de madre y de mujer. Un ejemplo es que la madre le daba leche sola, porque creía que el azúcar podía hacerle mal, en cambio la abuela le daba leche con chocolate y mucha azúcar, y María terminaba en lo de la abuela. En esta familia todo está relacionado con la comida, y este objeto comida es lo que determina la relación con el otro.

### **Los gatos**

María tiene un gato, con el cual tiene un trato muy especial, duerme en su cama, lo baña y le da de comer dulces y comidas. Durante el período de internación, lo extrañaba mucho y se comunicaba por teléfono con él. En el hospital

ella les da de comer a los gatos que andan en el patio, “están muertos de hambre pobrecitos, los llamo y vienen todos. Ya me reconocen...”, dice.

María pide los restos de comida a los otros pacientes internados y les da de comer a los gatitos porque están muertos de hambre. Es como si desplegara en relación a este animal algo de su propio ser. Es decir, entabla un tipo de relación con los animales, particularmente con los gatos, a la manera de cómo la abuela y su madre lo hacen con ella. En el Test Desiderativo, ella elige ser un gatito mimoso para los otros.

### **De las intervenciones**

La relación transferencial se fue afianzando, la confianza permitió que ella pudiera hablar mas, aunque siempre sus relatos eran entrecortados y se expresaba a un nivel muy concreto. Había gran dificultad para asociar ideas, y para hilvanar una historia.

Cuando en las entrevistas se repetían los episodios de reticencia a hablar, yo intervenía con un apremio por irme, levantándome y acomodando las cosas para marcharme. Ante este acto, ella respondía con algún “bocadillo”, como quien ofrece algo como anzuelo para el siguiente encuentro: “Ah, la próxima le cuento sobre la culpa por comer...”. Como dice Kovalovsky, “uno se encuentra allí, como una madre-abuela, preparando todos los días un plato nuevo y preguntándose: A ver hoy, qué le preparo a la nena? A ver si me come esta intervención?...y nos rechaza todo. Uno se ve tentado a cocinarle en todas las sesiones algo nuevo para ofrecerle, y por el contrario se trata de extraerle algo a alguien que está lleno. Es algo a inventar, sin embargo, cómo extraerle”.

### **De la anorexia**

A sus casi 14 años, su anorexia tiene el efecto de sacarla de la evolución sexual hacia una mujer, eliminando a la vez las formas nacientes de su cuerpo y la menstruación. No manifiesta curiosidad por el sexo opuesto, ni aparecen interrogantes sobre su sexualidad. Está como desalojado el cómo se hace a esa edad con el empezar a ser mujer. Cuando comienza el empuje puberal ella se anula, se retrae del mundo, se niegan las formas de mujer. Ante esto que no se registra en esta familia, solo le queda hacer un síntoma: la anorexia, dejar de comer, dejar de vivir, como un modo de negar las manifestaciones puberales.

La anorexia constituye una solución al dilema de convertirse en mujer. Este problema se centra en la asunción de la genitalidad en la adolescencia. Esto además está agravado, pues la familia está demasiado complacida con su niñita cariñosa, lo que acentúa más el síntoma. Pareciera que no hubiese nada que la nombre, ni que diga algo de ella, que la identifique, solo puede responder con este síntoma en el cuerpo.

El síntoma anoréxico relacionado con la comida, no sólo deja de comer, sino que hay un movimiento con la pulsión oral que se despliega de uno a otro lado, hay un objeto que está en juego. Por ejemplo, los padres le hacen comer al hermano a fin de que María haga lo mismo, el hermano termina engordando varios kilos. Cuando en ese movimiento, ella es el objeto comida de la abuela-madre, objeto de la familia, ella responde con su síntoma.

### **De la evolución**

La inclusión de un tercero, ausente hasta el momento, en la díada abuela/madre-niña, permitió la separación de esta

relación asfixiante. Este tercero estuvo compuesto por los profesionales que representan a la institución (analista, médicos, etc.)

Para permitir esta separación fue necesario que entrara en juego “el hospital”, que como un tercero, dictara las normas y los pasos a seguir. Esto fue posible debido a que la familia aceptó la presencia de este tercero que venía a desligar.

Y sucede que la anorexia de María comienza a moderarse, y ya no se pone más en peligro de muerte, no resultando mas necesaria la hospitalización. Sin duda, fue posible lograr que recuperara peso y volviera a comer, pero ¿se consiguió que deseara comer...?

### **Para concluir**

La propuesta de una clasificación con criterios generales (DSM-4, CIE-10) posibilita tener datos sobre aspectos globales del problema, pero no nos dice nada sobre el encuentro con cada nuevo caso. El psicoanálisis propone una clínica del detalle, del uno por uno, se ocupa de lo singular. Por idéntico que parezca el síntoma siempre encontramos detrás de él una historia particular. Solo a través de una escucha podemos inferir qué sentido tiene para cada uno.

Sin considerar los procesos inconscientes, no es posible entender ciertas conductas que presentan este tipo de pacientes. Se dan situaciones inexplicables en las que parecen negarse a avanzar por el camino de su bienestar. Es común observar que de nada sirven los ruegos de la gente para que coman por su bien, los consejos del médico son rechazados, y los tratamientos abandonados. Cómo entender que rechacen las indicaciones que recuperarían su salud física?

Por último, una frase de Kiplin que dice: *“el dolor físico hace que el sujeto olvide sus otros infiernos”*.