



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Propuesta de taller de prevención de anorexia
nerviosa orientado a adolescentes de 14 a 18
años aplicando técnicas de Mindfulness.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A:

María Guadalupe de Villa Soto

DIRECTOR DE TESINA:

Lic. Damariz García Carranza

SINODALES

**Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez
Mtra. Laura Angela Somarriba Rocha
Mtro. Francisco Javier Espinosa Jiménez
Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Abril. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A mis padres y hermanos por el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida. A la Lic. Damariz García Carranza por guiarme y enseñarme en este proceso al igual que la Mtra. Laura Somarriba Rocha, el Mtro. Francisco Javier Espinosa Jiménez, la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez y la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, agradezco su guía, enseñanza y paciencia en la elaboración de la presente tesina; de igual manera agradezco al Dr. Adrian Martínez y al Ing. Miguel por sus enseñanzas respecto al ámbito académico, científico, psicológico, medico; gracias a ustedes el interés por las ciencias de la salud se solidifico permitiéndome darle dirección a los interés personales dentro de la psicología, de igual manera, el amor a la investigación que me transmitieron lo llevo siempre presente.

Agradezco a mis maestros del centro cultural de la India (ICC) a mi maestra Sak-Nikte Romero, a Guruji Radhesam y Dr. Yoguendra Sharma por enseñarme no solo cuestiones culturales de la India, sino permitirme entrar en contacto desde el ámbito artístico, social y gramatical. El interés propio por la cultura de la India ha sido un fuerte pilar para la creación de este documento, gracias a ellos he podido profundizar en los aspectos simbólicos que guarda en su seno la cultura, lo que me ha permitido comprender la importancia de la atención consciente así como su riqueza y el legado que han dejado a lo largo de milenios. Gracias por sus enseñanzas, por su paciencia y sobre todo por el cariño con el que transmiten su conocimiento; agradezco también a mis amigas de Odissi, ellas han sido una gran fuente de motivación para seguir adelante con la elaboración del documento, de igual manera, agradezco a mis amigos y amigas de tabla por imprimir su creatividad en lo profundo de mi espíritu, el cariño y la amistad que se ha ido creando me hace comprender la fortuna del ser humano cuando adquiere lazos amistosos.

Agradezco a todos aquellos amigos y compañeros que también me acompañaron en este proceso, a la Dra. Claudia Jaen, gracias por compartirme y formar en mi el interés por la prevención, así como mostrarme la importancia de su aplicación en el ámbito psicológico; agradezco también a Stanzin Wagdan por motivarme y estar conmigo en este crecimiento profesional, por su motivación y sobre todo por su escucha; de la misma manera agradezco a Paulo por su invaluable amistad, más que un amigo es mi sangha, el interés por el estudio de la mente desde la perspectiva budista puedo comprenderlo mejor gracias a ti.

Por último agradezco a la Sangha del Centro Budista de la Ciudad de México, no solo agradezco las enseñanzas que me han transmitido desde la primera vez que llegue, agradezco el cariño, el calor, así como toda la paciencia y felicidad con la que me han recibido, gracias a ustedes mi interés por el budismo ha logrado

permea no solo la individualidad de mi vida, sino también el ámbito profesional. Agradezco a Paulo, Alan, Ivan, Lalo, Laura, Marco, Dh. Viryakirti, Muninda, Padmabandhu, Virasiddhi y Upekshamati por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de este crecimiento no solo profesional sino espiritual, gracias a ustedes entiendo la importancia de decir “que el merito alcanzado por mis actos sirvan de alivio a todos los seres que sufren”. OM AH HUNG.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo I. Anorexia nerviosa.	11
1.1 Bases biológicas de la anorexia nerviosa.	11
1. 2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.	12
1.3 Antecedentes histórico-Culturales de la anorexia nerviosa.....	17
1.3.1. Pre-Historia, neolítico y mundo antiguo,relación con la alimentación. ...	17
1.3.2. Alimentación y ayunos, influencia de las prácticas religiosas y médicas en prácticas alimentarias.	20
1.3.3. Industrialización, medios de comunicación e influencia de los patrones estéticos en la cultura occidental y países occidentalizados en la conformación de la imagen corporal durante el siglo XX y siglo XX.	24
1.4. Situación epidemiológica global de los trastornos de la conducta alimentaria.	25
1.4.1. Situación actual de los trastornos de la conducta alimentaria en México.	27
1.5 Factores y conductas asociadas a la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa.	28
1.5.1. Factores de riesgo identificados en la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa.	29
1.5.2. Factores de protección identificados para la prevención de incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa.	31
1.5.3 Factores biológicos.	32
1.5.4 Factores psicológicos	33
1.5.5. Factores socioculturales.	34

1.5.6 Factores familiares.....	35
Capítulo II. Adolescencia.....	38
2.1. Bases biológicas de la adolescencia.....	42
2.2. Desarrollo psicológico durante la adolescencia.	44
2.2.1 Etapas del desarrollo humano propuesto por Erickson.....	45
2.2.2. Crisis de identidad	54
2.2.3. Identidad	56
2.3. Prevención de la anorexia nerviosa en adolescentes.	58
Capítulo III. Terapia Cognitiva basada en la Conciencia (Mindfulness).	62
3.1 Antecedentes históricos. Conductismo, cognitivismo y terapias de tercera generación.	64
3.1.1 Psicología conductual, primera generación.	64
3.1.2 Psicología Cognitiva.	67
3.1.3. Terapias de tercera generación.	73
3.2. Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia	74
3.2.1. Antecedentes Historico-Filosoficos. Aspectos generales de la filosofía budista.	74
3.2.2. Meditación.	82
3.2.3. Importancia del cultivo de compasión en el budismo.....	86
3.3. Terapia cognitiva basada en la conciencia aplicada a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria.	88
Propuesta de elaboración de un taller de prevención de anorexia nerviosa en adolescentes entre 14 y 18 años, aplicando técnicas de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia.	91
4.1 Justificación	91
4.2 Objetivo general.....	94

4.3 Objetivos específicos.	94
4.4 Población.	95
4.5 Escenario.	95
4.6 Procedimiento.	95
4.7 Recursos materiales.	97
4.8 Carta descriptiva.	99
Conclusiones.....	120
Alcances y limitaciones	123
Referencias bibliográficas.	126
Anexos	145

Resumen

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por alteraciones de carácter cognitivo, en donde la autoestima, la identidad y la imagen corporal se ven alterados significativamente, dichas alteraciones buscan alcanzar ideales estéticos vinculados con la delgadez, donde principalmente se busca la aceptación social.

La anorexia nerviosa aqueja aproximadamente entre el uno y dos por ciento de la población a nivel mundial, la mayoría de la población afectada son adolescentes y adultos jóvenes de edades entre los 12 y 25 años.

Desde la prevención, el uso de estrategias psicoeducativas apoyadas en técnicas de Mindfulness fomentan la identificación de ideas irracionales, situaciones o conductas de riesgo vinculados a la anorexia nerviosa, propiciando conductas de protección (principalmente) en adolescentes.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, Adolescencia, Mindfulness, Prevención.

Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria, se presenta tanto en hombres como mujeres. Diferentes investigaciones sitúan la adolescencia como un factor de riesgo a presentar anorexia nerviosa, ya que es en esta etapa donde el mayor número de casos está registrado, aunado a los diferentes procesos psicobiológicos y sociales en los que el adolescente se ve inmerso.

Se estima que mundialmente los casos registrados de anorexia nerviosa, oscilan entre el dos por ciento de la población y el uno por ciento; si bien la anorexia nerviosa no representa una carga de enfermedad significativa como otros trastornos de la conducta alimentaria como lo es la obesidad o el sobrepeso, el carácter de este trastorno, merma el desarrollo cognitivo, psicosocial de quien lo padece aunado a la falta estrategias preventivas, problemas familiares, presión social y cultural e indiferencia por parte de las instituciones de salud pública.

La actividad en redes sociales, en consultorios tanto públicos como privados al igual que los estilos de vida y las pocas estadísticas actualizadas, sugieren un mayor índice en la incidencia al que se estima oficialmente.

La influencia de la sociedad en la emergencia de este trastorno juega un papel crucial, como contraste se puede observar la edad media y la modernidad, la imagen robusta femenina era bien recibida por la mayoría de las civilizaciones, no solo en occidente, sino también en el lejano oriente las caderas anchas al igual que la robustez del cuerpo eran considerados signos de belleza, salud, abundancia y fertilidad. Durante la primera mitad del siglo XX el temor a ganar peso empieza a aparecer en los historiales clínicos, posteriormente, con el surgimiento de la telecomunicación junto con la difusión de estilos de vida occidentales esparce en el imaginario de los sujetos, ideales de belleza, estilos de vida, proyectados a través de la moda, el entretenimiento y el comercio deposita en los rasgos culturales el estereotipo de libertad, aceptación, éxito depositado en

la figura esbelta femenina; es la mujer libre, exitosa, como si el legado de la robustez le resultara inaceptable y la condenara al fracaso.

Las estadísticas que se presentan sobre anorexia nerviosa la mayor parte del tiempo son muestras recolectadas en escenarios con cobertura mínima, es decir, son muestras tomadas en ciertos escenarios donde la recolección solo es una muestra significativa que no responde a las demandas de una estadística sólida para la interpretación de datos, lo cual, merma el intento de estimar con precisión la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa al igual que la bulimia nerviosa.

Si bien la anorexia nerviosa no representa una carga epidemiológica significativa no quiere decir que los casos presentados no requieran atención y asistencia necesaria por parte de las instituciones así como del apoyo gubernamental en relaciona a la legislación de ciertos productos, o contenidos que difunden medios de comunicación, redes sociales y campañas publicitarias de la industria de la moda. Para ello el apoyo en las estadísticas es fundamental debido a que son los resultados fiables que propiciarán y darán resultados de la situación actual de la presencia de estos trastornos de la conducta alimentaria, de la misma manera ayudarían a desmentir, prejuicios y visiones obsoletas respecto a presencia de la enfermedad en la población, de la misma manera sería un fuerte impulso para de la investigación, prevención y construcción de talleres psicoeducativos que fomenten estilos de vida saludables, propiciando en los adolescentes (principalmente) las herramientas necesarias para reconocer, modificar y mantener conductas saludables con ellos mismos y el entorno; lo que propicia conductas de protección principalmente para los trastornos de la conducta alimentaria, inclusive, para cualquier situación, conducta o percepción que sea un riesgo para la calidad de vida del sujeto.

En las últimas décadas, desde la psicología se han desarrollado diferentes teóricos, sin embargo, en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, el cognoscitivismo ha mostrado ser eficaz para su tratamiento. El surgimiento de las escuelas de tercera generación ha abierto una amplia gama de

posibilidades en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y de la conducta alimentaria.

Actualmente, las terapias de tercera generación fomentan enfoques integrales apoyados de los modelos clásicos dentro de la psicología como lo son el modelo racional emotivo, por otro lado el Mindfulness o terapia cognitiva basada en la conciencia plena creada por Jonh kabat-Zinn, ha tenido aceptación en la psicodinámia, el tratamiento de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y trastornos de la conducta alimentaria (en este último a comparación de los anteriores existen en menor cantidad estudios realizados) abriendo nuevas perspectivas en el tratamiento y prevención de la anorexia nerviosa.

El Mindfulness retoma aspectos filosóficos del budismo, tales como el cultivo de benevolencia, atención a los pensamientos, sensaciones, percepciones, emociones y conductas para que el sujeto establezca una relación sana consigo mismo y su entorno tomando conciencia y responsabilidad de sus actos; las meditaciones Samatha y Vipassana (principalmente Samatha) tienen como fin cultivar progresivamente dichas cualidades en el sujeto. En relación a los trastornos de la conducta alimentaria enfoques como el de Chozen (2013) proponen técnicas novedosas en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Desde la prevención, la creación de talleres de talleres orientados al cultivo de empatía, fortaleza yoica así como la identificación de ideas, pensamientos y creencias irracionales al igual que situaciones y conductas de riesgo; permiten a los adolescentes y adultos jóvenes afrontar situaciones de crisis a las que se encontraran expuestos a lo largo del ciclo de vida, a la larga esto les permitirá generar cadenas de aprendizaje, que les permita sobre ponerse a las adversidades del entorno, de la misma manera también permitirá que puedan transmitir este aprendizaje en su entorno.

Dado que, durante la adolescencia surge la búsqueda de identidad, la conformación de la personalidad al igual que diversos cambios biológicos a los

que se enfrenta el sujeto, tienen una estrecha relación con los procesos cognitivos que influyen en su desarrollo biológico, social y psicológico.

Para este trabajo en el capítulo uno se expone el tema de anorexia nerviosa, donde se retoma la presencia del trastorno a lo largo de la historia así como las características que adquirió en las diferentes épocas históricas; de igual manera; se aborda desde el modelo biopsicosocial la propuesta etiológica de este trastorno en donde los factores de riesgo, mantenimiento, psicológicos, biológicos, culturales y familiares son estímulos que influyen en la emergencia este padecimiento propio de la conducta alimentaria.

Por otro lado, en el capítulo dos se aborda el tema de adolescencia, donde, el desarrollo psicosexual, psicosocial y ontogénico se describen desde la perspectiva de Erick Erikson retoma valiosos planteamientos del psicoanálisis orientándolos al ciclo vital del humano, así como las diferentes vicisitudes que el ser humano atraviesa durante su vida y como estas situaciones caóticas fungen un papel importante para la configuración de la identidad, de la misma manera, se retoma la prevención en adolescentes.

Por último, en el capítulo tres se desarrolla la temática de mindfulness, desglosando los planteamientos filosóficos; de la misma manera, se hace énfasis en los diferentes enfoques que han contribuido a la psicología cognoscitiva para así dar cabida a nuevas fronteras y paradigmas dentro de la psicología. Al final del capítulo, se retoma la aplicación de mindfulness con el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por lo anterior en este presente trabajo se elabora una propuesta de taller orientado a la prevención de anorexia nerviosa en adolescentes de 14 a 18 años, tiene una duración total de 12 horas, es decir, son seis sesiones con duración de dos horas; las técnicas que se utilizarán serán propias de mindfulness las cuales se apoyan de seguimiento a la respiración, cultivo de emociones benevolentes (empatía, autoestima, aceptación de sí mismo, fortaleza yoica), observación los pensamientos, ideas, percepciones, lo que permitirá identificar

situaciones o conductas de riesgo, todo ello con el objetivo de promover conductas de protección en los adolescentes vinculadas a la prevención de anorexia nerviosa.

1.1 Bases biológicas de la anorexia nerviosa.

Existen modelos empleados en ratas que buscan entender las bases biológicas de anorexia nerviosa, una de ellas se orientó a la elección de comida, en donde se ubica la importancia del sistema nervioso central, así como la similitud entre adicción y la manera en que opera la alimentación, un ejemplo de ello, se puede encontrar en el estudio: *cómo el cerebro implementa decisiones adaptativas en la decisión para elegir comida. ("How does brain implement adaptative decision making to eat")*:

El papel que juega la motivación en la selección de alimentos junto con las conductas y los mecanismos fisiológicos del ser humano, los cuales, se expresan al momento de presentarse la necesidad de ingerir alimentos. El hambre impulsa al organismo a manejar un objetivo dirigido a buscar y consumir alimentos en consecuencia a sobrevivir. Los individuos no deciden sentir hambre pero solo puede satisfacer o no su hambre. (Compan, Walsh, Kaye, & Geliebter, 2015, p. 13868).

Las investigaciones realizadas en relación a los neurotransmisores, están relacionadas a lesiones del núcleo lateral del hipocampo, da lugar a que las ratas presenten conductas tales como la disminución de la ingesta de alimento, por otro lado comentan que los neurotransmisores tales como:

Noradrenalina al alcanzar los receptores α_2 del nucleoparaventricular aumentan la ingesta de alimentos, por otro lado la serotonina disminuye la ingesta, por otro lado las catecolaminas tienen efectos diferentes según la zona cerebral en que actúan ya que disminuyen el hambre cuando entran en contacto con los receptores β_2 de tipo adrenérgico, La dopamina y la noradrenalina, a través de los

receptores b2 del núcleo del preforinix, reducen el consumo de alimento; la serotonina y dopamina, la cual, se asocia a los receptores D2.”. (Caparros & Sanfeliu, 1997, pp. 44-55.).

Desde el punto de vista neuropsicológico, no hay posturas concretas respecto a bases biológicas de la anorexia nerviosa, sin embargo, se han hecho aproximaciones mediante el uso de modelos se pueden ubicar las alteraciones fisiológicas resultantes de las consecuencias del desarrollo de la enfermedad, *“La mayoría de los cambios psicológicos y físicos dependen de los cambios bioquímicos que siguen a la inanición, a los regímenes severos y a los métodos peligrosos de controlar el peso”*(Abraham & Llewelyn-Jones, 2003, p. 202).

1. 2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa tiene diferentes propuestas en relación a su sintomatología y evaluación diagnóstica, los manuales que se toman como eje para su evaluación y diagnóstico, son el DSM-V y el CIE-10.

En la actualidad, la anorexia nerviosa se considera un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por temor a ganar peso, abstinencia alimentaria y alteraciones dismórfico corporales (dependiendo los criterios del DSM-V y CIE-10).

En la medicina antigua occidental, Hipócrates fue medular en el entendimiento de las nociones salud y enfermedad, sus tratados fueron los pilares de la medicina y siglos más tarde fueron retomados por Galeno. Registros que datan de la época hipocrática hablan sobre la presencia de la enfermedad, (anorexia nerviosa), *“El termino anorexia y su equivalente latino inapetentia, no aparecen en la obra hipocrática. En su acepción de orexis insuficiente y de la lógica general, fue utilizado por primera vez en un tratado pseudo platónico del siglo”*. (Caparrós & Sanfeliú, 1997, p. 21).

Hipócrates en sus obras identifica síntomas muy similares a los que hoy en día se vinculan con la anorexia nerviosa, sin embargo, no incluye el término anorexia sino que en su lugar denominó a esta serie de signos como astia o inedia, términos que hacen referencia a la abstinencia de alimentos, con el paso del tiempo Galeno describía un cuadro en el que el paciente no puede comer ni beber, de igual manera para definir estos signos al igual que Hipócrates, Galeno, usaría el mismo término (astia) para denominar a la presencia de signos similares en pacientes, *“Los que rehúsan o no lo absorben son llamados por los griegos anorektous o asitous, que significa los que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que de haberlo ingerido muestran disgusto o aversión se denominan apositous”*. Hipócrates en Galeno en (Caparrós & Sanfeliú, 1997, p. 21).

Durante la edad media se consideró (en un principio) como un signo de santidad por lo que los ayunos y estrictas dietas alimentarias eran prácticas comunes dentro de las practicas cristianas, sin embargo siglos más tarde también se le vería como signo de posesión demoniaca; posteriormente con el florecimiento de la ciencia, el estudio de este padecimiento permitió que esta serie de síntomas pensados en un inicio como signos sacros o posesiones demoniacas se le pudiera atribuir la categoría de enfermedad.

Al llegar el siglo de las luces junto con las ideas revolucionarias respecto a la ciencia, su estudio y la metodología; médicos como, Laseague o Gull abordaron la anorexia nerviosa como enfermedad, sin embargo, proponen diferencias en su etiología; por un lado Laseague parte de lo psicológico a lo orgánico, proponiendo que es el resultado de procesos históricos; por otro lado Gull parte de lo orgánico a lo psicológico, proponiendo que las respuestas endocrinas, bioquímicas, neuroendocrinas, de neurotransmisión y genéticas están implicadas pero no tienen respuestas concluyentes(Barrera, 2013).Estos dos médicos inauguran la comprensión etiología psicopatológica así mismo dan lugar a, a dos corrientes de hipótesis etiológicas de tratamiento; por un lado la psiquiatría y por el otro la psicodinámica o psicoanalítica.

En la actualidad, el Manual Estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V, abreviado como DSM-V por sus siglas en inglés) describe a la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria el cual debe cumplir con los siguientes criterios:

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

Aparte de los criterios diagnósticos del DSM-V o CIE-10, diferentes escuelas psicológicas han aportado múltiples enfoques en relación al entendimiento de la etiopatogenia de la anorexia nerviosa, donde los factores socioculturales, biológicos, cognitivos (al igual que su conjunción) pueden estar vinculados con el surgimiento del trastorno.

(...) síndrome que se caracteriza por aparecer en edades jóvenes, más frecuentes en muchachas púberes o pos púberes, limitando por lo general la aparición a los 25 años; raras en el sexo masculino... conducta alimentaria específica; preocupación, selección y restricción alimentaria voluntaria y búsqueda de adelgazamiento con

el que experimentan placer y controlan el cuerpo y sus funciones; hiperactividad y aumento en el consumo de energía; amenorrea o retardo menarquía; pérdida de peso de, por lo menos, un 25% por restricción alimentaria debida a la anorexia o pseudoanorexia (voluntaria). (Chinchilla, 2003, pp. 61-62).

Ahora bien, Bleichmar, (2000) propone cuatro definiciones con sus respectivos autores sobre la delimitación conceptual del cuadro de anorexia:

Por un lado se puede ver como enfermedad psicósomática (Deutsch, 1940; Blitzer, 1961; Sperling, en Wilson, 1983; Strauss, 1987), por otro el DSM-IV la aborda como un trastorno del comportamiento alimentario, otros autores (Crisp, 1970; Kalucy, 1977; Hall, 1986 en Bleichmar, 2000) mencionan que se trata de una patología del peso o fobia al peso desregulación del balance narcisista (Jeammet, 1991).

Por otro lado dentro de la psicología psicodinámica las fuerzas pulsionales se verán en constante lucha con el super yo, quien es encargado del reconocimiento de la norma, ello podrá en conflicto las fuerzas pulsionales desembocando en un goce varado en la pulsión de muerte, lo que también puede posicionar al sujeto en patologías como la melancolía, trastornos límite, psicosis, sin embargo estas fuerzas pulsionales al estar en constante lucha con el superyó provocaran angustia, lo que conllevará a conductas autodestructivas, por ello, es que en la anorexia nerviosa al igual que en la bulimia nerviosa, el cuerpo habla lo que el sujeto calla, es decir somatiza el conflicto interno entre las fuerzas pulsionales y la rigidez que a veces impera en el super yo.

Las pulsiones que generalmente funcionan en conjunto -mezcladas la pulsión de vida (eros) y la pulsión de muerte (pulsión de destrucción)-, se ven afectadas por efectos del superyó, provocando una desmezcla), de tal forma que las chicas que padecen anorexia nerviosa viven en un goce imparable de la pulsión de muerte, en un constante dolor, y en un proceso interminable de autodestrucción, sostenido por un superyó feroz que puede ubicarse ligado a

patologías límite. (Freud, 1923/2002, 1930/2006, en Murguía, Unikel, Blum, et. al. 2015, p. 925).

Siguiendo la línea psicoanalítica Lacan considero que la anorexia se trata únicamente de lo que da lugar a una satisfacción sustitutiva de la saturación simbólica. Que solo puede explicar la verdadera función de un síntoma como el de la anorexia mental. Esa saturación simbólica se refiere no a un comer, sino a un comer nada. Nada, como algo que existe en el plano simbólico. *“la anoréxica come nada y se ofrece, a ser, ella misma, el vacío”*. (Fuks & Pollo, 2010, en Jiménez, De Ávila & Rojas, 2016, p.89).

Desde un enfoque psicosocial, Toro J. (1999) identifica a la AN como:

Un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar... suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad... el paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que este disminuya alarmantemente. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante... la autoimagen general está sumamente determinada por la imagen corporal. (p.7).

Estas múltiples propuestas respecto a la etiopatogenia y características de la anorexia nerviosa, permiten contemplar los diferentes criterios para abordar la enfermedad. Una de las constantes de las descripciones de la enfermedad ubica el temor a ganar peso, este elemento empieza a tener mayor presencia en la segunda mitad del siglo XX (García, 2003). Uno de los enfoques más aceptado en la actualidad para su entendimiento, análisis e investigación, es el modelo biopsicosocial, propone, la integración de factores biológicos, psicológicos y sociales, brindando amplitud y nuevas perspectivas que enriquezcan al estudio de la anorexia nerviosa.

1.3 Antecedentes histórico-Culturales de la anorexia nerviosa.

1.3.1. Pre-Historia, neolítico y mundo antiguo, relación con la alimentación.

La alimentación en los seres vivos juega un papel fundamental para su evolución y desarrollo, específicamente en los mamíferos; gracias a la relación que se fue estableciendo que hace 7, 000, 000 de años, cuando la rama de los homínidos se separa de los antepasados de los chimpancés, la selección natural y la adaptación jugaron un papel importante en la evolución, ya que la carencia de alimentos y los cambios climáticos orientaron a los primeros homínidos a buscar alimentos para su supervivencia, para ello el aprendizaje, uso de herramientas influyo y fuego permitieron a los homínidos evolucionar de manera biológica y social a tal punto que la alimentación y la tecnología empleada, influyeron en la evolución.

El uso de utensilios es tanto causa como efecto de la marcha bípeda. Un grado muy pequeño de bipedismo dejó las manos lo suficientemente libres de las funciones locomotoras como para transportar piedras, palos, jugar con ellas o utilizarlas. También el bipedismo tuvo impactos en el desarrollo de los homínidos lo cual impacto en su desarrollo embrionario, el feto no llevara a cabo su maduración total en el vientre materno sino que lo hará afuera del vientre materno, este suceso influirá en la relación madre-hijo, así como en la distribución de tareas en los grupos nómadas. (Darwin, s.f. en Washburn, 1960, p.172)

Aparte del uso de herramientas y la organización social, el consumo de carne y el desarrollo del lenguaje, permitieron preparar a la especie para el siguiente salto. Por una parte el consumo de carne es significativo pues favoreció en la adquisición de mayor volumen cerebral, lo que permitió la potenciación de sus facultades mentales, las cuales, diferencian al homo sapiens de cualquier otra especie; sin embargo, Hernández & Arnáiz (2005) quizás el logro más significativo de todos sucede cuando factores como el ambiente ya no representan mayor riesgo en los homínidos

ancestrales pues logran convertirse en omnívoros, lo que permite adaptación a cualquier entorno; esta adaptabilidad llevo a los homínidos ancestrales a la recolección y la caza, lo que orilla a este grupo de homínidos a llevar una vida de nómada, así mismo, esto permitió enriquecimiento en la dieta de los antiguos hombres, la cual fue vital para el desarrollo de sus funciones fisiológicas las cuales darían paso a funciones ejecutivas más complejas.

El desarrollo de funciones ejecutivas más complejas permitió en los homínidos ancestrales desarrollar la capacidad de asociar el clima, el suelo, y la naturaleza con la manipulación de semillas, lo cual dio paso a la vida agrícola; de la misma manera esto influyo en el establecimiento de normas, organizaciones sociales, refinamiento de los rituales, el desarrollo de sistemas religiosos, filosóficos e inclusive permitió que los vínculos entre sujetos adquiriera los procesos simbólicos pertinentes que definirán a la cultura, usos y costumbres, por ejemplo, las figurillas de arcilla que guardan una relación cercana con la alimentación y el cuerpo femenino ya que en estas figurillas el cuerpo femenino es representado con caderas amplias, grandes pechos y cuerpo robusto, lo que simboliza abundancia alimentaria. “Los *significados individualizados de la comida están, pues, íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer*” (Ogden, 2003, p.67). Esta relación entre la fertilidad y lo femenino también está orientada a la capacidad de procrear por ello se vincula a la fertilidad de la tierra y la cosecha.

En la mayoría de las sociedades estudiadas, las mujeres gordas eran consideradas poseedoras de mayor atractivo sexual que las delgadas... simboliza manifiestamente la capacidad de su conyugue para dotarla... Las esculturas prehistóricas que representan cuerpos de mujer suelen simbolizar la fecundidad femenina, su capacidad para alumbrar y amamantar... Implicaba, además, unas entrañas fecundas e incluso una colecta abundante (Ford, & Beach 1951 en Toro, 1999, 2003, p.56).

El uso de la agricultura influyó en el homo sapiens a tal punto que algunos miembros de las sociedades primitivas pasaron de ser cazadores a ser agricultores

debido a que la caza resulta ser una actividad de alto riesgo e impredecible mientras que la agricultura resultaba ser una actividad y fuente de alimento que representaba menor riesgo y mayor seguridad alimentaria. *El “comportamiento alimentario es, sin lugar a dudas, de todas las actividades humanas, la que cabalga de un modo más desconcertante sobre la línea divisoria entre naturaleza y cultura”* (Douglas, 1995 en Contreras, Arnáiz, 2005, p. 36).

Si bien se ha mencionado que la agricultura fue un punto clave en la evolución del homo sapiens, la ganadería también figura como una actividad de vital importancia en las prácticas alimentarias, inclusive hoy en día la ganadería así como la agricultura configuran un papel muy importante en los pilares económicos de las naciones. Esta seguridad y crecimiento alimentario permitió el crecimiento de las primeras civilizaciones, *“Cuando el hombre empezó a producir alimentos en vez de recogerlos, cazarlos o irlos recolectando y almacenarlos, bien en graneros, bien bajo la forma de ganado, se vio capaz de (y obligado a) establecerse en comunidades de mayor tamaño”*. (Braidwood, 1960, p. 217).

Cuando el hombre logra domesticar las plantas también se da cuenta que está a merced de una serie de eventos que los científicos creen, resultaban procesos muy complejos y por lo tanto desarrollaron diferentes sistemas religiosos. Por mencionar un ejemplo, tal es el caso de la actividad agrícola en Egipto, en realidad la vida agrícola dependía del ciclo anual de lluvias veraniegas las cuales procedían de Etiopia y Sudan, la lluvia hacía crecer al río una vez que crecía el río Nilo penetraba Egipto y se desbordaba depositando una capa de tierra fértil haciendo propicio el cultivo. Sus mitos, prácticas religiosas, estilos de vida guardaban relación con el río. Los campesinos egipcios sembraban Hortalizas, legumbres (judías y lentejas) cereales los cuales el trigo y la cebada eran los más importantes y constituían la base de su dieta. De estos cereales se elaboraban alimentos como el pan, de hecho la palabra pan significa vida.

En las culturas precolombinas, la vida agrícola está relacionada fuertemente la vida religiosa y la organización social, evalúa aspectos importantes de carácter tanto material como social o espiritual.

En un orden convencional podríamos establecer hasta doce elementos: el cultivo del maíz, los dioses agrícolas, fuertes clases sacerdotales, conocimientos matemáticos (aritmética, geometría, astronomía), calendario solar y ritual, escritura jeroglífica, ciudades-centros ceremoniales, ideas cosmogónicas y de la sucesión de cuatro soles o edades, juego de pelota, explotación y uso de hule, juego del palo volador, pirámides escalonadas y sacrificio humano. (Krschhoff., & Bernal en Ballesteros, 1985, p. 64).

Así como la religión se vio influenciada las nociones de salud y enfermedad se verían influenciadas por el desarrollo filosófico de las culturas, tal es el caso de alguno de los más antiguos sistemas médicos de Oriente y Occidente; por una parte en Oriente con la medicina Aryurveda, la cual tiene un complejo desglose de los tipos de alimentación que debe seguir un sujeto determinado dependiendo a su estilo de vida, la constitución de su naturaleza (si predomina la naturaleza sattvica, tamasica o rajasica), por otro lado en Occidente, Sigerist (1981) en el corpus hipocrático explica que se exponen diferentes causas de salud y enfermedad, la más importante reside en el tratado hipocrático llamado "*La naturaleza del hombre*", donde, expone que el cuerpo humano está constituido por cuatro humores principales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Este planteamiento tiene correspondencia con la propuesta de Empédocles la cual describe que existen cuatro elementos que constituyen el mundo: aire, agua, tierra, fuego.

1.3.2. Alimentación y ayunos, influencia de las prácticas religiosas y médicas en prácticas alimentarias.

Con la caída de Roma en el 427 aprox. d.C. y el ascenso del pensamiento cristiano, los estilos de vida los signos y símbolos adquirieron diferentes connotaciones culturales, principalmente en aquellos lugares en donde la doctrina cristiana florecía de manera progresiva. Esta serie de cambios influyeron directamente en la manera en como el ser humano de aquellos días resinificaba su entorno y su psique; ya que

se adquirieron nuevas normas, doctrinas y sistemas institucionales lo que significó cambios en los estilos de vida al igual que la relación que los individuos establecerían con su cuerpo y con las nociones salud- enfermedad.

Durante este periodo el ayuno, el cuerpo, el alma, lo terrenal y lo divino estarían directamente vinculados con la comunión con dios y el cumplimiento de la ley de dios para alcanzar el paraíso. El ayuno en el cristianismo se ubicaba como una manera de hablar con dios, hacer la comunión, esta práctica fue bien recibida, aquellas doncellas destacables en esta práctica que tienen vinculación con lo que hoy en día llamamos anorexia nerviosa, un ejemplo notorio es Santa Catarina de Siena. Para ello se desarrollaron diferentes técnicas para lograr controlar el cuerpo, aquel que era la cárcel del espíritu por lo tanto, al igual que otras religiones el ayuno fungía esa liturgia que prometía al sujeto llegar a la comunión con dios.

Al igual que otras religiones tales como el Hinduismo, Budismo, Jainismo, Judaísmo, Islam, el ayuno ha sido una práctica muy relacionada con la comunión con dios, purificación del cuerpo, liberación del ser/espíritu, disolución con la verdad primordial, etc. Por ejemplo, en la religión Católica se relacionan las festividades de semana santa, las cuales duran 40 días en donde Jesús no comió carne roja, los creyentes de Jesús cada año reviven esa escena evitando comer carne roja, es permitido el pescado y el pollo (en menor medida) algo que es muy característico de esta celebración es el ayuno que se realiza, durante ese periodo de tiempo.

La doctrina cristiana ha definido que lo físico, lo terrenal, era ominoso y debía dominarse en beneficio de lo espiritual. Para la cristiandad, el cuerpo era de naturaleza débil y pecaminosa, exigiendo control y regulación estrictos por parte de la mente. La ascesis era el camino que conducía a la perfección de la vida espiritual. (Toro J. 2003, p. 20).

Este tipo de ideología y prácticas a lo largo de la historia han estado presentes, desde la edad media hasta el siglo XX han tenido modificaciones en su manera de practicarlas. En un principio los ayunos fueron bien vistos por la institución

eclesiástica, sin embargo, con el paso del tiempo se consideraron demoniacos debido a que cuidar el cuerpo en exceso era un acto de vanidad y caer en vanidad era caer en pecado, si se caía en pecado posiblemente el alma del individuo estaba siendo poseída, las muchachas o quienes practicaban el ayuno en extremo fueron sometidas (os) a juicio para corroborar su estado de santa o poseída.

La imagen de la bruja fue crucial en estos juicios ya que se asoció con una figura esbelta y delgada, por lo tanto, aquellas muchachas que poseían complexiones delgadas y que no cuadraban con los ideales estético-corporales de la época donde, la mujer debía ser de vientre redondo y un cuerpo robusto eran acusadas de brujería.

El cuerpo humano y la sexualidad eran considerados secundarios a la voluntad y al espíritu; ideas difundidas también durante la baja Edad Media. Entonces surgió la mujer “mística”, visionaria de imágenes y voces de origen divino, dotada de profunda fe, piedad y abnegación, la cual alcanzó un estado de exaltación sublime como recompensa por la subordinación, los drásticos ejercicios autopunitivos y las privaciones físicas extremas con las que sometió sus necesidades mundanas. (Behar & Arancibia, 2015, p. 227).

La relación del cuerpo con el cristiano es particular pues se establece que el cuerpo es el portador del pecado, el cuerpo no hay que procurarlo ni asearlo porque constituía uno de los pecados capitales, vanidad. Esta visión se contrapone a las prácticas realizadas por los antiguos griegos, romanos, egipcios, Indios, los cuales al cuerpo lo consideraban estético así como un vehículo para hacer la comunión con los dioses; desarrollaron diversas practicas higiénicas específicas para realizar la liturgia con los dioses y para el cuidado cotidiano.

Desde la época romana hasta bien entrado el siglo XX, el cuerpo robusto fue considerado signo de abundancia, no solo en cuestiones de salud, sino económicas y sociales, sin embargo algunas culturas apelaban por el cuerpo esbelto; la cultura celta es un ejemplo de ello pues imponía una especie de multa

a aquellos ciudadanos que fueran de gran corpulencia tener cuerpo robusto no era bien visto; la cultura china consideraba que el cuerpo obeso era sinónimo de belleza, abundancia y salud. Muchos de sus dioses, deidades o representaciones pictóricas cuando representan esas cualidades son representadas de esa manera.

Durante el renacimiento hubo un cambio significativo, al retomar el cuerpo como objeto de lo estético mezclándolo con ideologías propias del cristianismo por este motivo la moda fungió un papel importante, desde el renacimiento a la actualidad.

De el renacimiento a principios del siglo XIX la vestimenta de la mujer se regía por las exigencias de la sociedad (esto pasaba con mayor frecuencia en las familias nobles o burguesas pues debían cumplir con diferentes etiquetas sociales que beneficiarían directamente a las familias de las muchachas. Los banquetes formaron parte esencial para estrechar lazos sociales, políticos, mercantiles, etc. no solo desde el mundo antiguo sino que a lo largo de la historia han estado presentes por esta razón la figura de robusta no solo implicaba fertilidad y belleza, sino que hacía referencia a la solvencia económica.). En el primer cuarto del siglo XX (aproximadamente) la vestimenta exaltaba el cuerpo de la mujer a veces exagerando partes como la cadera y la cintura, lo que era signo de fertilidad, belleza y abundancia, *“al iniciarse el siglo XX, la moda – la sociedad- tomo partido claro por el cuerpo alargado y delgado”*(Toro, 1996, p. 69).

En relación a las muchachas ayunadoras entrado el siglo XIX las muchachas pasaron a ser figuras de asombro ubicándolos en los estelares de circos hasta que con la entrada del siglo XX y los cambios dentro de las ciudades que estaban en los albores de la industrialización así como de las guerras dejaron de llamar la atención, de la misma manera la esfera científica al hacer análisis comprobables fueron desmintiendo los mitos que rodeaban a estas muchachas lo que ocasiono que la gente dejara de creer la santidad de las doncellas. *“La única explicación razonable es que la fenomenología de la anorexia nerviosa ha sufrido modificaciones entre 1870 y los años sesenta del siglo XX”*. (Russell, 2003. p.18).

1.3.3. Industrialización, medios de comunicación e influencia de los patrones estéticos en la cultura occidental y países occidentalizados en la conformación de la imagen corporal durante el siglo XIX y siglo XX.

Así como la revolución neolítica influyo en los estilos de vida la revolución industrial jugó un papel muy importante en los estilos culturales y de vida de las sociedades. El avance tecnológico y los medios de comunicación durante el siglo XIX y siglo XX influyeron de manera directa en el pensamiento de la cultura occidental en relación a los ideales estéticos, ritmos de vida, organización socioeconómica y política.

Los factores socioculturales son de primordial importancia en la génesis y mantenimiento de los trastornos del comportamiento alimentario (...) Sin ellos es imposible entender su fenomenología, su naturaleza, sus manifestaciones, sus cambios a lo largo de la geografía y la historia. Toro (1999, p. 14).

A lo largo de la historia, el valor de belleza e identidad dependen de los valores agregados al objeto, situación o norma; García, (2003) todas las culturas han presentado patrones de belleza propios, su definición dependía los valores sociales y morales de una época determinada, así como el aspecto físico como signo de identidad tiene un valor en las relaciones interpersonales, En la década de 1950 se retoma el ideal estético de la delgadez desplazando el ideal de lo robusto que prevaleció desde la edad media, *“alrededor de 1940 no se observó que los pacientes anoréxicos se sintieran preocupados por el exceso de peso, alrededor de los años cincuenta la aspiración a tener un cuerpo delgado llevo a ser sostenible en la sociedad”*(Russell, 2003, p.18).

Los estilos de vida en la actualidad han sido modificados por las jornadas laborales así como qué trabajo se está realizando, a la par los ideales estéticos apoyándose de los medios de comunicación así como la difusión del contenido televisivo a nivel global, *“En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol”* (Ogden, 2003, p.67).

Los medios de comunicación son la principal difusión de los ideales estéticos, la industria de la moda y televisiva venden ideales de belleza centrados en el cuerpo delgado y esbelto. *“La promoción y multiplicación de los medios de comunicación de masas constituyen un fenómeno que, con toda probabilidad, es el principal responsable de la difusión del trastorno a través de todo el tejido social”* (Toro 1996, p. 237).

1.4. Situación epidemiológica global de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria no solo han sido estudiados desde el punto de vista psicológico, social, cultural o antropológico, sino que además de ser estudiados desde estas disciplinas también han sido objeto de estudio para la epidemiología, lo cual es de vital importancia dado que resulta ser una herramienta para la obtención, comprobación y correlación de datos dentro de los estudios epidemiológicos que implican enorme cantidad de sujetos involucrados o para sustentar la necesidad de la creación de políticas públicas, focos de atención para la identificación de enfermedades, factores de riesgos, factores de mantenimiento, factores de protección, etc.

En la actualidad gracias a los estudios epidemiológicos que se han realizado en las últimas décadas la identificación de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria han permitido esbozar la magnitud del trastorno en relación a la población; sin embargo vale la pena mencionar que respecto a la anorexia nerviosa, (Abraham, & Llewelyn-Jones, 2003) Aun en el año 2003 resultaba difícil de determinar la prevalencia exacta de los trastornos de la conducta alimentaria, ello se debe a que muchos estudios presentan sesgos o necesitan ser actualizados pues muchos de los estudios fueron realizados al menos tres décadas atrás lo cual en la actualidad presentan datos que solo permiten estimar la situación actual de la presencia de la enfermedad en la

población, esto no quiere decir que en la actualidad no existan datos fiables, sino que los datos que permitan estimar un panorama más certero son escasos.

En relación a la incidencia a nivel mundial autores como Guerrero& Barjau, (2003) estiman la incidencia de la anorexia nerviosa es aproximadamente de 20 a 30 mujeres menores de 25 años, por 100.000 habitantes, con una prevalencia del 0,5% al 1%.por otro lado Toro (2003) ubica que *“en el mundo occidental se sufre de AN del 0,2 % al 0,8% de la población general, de ello entre el 1 y el 2% son mujeres adolescentes”*.

A pesar de que las cifras no varían mucho entre sí, y la carga epidemiológica que representa para el sector salud es mínima, no quiere decir que no sea una población que represente cierta carga epidemiológica aunque contrastando con los trastornos de la conducta alimentaria como el sobre peso u obesidad la presencia de la enfermedad en la población, vale la pena resaltar que, *“Además de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, los síndromes parciales (trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios, para las anteriores) tienen una prevalencia e incidencia elevadas en la población adolescente”*(Chinchilla, 2003, p. 15).

La influencia sociocultural en relación con la formación de la identidad y autoestima, se ve reflejada en las conductas alimentarias asociadas con la privación de la alimentación, su restricción o la presencia obsesiva del cuidado de la imagen, por tal motivo, la anorexia nerviosa es frecuentemente asociada con el suicidio. *“La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente”*. (OMS, 2017).

La mortandad que representa la anorexia nerviosa en la población adolescente y adulto joven es significativa ya que al estar vinculada con conductas que conllevan a la inanición, o que involucran la alteración de la percepción del yo, lo cual en su seno mantiene una cercana relación con ideas ligadas al suicidio, *“La anorexia*

nerviosa acarrea una mortalidad a largo plazo cercana al 20% a los 20 años; las causas principales son inanición, suicidio y muerte súbita de causa cardíaca”.(Lenoir and Silber, 2006, p. 25).

1.4.1. Situación actual de los trastornos de la conducta alimentaria en México.

En México los datos que permiten saber la situación de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ENSANUT (2006) encontró datos importantes respecto a la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente, que se ha convertido en un problema social. Los resultados señalaron que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer.

Por otro lado, este estudio, señaló que otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.

Seis años más tarde ENSANUT 2012, arroja datos muy similares a la presencia de la enfermedad a nivel mundial, es decir, demuestra que la proporción de adolescentes que participó en la encuesta y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino), en comparación de ENSANUT 2006, esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente).

Las conductas alimentarias de riesgo con mayor frecuencia, recurrentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En mujeres, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes ($p < 0.01$). La comparación entre los grupos de edad que brinda la encuesta nacional de salud y nutrición, reside en que los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años, por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años. (ENSANUT 2012).

1.5 Factores y conductas asociadas a la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa.

En la actualidad diversas investigaciones han arrojado múltiples factores de riesgo relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria, Rojo, (2003) ubica factores de riesgo fuertemente vinculados con anorexia nerviosa y bulimia, “*estos factores son: Sexo, edad, nivel socioeconómico, urbanización, estrés, dieta, morbilidad psiquiátrica y genética.* (pp. 37-42)”. Por otro lado, Chinchilla, (2003), retomando la influencia del modelo biopsicosocial en la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria así como su tratamiento y prevención, hace hincapié en que “*este modelo considera que la anorexia nerviosa es la consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) junto con otros de tipo familiar, social y cultural.*” (p.21).

En lo que corresponde a la población adolescente mexicana ENSANUT 2012, encontró que las conductas alimentarias de riesgo con mayor frecuencia recurrentes en adolescentes mexicanos son: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En mujeres, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar. En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso. Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes.

Los factores y conductas que están asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, los factores solo hacen menciones de esferas sociales o ambientales que influyen en la emergencia o mantenimiento del enfermedad, se dividen en diversos grupos, los factores de riesgo, factores de protección y factores mantenimiento, los primeros se refieren a aquellas situaciones que influyen en la emergencia de ciertas enfermedades o situaciones que ponen en riesgo al sujeto, los factores de protección por el contrario, se refieren aquellas situaciones o ambientes que favorecen el bienestar del sujeto y por último los factores de mantenimiento hacen mención a aquellos ambientes, situaciones o factores internos del sujeto que dan continuidad a la presencia de la enfermedad. Estos factores no son los únicos que influyen en la emergencia o prevalencia de las enfermedades pero desde el ámbito de la prevención y epidemiología brindan un puente trans, multi e interdisciplinar en la comprensión de la noción enfermedad, al igual que facilitan al investigador información que sea útil para la gestión de estrategias de intervención en la prevención de la enfermedad.

1.5.1. Factores de riesgo identificados en la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa.

Los factores de riesgo que pueden afectar a los adolescentes son múltiples, de hecho, diferentes autores ubican una amplia gama de factores; dentro de las

principales, figuran el tabaquismo, consumo de alcohol, relaciones sexuales sin protección, violencia, enfermedades neuropsiquiátricas, accidentes, entre otros.

Se podría decir que existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad. Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales. (Páramo 2011, p. 86).

La búsqueda de identidad durante la adolescencia encara diversos sucesos en donde el adolescente se ve bajo presiones de diversa índole, principalmente socioculturales, *“las condiciones y circunstancias que influyen en las conductas de los adolescentes y que afectan la salud, constan de diversos factores determinantes que pueden identificarse en cuatro niveles ecológicos: individual (personalidad-carácter), interpersonal (los modelos, familia), comunitario y de políticas públicas”*. (Florenzano, Valdés, Caceres, et. al, 2013. pp.520-527).

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (OMS, 2017).

Dentro de la población mexicana estudios epidemiológicos realizados por el instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) han encontrado conductas de riesgo que influyen en la emergencia de diversas alteraciones que mermen el desarrollo psicosocial del adolescentes, como *“adicciones, (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), relaciones sexuales sin protección, exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios y*

homicidios, entre otros".(Santos-Preciado, Villa-Barragán, García-Avilés, León-Álvarez, Quezada-Bolaños, S., & Tapia-Conyer, 2003. p. 146).

Kazdin (2003 en Páramo, 2011) refiere que *"Durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección"*. (p.86).

1.5.2. Factores de protección identificados para la prevención de incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa.

Buscar el bienestar en el adolescente es vital para propiciar la salud del individuo no solo a nivel biológico sino en las diversas esferas en las que se desarrollara.

La familia puede ser un factor de protección dado que en el desarrollo psicosocial el adolescente busca reafirmar su identidad o de resignificarla, aparte de buscar la aprobación social de sus compañeros también, busca figuras que le representen madurez para poder reafirmar ideas o incluso poner en duda ciertas percepciones que el ambiente llega a imponer en él, por esta razón las figuras que representan madurez, principalmente las que se hayan dentro del círculo familiar serán un punto de referencia importante en el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

El apoyo afectivo que brinda la familia es muy importante para el adolescente, principalmente para su desarrollo psicosocial, autoestima, imagen corporal y conformación de la identidad, en un sentido sano.

La educación también funge como un factor de protección debido a que el conocimiento que puede facilitar la educación en relación a diversos temas que forman parte de las dudas del adolescente, como son la sexualidad, el uso de drogas, formación de vínculos afectivos, entre otros. Facilitar información al

adolescente que le permita conocer situaciones de riesgo propicia o influye en la generación de conductas de protección.

1.5.3 Factores biológicos.

Dentro de los factores biológicos existen algunos marcadores biológicos que dan indicios de la relación que pueden presentar con la anorexia nerviosa, sin embargo, Díaz, M., & Gonzales, S., (2003) no hay precisión en la descripción de los factores biológicos y hallazgos obtenidos, por otro lado esto no hace referencia a que los factores no influyen en las alteraciones orgánicas del individuo.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son multicausales, la influencia cultural sobre el cuerpo y la estética que este debe poseer son muy marcadas, (Rovira, I., 2014, Lilienfeld et al., 1998: Klump et al., 2000). En las últimas décadas junto con las investigaciones apoyadas en la genética han evidenciado la relación de factores genéticos que explican entre un 60-65 % de su génesis, como evidencia de ello algunos datos de la prevalencia de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) en familiares de primer grado de pacientes con estos trastornos, revelan que es superior la presencia (de 7 a 12 veces mayor) a la de familiares de controles.

En relación a las investigaciones sobre estudios gemelares y trastornos de la conducta alimentaria, han encontrado relación entre alteraciones neurobiológicas, el circuito de hambre y saciedad de quien padece estos trastornos. *“Estudios genéticos llevados a cabo sobre gemelos han demostrado la presencia de una concordancia entre monocigotos con respecto a la transmisión de la enfermedad”*. (Chinchilla 2003. p. 22).

1.5.4 Factores psicológicos

Los trastornos de la conducta alimentaria están vinculados con los trastornos de ansiedad, principalmente el trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad, debido a las ideas constantes de perfeccionismo se generan conductas compulsivas en la búsqueda de obtener el cuerpo deseado o cumplir los ideales estéticos personales, por ello ideas compulsivas, ejercicio excesivo, constante monitoreo calórico de los alimentos, la verificación del peso pueden conformar pequeños rituales en la patología, por ello este tipo de conductas se suele asociar a trastornos obsesivo-compulsivos, ya que la constante búsqueda del cuidado de la figura corporal así como su mantenimiento, forman parte de una serie de patologías que se presentan dentro del espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, por otro lado la alteración de la imagen corporal es parte de esta serie de alteraciones patológicas ya que las ritualizaciones y constante búsqueda de la figura soñada la mayor parte del tiempo están gravemente alteradas, por ello, la línea entre la vida y la muerte muchas veces es delgada, quienes padecen este trastorno en múltiples ocasiones no pueden dilucidar cuan delgado es el cuerpo y en consecuencia el estado de inanición en el que se encuentran.

Al igual que la relación existente con los trastornos obsesivos compulsivos, las alteraciones de la imagen corporal, brindan datos respecto al mantenimiento de la enfermedad.

Se presentan con distintos niveles de severidad desde lo que es la insatisfacción corporal en el extremo más bajo del continuo hasta lo que es la distorsión de la IC en el extremo de mayor gravedad. Entre las formas severas, encontramos el trastorno dismórfico corporal” (Kirszman y Salgueiro, 2015, p. 131).

Por otro lado diversos factores psicológicos están asociados a la etiología de la enfermedad, algunos de ellos están fuertemente vinculados con el narcisismo, problemas familiares, maltrato, cambios corporales, alteraciones de la imagen, baja autoestima, exigencia, autocontrol, negación de la sexualidad, entre otros.

Cambios corporales y psicosociales implicados en la pubertad-adolescencia, el sobrepeso, pubertad precoz, baja autoestima, perfeccionismo, autocontrol, obsesividad, miedo a la madurez, problemas en la autonomía, narcicismo, antecedentes de enfermedad orgánica o intervenciones, ejercicio físico excesivo, ciertos grupos de mayor riesgo, antecedentes de abusos sexuales o maltrato en la infancia (forman parte de factores predisponentes). (Chinchilla, 2003, p. 54)

1.5.5. Factores socioculturales.

La cultura juega un papel importante para la aparición, desarrollo y mantenimiento de la AN. La cultura permea y propone diversas maneras de comportamiento, creencias, estereotipos estéticos y tendencias a la valoración de aquellos que cumplen con los ideales propuesto, (Toro, 1999). La influencia de los factores socioculturales fungen un papel importante en la génesis y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, por otro lado permiten entender la naturaleza de los mismos, manifestaciones, cambios a través de la historia así como su distribución geográfica.

La relación que ha tenido el ser humano con la alimentación al igual que con el desarrollo de prácticas alimentarias, han sido vitales no solo para garantizar las necesidades básicas de supervivencia pertenecientes al orden biológico, sino para el enriquecimiento sociocultural del ser humano, por ello, García (2003) desde el punto desde vista transcultural, la anorexia nerviosa es vista como una enfermedad relacionada con valores sociales y culturales

Valor estético del cuerpo, preocupación parental por la figura, sobreprotección, rigidez o poca comunicación, inadecuadas costumbres-habitos alimentarios, modas de vestir, modelos, publicidad de productos adelgazantes, medios de difusión como

moduladores de gustos y opinión sobre imágenes corporales, destape o exhibición del cuerpo, rechazo social de la obesidad o sobrepeso, culto a la delgadez, modificación de roles femeninos en la sociedad, generalización de dietas restrictivas o milagrosas, así como del ejercicio físico como salud, moralidad o competencia. (Factores predisponentes y de mantenimiento).(Chinchilla 2003, p. 54).

1.5.6 Factores familiares.

A pesar que definir anorexia nerviosa resulte un confuso (respecto a la diversidad de criterios etiológicos propuestos) la mayoría de los autores convergen en que el ambiente familiar y la interacción entre los integrantes, es fundamental para la comprensión de la etiología, emergencia y mantenimiento de la anorexia nerviosa.

Si bien la familia ha sido identificada como un factor de protección, también es identificada como un factor de riesgo, esto principalmente es posible en núcleos familiares patológicos, rígidos, exigentes que no permitan la comunicación o que tiendan al maltrato. La importancia de la influencia de la familia en la aparición, desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa radica en *“las actitudes de los padres frente a la comida y la elección de estas son también fundamentales en el proceso de aprendizaje social”* (Ogden, 2003, p.44.).

La importancia de la familia en el sujeto radica en la presencia de modelos patológicos o sanos, ya que es en la familia donde el sujeto al inicio de su desarrollo conforma los ideales que busca cumplir al ser mayor y es en la adolescencia donde reelabora estos ideales a través de la autonomía, cultura y grupos sociales que lo influyan, sin embargo en el seno de estos ideales yacen los ideales primigenios que los padres brindaron al sujeto en etapas anteriores como la infancia.

Los trastornos de la conducta alimentaria anidan en modelos familiares patológicos, con organizaciones disfuncionales y en las que puede observarse con elevada frecuencia trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria. Son familias sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía del paciente e incluso se le desanima de forma soterrada, se crean así relaciones dependientes y enfermizas, que en ocasiones perpetúan el trastorno. (Chinchilla, 2003. p. 23).

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria el cual se estima, está presente entre el 1% y 2% de la población a nivel mundial, dentro de la población que lo padece los adolescentes son quienes lo presentan, por otro lado las mujeres a diferencia de los varones tienden a presentar con mayor frecuencia este trastorno.

La etiología de la anorexia nerviosa a diferencia de otros trastornos no se ubica dentro de una causa fija o estática, por el contrario, son múltiples los factores asociados a la emergencia de este trastorno, sin embargo los factores relacionados con este trastorno apuntan a que la cultura, la familia, las relaciones sociales, los factores biológicos propios de cada individuo forman parte de la multicausalidad del trastorno, por tanto ello degenera en la conformación de su imagen corporal, interacción con el entorno y su salud.

La anorexia nerviosa es un trastorno que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en cada época ha adoptado características propias, en la edad media, por ejemplo, se relacionaba a las practicas ascéticas donde el ayuno fungía como comunión con dios, posteriormente esta práctica si bien está presente en las conductas relacionadas con la restricción alimentaria ya no tienen el carácter religioso que imperaba en aquellas épocas, por su parte, en la actualidad, la anorexia adquiere la característica del temor a engordar en cual durante los años cuarenta empieza a mostrarse dentro de los historiales clínicos; es por ello que dentro de la etiología de este trastorno, se ubica a la anorexia

nerviosa como un trastorno íntimamente ligado con la cultura, con las prácticas sociales que colman a los sujetos.

La cultura al poseer los simbolismos que el sujeto en la medida que crece irá introyectando para formar parte de la cultura, es decir, para formar parte de esos simbolismos, de esta manera durante la adolescencia buscar la constante aceptación conlleva a resignificar la imagen corporal varias veces.

El re-elaborar la imagen corporal está sujeto a procesos del desarrollo psicosocial y psicosexual del ser humano, dentro de esta búsqueda la constante confusión a la que el adolescente se ve sometido aunado a los cambios biológicos que pueden resultarle incomprensibles; para ello Erikson explica este proceso como crisis de identidad, las cuales son parte del desarrollo de cada ser humano y son fundamentales para alcanzar la madurez.

Por ello en la anorexia nerviosa hacer hincapié de la influencia del entorno en los adolescentes es importante para poder generar estrategias que cumplan no solo con las necesidades psicológicas o biológicas, sino que sean adecuadas a su desarrollo psicosocial.

Capítulo II. Adolescencia.

El ciclo de vida del ser humano es estudiado desde múltiples disciplinas, en donde se estudian diversas etapas por las que el ser humano pasa, desde su nacimiento hasta su muerte, una de ellas es la adolescencia.

Cabe mencionar que la relación de los procesos biológicos con los procesos psicológicos están íntimamente ligados; el estudio biológico aplicado a los campos de la Fisiología, Biología, Epigénesis, Anatomía, Neuroquímica, Neurociencias, entre otras (aplicadas al campo biológico), permiten una comprensión integral del desarrollo biopsicosocial en la adolescencia.

Desde la psicología, la adolescencia es un tema ampliamente estudiado, ya que, la investigación de diversos autores como Sigmund Freud, Jean Piaget, y Lev Vigotsky, influyeron en el pensamiento y comprensión sobre las etapas del desarrollo que conforman el ciclo de vida del ser humano; posteriormente, autores e investigadores como Erick. Erikson, Jacques Lacan, Albert Bandura, Albert Ellis, Abraham Maslow, entre otros; enriquecieron las perspectivas sobre el desarrollo humano y al igual que los anteriores autores influyeron en la psicología evolutiva, cognitivo-conductual, psicodinámica, cultural, y educativa, posteriormente estos autores impulsaron a nuevas generaciones que abordan el estudio de las psicopatologías y trastornos presentes a nivel mundial, teniendo correlación de su etiopatogenia en la adolescencia, como lo son los trastornos de la conducta alimentaria o trastornos dismórficos corporales o los trastornos del estado de ánimo.

La aparición de trastornos de la conducta alimentaria principalmente surge durante la adolescencia y la juventud, afectan al 2% de la población adolescente; la mayoría de los adolescentes que sufren estos trastornos son mujeres; vale la pena mencionar que existe relación con del número de casos presentados en zonas urbanas, es decir, los datos epidemiológicos han encontrado relación entre el mayor número de casos de aquellos que viven en zonas urbanas, en comparación con aquellos que viven en zonas rurales, donde la presencia de estos trastornos

es casi nula o nula, en este punto el casi nulo los investigadores lo atribuyen al alcance que tienen los medios de comunicación hoy en día así como su influencia en la modificación de los estilos de vida.

La influencia de la cultura y los ideales estéticos aunados a las historias familiares en la que los adolescentes se desarrollan influye en la etiopatogenia del trastorno alimentario; situaciones estresantes, baja autoestima, la búsqueda de aceptación grupal, ansiedad, y el desarrollo en entornos hostiles son uno de tantos factores de riesgo y mantenimiento que influyen en la población adolescente y la etiopatogenia de los trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa.

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo del ser humano, que se caracteriza por la búsqueda de la identidad y la consolidación del yo, el cual, ha sido establecida anteriormente en la infancia, sin embargo, en esta etapa el adolescente busca reafirmarse mediante la búsqueda constante de la identidad, es decir, a través de la cultura, los lazos sociales, la autonomía y la introspección que este genere de sí mismo, lo que permitirá que genere y reestructure su identidad que le preparará para etapas futuras.

La adolescencia se caracteriza también por el desarrollo de competencia emocional y social. La primera se relaciona con la capacidad de manejar o autorregular las emociones y la segunda con la habilidad para relacionarse efectivamente con otros. Respecto de esta última, además de facilitar la progresiva autonomía, las relaciones con los pares cumplen otras funciones importantes, contribuyendo significativamente al bienestar y desarrollo psicosocial de los jóvenes. (Hagan, Shaw, Duncan. 2008, pp. 75-515, en Gaete, 2013, p. 438).

El concepto de adolescencia es relativamente nuevo ya que en la antigüedad no existía una etapa intermedia entre niñez y adultez, al contrario, la presencia de ciertos factores de orden biológico como la menstruación o la presencia de ciertos

signos en varones, como cambios de voz, la aparición de vello o la decisión del grupo al que pertenecía el varón eran los que daban pauta a ritos que le instauraban a la adultez, lo cual tenía la función de instaurar al niño a aquellas normas simbólicas del mundo adulto que estaban negadas para el entonces niño que ahora pasa a ser reconocido como actor social dentro de su cultura, es decir se le otorga responsabilidad y acción.

No fue hasta el siglo XXI cuando a través de las modificaciones de los estilos de vida resultados de la industrialización, principalmente de las grandes urbes, permitieron que se diera una etapa donde el sujeto tuviera un espacio para la auto exploración y convivencia social, sin necesidad de ser participe en totalidad con las actividades y responsabilidades que exige el mundo adulto, esto permitió que el sujeto aun siendo niño se preparara para la adultez teniendo espacio, voz, acción, autonomía que lo prepararan para la conformación de su identidad, la cual a lo largo de su vida estará sujeta a diversas modificaciones; Erikson (1969) propone que estas modificaciones están marcadas por “crisis de identidad”, las cuales son necesarias para que el sujeto construya su identidad.

El término adolescencia deriva del latín “*adolescere*”, que significa crecer hacia la adultez. La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. (Neinstein en 2013, en Gaete 2015, p. 437).

La adolescencia es una etapa de la vida de prima importancia, es cuando el “yo” adquiere fortaleza y autonomía, es por ello que la influencia sociocultural en esta etapa del ciclo de vida es esencial para el desarrollo psicosocial del sujeto, si el desarrollo se da de una manera saludable, es decir, si existe el fomento de factores de protección, como lo son las conductas de mantenimiento tales como, el cultivo de autoestima, independencia, círculos sociales, autoexploración y aceptación de sí mismo; la emergencia de trastornos alimentarios como la

anorexia nerviosa puede disminuir su incidencia, inclusive elevando la calidad de vida de los futuros adultos que formaran parte de la economía activa y del entramado sociocultural.

2.1. Bases biológicas de la adolescencia.

Desde la psicología el trabajo multidisciplinar, inter y transdisciplinar han permitido generar enfoques que integren o complementen el estudio de la psique humana, para lo cual el estudio en las bases biológicas del desarrollo y de la conducta permite correlacionar y asociar la influencia de los mecanismos biológicos a los cuales el cuerpo humano está sujeto; por tanto su estudio ha resultado de vital importancia dentro de los estudios relacionados al ciclo de vida.

Los cambios biológicos influyen en la consolidación de la identidad del ser humano, si bien los factores psicosociales y culturales también ejercen un papel de suma importancia; la influencia que ejerce la maduración del sistema nervioso así como el sistema endocrino permiten que el desarrollo conductual y neurológico de cabida a la integración de los significados simbólicos que se encuentran en la cultura, lo que permitirá la configuración del pensamiento hipotético-deductivo que se verá reflejado en la adultez.

Al hablar de adolescencia se debe distinguir que adolescencia no es igual a pubertad, comúnmente se llega a emplear el término de pubertad como un símil de adolescencia, pero ambos conceptos distan de ser similares.

La adolescencia coincide en tiempo con un proceso de orden biológico llamado pubertad, el cual está marcado por una serie de eventos fisiológicos que dan paso a la maduración de los órganos sexuales, es decir, la pubertad *“Es la fase inicial de la adolescencia, se caracteriza principalmente por los cambios anatómicos y fisiológicos que conducen a la madurez sexo-genital”*. (Díaz. 2006, p.437).

La definición oficial de adolescencia que proporciona la Organización Mundial de la Salud, establece que es:

El periodo del crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de

crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. (OMS, 2017).

La pubertad, (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012) se ve marcada por los cambios que ocurren en el cuerpo se ven marcados por dos etapas, la primera está vinculada con la activación de glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones que secretan andrógenos como la Dehidroepiandrosterona (DHEA), esta primera etapa se ubica entre los seis u ocho años, por otra parte la segunda etapa está relacionada propiamente con la maduración de los órganos sexuales, en donde los niveles de DHEA son diez veces mayores, esto permite la estimulación en áreas del cuerpo que favorecerán el crecimiento de vello púbico, axilar, facial, propiciarán el crecimiento corporal, aumento de la grasa en la piel y olor corporal. En esta segunda etapa cada sexo tendrá su desarrollo correspondiente, es decir, en las mujeres esta estimulación que se presenta permite que los ovarios aumenten la producción de estrógeno, lo que da paso a la menarquia y crecimiento de los senos, por otro lado en los varones, el papel que desempeñan los testículos es importante, pues incrementan la producción de andrógenos, principalmente testosterona, lo que permite estimular los órganos sexuales masculinos. Cada uno de los sexos libera o inhibe las hormonas que necesitan de acuerdo a sus necesidades biológicas.

A nivel neurológico, los diversos estudios que se han realizado relacionados a la influencia de la maduración cerebral y su influencia en la percepción de la realidad y construcción conductual apuntan que aproximadamente de los cinco a los veinte años hay adelgazamiento de la sustancia gris, desde las regiones posteriores a la región frontal, en estas regiones la maduración es tardía, poseen relación con las funciones cognitivas como planificación, razonamiento y el control de impulsos (Iglesias, 2013).

2.2. Desarrollo psicológico durante la adolescencia.

Enfoques dentro de la psicología tales como la escuela Cognitivo- conductal, Gestalt, Humanista, al igual que los aportes que se han hecho desde el psicoanálisis, han abordado el desarrollo humano desde la conjunción de los procesos cognitivos y la relación con los procesos orgánicos que conforman al individuo, integrando la influencia de las esferas socioculturales que influyen en el desarrollo psicosexual y psicosocial del sujeto.

Esencialmente en la adolescencia la maduración de los órganos sexuales así como la psique del sujeto, forman parte de uno de los procesos más importantes dentro del desarrollo humano ya que la manera en cómo se liberen neurotransmisores, hormonas, afectara la percepción del sujeto sobre su entorno, su libido, la conformación del yo y en consecuencia su identidad.

El desarrollo psicológico del ser humano, comprende una parte fundamental de la maduración del ser humano, son diversas las etapas a lo largo de la vida, sin embargo, cada etapa desde el nacimiento hasta la muerte, dependiendo del autor, comprende un proceso de maduración no solo a nivel orgánico sino a nivel psicológico haciendo una conjunción dentro del sujeto que le permita desarrollarse en diversas esferas de su ciclo vital.

El período de desarrollo humano que cubre la adolescencia es considerado crucial, ya que marca el término de la niñez y tiene como meta completar el complejo proceso de romper los lazos de dependencia infantil y lograr un proyecto de vida e identidad propio. El desarrollo biológico, cognitivo y psicosocial que logren desarrollar los adolescentes en esta etapa del ciclo vital, determinará la forma en que vivirán su vida como adultos. (Valenzuela, Ibarra, Zubarew et. al. 2013. pp. 50-54).

Desde el punto de vista de Erik Erikson quien fue discípulo directo de Sigmund Freud, contribuyo a la noción de ontogénesis en el ser humano, propone que la

adolescencia es una etapa del desarrollo influenciada por los antecedentes de la infancia y que a su vez va a presentar ritualizaciones, para ello Erikson amplía el desarrollo psicosexual propuesto por Freud en donde incluye factores propios de la realidad que serán detonantes para el desarrollo, confrontación y conformación del ser humano, a ello le llamo, crisis de identidad, las cuales son fundamentales para que el sujeto a lo largo de su desarrollo ontogénico adquiera competencias que le permitan desarrollarse de manera positiva dentro de la sociedad y así aprovechar al máximo su creatividad y propiciar que la sociedad desarrolle tecnología y creatividad.

2.2.1 Etapas del desarrollo humano propuesto por Erickson.

Para Erikson la ontogénesis del ser humano del desarrollo humano se ve influenciado por la cultura, factores de orden biológico y psíquicos, ello comprende diversos niveles de madurez, donde estos niveles se dividirán en diferentes estadios, los cuales, integraran el nivel somático, psíquico, social, ético y epigenético, posteriormente darán dimensión al desarrollo psicosexual y psicosocial del ser humano.

El desarrollo psicosocial de la etapa adolescencia y Juventud es vital. Erickson integra la definición de la identidad y las crisis de identidad por las que pasa el sujeto. (Erickson 1962, en Mietzel, 2005). La incertidumbre que experimenta el sujeto al concluir la adolescencia temprana provee una etapa evolutiva que colma de incertidumbre al sujeto en relación a su propia persona.

La ontogénesis propuesta Erickson. (1972) comprende ocho etapas, las cuales se describen a continuación, vale la pena resaltar que cada etapa será expuesta de manera sintética a excepción de la etapa que comprende la adolescencia, ya que es esta etapa de vital importancia para la temática que se desarrolla a lo largo de la presente propuesta.

1. Estadío: confianza versus desconfianza - Esperanza Niño de 0 a 12-18 meses.

En esta etapa la certeza interior, la sensación de bienestar (colmada por la saciación física, sistema digestivo, respiratorio, circulatorio, etc.) al igual que lo psicológico es decir, las sensaciones de acogimiento, bienestar, atención, cuidados y el amor depositado durante la alimentación así como la seguridad que deposita la madre en el niño forman parte de la confianza básica que este genera. Por otro lado la desconfianza se desarrolla como resultado de la falta de respuesta en estos afectos, cuidados y atenciones resultado de las necesidades del niño, lo que propicia sensaciones de abandono, aislamiento, separación, confusión existencial ya sea propia o de los otros, cabe mencionar que la desconfianza

2. Estadío: autonomía versus vergüenza y duda – Autonomía Infancia: de 2 a 3 años

Este periodo se caracteriza por la maduración y desarrollo psicomotor en donde el tono muscular, la coordinación, el fortalecimiento del control de esfínteres y el desarrollo lingüístico, son elementos fundamentales y característicos de esta etapa.

Los padres juegan un papel esencial, pues ellos serán de impulso para la autonomía del niño así como la superación de la vergüenza, la duda, el acatamiento de normas, formación del deseo, auto-expresión y el reconocimiento del orden. En este punto el papel de la ritualización es importante para el desarrollo de estas características, ya que fomentan la formación de la conciencia moral la cual generara equilibrio entre los aspectos de cooperación o aislamiento, altruismo o comportamientos egoístas o amor u odio

3. Estadío: iniciativa versus culpa y miedo – propósito. Edad Preescolar: de 3 a 5 años.

En esta etapa el descubrimiento, el aprendizaje sexual, el refinamiento locomotor al igual que el refinamiento del lenguaje, son características fundamentales que

permiten al infante entrar a la realidad o fantasía, aprendizaje psicosexual, en donde el complejo Edipo, la identidad de género así como los respectivos roles sociales forman parte del desarrollo psicosexual, por otro lado el aprendizaje cognitivo se ve reflejado en el desarrollo preoperacional y conductual, el fortalecimiento afectivo se ve reflejado en la expresión de los sentimientos.

En esta etapa la fuerza distónica está relacionada con el sentimiento de culpa, la cual es resultado del fracaso durante el aprendizaje ya sea psicosocial, cognitivo y comporta mental así como el temor que genera enfrentarse a los otros. Estos sentimientos son fundamentales ya que el equilibrio que se genere entre la fuerza sintónica de la iniciativa, la culpa y el miedo generaran consciencia moral, la cual también partirá de los valores y principios que el sujeto internalizara mediante el aprendizaje, el cual durante la edad escolar se verá reflejado en la inserción social al igual que los ideales representados por adultos, (principalmente sus padres) y la sociedad.

Durante esta etapa se desarrolla la capacidad del sujeto de generar una separación afectiva, por ello la triada familiar que está presente en el Complejo de Edipo funge un papel importante, para su resolución y para generar dentro de esta crisis, el deseo, pero este deseo está vinculado una idealización del ser y del hacer.

Durante esta etapa el juego desempeña un papel muy importante pues denota las ritualizaciones por excelencia de las experiencias de la niñez, es decir, los roles y funciones sociales se verán proyectados dentro del aprendizaje y las crisis psicosociales las cuales influirán en su consciencia moral; justamente esta consciencia moral es ritualizada mediante el juego a través de los juguetes se verá la ritualización mediante las sensaciones del cuerpo y las acciones o conductas se elaboraran mediante la ritualización que corresponde al entorno.

4. Estadío: industria versus inferioridad – competencia. Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años.

Durante esta etapa, los deseos sexuales sociales y personales disminuyen, es decir entran en un periodo de latencia, este periodo es el que en la propuesta original del desarrollo psicosexual Freud propone como Latencia.

En esta etapa el aprendizaje cognitivo será fundamental para las operaciones concretas, las cuales serán responsables del desarrollo científico y tecnológico, el cual Erikson propone que es fundamental para el enriquecimiento de la cultura, ya que dotara de productividad y creatividad al sujeto. Gracias al fortalecimiento del aprendizaje cognitivo y la moralidad adquirida en la etapa anterior, el infante será capaz de acatar instrucciones por parte de figuras que funjan como mediadores del orden, como la familia, la sociedad y otras instituciones como la escuela por ello serán capaces de desarrollar competencias como el compromiso, responsabilidad y el cumplimiento de tareas; es en esta etapa, donde el papel de los padres, tutores o profesores, es esencial para que el infante logre desarrollar sus competencias de la mejor manera posible.

Esta etapa se centra fundamentalmente en la superación de la crisis entre los sentimientos de inadecuación o inferioridad existencial, junto con la incapacidad en el aprendizaje cognitivo, conductual y la capacidad de creatividad y productividad. Como resultado de esta crisis dependiendo de su resolución se lograra generar en el infante sentimientos de relacionados a los logros, la competencia, participación, empoderamiento o por otro lado a sentimientos asociados al fracaso; lo cual influirá en la profesión del futuro adulto, así como el desarrollo de sus competencias. Durante este periodo el desarrollo de una actitud formalista, dejando de lado el sentido lúdico y la creatividad se tienden a desarrollar actitudes técnicas, es decir, actitudes monótonas, mecanicistas e inclusive burócratas.

En esta etapa es fundamental en el infante para impulsar su creatividad que para que posteriormente el infante que entra en la transición de lo que culturalmente se denomina adolescencia sea capaz de superar las crisis de identidad que se presenten en esta etapa; Durante el final de esta inicia la constante resolución y búsqueda de la identidad la cual se verá expresada mediante las crisis de identidad, que serán mayormente presentadas en la siguiente etapa; por ende el yo a lo largo de esta etapa y la etapa correspondiente a la adolescencia propiamente tendrán una vinculación directa con la adquisición de las competencias y aprendizaje de etapas anteriores, las cuales serán fundamentales para la resolución de las crisis de identidad, características de la adolescencia.

5. Estadío: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe. Adolescencia: de 12 a 20 años.

La genitalidad inicia en esta etapa al entrar la pubertad y la adolescencia la cual es resultado de la combinación de los procesos biológicos como lo son el crecimiento corporal aunado a los cambios hormonales característicos de la pubertad, junto con la madurez psicosexual. Estos cambios serán de suma importancia en la génesis de las crisis de identidad serán una constante en esta etapa así como la resolución de las mismas, las cuales si son resueltas de la mejor manera en el adulto joven la conformación de la identidad quedara resuelta.

Las crisis de identidad presentes en esta etapa están relacionadas con la integración de las esferas psicosexuales, culturales y sociales del sujeto, pues la formación de la identidad ira adquiriendo fuerza en la medida que las competencias (desarrolladas en etapas anteriores) permitan la superación de las crisis así mismo, la conformación de la identidad adquirirá dos caracteres fundamentales, el primero está relacionado con la identidad psicosexual, el cual, está relacionado con los sentimientos de lealtad, confianza y fé producto de los valores adquiridos a través de la ritualización que se expresa en la infancia; este proceso permite al adolescente generar sentimientos de amor que buscaran

formalizar vínculos afectivos, los cuales se verán reflejados a través de la búsqueda de un compañero sentimental.

Por otro lado la búsqueda de la identidad psicosocial es vital en el adolescente ya que justamente esta búsqueda le confrontara con la búsqueda de su identidad y la búsqueda de su rol dentro de la sociedad así como las expectativas y fantasías que posee de la misma, para ello buscara la identificación a través de los grupos sociales y la búsqueda de una profesión en la cual pueda desarrollar sus capacidades ampliamente, por ello en esta búsqueda la influencia de las esferas sociales en donde el adolescente se desarrolle fungirán un papel primordial para la búsqueda de sus ideales; es en esta búsqueda donde la cultura forma un papel de prima importancia ya que es en ella donde se buscara satisfacer las expectativas y demandas que la misma ofrece; por ello, hablar de una identidad cultural y espiritual, la influencia de la cultura como parte de la búsqueda de identidad permite que los sujetos generen justamente las expectativas de sí sobre su papel dentro de la sociedad al igual que como él se experimenta dentro de ella. Por otro lado la identidad religiosa permite que el sujeto deposite sentido espiritual a su vida, lo que le permitirá fortalecer su sentido de fe.

En esta etapa la fuerza distónica a diferencia de la fuerza sintónica que se ve reflejada en la fe y fidelidad, se verá reflejada en la inseguridad, incertidumbre, la confusión de roles dentro de la sociedad, ello impactara en la formación de la identidad; por ello la relación social será fundamental en la formación e integración grupal entre iguales, esto permite que el adolescente busque identificación y ecuanimidad y tanto en el ámbito afectivo, como cognitivo al igual que comportamental con los individuos con los que puede establecer relaciones autodefinitorias lo que permitirá superar las crisis de identidad, dicha superación expresara mediante la superación de la confusión de roles; estableciendo relaciones de confianza, estabilidad, fidelidad y consolidación de creencias o ideologías.

6. Estadio: intimidad versus aislamiento – amor. Joven Adulto: de 20 a 30 años.

Esta etapa se caracteriza por la intimidad como fuerza sintónica, la cual permite al sujeto confiar en el otro como pareja, compañero o compañera, también le permite formalizar o integrarse a afiliaciones, desarrollar ética para ser fiel a los lazos que entabla; por otro lado también comprende la magnitud de los sacrificios y compromisos que conlleva el mantenimiento de esta fuerza sintónica.

El desarrollo de estas competencias permite el desarrollo de una relación sexual saludable lo que permite generar confianza, intimidad en él y el otro para así compartir su confianza, generar ciclos de procreación, trabajo, ocio que le permitan generar un futuro con mayor calidad y condiciones de vida; es en esta etapa donde la genitalidad se puede decir se da por concluida. Por el contrario, sino se genera un desarrollo óptimo se pueden generar aislamiento afectivo, individualismo, egocentrismo sexual, psicosocial, individual o inclusive ambos.

El equilibrio entre la intimidad y el aislamiento permiten el fortalecimiento del ejercicio profesional y sentimental; ello se puede ver reflejado en las actividades en las que el sujeto se verá interactuando, como los deportes, asociación a instituciones, establecimiento de vínculos afectivos; como resultado de ello la maduración de los sentimientos como el amor permite pasar al sujeto de un estado individualista a un estado donde se toma en cuenta a los demás sujetos de la sociedad; el desarrollo de estas competencias, es decir de la capacidad de generar sentimientos como el amor así como el aislamiento enfocado al desarrollo profesional genera ritualizaciones de carácter integral, cabe mencionar que las ritualizaciones desintegrantes sufre del aislamiento afectivo y social al igual que del mantenimiento del narcisismo.

7. Estadío: generatividad versus estancamiento – cuidado y celo. Adulto: de 30 a 50 años.

La crisis de identidad que define a esta etapa reside en el conflicto de la generatividad en oposición al estancamiento, en esta etapa se ve reflejada en la

inversión, la formación, y educación de nuevas generaciones (sean propios hijos o como aportación tecnológica a la sociedad).

La generación de nuevas ideas (creatividad) para el beneficio de nuevas generaciones se puede ver reflejado en el impulso *generativo* que está relacionado a la capacidad de productividad, la generación de tecnología, ciencia (como aportación a la cultura y desarrollo ontogenético) en donde la creatividad juega un papel importante para dar impulso a la gestión de estos ítems, la creatividad es fundamental en el desarrollo psicosocial del ser humano pues en ella se ve proyectada la fuerza, generación y desarrollo de la vida humana o por su contrario su extinción, por este motivo para cada persona se verá reflejada en la manera en que el sujeto logra generar esta creatividad o por el contrario genera procesos de estancación lo que remitiría a un estado estéril de la creatividad, lo cual estaría evitando en el sujeto darle movilidad y desarrollo a su ciclo de vida, cabe mencionar que esta dialéctica ira permeando sus experiencias de vida o muerte.

Para que el sujeto sea capaz de generar sentimientos como amar o generar el interés de trabajar por otros (hijos, pareja, sociedad) es fundamental que se dé la superación de esta lucha constante de fuerzas ya que durante esta etapa el cuidado y el amor; ello, se verá reflejado en un sentimiento de responsabilidad universal, ya no solo para el sujeto sino del compromiso del dentro de la sociedad, con su núcleo familiar, personal y sentimental, es decir, adquirirá un sentimiento de universalidad. La resolución de esta crisis genera la experiencia de la caridad. Si la fuerza generativa se ve frustrada o fracasa dará paso a la emergencia de sentimientos de estancación, depresión, narcisismo o frustración lo que será un bloqueo e imposibilitara al sujeto en su eficiencia del amor (el cual se puede ver reflejado en la vida matrimonial, sentimental o en su vida profesional como lo es el empleo).

Los sentimientos de estancamiento están relacionados con regresiones psicosociales, sentimientos de esterilidad personal, social que van de la mano con sentimientos de incapacidad de generar, producir, criar aunado a una neurosis cuasi obsesiva de una búsqueda de pseudo-intimidad , ello genera en el individuo que el entorno que lo rodea como lo es la cultura, la sociedad, las personas y cualquier otro grupo social lo perciba como una amenaza, lo que puede generar en el sujeto sentimientos de aversión, exterminación y rechazo, cabe mencionar que si el rechazo social es inhibido puede ir en contra del propio sujeto, lo que generaría sentimientos de auto-rechazo.

La educación y la tradición están ligados a los principios de orden social, estos principios están vinculados al cuidado y celo generados en esta etapa, también son fundamentales para la creación de instituciones que puedan garantizar la calidad y bienestar de los estilos de vida en las nuevas generaciones. En la edad adulta el ritualismo intransigente característico de esta etapa; al sobre ponerse a las ideologías, procesos psicosociales, vida familiar o profesional puede desembocar en autoritarismo por el uso exagerado de esta sobreposición.

8. Estadío: integridad versus desespero – sabiduría. Vejez: después de los 50 años

La integridad en este estadio conforma la fuerza sintónica, las etapas anteriores junto con sus fuerzas sintónicas y distónicas son resinificadas de acuerdo a los valores y experiencias que se vivan en el momento de la vejez, sean sanos o patológicos. La integridad permite que la ontogénesis del sujeto den paso a la pérdida o integración de los valores que el sujeto ha ido generando y superando las diferentes crisis que ha atravesado, ello se ve sometido nuevamente a una dialéctica en donde se puede o integrar o fragmentar los valores desarrollados a lo largo de su historia de vida.

Para la integración o fragmentación de los valores la sabiduría es fundamental, a decir verdad, la sabiduría permite acceder a todas aquellas vivencias experimentadas durante la historia del sujeto lo que permite en él dimensionar y significar su propia historia; por ello, la pérdida o la debilidad de la integración remiten a una falta de significación aunado a la confrontación de la muerte, la cual confronta la historia de vida del sujeto y propicia esa significación, pues al recordar la historia de vida los sujetos contactan con cada etapa, superación de las crisis y en consecuencia con cada competencia desarrollada, lo que permitirá al sujeto una confrontación de manera positiva, o negativa que se verá reflejada en la en el temor o aceptación de la muerte. Por tanto, la ritualización en esta etapa está ligada a la sabiduría, principalmente mantiene el sentido de la vida, los sentimientos, pensamientos, ideas así como los comportamientos y brinda esperanza.

2.2.2. Crisis de identidad

Para Erikson las crisis de identidad son aquellas experiencias caóticas que forman parte de la transición ontogenética del ser humano que lo incitan a cuestionar su conformación yoica partiendo de fuerzas distónicas y sintónicas adquiridas durante cada estadio del desarrollo de vida y que lo confrontaran con la realidad que vive en el momento en que se presentan estas crisis.

Para ello es fundamental que el infante genere los mecanismos simbólicos que lo inciten a interactuar con la realidad, pues al entrar en contacto con la cultura el mundo simbólico juega un papel importante ya que es este mecanismo psicológico que le permite interactuar con los significados y significantes para así dar paso a la introyección de normas, creencias, y valores que imperan dentro de la cultura; *“la experiencia de la crisis de identidad, se presenta cuando el mundo de infancia da paso al de un universo ideológico que coexiste durante algún tiempo con el conocimiento acumulativo de la realidad”* (Erickson, 1972/2015. p. 63). Por tanto para que las crisis de identidad surjan es importante el paso del infante por el

complejo Edipo para así dar la resolución que le permitirá configurar el súper yo, el cual será el encargado (a nivel psíquico) de que el sujeto introyecte todos aquellos significantes y significados vinculados al orden o por el contrario que genere mecanismos anarquistas, posteriormente ello, le llevara a interactuar de una manera específica con la realidad.

La realidad es un pilar fundamental para el desarrollo ontogénético ya que de ella se adquieren las experiencias y vivencias que permean al ser humano de aprendizaje así como de conocimiento, por tanto los estadíos son procesos de prima importancia por los que el sujeto durante todo su ciclo vital deberá confrontar una y otra vez con el objetivo de superarlos para establecer una relación consigo mismo y con el entorno, por tanto el desarrollo que genere dentro de este proceso dará paso a las situaciones caóticas que conformaran la realidad y el contacto con la misma, para sí confrontar al sujeto con la realidad y configurar su identidad.

Las crisis de identidad comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales, así mismo abarca la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada estadio.”(Erikson 1975 en Bordigon, 2005, p. 52)

Erickson desarrolló el concepto de crisis de identidad, en donde refiere que las crisis durante la ontogénesis del individuo forman parte de una naturaleza propia de cada de cada sujeto dada por el paso de cada estadio del ciclo de vida, lo cual supone que al pasar por cada una de las etapas adquiere competencias que el sujeto irá introyectando para así formar las bases de las siguientes etapas, donde, al ir creciendo, dependiendo del contacto con la realidad y el contacto con cada fuerza sintónica y distónica su identidad ira adquiriendo forma hasta conformar

una identidad solida, cada estadio del desarrollo, para Erikson supone una crisis, sin embargo, *“las del desarrollo, no son una catástrofe o una fatalidad, sino un punto de giro, un periodo crucial de vulnerabilidad incrementada y de más alto potencial”* (Erikson, 1992:82 en Díaz, 2006, p.3). Dentro de esta conformación las sensaciones de miedo, ansiedad y temor son fundamentales para que el sujeto de movilidad y cuestione la situación caótica a la que se enfrenta, estos miedos, ansiedad y temores también lo impulsaran a superarlos y así adquirir competencias que le permitan conformar su identidad y confrontar la realidad.

“El término de crisis sugiere que su aparición implica una notable rebelión emocional. La naturaleza del conflicto de identidad depende a menudo del pánico latente infiltrado dentro de un periodo histórico. Algunos periodos en la historia se vuelven vacios de identidad a causa de tres formas básicas de la aprensión humana tales como: miedos, ansiedades y temor”. (Erikson, 1972/2015. pp. 14-15)

2.2.3. Identidad

La formación de la identidad conlleva a la adopción de los valores introyectados durante la infancia mediante la influencia de los padres, cultura, resolución del Complejo de Edipo y las formación del súper yo, así como la ritualización que se presenta en cada etapa del desarrollo y la interacción con el entorno, lo que permitirá que el sujeto genere expectativas, fantasías y deseos sobre lo que espera de esa cultura y a su vez de sí mismo, ello le conducirá a ir formando su identidad se puede afirmar que *“La identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales, la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer así como porque vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria”.* (Papalia, 2012, p. 468). Por tanto las crisis son importantes ya que irán direccionando al sujeto a darle solución y sentido a cada una de estas esferas que conforman al sujeto.

Las etapas de desarrollo son fundamentales para la conformación de la identidad, sin embargo es la adolescencia en donde hay mayor presencia de las crisis de identidad lo cual permite confrontar constantemente la identidad que el sujeto tiene de sí y así poder reelaborarla respondiendo ya sea a su demanda propia o a las demandas psicosociales y culturales, sin embargo esta constante reelaboración también orilla al sujeto a someterse a una constante confusión, la cual es parte de la duda de las crisis de identidad, para ello Erickson identifica confusión de la identidad como *“aquellos estados en donde existe un empobrecimiento y disipación de las ganancias emocionales, cognoscitivas y morales dentro de un transitorio estado grupal, en un renovado aislamiento, o en ambos”*. (Erikson, 1972. p. 130). Durante la adolescencia la búsqueda de la resolución de las crisis de identidad generaran una constante confusión que ira confrontando al sujeto mediante las crisis y que en la juventud esperan ser resueltas para alcanzar la consolidación de la identidad.

La formación de la identidad posee un aspecto negativo, la identidad negativa es la suma de todas las identificaciones y fragmentos de identidad que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables o mediante los cuales se hace sentir como diferentes a individuos atípicos o a ciertas minorías específicas, (Erikson, 1972, p. 13-14).

La confrontación de la identidad a través de las crisis posee una conexión con la intimidad, la cual será importante en el desarrollo psicosexual del sujeto y que según Erikson existen diferencias de género en relación a la conformación de la intimidad dado que *“un hombre no es capaz de experimentar intimidad real hasta después de haber alcanzado una identidad estable; en las mujeres se define a través del matrimonio y maternidad, desarrollan identidad a través de la intimidad”*(Erikson, s.f. en Papalia, 2012, p. 468); sin embargo, Erikson hace hincapié en que la naturaleza de la conformación de la identidad corresponde a procesos psicológicos, antropológicos, biológicos y culturales por ello *“los efectos*

de la identidad aparecen dentro de contextos de diferente verificabilidad. Decir entonces que las crisis de identidad son psico y social". (Erikson 1972. p.11).

La conformación de la identidad así como la superación de las constantes confusiones que se presentan en el sujeto le permiten alcanzar la madurez, es decir existe una personalidad conformada, para Erickson, una personalidad conformada se ha ido forjando a lo largo de las diversas etapas de desarrollo, de las cuales:

Tres fuerzas surgen como ejes en la vida de las personas, que emergen de los estadios cruciales de la vida humana: la esperanza, en la infancia, a partir de la antítesis entre la confianza por desconfianza; la fidelidad y la fe, en la adolescencia, a partir de la superación de la dialéctica de la identidad por confusión de identidad; el amor en la vida adulta, como síntesis existencial de la superación de la generatividad por estancamiento. De su eficacia depende la calidad de vida de las personas y de la sociedad en el tiempo y en la eternidad. (Erickson, 1962 en Bordignon, 2005.p. 60).

2.3. Prevención de la anorexia nerviosa en adolescentes.

La prevención en los adolescentes es medular no solo para el individuo que recurre a los centros de salud sino también para la sociedad que acoge a esta población y que también financia los servicios de salud.

En relación con el tema de las intervenciones preventivas, considera que los problemas de salud mental del adolescente son de solución compleja, la cual debe enfocarse en múltiples planos: biomédico (ejemplo: médicos y psicólogos y psiquiatras especializados en esta etapa), psicosocial (como los programas de prevención o campañas de de salud para adolescentes en riesgo), familiar (escuela para padres) y sociocultural (institutos culturales, los centros juveniles, las

brigadas de salud juvenil, los grupos religiosos y de boy-scouts o girl-guides, etc.). (Florenzano, 1998, en Páramo, 2011, pp. 87-88.)

El énfasis y el apoyo en ámbitos psicológicos, educativos y pedagógicos han sido de gran ayuda en el desarrollo de programas para población en general. Los resultados permiten la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; uno de los casos con mayor impacto son las enfermedades crónico degenerativas tales como la diabetes miellitus tipo II, en donde los estilos de vida al igual que en muchos padecimientos, influyen en la presencia y/o mantenimiento de la enfermedad.

Por otro lado en lo que refiere a trastornos de la conducta alimentaria si bien se han desarrollado planes de acción, talleres psicoeducativos; cabe mencionar que están orientados en su mayoría a contrarrestar factores de riesgo para la diabetes, hipertensión arterial u obesidad así como propiciar hábitos alimentarios y conductas saludables.

Para la prevención de los trastornos alimentarios tales como la anorexia o la bulimia, son casi nulos los programas preventivos; es comprensible, puesto que la incidencia de la enfermedad en la población a nivel mundial, en promedio, es del 2% a diferencia de las enfermedades crónico degenerativas que se ubican arriba del 60% de la población global.

Para la prevención y promoción de la salud conocer los hábitos y estilos de vida son fundamentales para poder desarrollar el tipo de prevención y estrategias a emplear, conocer las necesidades de la población es importante para poder desarrollar estrategias que los individuos integren a su cotidianidad sin que se sientan forzados, al contrario, el objetivo del conocimiento de sus necesidades es justamente propiciar una modificación en sus estilos de vida y hábitos que vaya en equilibrio con sus actividades.

(Antona, 2003)Menciona que:

Desde el punto de vista de la promoción de la salud consideramos que durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un capital de salud, en términos de información sobre temas claves y la adquisición de unas habilidades de vida y estilos de respuesta saludables. Para atender las necesidades de salud de los y las adolescentes es necesario ante todo:

1. Identificar y describir la magnitud de sus necesidades.
2. Identificar, describir y evaluar los servicios disponibles y en qué medida atienden esas necesidades.
3. Modificar e introducir servicios adecuados para atender las necesidades no cubiertas en la actualidad, evaluando su eficacia (p.51).

La adolescencia es una etapa que se ve influenciada por la presencia de la pubertad en donde la presencia de cambios biológicos psicológicos y culturales permite al sujeto entablar una relación consigo mismo y su entorno.

la influencia del entorno social, funge un papel importante ya que al ser una etapa donde la búsqueda de identidad y la aceptación social imperan en el adolescente, lo que propicia constantes dudas respecto a su imagen, su identidad, su aspecto físico, estas dudas constituyen la confusión de la identidad las cuales se encuentran dentro de las crisis de identidad, son de vital importancia ya que incitaran al sujeto a darles resolución y así poder llegar, más tarde, a un estado de madurez sano; es necesario resaltar que la resolución que se den a estas crisis de identidad irán permeando la estructura psicológica del sujeto lo que más tarde al entablar lazos afectivos que requieran mayor compromiso o toma de responsabilidad darán cuenta de lo acontecido en etapas anteriores.

La búsqueda y el constante cuestionamiento de la identidad aunado a la influencia del entorno, puede traer en lugar de resoluciones positivas, resoluciones que ponen en riesgo la calidad de vida, donde puede vincularse con diferentes experiencias que mermen su desarrollo psicobiológico, social y psicosexual, por

tanto durante la adolescencia la negociación, la fe, lealtad y confianza son características positivas que deben mantenerse para una madurez sana.

La creación de programas preventivos proyectados a la población adolescente permite brindar estrategias que disminuyan la incidencia y prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, de la misma manera entender los diferentes retos a los que se encuentra los sujetos que atraviesan esta etapa, lo que permite generar empatía y así propiciar entornos saludables. Por otro lado desde la prevención crear talleres o proyectos orientados a la adolescencia para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria es de vital importancia ya que la mayoría de la emergencia de estos trastornos tiene inicio en esta etapa.

Lograr la disminución de la presencia de la enfermedad mediante la psicoeducación no solo deja como legado la contribución social, sino que las herramientas que se den a los adolescentes también les servirá para confrontar las diversas crisis de identidad que se presenten en su ciclo de vida, de la misma manera, si una persona logra cambiarse así mismo logra influir en su entorno, si cambia de manera positiva, el entorno también se torna positivo, inculcar en los adolescentes estrategias orientadas al cultivo de empatía, amor, comunicación, reconocimiento de sus emociones así como su manejo; genera sujetos sanos que a través de sus acciones impactaran a diversas personas que al final constituyen el entramado sociocultural, un adolescente sano permite o da la oportunidad de una futura sociedad sana.

Capítulo III. Terapia Cognitiva basada en la Conciencia (Mindfulness).

El desarrollo de diversas corrientes psicológicas constituyen un pilar fundamental, ello reside en la aplicación desde el ámbito terapéutico, científico al igual que en la aportación al que hacer psicológico, por tanto las aportaciones que brindan las terapias de tercera generación a la psicología permiten ampliar las nociones de la psicología clásica dadas desde la psicología experimental, conductismo a la psicoterapia.

El enriquecimiento de las corrientes psicológicas como el conductismo han permitido generar una importante gama de aportaciones que van desde el ámbito psicobiológico a el ámbito psicocultural, el entendimiento de la conducta junto la relación que establece el sujeto con sus pensamientos y creencias han sido aportaciones importantes dentro de las aportaciones del conductismo, es decir del conductismo tradicional, evoluciona cognitivismo el cual se ve influenciado por diversas olas filosóficas de la década de los cincuentas, grandes exponentes como A.Beck, A. Ellis, y A. Bandura, permearon el conductismo tradicional de nociones menos rígidas que permitían explorar con mayor cobertura el ámbito clínico; por otro lado, sus aportaciones permitieron un avance significativo dentro de la clínica psicológica, ya que aportaron eficacia a temas como la adicción, problemas conductuales, trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad y fobias, por otro lado permitieron explorar el aprendizaje y los procesos cognitivos desde perspectivas novedosas que conjuntaban los aspectos: Biológicos, psicológicos y sociales, dentro de lo psicológico la mayor apertura se ve reflejada en integración de las esferas afectivas.

Actualmente así como ocurrió durante la década de los cincuentas y sesentas (principalmente) han surgido diversas corrientes dentro del cognitivismo clásico lo que ha permitido explorar la conducta desde enfoques que ya no solo integran la parte afectiva sino que también proponen tratamientos alternativos, lo cual supone una total revolución dentro de la psicología; pues de pasar de la rigidez del método científico del cual la psicología experimental surge a pasar a la integración de

modelos holísticos como lo son: Yoga, Meditación, Reiki, Aryurveda, medicina tradicional china, tibetana inclusive la integración filosófica oriental como sucede con Mindfulness el cual integra planteamientos meramente orientales dados del linaje perteneciente al budismo.

Estas aportaciones han demostrado eficacia así como lo demostró el modelo cognitivo-conductual en la década de los sesentas, estos modelos al integrar no solo la parte científica, sino dar cabida a planteamientos que integren filosofía que va de la mano con la ética que en su seno remite al sujeto a una constante acción supone un vínculo con lo conductual, pues para que exista una modificación en la conducta se debe pasar por una constante acción de la conducta que se pretende extinguir; por tanto, mindfulness ha demostrado ser eficaz ante problemáticas como, trastornos de ansiedad, Fobias, trastornos de la conducta alimentaria, han brindado soluciones y mejoras a los ámbitos educativos, es decir han disminuido los problemas conductuales entre docentes, alumnos, administrativos, de la misma manera el mindfulness ha aportado y arrojado datos interesantes sobre el funcionamiento del cerebro; desde las frecuencias eléctricas que desarrolla el sujeto después de cierto tiempo en meditación hasta la manera en que se comporta el cerebro después de mantener esta práctica por periodos prolongados de tiempo.

La aplicación de terapias de tercera generación en la psicología moderna supone un avance más en el campo psicológico, dado que el estudio de la conducta y consciencia han sido un hito desde el surgimiento de la disciplina, con estas nuevas corrientes se abren posibilidades nuevas así como herramientas eficaces y de gran valor dentro del tratamiento de los trastornos mentales; en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria la aplicación de estos modelos especialmente mindfulness puede ser una excelente herramienta para su prevención e intervención, ya que al integrar la esfera cognitiva, la acción constante del sujeto, la introspección y el desarrollo de empatía, en primer instancia por el mismo y en consecuencia por su entorno.

3.1 Antecedentes históricos. Conductismo, cognitivismo y terapias de tercera generación.

La psicología ha recorrido un camino largo desde su aparición como ciencia hace casi cien años. El estudio de la conducta en la psicología, se puede dividir en tres etapas: escuela conductista, escuela cognitiva-conductual y por último las terapias de tercera generación.

La primera de ellas son aquellas que desarrollaron técnicas basadas en el conocimiento empírico del condicionamiento clásico, operante y el neo-conductismo. La segunda generación son aquellas que integran principios más flexibles, en donde comúnmente se utiliza la metáfora del ordenador como mecanismo psicológico interno; posteriormente se incorporaron técnicas cognitivas, dando lugar a las conocidas terapias cognitivo-conductuales. Por último la tercera generación se desarrolló en la base científica de las dos anteriores, incorporando el planteamiento contextual, el lenguaje natural, centrándose en el análisis funcional y la relación entre el terapeuta y su paciente. (Zych, I., Buela-Casal, G., Sierra, J. C., & Gómez-Rodríguez, S., 2012; Hayes, 2004, p. 11)

Las aportaciones de diversas disciplinas tales como la medicina y la filosofía han permitido que la psicología como ciencia se enriquezca permitiendo que diversas corrientes (dentro de la psicología) desarrollen nuevos paradigmas y estrategias para el tratamiento dentro del espacio terapéutico, lo que beneficia directamente al paciente y su calidad de vida.

3.1.1 Psicología conductual, primera generación.

En 1919 John Watson (1878-1958) da a conocer una de sus obras que revolucionaría la psicología; *"Psychology as the behaviorist views it"* (1919), esta

obra marco gran influencia en la comunidad científica y no solo científica, también revoluciono los metodología en los cuales la psicología se fundamentaba.

Watson criticó la manera en que se desarrollaba la metodología psicológica pues el hecho de fundamentarse en la subjetividad del paciente al igual que comprometerlo a hablar de aspectos privados con el psicólogo fueron factores detonantes para la elaboración de esta obra y otras que surgieron posteriormente como *Behaviorism* (1925), *Psychological care of the infant and child*, en la cual el uso de las técnicas conductitas es aplicado por primera vez a la modificación conductual.

La influencia que recibió Watson fueron los escritos de Iván Pavlov al realizar investigaciones, en perros, para conocer la digestión animal encontró una significativa asociación, al estimular diferentes partes del sistema digestivo observo las reacciones fisiológicas que se producían antes, durante y posterior; al analizando sus resultados observo que algunos elementos como la salivación estaban presentes aun cuando no se presentara el estímulo, es decir, que no se presentara necesariamente la comida, posteriormente encontró que al tocar una campana que indicaba la presencia del estímulo (comida) el perro mostraba salivación aun si el alimento no se le presentara, es decir encontró una asociación de estímulos que daban respuesta, la cual se reflejaba en sus procesos fisiológicos y en sus conductas.

Por otra parte uno de los contemporáneos de Pavlov, Vladimir Bechtrev realizaba investigaciones sobre condicionamiento en animales, sin embargo las obras que realizo como psicología objetiva y reflexología influenciaron a Watson para el desarrollo de sus obras.

Estas obras permitieron que Watson desarrollara el movimiento conductista en la psicología, este movimiento tuvo aceptación dentro de la comunidad científica pues sus obras "*Psychology as the behaviorist views it*" (1919) y "*Behaviorism*"(1925), "*Psychological care of the infant and child*", permitieron que la psicología estuviera dotada de una metodología de carácter científico, lo cual

desde el nacimiento de la escuela conductista marco una diferenciación de las demás escuelas psicológicas como la experimental o psicoanalista.

(Woodworth, 1959 en Ardila 2013) comenta:

Los principales temas estudiados experimentalmente por Watson fueron: el desarrollo conductual en relación con el desarrollo neurológico en la rata blanca; las señales sensoriales utilizadas al aprender un laberinto; el papel que juega el sentido kinestésico en el control del comportamiento; la visión de colores en varias especies de animales; los “instintos” de las golondrinas de mar; y el desarrollo emocional temprano del niño (p. 317-319).

Con el paso del tiempo la escuela conductista se dividió en dos enfoques: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El primero se basaba fundamentalmente en los trabajos de investigación de Pávlov, donde los estímulos van a evocar respuestas; *“por medio del condicionamiento clásico, un estímulo neutro puede hacer que produzca una respuesta refleja. La segunda corriente llamada condicionamiento operante, surge por una modificación en el esquema del condicionamiento clásico estímulo-respuesta (E - R)”*. (Kazdin, 1996, p. 10).

Uno de los investigadores que contribuyó al condicionamiento operante en primera instancia fue Burrhus F. Skinner a quien Watson influenció profundamente en sus investigaciones. Mencionar condicionamiento correspondiente

Skinner es el psicólogo estadounidense más destacado del siglo XX y tal vez el más importante del mundo desde Freud, o junto con él. Su primer libro, *The behavior of organisms [La conducta de los organismos] (1938)* marcó un hito y originó una nueva ola de conductismo. Durante los cincuenta años que siguieron a la publicación, Skinner sometió sus teorías a elaboraciones, críticas y reelaboraciones sucesivas (Smith, 1999, p. 1).

Sin embargo Kazdin (1996) respecto a Edward Thorndike aportó al estudio conductual y el aprendizaje implícito, como resultado de diversos experimentos, Thorndike menciona los principios del comportamiento, pone énfasis en el aprendizaje, es decir, como resultado de las conductas, es auxiliar del aprendizaje.

A diferencia de Skinner, Thorndike, propone a la conducta como instrumento para obtener un fin, esto se logra a través del ensayo y error, en contraste con el planteamiento de Skinner en donde las respuestas reforzadas tenderán a repetirse a diferencias de aquellas que se castigan, las cuales se repetirán con menor frecuencia.

Mientras que la psicoterapia europea ha predominado una orientación psicodinámica, la psicoterapia americana ha estado muy influida por la psicología conductual. Empezando por Jonh Watson e Iván Pávlov y continuando por Thorndike y B.F Skinner, el centro de estudio se desplazó desde la introspección y el estudio de la mente, hacia el desarrollo y examen de los principios de la adquisición y cambio de la conducta (Dowd, 1997, p. 26).

3.1.2 Psicología Cognitiva.

Posterior a las aportaciones de la psicología conductual, surge la psicología cognitiva, la cual en comparación de la psicología conductista estudia las conductas y su relación con los procesos cognitivos brindando la posibilidad de hacer una aproximación a los eventos mentales y como estos influye en las patologías.

Los primeros signos de una psicología cognitiva experimental posconductista surgieron a fines de la década de 1950. El truco de estos primeros investigadores, que en rigor aún eran positivistas, consistía en hallar medios experimentales para definir y mensurar el

efecto de un fenómeno mental inaccesible dado. (Varela, 1997, p. 70.)

En la actualidad, Kazdin (1996), separar la psicología de la noción conducta resulta difícil debido a que los años cincuenta fueron el punto de partida para un posterior desarrollo e investigación de la relación de los eventos mentales con las conductas; dichas aportaciones influenciaron la psicoterapia dando origen a la terapia cognitiva propuesta por Aron Beck, la terapia racional emotiva propuesta por Albert Ellis, Teoría del aprendizaje social y la teoría de auto-eficacia por Albert Bandura. *“Paralelamente a la evolución de la terapia de conducta, se desarrollaron sistemas de terapia cognitiva que se basaban en una conceptualización e intervenciones cognitivas. Las dos figuras más influyentes dentro de este movimiento fueron Albert Ellis y Aaron Beck”*(Dowd, 1997 p. 29).

Albert Bandura (1925 – presente) es un psicólogo canadiense de origen Ucraniano, algunos autores lo refieren como uno de los padres del cognositivismo. Albert Bandura es reconocido principalmente por la formulación de la teoría del aprendizaje social (TAS), teoría de la auto-eficacia (TA-E) y Teoría de la personalidad; así como diferentes investigaciones relacionadas con los procesos cognitivos de los individuos en el aprendizaje, la influencia de los factores sociales, y motivación. Baron, & Byrne, (1998) gracias al proceso por el cual adquirimos información del entorno, que al sujeto le parece nueva marcara formas de comportamiento o actitudes para entablar pautas de comportamiento con los demás, ello es aprendizaje social.

Albert Bandura retoma algunos conceptos propios del conductismo como los reforzadores y el castigo los cuales vincula con el aprendizaje; sin embargo en la TAS incluye un aprendizaje por observación o modelado, en donde la atención, retención, la reproducción y la motivación serán aspectos fundamentales para involucrar al individuo en el proceso del aprendizaje; esta es una de las grandes contribuciones de Albert Bandura, cabe mencionar que inclusión de los factores ambientales fueron medulares para reconsiderar los procesos en los cuales los sujetos se ven involucrados al momento de enfrentarse a los procesos de

aprendizaje o de la vida misma, tal como en la TA-E desarrolla el concepto de auto-eficacia o en la teoría de la personalidad.

Una de las investigaciones que llevaron a la formulación del aprendizaje por observación o modelamiento, se realizó con el video de una niña que golpeaba un muñeco inflable de forma ovoide al cual le asignaron el nombre de bobo; en este video la niña golpea repetidamente al muñeco e incluso utiliza un martillo, en el video también se aprecia a la pequeña insultándolo; posteriormente el video se presentó a otros niños los cuales repitieron la conducta de la niña hacia “bobo”.

Los hallazgos que identifico Bandura en esta investigación fue el aprendizaje adquirido por los niños después de ver el video. Bandura identificó procesos cognitivos involucrados en el aprendizaje, para ello propuesto un modelo por el cual se puede propiciar el aprendizaje, el cual llamo modelado o aprendizaje por observación. Baron& Byrne (1998), por ello el modelado forma un pilar importante en el aprendizaje del individuo ya que se adquieren nuevos patrones de comportamiento en donde la observación juega un papel importante.

Como se mencionó anteriormente Bandura identifica cuatro aspectos de estos procesos cognitivos:

1. Atención: al prestar atención el individuo desarrolla otros procesos tales como la observación para involucrarse con lo que está aconteciendo o con la conducta que pretende desarrollar posteriormente. Retención: la memoria y el lenguaje son imprescindibles para este nivel ya que al evocar el evento en el que el individuo anteriormente fijo su atención, le permitirán tomar conciencia de una serie de pasos o si se trata de una conducta situaciones ambientales, sociales, emocionales, etc.
2. Reproducción: La memoria aunada a la capacidad de imitación dan un papel importante, pues es aquí donde el sujeto buscara imitar a través de la conducta.

3. Motivación: es esencial pues es aquí donde se hace énfasis de las razones por las cuales el individuo está buscando ejecutar determinadas conducta. La motivación es un aspecto clave a la hora de aprender esos comportamientos que queremos imitar. Debemos tener razones y motivos para querer aprender algo, en caso contrario va a ser más complicado focalizar la atención, retener y reproducir dichas conductas. (Regader, 2017).

Respecto al concepto de auto-eficacia, hace referencia a la percepción sobre la capacidad de un individuo para realizar una tarea, cómo él percibe su autoimagen, si es positiva será factible que realice con éxito la tarea, pero, si tiene una autoimagen negativa puede ser muy probable que la tarea no la desarrolle óptimamente.

Albert Bandura contribuyó a la segunda generación demostrando que los procesos cognitivos también pueden estar sujetos a la metodología positivista propia del método científico lo cual abrió las puertas a diversas investigaciones posteriores que incluían emociones, creencias, influencia cultural en las conductas de los individuos, entre otras.

La autoeficacia en un campo concreto implica una capacidad generativa en la que es necesario integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en actuaciones encaminadas a alcanzar determinados propósitos. En ciertas ocasiones, esos objetivos se consiguen después de un esfuerzo perseverante en el que se ensayan estrategias y actividades alternativas. Cuando esto ocurre, los sujetos inseguros abandonan rápidamente si los esfuerzos iniciales que han puesto en marcha no obtienen los resultados esperados. (Camposeco, 2012; Bandura, 1986, p. 24)

(Albert Bandura 1969, en Rodas, 2006)“*planteo la posibilidad de abordar procesos "internos" como la motivación, atención, memoria a sistemas de medición objetiva; el abordaje cognoscitivo era tímido; aún no eran suficientemente claros los conceptos de procesos mediacionales, generalmente referidos a procesos cognoscitivos mucho más complejos*”.(p. 628)

El aporte de Mahoney fue incursionar en la sistematización de los "eventos privados" desde la modificación de conducta que, para el mismo Skinner (1953, 1971) eran importantes en la Psicología, pero epistémica y metodológicamente difícilmente abordables desde una propuesta experimental. Por otro lado Albert Ellis, quien en la obra *Psicoterapia humanista: Enfoque racional emotivo (Humanistic Psychotherapy: The rational Emotive Approach, 1955)*, propone el modelo ABC de la conducta; posteriormente, agrega dos elementos más: “D y F”(Ellis, 1968 en Mahoney and Freeman, 1985, p. 337). Este modelo, identifica hechos activadores que son actividades o agentes con los que los individuos van a presentar conflicto (A) posteriormente las creencias sean reales o irracionales (B) que tienden a desembocar en una consecuencia (C).

Para ello identifica:

- A. Activating: hechos activadores, experiencias activadoras, actividades o agentes con los que la gente tendrá problemas.
- B. Beliefs: son creencias reales o racionales que tienden a conducir a consecuencias, en este rubro incluye creencias irracionales (iB).
- C. Consequences: Consecuencias apropiadas, en este punto también identifica lo que denominaría consecuencias inapropiadas (iC).(Ellis, 1955, en Mahoney and Freeman, pp. 337-346).

Gracias a los trabajos realizados en sus investigaciones incluyo dos rubros extras que menciona (Ellis, 1968) “principalmente fueron sus pacientes quienes dieron pie a dichos rubros” (p. 337). Dichos elementos que anexa al modelo ABC, son:

- D. Disputing: Disputar las creencias irracionales de las racionales para detectarlas, discriminarlas y debatirlas.

- E. Effective: Son las creencias efectivas racionales que desplazan a las creencias irracionales de la persona y también reemplazan a las emociones perturbadoras y a las conductas disfuncionales. (Ellis 1968, p. 337).

El desarrollo de diversos enfoques conductuales aunado a diversas investigaciones que integran procesos sociales así como creencias, pensamientos y emociones significo el resurgimiento de un nueva visión de lo que los investigadores llamaban conducta, había dejado de ser solamente un proceso mecanicista, en donde, el organismo reaccionaba a los estímulos por mero reflejo resultado de los procesos fisiológicos; ahora, la influencia de sucesos ajenos a la respuesta formarían parte del objeto de estudio.

Para que el cognitivismo pudiera desarrollarse formalmente dentro del campo de la psicoterapia Aaron Beck y Arnold Lazarus fueron de gran valor. Beck desarrollo el sistema de terapia cognitiva, Lazarus en 1958 introduce por primera vez los términos de terapia de conducta por su parte ellos desarrollaron e implementaron modelos de terapia cognitivo conductual.

Las aportaciones de estos autores enriquecieron la psicoterapia explorando e investigando aspectos como las emociones, aprendizaje, motivaciones, brindando rapidez a la cura del paciente en comparación de otras escuelas psicológicas tales como el psicoanálisis.

3.1.3. Terapias de tercera generación.

La aportación del cognitivismo abrió nuevos campos de investigación aunado al desarrollo de nuevas estrategias de intervención. Debido a ello surgieron las terapias de tercera generación. (Zych, Buena-Casal, Sierra, & Gómez-Rodríguez, 2012). “*Las principales terapias conductuales de tercera generación son: la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), la Terapia de Pareja Conductual Integrativa (IBCT), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia (Mindfulness) (MBCT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*”. (p. 11).

Dentro de la terapia de conducta, en particular durante los últimos años, se ha producido una propagación de una serie de terapias que, de acuerdo con Hayes, (2004) Representan una tercera generación o tercera ola. En este grupo se incluyen la Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT2 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítico Funcional: FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia de Activación Conductual: BA (Martell, Addis y Jacobson, 2001), la Terapia Integral de Pareja: IBCT (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia Conductual Dialéctica: DBT (Linehan, 1993), la Atención Plena o Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual. Barranca, 2009, p. 111.).

Las terapias de tercera generación ponen énfasis en el contexto del individuo así como los procesos cognitivos los juegan un papel importante en la dialéctica de ambos elementos (contexto y cognición). Retomando a Hayes (1993) refiriéndose a él contextualismo:

Existen dos tipos de contextualismo; el descriptivo, el cual busca la apreciación de los participantes en sus eventos generales y el funcional, que busca predecir en las interacciones en curso entre organismos completos y contextos históricos y situacionales

definidos, el contextualismo funcional cuenta con cuatro principales características: acontecimiento global, contexto, verdad y objetivos. (Carretero, 2017, pp. 1.)

En lo que refiere a la aplicación y el conocimiento de estas nuevas estrategias, una investigación realizada en España sobre cuántos psicólogos estaba enterada o sabía acerca de la tercera generación o tercera ola, arrojó que solo el 78% de los psicólogos estaban informados. Barraca (2009) *“Las terapias de tercera generación se caracterizan por su integración holística, es decir no solamente toman en cuenta métodos de cura tradicionales sino que integran cierta flexibilidad en el desarrollo de la terapia”*. (p. 111). Por otro lado dentro de la clínica *“otorgan un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas (en vez de centrarse en la desaparición del síntoma) y despsiquiatrizan o desmedicalizan las categorías diagnósticas tradicionales”*. (Barraca, 2009, p.111).

3.2. Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia

3.2.1. Antecedentes Historico-Filosoficos. Aspectos generales de la filosofía budista.

Las cuatro nobles verdades son el pilar de la filosofía budista, en ellas yacen los fundamentos esenciales del budismo; estas enseñanzas se transmitieron de manera oral, después de la muerte del Buddha; sus discípulos ordenaron y sistematizaron las enseñanzas en sutras los cuales exponen diversas temáticas tales como la ética, sabiduría, practicas meditativas así como el cultivo de afecciones benevolentes (esencialmente generosidad, empatía, paciencia, amor hacia uno mismo y el otro, etc.).

La importancia de las cuatro nobles verdades, no solamente reside en que fue la primer enseñanza que transmitió el Buddha, sino que describe los diferentes niveles la naturaleza de la existencia, la cual esta permeada sufrimiento; un

sufrimiento que llega a ser imperceptible por los velos de la ignorancia (la cual está condicionada por múltiples factores que van desde las acciones del individuo hasta estímulos y factores externos a él que propician estos estados) por ello en el noble sendero óctuple el buddha propone ocho aspectos de la vida ética, en donde, aquel que quiera liberarse de la cadena de renacimiento y de las adversidades de la existencia (samsara) puede aplicar esta serie de preceptos éticos con el objetivo de entrenar la mente para ir quitando los velos que le llevan a realizar los mismo errores una y otra vez y así, permitir la evolución de sus estados mentales así como la relación de esta con el entorno y en consecuencia de la relación que entabla el individuo con el mismo.

En relación al sufrimiento, los diferentes tipos de sufrimiento van desde el sufrimiento fisiológico hasta el sufrimiento que contiene en sí mismo la vida, hay tres tipos de sufrimiento que son fundamentales dentro de la enseñanza tradicional budista, el primero es el *sufrimiento del sufrimiento*, el segundo, *sufrimiento del cambio* y el tercero el *sufrimiento que lo impregna todo* (Gonsar Rimpoché, 1994). El primero supone tristeza, malestar corporal, mental, enfermedad, inconformidad con uno mismo, el ambiente o inclusive la sociedad; el segundo es la confusión de la felicidad, un ejemplo de ellos son los apegos, en primer instancia parecen ser felicidad, sin embargo, al verse sin el objeto de deseo el sujeto entra en una neurosis que puede degenerar en ansiedad por el objeto, lo cual la ansiedad en sí misma es sufrimiento, por último, el sufrimiento que lo impregna todo está relacionado con la existencia misma, porque la existencia por sí misma es sufrimiento, por ello la reencarnación es la perpetuación del ciclo de existencias que conlleva el sufrimiento, de padecer una y otra vez la dualidad de la existencia, es decir, existencia tras existencia padecer, gozar, triunfar, fallar, enfermar, gozar de salud, etc.

Así mismo dentro de las cuatro nobles verdades la relación que hay entre el individuo y la interacción consigo mismo, reside en el ser consciente de las sensaciones, percepciones, emociones, pensamientos y conductas que el

individuo va desarrollando frente a diversas situaciones que se pueden presentar en el día a día.

Desde la psicología cognitivo-conductual el reconocimiento de las sensaciones, pensamientos, emociones y conductas también forman un punto medular en la construcción e interacción del individuo con él y su entorno, ya que las conductas impactan, construyen o deconstruyen al mismo, por ello dentro de estos sutras el karma, (en este punto hay q aclarar que karma solamente significa acción, proviene de la raíz sanscrita kri, la cual es utilizada para designar acción) es fundamental para poder tener un eje de si lo que se ha ido cultivando ha sido en benéfico de la persona o en su propio maleficio.

Retomar la palabra karma es fundamental pues dentro de la psicología cognitivo-conductual, existe una similitud dado que el karma al ser solamente la acción existe una relación entre las conductas que el individuo realiza y la consecuencia de estas. Por ello la palabra karma se puede ver como solamente la conducta que se lleva a cabo y que al ser una acción, posee la capacidad de impactar a largo o corto plazo en el individuo, en su entorno y otras esferas de desarrollo en las que se encuentre.

A continuación se expondrán brevemente en qué consisten las cuatro nobles verdades desde el enfoque del venerable Rimpoche Gonsar (1994).

- La noble verdad del sufrimiento.

Dado que la realidad está impregnado de sufrimiento, en esta primer noble verdad, se explican las tres características de la existencia condicionada, estas tres características son: impermanencia, sufrimiento y carencia de una propia esencia; por estas tres características la existencia del sufrimiento se resumen a los tres tipos de sufrimiento existentes que impregnan la existencia en la cual toda la clase de seres vivientes experimentan y que son parte de la naturaleza de la existencia. Estas tres características constituyen los tres tipos de sufrimiento que permean a la

realidad: *sufrimiento del sufrimiento, sufrimiento del cambio y sufrimiento que lo impregna todo*

- La noble verdad de la causa del sufrimiento.

La existencia al ser condicionada está sujeta a la causa y efecto, mejor conocida como karma; sin embargo esta palabra proveniente del sanscrito, “*significa acción*” (Wangyal, 2004, p.8). Existen diferentes tipos de karma, positivo, negativo y neutro, cada uno de estos tipos de karma generan semillas o huellas en el reservorio existencial e inconsciente del ser, lo cual dejara impresiones o tendencias kármicas que irán influyendo en la psique, dependiendo su nivel de desarrollo (Wangyal, 2004). Por este motivo el karma en esta segunda noble verdad es fundamental ya que la acción no solo permite la movilidad a la existencia sino que permea a nivel psicológico, espiritual, biológico y social la vida del ser.

En este punto es muy importante resaltar la importancia que tiene el karma con los estados mentales ya que, los estados mentales también son considerados parte de la acción (karma) puesto que en el budismo todo tiene origen en la mente, sí la mente en contiene cierto tipo de kleshas (aflicciones o perturbaciones, se dividen en diferentes tipos, los más comunes son: deseo, ira, felicidad, ignorancia, miedo a la muerte, ilusión del ego (Pujol, 2016). En este caso las kleshas encuentran símil con los pensamientos que surgen a partir de la percepción y las emociones depositadas en el mismo) generaran intención lo que terminara desarrollando una acción que al ser realizada impactara nuevamente en la mente y en el entorno del sujeto

Dado que la mente está sujeta a general diversidad de pensamientos que engloban diversas emociones las cuales a traviesan por la percepción es muy importante hacer introspección en la mente, es decir los estados

mentales en los que se encuentra el sujeto que moran, ya que los estados mentales generan hábitos lo que perpetua ciertas tendencias o estilos de vida.

Por otro lado es primordial resaltar que en esta segunda noble verdad al igual que la primera se relaciona con las tres características de la naturaleza de la existencia la cual es: impermanente, existe el sufrimiento y que la existencia carece de una verdadera esencia personal fija. Estas tres características son fundamentales ya que permean la realidad en que se ve inmersa la existencia humana (y no solo la existencia humana, sino cualquier tipo de existencia) y en consecuencia influyen en la conformación del yo del sujeto al igual que impactan en la percepción que este adquiera del entorno y las experiencias en las que se ve inmerso.

Otro rubro importante que influye en la alteración de la percepción es la ignorancia innata que posee el sujeto o ser sintiente, ya que de esta ignorancia surgen las alteraciones de la mente que distorsionan o perturban los estados mentales. Ignorancia (en este contexto) no se refiere a un no saber racional, sino que está orientado a una no percepción verdadera de la realidad dado que la naturaleza condicionada, al ser condicionada está sometida no solo a las tres características propias de la existencia, sino también a las propias características del cuerpo o ser que este interactuando en esa realidad.

En el ser humano (y otros seres) las kleshas forman parte de esa ignorancia pues al estar conformados por los cinco skhandas o como tradicionalmente se les llama pañcupādānakkhandhā (cinco agregados).

“Los cinco agregados son la base de la personalidad sobre la cual establecemos erróneamente la idea de un yo (attā) y de una persona

realmente existente” (Jiménez, 2014, p. 108), de estos cinco agregados se conforma la experiencia del sujeto a través de:

- *Rūpakkkhandha*: Significa Forma y se refiere no solo a la forma del cuerpo sino a la percepción que el sujeto crea de sí mismo, se puede hacer símil con la identidad.
- *Vedanākkhandha*, se vincula con los estímulos, sensaciones o sentimientos, es lo que el cuerpo percibe a través de la mente, sea positiva, negativa o información neutra.
- *Sangññākkhandha*: está relacionada con la percepción y memoria, dado que es toda la información que el sujeto recibe y que a su vez le permite transformar la información recolectada en objetos, pensamientos, ideas, memorias, formas que le son reconocibles.
- *Sañskārakkhandha*: Construcción de la representación subjetiva del objeto percibido, se incluyen diferentes procesos mentales. Abarca todos los automatismos habituales de pensamiento, sentimiento, percepción y acción. (Jiménez, 2014, pp.110-111).
- *viññāṇakkhandha*: Incluye las cinco conciencias sensoriales y la conciencia mental, de ella surge la respuesta a lo que experimenta el cuerpo, en este nivel la manifestación de la dualidad de la mente, se hace presente, ya que, es las experiencias agradable-desagradable surgen como respuesta a los estímulos que se presentan, por ello se atribuye la conciencia en este último skhanda.

Dado que la naturaleza humana está compuesta y condicionada no solo a la naturaleza de la realidad sino a diversos componentes que van desde lo físico a niveles mentales complejos, en esta segunda noble verdad la relación entre la introspección de los estados mentales y el “yo” incita a mantener una mente introspectiva para poder cultivar la cualidad de modificar los estados mentales que generan sufrimiento en estados mentales hábiles que propicien felicidad en el sujeto (ser sintiente) y a su

vez que impacte en su entorno, manteniendo una mente introspectiva se puede vislumbrar la causa del sufrimiento, la cual reside en el karma aunada a las características de la existencia condicionada (samsara

- La noble verdad de la cesación del sufrimiento.

Si bien en la segunda noble verdad se habla de la importancia de la introspección en esta tercera noble verdad se aborda la manera en que el sujeto puede liberarse del sufrimiento, el cual, es causado por los engaños mentales que surgen por la ignorancia innata propiciada por la perturbación de los estados mentales y de la realidad misma, por ello una manera de liberarse del sufrimiento es la meditación, ya que a través de la practica meditativa surge la visión clara de la realidad y de la naturaleza humana, *“La visión errónea de la ignorancia se corta por medio de una meditación autentica sobre la naturaleza real de los fenómenos”*(Rimpoché Gonsar, 1992, p. 57).

Para que el sufrimiento cese es importante reconocer los estados mentales torpes que generan hábitos patológicos o negativos en el sujeto al igual que aquellos que son positivos, ya que al reconocer ambos se reconoce la naturaleza que mora en cada uno de los seres y la realidad, la cual es la vacuidad, es decir, la vacuidad en su seno reúne lo positivo y lo negativo, la existencia y la no existencia, es ese punto donde, se puede decir, mora la ecuanimidad sin apegos, ni nada a lo que la mente pueda aferrarse ni tampoco desapegarse.

Al no existir aferramientos a ideas, identidades fijas del yo o alteraciones de la mente, el sujeto experimenta estados hábiles mentales, sino que también impacta en sus conductas, en sus hábitos; para que se genere esta visión la meditación vipassana es excelente herramienta para desmenuzar y comprender la existencia, sin embargo aquellos que inician en las practicas

meditativas, en lugar de meditación vipassana para entrenar la mente inician cultivando atención consiente la cual es una meditación samatha con el objetivo de propiciar equilibrio mental y así estar atento a los cinco skhandas y karma, ello con la finalidad de no seguir generando sufrimiento.

- La noble verdad del sendero hacia la cesación del sufrimiento:

Dado que la meditación permite al sujeto ser consciente de los estados mentales en los que mora comúnmente así de los karmas que genera, en la cuarta noble verdad, hace énfasis en lo que respecta a la acción (karma) se enfatiza la importancia de la ética y su relación con el karma, si bien en la tercera noble verdad se habla de cómo parar el sufrimiento en esta cuarta noble verdad se complementa dando una serie de ejes éticos que sujeto mediante la acción (aplicación cotidiana) puede realizar para generar un modo de vida ecuánime y que pretende llevarlo a un desarrollo humano que lo beneficie de manera positiva, tanto físico, psicológica y socialmente.

Las cuatro nobles verdades describen la manera en que el individuo puede alcanzar la liberación de los estados mentales, conductas o situaciones que provocan sufrimiento, por ello una de las herramientas fundamentales dentro de la filosofía budista para erradicar la ignorancia, trascender el sufrimiento e inclusive cultivar la capacidad de estar en el aquí y el ahora es la meditación samattha (atención consiente) ya que, el hacer consiente los diferentes estados afectivos así como las acciones que el individuo realiza cotidianamente brindan claridad e incluso esbozan la relación que hay entre los estados afectivos y la conducta. La importancia de ser consiente de la relación que hay entre estos procesos y las conductas que devienen en el karma (acción) permite al individuo liberarse de los diferentes tipos de sufrimiento que se experimentan en la cotidianidad de la existencia y sobre todo de aquellos pensamientos que pueden estar distorsionados por ideales culturales, personales e inclusive pueden constituir pensamientos erróneos a nivel colectivo-ideológico.

3.2.2. Meditación.

La meditación es un proceso que reside en enfocar la mente, la persona observa y se hace consciente de lo que está sucediendo a cada instante en su cuerpo y en su mente, aceptando las experiencias tal y como éstas se presentan. Viene de la palabra bhavana y significa literalmente desarrollo o llegar a ser.

La meditación tiene una relación muy cercana con la mente y sus procesos cognitivos, tales como la atención, el pensamiento, así como el discernimiento, por este motivo la meditación es una herramienta que permite al sujeto acceder y hacer conscientes pensamientos, emociones, percepciones y sensaciones al igual que la relación que entabla el individuo con sus procesos cognitivos. Permite al individuo desarrollar consciencia sobre las conductas que realiza y la relación de estas con su bienestar.

Los pensamientos están en tu mente, y son un caos. Van y vienen sin ningún sentido. Inventas cosas o las interpretas y tus pensamientos vuelan solos. Tus pensamientos son tus carceleros. Piensa solamente cuando quieras hacerlo. Aprende a conectarte y a desconectarte. La Meditación consiste en aprender a desconectarte y a dejar tu mente en vacío, sin pensamientos. (Buddha Shakyamuni, s.f. pp. 11-12).

Hacer conscientes estos procesos permiten que se dé un aprendizaje, lo cual propicia el conocimiento y la autoexploración hacia uno mismo, por ello es que el cultivo de atención consciente (como primer nivel) se cultiva centrando la atención a un objeto, sonido, o acontecimiento presente, tal como lo es la respiración, estímulos externos ambientales, el palpitar del corazón etc.

La meditación es una técnica ampliamente usada por culturas antiguas Mohenjo Daro, de 3000 a.C. y Harappa con una antigüedad de 3300 años a.C. (aprox.),

estas ciudades estaban ubicadas en el valle del Indo; en estas zonas se encontraron sellos que si bien no se tiene aún muy bien claro que representan, algunos investigadores apuntan a que se podría tratar de la práctica del yoga, meditación u alguna otra práctica relacionada con las culturas prevedicas, sin embargo, se sabe por las antiguas escrituras sagradas Indias pertenecientes al periodo pre-védico y védico de la practica meditativa así como de su antigüedad, tal es el caso del enfoque de Pantañjali, quien define la meditación en los yogasūtras 3.1, 3.2 y 3.3, pertenecientes al tercer capítulo (vibhūti-pādah) donde se enuncia:

La concentración es la fijación de la mente en un punto (3.1), la meditación es la continuidad perceptiva en ese mismo punto (3.2), la contemplación es esa misma (continuidad perceptiva) cuando refleja no solo el objeto (percibido) y aparece como vacía de sí misma (3.3) (Pujol, 2016, pp. 233-236).

Al igual que los vedas (pertenecientes a las escuelas ortodoxas del pensamiento hindú, āstika) otras escuelas filosóficas pertenecientes al pensamiento no ortodoxo hindú (nāstika) (Sharma, 2013), como la escuela samkhya, también se apoyaban de la meditación para enfocar la mente valiéndose de objetos para lograr esa concentración, bien podía ser desde la respiración hasta el fijar la mirada en una llama, ambas escuelas se valen de la meditación, con símiles en las técnicas así como con sus propias metodologías. Estas técnicas permiten al individuo realizar introspección, por ello es que la meditación es un fuerte pilar en las tradiciones hinduistas, budistas, taoístas, sij, etc. Como resultado de la introspección el individuo experimentara cambios conductuales, perceptivos, cognitivos, emocionales e inclusive biológicos, como sucede con la actividad cerebral durante la meditación o inclusive se ha demostrado que tiene influencia en el fortalecimiento del sistema inmunológico.

Dentro de la filosofía budista la meditación es fundamental para desarrollar sabiduría, compasión y poder alcanzar el estado de Buddha que quiere decir aquel que está despierto, es decir, aquel que está consciente sobre la naturaleza de la realidad, la cual en su seno conlleva las cuatro nobles verdades y que ha trascendido los residuos kármicos que el individuo ha cultivado durante innumerables existencias.

Para poder llegar al estado de Buddha, cultivar sabiduría o compasión se necesita entrenar la mente, la cual según la filosofía budista propone que la mente es como un mono que esta suelto en la selva trepando árboles, comiendo y arrojando frutas en su paso, por tal motivo el adiestramiento de la mente es fundamental para poder realizar introspección que a su vez generara la sabiduría, percatamiento, entre otras etapas del florecimiento de la consciencia que permiten generar la acción (karma) y dar paso a los cambios conductuales y cognitivos que influirán en el modo de vida del sujeto así como la percepción de sí mismo y de la realidad en la cual está inmerso (Trungpa, 2016). Meditar permite conocernos, poner fin a las diferentes luchas internas que se pueden presentar, dando la oportunidad de examinar los procesos psicológicos, sin sentir pena o vergüenza de ellos, sino por el contrario observarlos más allá de los prejuicios de la mente, la meditación es una de las herramientas más útiles que existen para desarrollar y practicar mindfulness.

La práctica de la meditación se desglosa en dos grandes grupos uno es el grupo Samatha y el otro es Vipassana, esta división es dada principalmente para que aquella persona que está interesada o incluso aquellos que inician la practica meditativa desarrollen disciplina mental para que con el tiempo puedan profundizar en prácticas más complejas, al igual que desarrollar cierto tipos de cualidades que estos dos grupos ofrecen; en realidad los tipos de meditación son extensos, no existe un dato preciso de cuantas meditaciones existen puesto que la meditación también forma parte de una práctica continua, es decir si un músico practica todo el día tocando su instrumento y enfoca su mente en solo tocar y practicar

atentamente, eso es también meditación, es su práctica, por ello hablar de números de meditación es casi imposible porque en realidad meditación puede ser todo aquello que te oriente a enfocar la mente aunado al cultivo y desarrollo de emociones hábiles.

A pesar que el número de meditaciones es extensa, por cuestiones sistemáticas para su estudio y práctica, la meditación se divide en dos grupos, el primero es Samatha y el segundo es Vipassana, en la meditación Samatha el objetivo es buscar la calma mental, es decir, llegar a ese punto donde los estímulos que la mente percibe no generan alteraciones o perturbaciones, esto no quiere decir que no hay pensamientos o estados mentales, todo lo contrario, pretende que los estados mentales que surjan no generen aferramiento y apegos en la mente, por tanto a aquellas personas que inician en las practicas meditativas, por excelencia empiezan con este grupo de meditación, pues aparte de buscar la calma mental también a través de la meditación se pretende cultivar emociones positivas y expandir la perspectiva de la conciencia así como orientarla a la atención consiente.

En la meditación samatha, la práctica de seguimiento a la respiración es por excelencia la herramienta más utilizada, ya que el seguimiento a la respiración permite enfocar la mente no solo a un objeto (respiración) sino también entrar en contacto con las percepciones internas y ambientales con las que el sujeto interactúa cotidianamente, a parte del uso de la atención sostenida a la respiración tradicionalmente también se emplea la recitación de mantras y fijar la mente a una vela (Vandanya, 1990, pp.60-64).

De la misma manera así como el fijar la atención a un objeto, otra de las prácticas más utilizadas en la meditación samatha es el cultivo de emociones positivas o como tradicionalmente se denomina, "*desarrollo de amor universal*", el objetivo del cultivo de amor universal radica en generar emociones positivas hacia

símismo y hacia otros utilizándolo como el objeto de atención, lo que pretende con el paso del tiempo mantener este sentimiento de manera orgánica.

Si bien la meditación Samatha es el pilar de la práctica meditativa, las meditaciones que se encuentran ubicadas dentro de la meditación Vipassana corresponden a prácticas que conllevan a la contemplación y a la profundización de la calma mental al igual que el cultivo de emociones positivas, sin embargo en este grupo de meditaciones se pretende profundizar en la visión clara, es decir, profundizar en lo que en la tercera noble verdad el Buddha describe como cesar el sufrimiento, el cual para en la medida que se posee visión clara para parar aquellos karmas producidos dependientemente a los cinco skhandas y las tres características de la naturaleza condicionada (samsara); por este motivo la meditación Vipassana se realiza cuando el practicante tiene un cierto nivel para lograr mantener la atención sostenida en un objeto, ya que de la atención sostenida aunada a la contemplación y cultivo de emociones positivas surge la visión, la sabiduría.

3.2.3. Importancia del cultivo de compasión en el budismo.

El cultivo de compasión es otro de los pilares fundamentales dentro de la filosofía budista, ya que la compasión permite al individuo transformar sus pensamientos, conductas, emociones y percepciones (mediante el cultivo de emociones positivas) para su propio beneficio y de los demás seres sintientes.

La compasión es un concepto que tiene muchas aristas, sin embargo, a pesar de que se explique de manera conceptual su acercamiento y comprensión está directamente relacionada a la experiencia directa. Dentro del budismo la compasión es un concepto que se desarrolló ampliamente dentro de la literatura, cosmología, mitología, prácticas meditativas, ética, etc. ello se puede ver reflejado en la figura del bodhisattva, el cual, es una de las figuras muy destacadas dentro del buddhismo mahajana y vajrajana.

Por otro lado dentro del desarrollo literario y filosófico, sutras como el Sutra del corazón (*Prajñāpāramitā Hṛdaya Sūtra*) o *Karaṇiya Mettā Sutta*, *Bodhicharyāvatāra Sūtra*, retoman el concepto de la compasión, así como el cultivo en ella, el adiestramiento y la importancia que el practicante debe seguir dentro de la practica que realiza, en el *Karaṇiya Mettā Sutta* desglosa no solo la compasión sino las cualidades que el individuo o el practicante debe seguir a través de la practica en amor incondicional y la practica en la meditación puede cultivar para su desarrollo humano, cabe mencionar que en este Sutra la relación con las Brahma viharas, las cuales son las cuatro virtudes que aquellos que cultivan la compasión deben, practicar y seguir.

Retomando el Sutra del *Bodhicharyāvatāra* la figura del *bodhisattva*, es profundamente retomada en este Sutra ya que, como su nombre lo describe (*bodhi* que significa despierto, iluminado y *sattva* que significa ser) son seres que al estar despiertos a la naturaleza de la existencia y estar liberados las leyes que la rigen, eligen posponer su liberación final hasta que todos los seres sintientes hayan alcanzado la liberación del sufrimiento, es decir, estos seres, no mueren físicamente o eligen reencarnar una y otra vez hasta que su ayuda ha llegado a cada ser que sigue experimentando el sufrimiento de la existencia.

Este planteamiento es de suma importancia ya que el posponer la liberación última (la muerte física totalmente, es, decir ya nació en esa vida y en esa vida es la última vida en la que adquiere un cuerpo físico) es uno de los senderos más nobles, pues en su seno conlleva el ideal de la compasión a su máxima expresión; debido a que la reencarnación (dentro de la tradiciones orientales) no es visto como un signo positivo, al contrario es visto como una cadena que perpetua el sufrimiento del devenir, el volver a nacer implica volver a experimentar la dualidad de la existencia, es decir, la felicidad, la tristeza, la fortuna, el infortunio, etc. Y no solo ello, también las vicisitudes del cuerpo dado a que está sujeto a fluidos que pueden enfermar al cuerpo y llevarlo a diferentes tipos de sufrimiento.

Desde la filosofía budista la compasión puede ser entendida y experimentada desde diversos puntos de vista. Una de las practicas que hace énfasis en el cultivo de amor incondicional así como de empatía, ayuda, ecuanimidad es la práctica de las Brahma viharas.

Brahma viharas quiere decir cuatro virtudes, las cuales son metta, karuna. Mudita, upeksha. Estas cuatro virtudes se centran en el cultivo de amor incondicional (Metta bhavana) desarrollo de compasión (Karuna bhavana) desarrollo de empatía (mudita bhavaná) y desarrollo de ecuanimidad (Upekha bhavana) (Sangharákshita, 2010), estos cuatro aspectos o virtudes que propone la práctica de las brahma viharas desglosan no solo practicas meditativas, sino la capacidad del individuo para generar herramientas psicológicas que le permitan generar estados de bienestar no solo para sí mismo sino para que el individuo pueda entablar relaciones funcionales y ecuánimes en sus esferas de vida.

En la práctica del cultivo de la compasión, la meditación es una de las herramientas que por excelencia se utilizan; para ello las practicas relacionas con las Brahma viharas son el eje principal para el desarrollo de compasión. Ahora bien, ayudar a cada ser que está en sufrimiento supone una serie de prácticas y entrenamientos que están ligadas justamente al cultivo y desarrollo de compasión, la cual en su seno incentiva cualidades como la empatía, el fortalecimiento de la autoestima, desarrollo de felicidad, visión clara ante situaciones de riesgo, atención consciente de uno mismo, ayudar al otro, ecuanimidad, reconocimiento del sufrimiento del otro, etc.

3.3. Terapia cognitiva basada en la conciencia aplicada a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria.

El Mindfulness también llamada “Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia” es una de las terapias de tercera generación que se ha extendido en las últimas

décadas gracias a Jonh Kabat-Zinn. Profesor emerito de medicina, de la University Medical School of Massachusetts.

Las investigaciones realizadas por Jonh Kabat-Zinn han contribuido significativamente al ámbito de la psicoterapia, especialmente en los trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, estrés postraumático, ansiedad social y fobias) trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo, trastorno bipolar) y trastornos de la conducta alimentaria, en donde se ha orientado principalmente a modificación de estilos de vida, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

El mindfulness posee una relación particular con la psicología pues, dado que los fundamentos filosóficos propios del budismo y otras religiones del lejano oriente, hacen énfasis en el aquí y el ahora, es decir estar en constante atención al presente y permitir soltar las situaciones pasadas o evitar la ansiedad que puede traer el pensar excesivamente el futuro, por tanto dentro de la psicología hacer la conjunción entre el aspecto cognitivo junto con herramientas que permiten al sujeto desarrollar la capacidad de situarse en la realidad del momento, es decir, aceptar lo que está aconteciendo tal cual y sucede, ello no implica una negación de sentimientos negativos o positivos, al contrario, implica que el sujeto sea capaz de aceptarlos tal cual y suceden sin aferrarse a las categorizaciones que la mente genera al entrar en contacto con la experiencia, la cual permite se genere el aprendizaje *“la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia, tiene como propósito principal centrarse en el presente, es decir, el momento actual. Se trata de vivir cada momento como es, de manera activa y reflexiva, pero sin valorarlo, aceptando lo que sucede”* (Vallejo Pareja, 2006a, 2006b, en Zych, Buela-Casal, Sierra,&Gómez-Rodríguez, 2012p.12)

En la actualidad, se ha aplicado en el campo pedagógico, laboral, clínico, para la modificación de estilos de vida incluso el campo de los trastornos de la conducta alimentaria. Burch, (2014) en Tenconi et al. (2006). La aplicación de Mindfulness en personas que padecen cáncer, enfermedades cardiacas, depresión, ansiedad,

hipertensión y trastornos alimenticios ha demostrado ser de gran ayuda como herramienta para el manejo de la enfermedad.

En relación con la prevención de la anorexia nerviosa, plantea que al no conocerse bien los factores de mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, las estrategias dirigidas a la prevención son complejas. No obstante, recientemente varios autores han trabajado sobre el tema de la prevención de este trastorno de la conducta alimentaria. (Jansen, 2001 en Palacios, 2007, pp.11).

Es importante comentar que actualmente aunque se han realizado investigaciones para tratar principalmente trastornos de ansiedad, dentro del campo de la prevención son escasas las propuestas.

Se encontró únicamente un trabajo publicado en la *revista científica International Journal of Eating Disorders* que reunía todos los criterios de la búsqueda: utilización del mindfulness como componente principal del programa, participantes menores de 18 años, centrado en la prevención y no en el tratamiento y, por último, que la intervención incidiese en la imagen corporal, entre otros aspectos (Atkinson y Wade, 2015, en Salamea R. y cols. 2015. p. 48.).

La aplicación de mindfulness dentro del campo de la psicología ha demostrado ser una herramienta que trae consigo beneficios de gran impacto, tal es el caso con la intervención en los trastornos de ansiedad u obsesivo compulsivos, por ello dentro del campo de los trastornos de la conducta alimentaria aunque no existen propuestas vinculadas con mindfulness para su intervención sí se cuenta con la aplicación de alguna de estas herramientas, principalmente la meditación o sus variantes ejercicios de seguimiento a la respiración. Sin embargo, "*Mindfulness puede utilizarse para referirnos a tres situaciones: un constructo, una práctica y un proceso psicológico*". (Vásquez-Dextre, 2016. p. 44).

Propuesta de elaboración de un taller de prevención de anorexia nerviosa en adolescentes entre 14 y 18 años, aplicando técnicas de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia.

4.1 Justificación

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por la restricción alimentaria ideas obsesivas en relación a ganar peso, ingesta excesiva de laxantes, inanición, trastornos del sueño y estado del ánimo, distorsión de la imagen corporal, anemia ó amenorrea; lo que puede generar muerte por infarto y es un factor de riesgo para el suicidio en adolescentes. Inicia, durante la adolescencia, sin embargo se han presentado casos durante la infancia; las personas que presentan este trastorno de manera crónica muestran deterioro en el desarrollo psicosexual y psicosocial-

La población adolescente (que participó en la encuesta) mexicana del año 2006 y 2012 través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición registró estaban en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, donde los datos obtenidos mostraron que el 1.3% estaban en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino), sin embargo en 2012, esta proporción fue de 0.9 %para el sexo femenino y 0.4 para, es decir en seis años fue punto porcentual más alta (ENSANUT 2006 en ENSANUT 2012).

Al ser un trastorno, que epidemiológicamente hablando representa una de las enfermedades con menor carga epidemiológica al sector de Salud Pública a nivel mundial, su prevalencia en comparación de otros trastornos de la conducta alimentaria, tales como la obesidad o el sobre peso es menor, solamente representa entre el uno y dos por cierto de la población a nivel mundial. Sin embargo ello no significa que no se deban proponer talleres orientados a la prevención de anorexia nerviosa, al contrario, aunque la población es menor en

comparación de la población que padece obesidad o sobre peso, los adolescentes al ser la población más susceptible en la emergencia de anorexia nerviosa, son blanco para las conductas de riesgo vinculadas a la emergencia de anorexia nerviosa como tabaquismo, alcoholismo, privación alimentaria, pensamientos vinculados a la baja autoestima, al igual que la relación con trastornos del estado del ánimo como ansiedad o depresión, inclusive los trastornos límite figuran en la relación con la anorexia nerviosa, este trastorno también está vinculado como factor de riesgo al suicidio y muerte en adolescentes, por ello cuidar la salud en una etapa temprana del desarrollo permitiría a los adolescentes elevar su calidad de vida, así como, generar fortaleza yoica, resiliencia y salud mental.

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente, registra que 18.3% de los jóvenes reconocieron que tres meses previos a la encuesta presentaron preocupación de engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer; otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso; 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses; por otro lado en menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos, así mismo se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años. (ENSANUT, 2006).

La influencia del entorno es vital para el desarrollo del sujeto debido a que es en él donde los simbolismos, normas y valores culturales se introyectan para introducirlo dentro de la cultura y en consecuencia en la sociedad, dentro de la misma las relaciones o vínculos que se desarrollen influirán en la percepción e interacción con el entorno, así como las pautas y valores serán importantes en el desarrollo a lo largo de su historia de vida.

El desarrollo de emociones benevolentes así como la atención consciente de sí mismo aunado al reconocimiento de procesos cognitivos asociados a la identificación de emociones, sensaciones, percepciones, pensamientos y

creencias es fundamental para reconocer las conductas y generar su modificación a través de la benevolencia y el cultivo de atención consciente.

Adquirir consciencia del ambiente, de uno mismo, de las sensaciones, percepciones, emociones que influyen en las creencias y pensamientos es fundamental para desarrollar alta autoestima y evitar o prevenir alteraciones dismórfico corporales (según sea el caso).

Por este motivo la prevención en adolescentes utilizando técnicas de Mindfulness es una herramienta valiosa en aquellos que sin saberlo o con intención se pueden ubicar dentro de las conductas de riesgo.

Encontrar el bienestar depende no solo del entorno sino del individuo en sí mismo por eso es que la educación y la transmisión de herramientas que les permitan ubicar aquellas creencias, pensamientos y situaciones en las que se desenvuelven son de utilidad, ya que el adquirir herramientas psicológicas que permitan elevar la calidad de vida en etapas tempranas permite al adolescente desarrollarse de manera favorable adquiriendo bienestar para así impactar en su entorno.

Las técnicas de mindfulness permiten al sujeto desarrollar atención sobre su entorno y el mismo, lo cual le permite acceder a la conciencia de sus actos y el impacto que tienen sobre su persona y entorno, hacer hincapié en ello radica en el cultivo de integridad psicológica, emocional, física y social.

La importancia de elaborar propuestas psicoeducativas para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, reside en disminuir los factores de riesgo que pueden detonar enfermedades o trastornos graves que mermen la calidad de vida o el desarrollo biológico, psicológico y social.

4.2 Objetivo general.

Promover conductas de protección en adolescentes de 14 a 18 años que estén vinculadas a la prevención de anorexia nerviosa, utilizando técnicas de mindfulness.

4.3 Objetivos específicos.

1. Identificar conductas de riesgo para la anorexia nerviosa.
2. Identificar las emociones, creencias y percepciones negativas vinculadas al rechazo de la imagen corporal, debilidad física, baja autoestima y enojo.
3. Identificar emociones, creencias, percepciones vinculadas a la empatía, autoestima, aceptación de la imagen corporal.
4. Enseñar técnicas de meditación samatha y su aplicación con la teoría racional emotiva.
5. A través de la aplicación de técnicas meditativas sensibilizar a los participantes sobre la importancia de cultivo de emociones positivas hacia uno mismo.
6. A través del modelo ABC, la meditación atención consciente y cultivo de benevolencia; sensibilizar a los participantes sobre la influencia que ejerce el entorno en las ideas, percepciones, emociones y sensaciones.
7. A través del modelo ABC, la meditación atención consciente y cultivo de benevolencia; sensibilizar a los participantes sobre la influencia que ejercen las ideas, pensamientos y percepciones irracionales en las conductas.

4.4 Población.

El total de participantes será mínimo de 20 personas que sean adolescentes pertenecientes a ambos sexos (varones y mujeres) con edades de catorce a dieciocho años que sean estudiantes de nivel medio superiores o estudiantes de secundaria de segundo y tercer año; residentes de zonas metropolitanas como Ciudad de México, Monterrey o Guadalajara.

4.5 Escenario.

Las instalaciones del aula deberán contar con espacio amplio, las aulas deben contar con pizarrón blanco o verde; se recomienda que las aulas sean silenciosas o que estén en un lugar donde el ruido externo no afecte directamente, de la misma manera, se deberá contar con la participación del docente que esté a cargo del salón en el momento que se aplique el taller; se recomienda aplicar el taller en un horario posterior a clases o con dos horas antes de que terminen las clases, esto con el motivo de no perturbar la educación de los participantes.

4.6 Procedimiento.

El taller contara con un total de seis sesiones, con duración de dos horas por sesión, es decir, se estaría cubriendo un total de doce horas.

Al iniciar las sesiones, el facilitador abrirá el taller con palabras amables de bienvenida, como buenos días, buenas tardes, bienvenidos al taller, cómo están, etc. Con el motivo de propiciar rapport en los integrantes. Al final de cada sesión es importante agradecer participación de los participantes.

Durante el taller se registrarán las participaciones en un tablero (Anexo 1.1) el cual indica el número de sesiones y el nombre de los participantes; en cada casilla se registrara pegando etiquetas en forma de planetas (que tienen el objetivo de

motivar a los participantes). Los tres participantes que junten mayor número de etiquetas ganaran un premio el cual serán tres safus de meditación. Acumular fichas pretende motivar a los adolescentes durante las seis sesiones así como fomentar la práctica de la meditación después del taller.

En la primer y última sesión se aplicarán dos cuestionarios (Anexos 1.4 y 1.5), con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento del tema (la primera sesión) y evaluar los conocimientos adquiridos durante el taller, así como la evaluación propia del participante respecto al taller. Los cuestionarios fueron tomados de Sanchez, (s.f.). *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias*. Xunta de Galicia. (Ver anexo 1.4 y 1.5).

Para las dinámicas de las sesiones se utilizaron los siguientes materiales: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2006). *Adolescencia y participación: palabras y juegos*. Guía de ejercicios para la participación adolescente, UNICEF (2014). *Manual de Técnicas y Dinámicas*, Gómez (2007). Federación de Asociaciones de Scouts de España, ASDE (s.f.). *Anorexia y bulimia: Material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria*. *Comer atentos: guía para redescubrir una relación sana con los alimentos*, Chozen (2013). *100 Formas de Animar Grupos: Juegos para Usar en Talleres, Reuniones y la Comunidad*, Alianza internacional contra el SIDA/VIH,(2002) y *24 Dinámicas grupales para trabajar con adolescentes*. Programa Gazte Forum (2017).

Durante el taller el facilitador pedirá la participación del docente dentro de las sesiones, con el motivo de integrar al docente haciéndolo participe de la temática y dinámica orientada a la prevención de la anorexia nerviosa. El facilitador participara en algunas dinámicas, como en las reflexiones o cadena de palabras.

4.7 Recursos materiales.

A continuación presento los materiales que se necesitarán durante seis sesiones:

Material de papelería:

- 3 plumones para pizarrón blanco o gises.
- 1 borrador,
- 8 bolsas de dulces (1 bolsa por sesión, sin embargo se consideran tres extras por participaciones y actividades que requieran más de un solo dulce por actividad o por las participaciones que hagan los participantes por sesión).
- 40 hojas blancas (se contemplan solo 25 pero se incluyen 15 extras por cualquier vicisitud que requiera hojas extras);
- 2 pelotas de plástico.
- 25 bolígrafos (la cantidad puede variar dependiendo la cantidad de participantes dentro del aula).
- 1 Recipiente de plástico.
- 1 diurex.
- 25 tijeras.
- 1 bolsa de gomitas dulces (o azucaradas).
- 13 tarjetas blancas.
- 8 revistas.
- 4 sillas u objetos que sirvan de obstáculos que no pongan en riesgo la seguridad de los participantes).
- Fichas planetarias (Anexo 1.3), dependiendo las que se requieran cada sesión.

Formatos:

- 25 juegos de Estampas en forma de planetas ó en su defecto un marcador para dibujar adentro de la casilla (Anexo. 1.2).
- 1 tablero Anexo 1.1.
- 1 temario de las seis sesiones en papel bond;
- 7 juegos de memorama (Anexo 6.1).
- 7 juegos de lotería (Anexo 6.2).
- Tiras de papel con mitades de frases (Anexo 1),
- 25 fotocopias de Anexo 1.4
- 25 fotocopias de Anexo 1.5.
- 25 fotocopias de Anexo 1.6.
- 5 juegos de Anexo 2.
- un papel bond con cinco propuestas apropiadas y cinco inapropiadas. (Anexo 1.3).

4.8 Carta descriptiva.

<p>Nombre del aplicador (a): _____ Duración: 2 horas número de la sesión: 1</p> <p>Nombre de la sesión: <i>Bienvenida, encuadre e introducción.</i></p>			
<p>Objetivo: Exponer a los integrantes el desarrollo y contenido de las seis sesiones proporcionando una breve introducción sobre el tema: trastornos alimentarios</p>			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
<p>Emparejar las tarjetas</p>	<p>Tomar un cierto número de frases (Ver Anexo 1.) Escribir la mitad de cada frase en un pedazo de papel (o tarjeta).</p> <p>Cada tarjeta tendrá una frase con un color correspondiente, esto facilitara el encontrar mitad de la frase. El número de pedazos de papel debe ser el mismo que el número de participantes en el grupo.)</p> <p>Los pedazos de papel doblados se ponen en un recipiente de plástico. Cada participante toma un pedazo de papel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiras de papel - Plumones - Recipiente de plástico 	<p>5 minutos</p>

	del sombrero y trata de encontrar al miembro del grupo que tiene la otra mitad de su frase. Se pedirá a los participantes que al encontrar la mitad de su tarjeta intercambien nombres.		
<p>Bienvenida, Encuadre.</p>	<p>Al terminar el ejercicio inicial, brindar a los participantes palabras de bienvenida,</p> <p>Buenos días, tardes, (lo que aplique al horario correspondiente), mi nombre es: (nombre de facilitador). A continuación brindare una serie de reglas con el objetivo de relacionarnos de manera respetuosa dentro y durante la sesión, ustedes también propondrán cinco más.</p> <p>Se abrirá un espacio de 10 minutos para discutir el encuadre.</p> <p>Posteriormente el aplicador anotara las pautas de comportamiento que el grupo acuerda, serán un total de 10 pautas (cinco por parte del facilitador y cinco que propone el grupo). También se seleccionaran castigos en caso de no cumplirse una.</p> <p>Una vez seleccionadas, proporcionar hoja blanca y pedirá</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tablero (Anexo 1.1) - Marcador o estampas en forma de planetas (Anexo 1.2) - Hojas de papel - Bolígrafos - Papel bond con cinco propuestas apropiadas y cinco inapropiadas. (Anexo 1.3) 	<p>25 minutos</p>

	<p>que anoten:</p> <p>Estoy de acuerdo y me comprometo a respetar dentro de la sesión cabo estas diez pautas para relacionarme respetuosamente durante las seis sesiones y en caso de faltar me comprometo a sumir el castigo correspondiente.</p>		
Evaluación diagnóstica.	<p>El facilitador entregará a los participantes una hoja con la tabla que aparece en el Anexo. (Ver anexo 1.4). Posteriormente indicara a los participantes que marquen con una "x" la respuesta que se aproxime a su nivel de conocimiento del tema.</p> <p>Nota:</p> <p>Hacer énfasis en contestar de la manera más honesta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopias de Evaluación (Anexo 1.4). 	10 minutos
Presentación de los temas (Breve introducción)	<p>El facilitador, expondrá el contenido de las seis sesiones desglosando brevemente el tema central de cada una.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Temario de las seis sesiones en papel bond. 	20 minutos
Camino	<p>Para esta actividad, el facilitador seguirá las instrucciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas 	25 minutos

empedrado	del anexo 1.7	- Mochilas	
¿Qué esperas del taller?	<p>Para esta actividad-evaluación, se proporcionara una hoja blanca a cada participante pidiendo que anoten la siguiente pregunta con su respectiva respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué esperas del taller <p>Se darán 5 minutos para que respondan los participantes. Posteriormente se preguntara a máximo 5 participantes qué anotaron.</p> <p>Nota: El facilitador también participa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas blancas - Bolígrafos 	10 minutos
Cierre: Reflexión y retroalimentación.	El facilitador abrirá un espacio de reflexión en donde abrirá un espacio de reflexión y retroalimentación, siguiendo las preguntas del anexo 1.8.	- No se necesita material	25 minutos
Observaciones/ comentarios.			

Nombre del aplicador (a):

Duración: 2 horas

número de la sesión: 2

Nombre de la sesión: **Anorexia Nerviosa. Alimentando el hambre del corazón.**

Objetivo: Enseñar a las participantes técnicas de meditación samatha, características generales de la anorexia nerviosa.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
¿Qué hicimos la sesión pasada?	El facilitador se guiará por el anexo 2.1 al iniciar cada sesión.	<ul style="list-style-type: none">- Bolsa de dulces- Pelota de plástico	5 minutos
Reflexión	El facilitador hará las siguientes preguntas al grupo: <ul style="list-style-type: none">- ¿Ustedes creen que los medios de comunicación son influencia significativa para la relación que establecemos con lo que creemos que es belleza?- Alguna vez experimentaron presión por parte de algún círculo social respecto a su apariencia o hábitos alimentarios. Si la respuesta es sí, preguntar qué pasó y que hizo.- ¿Creen ustedes que los círculos sociales como la escuela, la	<ul style="list-style-type: none">- No se requiere material	15 minutos

	familia, los amigos, el parque, etc. Influyen en la formación de la identidad, pueden ser factores de riesgo o de protección, ¿por qué?		
Explicación anorexia nerviosa.	<p>El facilitador explicara aspectos generales sobre la anorexia, es decir explicara:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué es la anorexia nerviosa - Factores de riesgo y de protección asociados. - Breve explicación de la alimentación a lo largo del tiempo y la relación del hombre con el alimento. - Influencia de la sociedad en la formación de la identidad. - Relación de las consecuencias de la industrialización en la epidemiología de la AN. - cánones de belleza, medios de comunicación y presión social. <p>Conforme el facilitador vaya explicando los temas hará uso de imágenes, las cuales pegara en el pizarrón. (Anexo 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plumones para pizarrón blanco ó gises. - Borrador. - Imágenes (ver anexo 2.0), - Diurex, imanes, adhesivos. - Tijeras. - 	20 minutos
Mindfulness, características, aspectos históricos y relación con la	<p>El facilitador explicara aspectos generales sobre Mindfulness y la meditación samatha, abordara los temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surgimiento de Mindfulness - Que es la meditación 	<ul style="list-style-type: none"> - No se requiere material 	10 minutos.

prevención de anorexia nerviosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Por qué hacer énfasis en la meditación samatha respecto a los trastornos de la conducta alimentaria como AN. - Importancia del cultivo de atención consciente y benevolente en la prevención de anorexia nerviosa. 		
Atención al hambre del corazón, satisfaciendo el hambre del corazón	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 2.2.	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de papel - Bolígrafos 	15 minutos.
Seguimiento a la respiración. Atención consciente.	El facilitador seguirá las indicaciones del anexo 3 (tanto escaneo corporal como preparación en silla). Posteriormente el facilitador continuara con las indicaciones de la meditación anapana-sati (seguimiento a la respiración) Anexo3.3.	<ul style="list-style-type: none"> - No se requiere material. 	20 minutos.
Meditación atención consciente a los alimentos.	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 2.3.	<ul style="list-style-type: none"> - No se requiere material. 	20 minutos.

Cierre. Reflexión grupal.	El facilitador hará las preguntas del anexo 2.6 a los participantes.	- No se necesita material	15 minutos.
Observaciones/ comentarios.			

Nombre del aplicador (a):

Duración: 2 horas

Numero de sesión: 3

Nombre de la sesión: ***Influencia sociocultural en los Factores de riesgo de la Adolescencia***

Objetivo: Enseñar la influencia de la cultura y sociedad en el desarrollo psicosocial y biológico durante la adolescencia.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
¿Qué hicimos la sesión pasada?	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 2.1	<ul style="list-style-type: none">- Bolsa de dulces- Pelota de plástico.	5 minutos
Adolescencia.	El facilitador dará una breve pero puntual explicación sobre aspectos generales de la adolescencia, donde incluirá los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none">- Breves nociones históricas sobre la adolescencia- Adolescencia y pubertad- Cambios físicos característicos de la adolescencia en varones y mujeres.- Desarrollo psicosocial- Identidad y personalidad	<ul style="list-style-type: none">- Plumones para pizarrón blanco y/o grises.- Borrador.- Pizarrón blanco/verde.	15 minutos.

Qué necesita mi cuerpo.	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 3.1	- Imágenes / juguetes de plástico de diferentes alimentos.	15 minutos
Reflexión: Factores y actitudes.	El facilitador se apoyara de las instrucciones y preguntas del anexo 3.2.	- Tarjetas blancas - Bolígrafos	15 minutos.
Exposición del tema: Factores de riesgo y protección	A continuación se facilitara a los participantes los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Que son los factores de riesgo y de protección - Como influyen en nuestra conducta - Cómo saber si me encuentro dentro de un factor de riesgo o de protección - Importancia del conocimiento de estos factores en el desarrollo biopsicosocial del adolescente. 	- Pizarrón blanco, plumones para pizarrón blanco y/o gises.	15 minutos.

Delgadez y publicidad.	El facilitador entregara a cada equipo una revista y una cartulina y seguirá las indicaciones del anexo 3.3.	- Revistas.	30 minutos
Benevolencia, un antídoto.	El facilitador pedirá a los participantes se acomoden en postura de meditación, aplicando las instrucciones del anexo 3.4 Posteriormente seguirá las indicaciones del anexo 3.5.	- No se necesita material	15 minutos
Cierre. Retroalimentación	El facilitador se guiara por las preguntas del anexo 3.6, para abrir un espacio de retroalimentación y dar cierre a la sesión.	- No se necesita material	10 minutos
Observaciones/ comentarios:			

Nombre del aplicador (a):

Duración: 2 horas

Numero de sesión: 4

Nombre de la sesión: ***Identificación del pensamiento para el cultivo de emociones hábiles***

Objetivo:

A través de la meditación samatha y el modelo ABC los participantes identificarán pensamientos negativos para contactar con el cultivo de emociones positivas.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
¿Qué hicimos la sesión pasada?	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 2.1	- Bolsa de dulces	5 minutos
Explicación del Modelo ABC	El facilitador se apoyara en la descripción y esquema del anexo 4.1, de igual manera dará una explicación del modelo ABC siguiendo el contenido del anexo correspondiente (4.1).	- Plumones para pizarrón blanco o gises.	10 minutos

A poner en práctica el ABC	El facilitador proporcionara una hoja blanca en donde pedirá a los participantes que escriban tres situaciones en las que pueden utilizar este método, el facilitador se puede guiar en el ejemplo del anexo 4.2.	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja blancas - Bolígrafos 	15 minutos
Yo soy así	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 4.3.	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja blancas - Bolígrafos 	20 minutos.
Emoción, percepción, sensación y cognición.	El facilitador explicara a los participantes la influencia de las emociones, percepciones y sensaciones así como su influencia en las cogniciones, para ello se guiara del anexo 4.4.	- No se requiere material	20 minutos.
Meditación de metta-Bhavana cultivando emociones positivas	El facilitador pedirá a los participantes que acomoden su postura de meditación (ver anexo 2.4 y 2.4.1, dependiendo el caso), posteriormente dará las indicaciones del anexo 4.6. Correspondiente a los estadios de la meditación metta-bhavana.	- No se requiere material.	25 minutos.

Yo soy así, tú eres así, ser positivo.	De la actividad "Yo soy así" se pedirá que los participantes vuelvan a realizar el ejercicio (anexo 4.3), pero ahora poniendo énfasis en aquellas características negativas que identificaron tratando de utilizar el modelo ABC para que así puedan identificar las conductas, emociones, pensamientos o sensaciones positivas que les gustaría desarrollar respecto a. Hasta este punto se otorgaran 10 minutos, posteriormente el facilitador se guiará en las instrucciones del anexo 4.5	- No se requiere material	15 minutos
Cierre. Retroalimentación	Después de terminar esta dinámica el facilitador abrirá un espacio a los participantes para que comenten como se sintieron con la dinámica, que les pareció, que les dejó en su experiencia.	- No se requiere material.	15 minutos
Observaciones/ comentarios.			

Nombre del aplicador (a):

Duración: 2 horas

Numero de la sesión: 5

Nombre de la sesión: ***Autoestima e Imagen corporal***

Objetivo: a través de la meditación samatha los participantes aprenderán como contactar con su imagen, sentimientos y autoestima.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
¿Qué hicimos la sesión pasada?	El facilitador seguirá las instrucciones del el anexo 2.1.	<ul style="list-style-type: none">- Bolsa de dulces- Pelota de plástico	5 minutos
Atención a tu caminar.	El facilitador pedirá a los participantes que se pongan de pie, mientras estén de pie se mantengan derechos, luego, pedirá que lentamente caminen por el salón poniendo atención en el peso de su cuerpo al caminar, su respiración, cómo hace el cambio de peso el cuerpo al caminar, que depositen su atención al caminar.	<ul style="list-style-type: none">- No se requiere material.	15 minutos.
Silueta.	Se pedirá a los participantes que hagan un grupo de dos personas. Posteriormente colocara el papel bond sobre la pared o el piso y el facilitador les otorgará plumones para que dibujen su silueta. Después el facilitador pedirá a los participantes que rellenen las siluetas de sus compañeros con comentarios positivos y negativos.	<ul style="list-style-type: none">- Papel bond- Plumones- Bolígrafos	20 minutos
Reflexión de la	El facilitador preguntara a los participantes como se sintieron en la	<ul style="list-style-type: none">- No se necesita	10 minutos.

actividad.	<p>actividad y hará énfasis en las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Darte cuenta cómo te percibes y como te perciben los demás cómo influye en tu autoestima. - Has notado la mayoría de valoraciones que recibes tanto de ti como de las demás personas. - Las valoraciones negativas, que haces con ellas. 	material	
Explicación del tema.	<p>El facilitador expondrá a los participantes los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación de la identidad y autoestima en la AN - Importancia del cultivo de la autoestima positiva hacia sí mismos. - Imagen corporal y relación con la autoestima - Autoestima, imagen corporal y adolescencia. 	- Plumones para pizarrón blanco/gises	15 minutos
Cultivo de emociones positivas, Benevolencia, un antídoto.	<p>El facilitador pedirá a los participantes se acomoden en postura de meditación (descripción en el anexo 2.4). En esta actividad se la meditación del anexo 3.5.</p>	- No se necesita material	20 minutos.
Cierre, cadena	<p>Se escogen unas cuantas palabras o conceptos claves de interés para el</p>	- Plumones para	20 minutos.

<p>de asociaciones.</p>	<p>grupo (respecto al tema revisado en la sesión), posteriormente se le pide a los compañeros que lo asocien con otras palabras que para ellos tienen algún tipo de relación.</p> <p>En orden, uno por uno, van diciendo con que la relacionan. Por ejemplo, se escoge autoestima, los participantes pueden decir: felicidad, bienestar, valoración, etc.</p> <p>El facilitador o un registrador designado de antemano, van anotando las diferentes relaciones que los participantes han dado y luego se discute por qué han relacionado dicha palabra con la otra, el registro se hará en el pizarrón. Por último el grupo debatirá si está conforme o no con dicha presentación.</p>	<p>pizarrón blanco /gis.</p> <p>- Pizarrón blanco/ verde</p>	
<p>Observaciones/ comentarios.</p>			

Nombre del aplicador (a):		Duración: 2 horas	Numero de la sesión: 6
Nombre de la sesión: Sesión seis: cierre/ evaluación			
Objetivo: Que los participantes pondrán en práctica lo aprendido durante las sesiones para generar una reflexión final sobre la prevención de la anorexia nerviosa.			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Cóctel de frutas	El facilitador enumerara a los participantes del uno al cinco, posteriormente a cada número le asignara el nombre de una fruta, plátano, manzana, fresa, sandía, kiwi, etc. (puede ser el nombre de cualquier fruta) generando así cinco subgrupos de frutas. Posteriormente deben estar sentados por grupo y cuando se diga voy a hacer un cóctel de plátano con sandía (o cualquier combinación de fruta seleccionada), tendrán que ponerse de pie y cambiar de lugar sino pierden (solo las frutas mencionadas), el facilitador también podrá decir “se me antoja un cóctel de frutas” para que así todos sin excepción cambien de lugar.	- Sillas	10 minutos
Técnica: el papel arrugado	El facilitador seguirá las instrucciones del anexo 6.1.	- Hojas tamaño oficio	15 minutos

<p>Juguemos: Memorama. lotería y ahorcado</p>	<p>Armar dos grupos, un grupo tendrá el juego de lotería y otro de memorama.</p> <p>Posteriormente el facilitador pedirá que el grupo entero participe en el juego de ahorcado, el cual ira orientada a la temática que se vió durante las seis sesiones.</p> <p>Nota: el facilitador y el docente participan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tres juegos de memorama (anexo 6.2). - Tres juegos de lotería (anexo 6.2) - Plumones/grises - Pizarrón blanco/verde 	<p>35 minutos</p>
<p>Te acuerdas de cómo meditar y para qué sirve</p>	<p>El facilitador pedirá a cuatro personas que expliquen brevemente en qué consiste la meditación metta bhavana y atención consiente, dos por cada meditación, si no quieren participar el facilitador los escogerá al azar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No se requiere material 	<p>10 minutos</p>
<p>Cómo evaluarías el taller</p>	<p>El facilitador proporcionara fotocopias de los anexos 1.4 y 1.5. Pedirá a los participantes que respondan a los cuestionarios que se les entregan y respondan en relación al valor con el que se sientan identificados. Con el motivo de saber si recuerdan los conceptos que vimos en clase y si ahora que han tomado estas seis sesiones consideran que saben o no del tema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopias de Anexo 1. - Fotocopias de Anexo 2. 	<p>10 minutos</p>

Meditación de cierre.	Antes de terminar la sesión se harán meditaciones de metta-Bhavana y anapana-sati (seguir instrucciones de anexo 3.3 y 3.4)	- No se necesita material.	30 minutos
Cierre Técnica balance del día (lo que me llevo del grupo)	<p>Solicitar a los participantes que hagan un círculo en el centro del salón para verbalizar o expresar lo más sobresaliente o relevante que podrían llevar consigo del aprendizaje adquirido en la sesión.</p> <p>Invitar a los participantes a intercambiar opiniones respecto a las temáticas que se vieron alrededor de las seis sesiones.</p> <p>El facilitador brindara palabras de despedida, cerrando con palabras de retroalimentación y haciendo entrega de los safus a los participantes que acumularon mayor participación grupal.</p> <p>Las palabras que el facilitador puede decir para propiciar la retroalimentación son las siguientes:</p> <p>Fue un gusto haber compartido con ustedes estas seis sesiones, como agradecimiento a su participación, no olviden que solamente nosotros sabemos quiénes somos, quienes no somos, cultivando emociones positivas hacia uno mismo propiciamos que nada del entorno nos cambie, permanezcamos como la montaña, firmes que ni el viento la mueve.</p>	- No se necesita material.	15 minutos

	<p>Posteriormente hacer entrega de los safus a los ganadores.</p> <p>Nota: todos participan, docente, facilitador y participantes.</p>		
Observaciones/ comentarios.			

Conclusiones

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa o la bulimia no representan una carga epidemiológica significativa al sector de Salud Pública en contraste con los trastornos de la conducta alimentaria como sobrepeso y obesidad u otro tipo de enfermedades como la diabetes, hipertensión o trastornos del estado de ánimo como la depresión o los trastornos de ansiedad; la anorexia nerviosa afecta principalmente a los adolescentes que están en vías de desarrollo, principalmente a aquellos que viven en zonas urbanas industrializadas.

El hecho de que solamente entre el 1% y el 2% de la población a nivel mundial presente estos trastornos no quiere decir que en el futuro estas cifras permanezcan sin alteración, por el contrario, autores como Toro (1999) coinciden que las estadísticas que existen respecto a la anorexia nerviosa son solo aproximaciones y que es muy probable que estas cifras aumenten con el tiempo debido a la influencia de los modelos estético-culturales que difunden los medios de comunicación aunado a las prácticas culturales que de manera global se están adoptando, donde el modelo de la mujer delgada representa éxito, bienestar, autonomía, estatus económico y belleza.

Los trastornos de la conducta alimentaria al ser trastornos que abarcan tres esferas del desarrollo del ser humano como lo biológico, psicológico y social aunados a la influencia cultural, impactan fuertemente en el desarrollo ontogénico de aquellos que los padecen, especialmente la anorexia nerviosa, la cual, es un trastorno que ha estado presente a lo largo del tiempo, sin embargo ha tenido características particulares en cada época en la que se presenta; por ejemplo, en la edad media la privación de alimentos residía en el ayuno, el cual pretendía entablar en la doncella o varón comunicación con dios, en otros momentos se realizaba como signo de santidad; con el paso del tiempo esta práctica se dejó de

lado adquiriendo una nueva forma de manifestación, donde el miedo a engordar aparece como variación en el desarrollo histórico de la enfermedad.

Conocer el cómo se ha ido presentando este trastorno a lo largo de la historia permite comprender el motivo de que hoy en día resulte complejo su estudio e inclusive aporta al entendimiento y estudio del mismo, ya que la anorexia nerviosa es un trastorno al ser un trastorno que abarca lo biológico, psicológico, social y cultural abre un abanico enorme de causas y determinantes en su emergencia aunado a la población en la que impera el trastorno, la cual principalmente son adolescentes y adultos jóvenes.

La adolescencia es donde se conforma la identidad del sujeto, para ello aspectos como la autonomía, la confianza en sí mismo y el encontrar su rol dentro de la sociedad son vitales para el ser humano; para ello, el entorno social y cultural tienen influencia significativa, ya que, es en estos entornos donde la identidad toma forma y busca ser resuelta en base a las demandas socioculturales, si el entorno resulta hostil para el sujeto aunado a las cargas socioafectivas que puede desarrollar sobre lo que la cultura, familia, amigos que demandan de él, podrá crear una alteración de los valores e ideales que el sujeto adolescente pretende seguir.

Por tanto, promover talleres orientados a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente, anorexia nerviosa, son necesarios ya que si bien la presencia de la enfermedad a nivel global es mínima no quiere decir que no sea un problema de salud pública, aunque existe estadística tomada de población muestra no es suficiente para poder afirmar que es mínima la población que la padece, por otro lado, abrir espacios a la prevención de la anorexia nerviosa (y no solo anorexia nerviosa, sino trastornos de la conducta alimentaria en general) permite a futuras generaciones de investigadores encontrar áreas de oportunidad para así perspectivas novedosas dentro del campo de la prevención orientada a los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo a aquellos que están interesados en la aplicación o investigación de los beneficios que mindfulness ofrece, tales como aprender a relacionarse con el cuerpo y con uno

mismo lo cual se logra a través de la introspección, la atención en uno mismo así como la influencia del entorno en el sujeto, esto aporta y fortalece las funciones ejecutivas del ser humano; de igual manera, permite que el sujeto genere estrategias psicológicas que le permitan superar problemáticas vinculadas a la percepción de su imagen corporal, identidad, también fomentan el fortalecimiento de lazos sociales sanos, los cuales, son vitales durante la adolescencia, pues, al ser una etapa donde conforman su identidad y la relación con el otro, permiten al adolescente contactar con su identidad y en consecuencia con la configuración de su autoestima propia, el ser consciente de todo ello evita al adolescente caer en situaciones de riesgo y les permite desarrollar o propiciar elementos que los posicionen en entornos y conductas de protección.

Los talleres psicoeducativos así como la prevención de la enfermedad en adolescentes elevan la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo; al haber adquirido herramientas que les permitan confrontar las vicisitudes del día a día, los individuos fortalecen su salud emocional, psicológica, física y social; ya que, las problemáticas internas se proyectan con las conductas que desarrollan al entablar relaciones interpersonales, por tanto es que la aplicación de mindfulness al hacer hincapié del cultivo de atención sobre sí mismo, el entorno, los pensamientos y conductas, resulta favorable no solo en el tratamiento de trastornos de ansiedad, problemas de conducta, trastornos afectivos como la depresión y ha demostrado ser una herramienta útil dentro del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria a pesar de los escasos estudios dentro del tratamiento de anorexia nerviosa o trastornos de la conducta alimentaria.

Alcances y limitaciones

Los programas psicoeducativos orientados a la prevención de la anorexia nerviosa vinculados con mindfulness es una herramienta de gran utilidad para fomentar autoestima, entablar relaciones sanas con el cuerpo, emociones y situaciones de crisis.

Debido a que la adolescencia es una etapa en donde la conformación de la identidad se ve constantemente sometida a crisis de identidad, existe una constante resolución a las mismas, por ello, la influencia del entorno social y cultural son de suma importancia en el desarrollo psicosocial del adolescente, lo cual si es un ambiente negativo genera factores de riesgo y mantenimiento ante los trastornos de la conducta alimentaria, por este motivo la aplicación de estrategias orientadas a la cultivación de la consciencia y el cultivo de emociones positivas radica en generar en el individuo la capacidad de formar fortaleza yoica, tomar decisiones en base a lo que resulta benéfico para su salud evitando poner en riesgo su vida.

Los talleres psicoeducativos orientados a la prevención de la enfermedad, principalmente en adolescentes elevan la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo en el individuo, ya que este tiende a ser partícipe de la sociedad lo cual le llevara a formar parte de sus actividades socioeconómicas y socioculturales, por tanto la adquisición de herramientas que le permitan confrontar las vicisitudes del día a día, permitirá crear generaciones que posean salud emocional, psicológica, física y social; ya que, las problemáticas internas se proyectan con las conductas que desarrollan al entablar relaciones interpersonales.

La creación de este taller está pensado para adolescentes, aunado a requerimientos muy básicos, ya que, en realidad los requerimientos en el material son mínimos aunado a que tanto el aplicador como los participantes no necesitan de materiales que sean difíciles de conseguir, al contrario, los materiales propuestos están pensados en función a las necesidades y posibles entornos donde se puede aplicar, es decir, está pensado para todo tipo de instituciones

educativas, por ello este taller no exige materialmente objetos que no correspondan a la población o entorno social, cada material se puede encontrar en papelerías, escuelas, tiendas de autoservicio, si acaso la impresión de la lotería, pero inclusive ello se puede improvisar.

El la entidad está pensada para zonas urbanas industrializadas pues es en estas zonas donde se presentan mayor riesgo a presentar estos trastornos, por tanto es importante que se aplique dentro de estas zonas. Para este la creatividad del aplicador es importante puesto que, si llegase a encontrar problemáticas relacionadas al material, la población, el lugar, el aplicador tendrá que ser capaz de adaptar el taller a las necesidades del entorno, este taller es una propuesta orientada a la prevención y pretende ser punto de partida para aquellos interesados en este ámbito (psicoeducación orientada a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria)

Por otro lado aunque con el taller se pretende prevenir la anorexia nerviosa en adolescentes, saber si a largo plazo fue un éxito no es posible ya que no se da un seguimiento posterior al taller solo da cobertura durante seis sesiones. Otra de las limitantes es que aunque se evalué al final de la sesión (a través de un cuestionario) si la información proporcionada ha sido de ayuda o si la información que se ha brindado a los participantes a lo largo de las sesiones ha sido aprendida o que se ponga en práctica no es suficiente para lograr prevenir las conductas de riesgo asociadas a la anorexia nerviosa así como los factores de riesgo, ya que, se necesitaría la elaboración de test que evalúen si el participante ha modificado la relación que establece consigo mismo a través de la meditación, la frecuencia de su uso, la identificación de creencias, atención consciente, benevolencia, pensamientos y consecuencias aunado a que se necesitaría aplicar diferentes pruebas psicológicas que evalúen personalidad, cognición como el Neuropsi, MMPI-A (Inventario multifásico de personalidad para adolescentes) o HTP (House, Three and Person) al principio, durante y al final posterior a las sesiones para tener evidencia de los cambios que se están generando en el individuo. De igual manera aunque se aplicaran los test y evaluaciones

psicológicas el taller no cuenta con metodología para evaluar la motivación del paciente sobre la temática, sin embargo pretende generarla a través de diversas técnicas, tales como el empleo de recompensas y castigos (Anexo 1.1 y Anexo 1.2).

El entorno social en este caso también puede ser una limitante al igual que un beneficio, todo depende de la aceptación y apertura de los participantes; a pesar de que el taller pretende brindar herramientas que permitan a los adolescentes generar atención consciente y aceptación a las condiciones que no pueden cambiar cultivando benevolencia por sí mismos y otras personas, depende del participante el desarrollo y mantenimiento de estas prácticas; si bien el taller está orientado a la promoción de conductas saludables para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la anorexia nerviosa, como lo son la preocupación obsesiva por la imagen, restricción alimentaria, selección específica de alimentos, estricta dieta, entre otros, el cultivo de estas conductas de prevención solo se desarrollan dentro del taller y se dejan a decisión propia desarrollarlas fuera de, lo cual no da resultados concretos si se pretende estudiar la eficacia a largo plazo del taller.

Ahora bien, otra limitante reside en el facilitador, si alguien pretende aplicar este taller de prevención para la anorexia nerviosa en adolescentes tendrá que manejar mínimo los temas de atención consciente y desarrollo de benevolencia, pues como arrojan diversos estudios la meditación impacta en la cognición del participante y una aplicación sesgada por no manejar o conocer muy poco el tema puede traer malos entendidos en el desarrollo de las sesiones.

Referencias bibliográficas.

- Acosta, M., Aguilar, M., Calleja, M., Carreras, R., de Caso, A., Crespo M. ... Rodríguez, C. (2011). En Martín C., Navarro, J. (Coords.). En *Psicología del desarrollo para docentes (2ª. ed.)*. (pp.191-223). Madrid: Pirámide.
- Adams, R. M., (1960). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume(pp. 229-238).
- Adamson, G., (2014). La psicología de Enrique Pichon Rivière: Una perspectiva sociopsicologica. Argentina: Lugar.
- Aláez, M., Martínez, R.,& Rodríguez, C., (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12() 525-532. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712403>.
- Alimento, comida y cultura. (23 de Enero 2017) recuperado de <https://evaluaciondelestadonutritivo.wordpress.com/tag/cultura/>.
- Alianza internacional contra el SIDA/VIH. (2002). *100 Formas de Animar Grupos: Juegos para Usar en Talleres, Reuniones y la Comunidad*. Recuperado de https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/053/ens0602_Energiser_guide_sp_original.pdf?1413808315.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. México: Medica Panamericana.
- Amon, D., Guareschi, P. A., & Maldavsky, D.; (2005). La psicología social de la comida: una aproximación teórica y metodológica a la comida y las prácticas de la alimentación como secuencias narrativas. *Subjetividad y*

Procesos Cognitivos, () 45-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630246003>.

Amutio, A. (1988) *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. España: Desclée de Brouwer.

Ardila, R. (2013). Obituario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 315-319. Retrieved May 21, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342013000200014&lng=en&tling=es.

Arieti, S., (1985). La cognición en el psicoanálisis. En *Cognición y psicoterapia*. (pp. 25-73). España: Paidós.

Arnau, J; (2013). Buda histórico y buda legendario. tradiciones hagiográficas de siddhārtha gautama. *Estudios de Asia y África*, XLVIII() 641-656. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=58630441002>.

Baile, J. I., González, &M. J., (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18() 19-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921003>.

Ballesteros, M., (1985). Cultura y religión de la América prehispánica. España: Católica.

Bandura, A., (1985). Modelo de causalidad en la teoría del aprendizaje social. En *Cognición y psicoterapia* (pp. 103-124) España: Paidós.

Barraca, J., (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20() 109-117. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879001>.

Barrera, T., Castañón V., Rodríguez Me., Sánchez-García., & Soberon, M., (2013). *Anorexia y Bulimia: Una mirada psicoanalítica*. México: Editores de textos mexicanos.

- Beck, A.T., (1985). Terapia cognitiva, terapia conductual. En *Cognición y psicoterapia*. (pp. 349-371). España: Paidós.
- Beck, A.T., (2011). *Cognitive behavior therapy*.(2ª. ed.) New York: Guilford Press.
- Behar, R. & Arancibia, M.(2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud mental*, 38(3), 225-232. <https://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.031>.
- de Bellabarba, G. A., (2009). Conducta alimentaria y familia. Editorial. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 7() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540222001>.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G.,& Medina-Mora, M. E. (2012) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, [en línea] 2012, 35 (Noviembre-Diciembre): [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225137005>>ISSN 0185-3325.
- Binford, S. R., & Binford, L. R., (1969). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 174-185).
- Bitterman, M. E., (1965). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 119-127).
- Bleichmar, E. (2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, (4). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000103&a=Anorexiabulimia-Un-intento-de-ordenamiento-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>.

- 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>.
- Braidwood, R. J., (1960). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 209-219).
- Bravo M., Pérez, A. & Plana, R., (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 300-5. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol72_4_00/ped11400.htm.
- Brooks, F. (1959). *Psicología de la adolescencia* (2ª.ed.). Argentina: Kapelusz.
- Camarena, M., E., Tunal Santiago, G; (2009). La religión como una dimensión de la cultura. *Nómadas*, () 1-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18111430003>.
- Cambel, H., & Braidwood, R. J, (1970). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 219- 229).
- Caparrós, N., & Sanfeliú, I., (1997). *La anorexia una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caro, I. (1977). *Manual de psicoterapias cognitivas*. España: Paidós Ibérica
- Carretero, J. (2017). *Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en adicción al tabaco: un estudio de caso* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro-Fornieles, J., Plana, M.T.,&Martínez, E., (2014). Adolescencia. En Morandé, G., Graell, M., Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral*.(pp. 133-143).México: Editorial Panamericana.

- Castro-Zamudio, S., & Castro-Barea, J., (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(2), 22-30. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2706>.
- Cayoun, B. (2011). TCC con Mindfulness integrado (2ª. ed.). (pp. 35-85). España: Desclée de Brouwer.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. España, Barna.:Masson.
- Chozen, J. B., (2013). *Comer atentos: guía para redescubrir una relación sana con los alimentos*. Barcelona, España: Kairos.
- Compan, V, Walsh B. T., Kaye, W., & Geliebter, A., (2015) How Does the Brain Implement Adaptive Decision Making to Eat?. *The Official Journal of Society of Neuroscience*. 35 (41). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604225/pdf/zns13868.pdf>
-
- Contreras, J., & Arnaiz, M., (2005). Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel.
- Cordella, P., (2014) Influencias familiares en la génesis de los trastornos de la alimentación. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria*. (Pp. 35-47). México: Medica Panamericana.
- Coria, M., (2014). Medicina, cultura y alimentación: la construcción del alimento indígena en el imaginario médico occidental a través de la visión del doctor francisco Hernández. *Anales de antropología*, 48 (1), 33-57.
- Darwin, C., (1859/2015). El origen de las especies. México, D.F.: Porrúa.
- Darwin, C., (1880/2105). El origen del hombre. Argentina: Terramar ediciones.

- Daturi, E. D., (2010). El concepto homérico de cuerpo y la revolución socrática. *La Colmena: Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 65-66 (), 51-55. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5492954>.
- Díaz, F., & Cruzat, C. (2011). Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2 (1), 1-9. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/168/174>.
- Díaz, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11() 431-457. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14002906>.
- Dobzhansky, T., (1960). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 98-106).
- Ellis, A., (1985). Desarrollando los ABC de la terapia racional emotiva. En *Cognición y psicoterapia*. (pp. 337-349). España: Paidós.
- Erikson E. (6° ed.2015). *Sociedad y adolescencia*. Edit. Siglo XXI, México, D.F.
- Federación de Asociaciones de Scouts de España (ASDE). (s.f.). *Anorexia y bulimia: Material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de <https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/12/scouts-de-espac3b1a-material-didc3a1ctico-tca.pdf>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). *Adolescencia y participación: palabras y juegos*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/lac/GUIA_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/GUIA_1(1).pdf).

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2014). *Guía de ejercicios para la participación adolescente*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2014/12/Guia-de-Ejercicios-para-la-Participacion-Adolescente.pdf>.
- Fernandez, M. H., (2012). The body in anorexia and bulimia. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15() 668-682. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233025246004>.
- Finol, E. (2001). De niña a mujer... el rito de pasaje en la sociedad contemporánea. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, () Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18501711>.
- Foucault, M., (1961/2015). Histoire de la folie à l'âge classique [Historia de la locura en la época clásica]. En *Stultifera Navis* (pp. 13-75) (Vols. 1-2) México: Fondo de cultura económica.
- Fuenmayor, G., Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9() 187-202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170118859011>.
- García de Lorenzo y Mateos, A.& Rodríguez, J. A. (2013). Metabolismo en el ayuno y la agresión. Su papel en el desarrollo de la desnutrición relacionada con la enfermedad. *Nutrición Hospitalaria*, 6() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309228933001>.
- Gaviria, S. L., (2014). El culto al cuerpo: Origen de nuevas expresiones psicopatológicas. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria*. (Pp. 47-53). México: Medica Panamericana.
- Gómez, Ma. J., (2007). *Manual de Técnicas y Dinámicas*. Villahermosa, TAB.: Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la

Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco.

Gonsar Rimpoche. (1994). La enseñanza del Buda. España: Edit. Amara,

Guerrero, C. (2010). La antropofagia como rito final de la infancia en El regreso de Efraín Barquero. *Revista Chilena de Literatura*, () 75-94. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360233415009>.

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, & Hernandez-Avila M. (2a. ed.) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T, Villalpando-Hernandez, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martinez, M., & Hernandez-Avila, M., (2a. ed.) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Síntesis ejecutiva. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

Gyatso, T. (1997). El mundo del budismo tibetano. (2ª. ed.). España: Sophia Perennis.

Haynes, V. H. JR. (1966). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 262-273).

Howells, W. W., (1960). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 21-33).

Howells, W. W., (1966). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 43-54).

- Jiménez A., (2014) El Sutra de Benarés. El primer discurso del Buddha [Dhammacakkappavattana Sutta]. Barcelona: Kairos.
- Jiménez, D. (2006). La Anorexia Nerviosa y su relación actual con el ideal corporal. *Tempus Vitalis*, 6 (2), 28-37. Recuperado de <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0397/2anorexia62.pdf>.
- Joshi, L. M., (2011). *Brahamanismo, budismo e hinduismo: y aspectos del budismo en la historia india*. Edit. Dipankara.
- Kazdin, A. E., (1984) Behavior modification in applied settings [Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas]. (2ª. ed.) México: Manual moderno.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M.C. (2015). Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6 (2), 129-136. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/349>.
- Kort, F; (1991). Skinner y la terapia cognitiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523206>.
- Lazarus, A., (1971) Terapia conductista: Técnicas y perspectivas. Buenos Aires: Paidós.
- Lenoir, D. M., & Silber, T. J., (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 253-260. Recuperado en 21 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000300011&lng=es&tlng=es.
- Lemos, M.; Restrepo, D. A.; & Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento*

Psicológico, 4() 137-147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670009>.

Liétor, N., Fortis, M., & Moraleda, S., (2013). Mindfulness en medicina. *Med fam Andal*, 14 (2), 66-79. Recuperado de http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v14n2/v14n2_07_artRevision.pd.

Lillo, J. L., (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [en línea] 2004, (Junio-Sin mes): [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660005>>ISSN 0211-5735.

López, S., & Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22() 568-573. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>.

Lorenz, K. Z., (1958). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 109-119).

Loreto, M., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, 77(2), 153-160. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000200005>.

Macneish, R. S. (1964). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 285-294).

Macneish, R. S., (1971). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 262-273).

- Mahoney, M. J., (1985). Psicoterapia y proceso de cambio humano. En *Cognición y psicoterapia*. (pp. 25-73). España: Paidós.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C., (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología*, 30() 422-430. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188005>.
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva Infancia y juventud* (pp.415-457). Barcelona: Herder.
- Morales-Ruán, M. d C., Shamah-Levy, T.; Mundo-Rosas, V., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Villalpando, S., & Rivera-Dommarco, J. Á., (2013). Programas de ayuda alimentaria en México, cobertura y focalización. *Salud Pública de México*, 55() S199-S205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331017>.
- Morandé, G., Villaseñor, A., & Graell, M., (2014). Clínica y evaluación de los trastornos de la alimentación de la edad puberal. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. (pp. 123-133). México: Medica Panamericana.
- Moscoso, M. S., & Lengacher, C. A., (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en mindfulness. *Liberabit. Revista de Psicología*, 21() 221-233. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68643124005>.
- Mundo-Rosas, V., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommarco., J. A. (2013). Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México* [en línea] 2013, 55 (): [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331018>> ISSN 0036-3634.
- Murguía-Mier, S. P., Unikel-Santoncini, C.; Blum-Grynberg, B., & Taracena-Ruiz, B. E., (2015). Anorexia nerviosa: el cuerpo y los mandatos sociales-

superyóicos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13() 923-935. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77340728027>.

Nadeau, Jean-Guy., *El cristianismo nunca ha separado el alma del cuerpo*. (s.f) recuperado el (15 de Marzo, 2017), de <http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/09/5FJM3T1-Nadeau-2004-El-cristianismo-nunca-ha-separado-alma-de-cuerpo.pdf>.

Olaiz-Fernández, G. Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., & Sepúlveda-Amor, J., (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Mundial de la salud. (OMS). (2017). Desarrollo de la adolescencia. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización panamericana de la salud (PAHO). (2017). Técnicas de cierre y evaluación. Recuperado de

http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10910%3A2015-tecnicas-de-cierre-y-evaluacion&catid=7680%3A dinamicas-grupales&Itemid=41447&lang=es.

Palacios Espinosa, Ximena. (2007). Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa. *Terapia psicológica*, 25(1), 73-85. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000100006>.

Paolini, E., Graell, M., & Morandé, G., (2014). En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. (pp. 200-206). México: Medica Panamericana.

- Peña, E., & Reidl, L. M., (2015). Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 5() 2182-2194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358943649006>.
- Papalia, E., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia. En *Desarrollo Humano* (pp. 354-416). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Páramo, M d I A., (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>.
- Plumed, J., & Rojo, L. (2014). Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. (pp. 27-35). México: Medica Panamericana.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. 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>.
- Prieto-Castaño, B., Fernández-Méndez, J., Salamea-Nieto, R., & González-Fernández, M. (2015). Mindfulness, imagen corporal y prevención de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 0(14), 047-050. doi: <http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2015.0.14.332>.
- Programa Gazte Forum. (15 de Marzo 2017). *24 Dinámicas grupales para trabajar con adolescentes*. Recuperado de <http://www.gazteforum.net/pictures/dokumentazioa/dinamicas.pdf>.

- Pujol, O., (2016). *Pantañjali Yogasutra. Los aforismos del Yoga*. Barcelona: Kairos.
- Quintero-Gallego, E; Flores, A; (2012). Estimulación de la conciencia a través de la meditación. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(1) 38-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179323099007>.
- Regader, B., (24 de febrero 2017). *La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>.
- Rínpoche, W. T. (2.ed. 2004) *El yoga de los sueños. Un manual práctico para realizarnos mientras dormimos*. México: Pax.
- Rivera-Dommarco, J. Á, Cuevas-Nasu, L., González de Cosío, T., Shamah-Levy, T., & García-Feregrino, R. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Pública de México*, 55() S161-S169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331013>.
- Rodas, R., (2006). Michael J. Mahoney (1942-2006). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 627-629. Recuperado en 21 de mayo de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300022&lng=pt&tlng=es.
- Rodríguez-Carvajal, R., García-Rubio, C., Paniagua, D., García-Diex, G; & de Rivas, S., (2016). Mindfulness Integrative Model (MIM): Cultivating positive states of mind towards oneself and the others through mindfulness and self - compassion. *Anales de Psicología*, 32() 749-760. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16746507016>.
- Rodríguez, L., & Vaz, F.J. (2014). Trastornos de la alimentación y personalidad. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. (pp. 315-325). México: Medica Panamericana.

- Romero, C., UNICEF Republica Dominicana. (2007). Manual de protocolos y juegos: para terapias lúdicas. (ed.rev.) Recuperado de https://www.unicef.org/republicadominicana/MANUAL_TERAPIAS_Y_JUEGOS.pdf.
- Ruíz, P. M., (2014). Prevención de los trastornos de la alimentación y obesidad. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. (pp. 73-80). México: Medica Panamericana.
- Sebastián, F. Galán Jiménez Jaime, Yeruti, De Avila Ramírez Xochiquetzaly, & Hernández, María del Carmen Rojas. (2016). Anorexia, religión y maternidad: un estudio de caso. *Trivium - Estudios Interdisciplinarios*, 8(1), 86-95. <https://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2016v1p.86>.
- Sanchez, L., (s.f.). Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias. Xunta de Galicia. Recuperado de https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc_Tco_INSTRUMENTOS_EVALUACION_PREV.pdf.
- Sangarákshita. (2010). *Visión y transformación. El noble sendero óctuple del Buda*. México: Ediciones CBCM.
- Silva, O. (1985). *Civilizaciones Prehispánicas de América*. México: Editorial Universitaria.
- Salamea-Nieto, R.M., Fernández-Méndez, J.C., Prieto-Castaño, B. & Gonzales-Fernández M.A. (2015). Mindfulness, imagen corporal y prevención de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (14). Recuperado de http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/download/332/pdf_342.
- Sharma,A., (2013) *Vedanta Advaita. Una introducción*. Barcelona: Kairos

- Silva, R. (2016). Entre el contextualismo de skinner y los “perennial problems”: una propuesta para interpretar a los clásicos. *Praxis Filosófica*, () 155-183. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=209047935008>.
- Santos-Preciado, J. I., Villa-Barragán, J. P., García-Avilés, M. A., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S., & Tapia-Conyer, R., (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45 (Supl. 1), S140-S152. Recuperado en 20 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700018&lng=es&tlng=es.
- Sigmund, F., (1930/2012). *El malestar en la cultura*. México: Tomo.
- Sigmund, F., (1913/2012). *Tótem y Tabú*. México: Tomo.
- Simón, V.M. (2006). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66-67 (), 5-30. Recuperado de <http://vbrevva.com/meditacion/MindfulnessyNeurobiologia.pdf>.
- Simons, E. L., (1967). *Biology and culture in the modern perspective [Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social]* España: H. Blume. (pp. 33-43).
- Smith, L. M., (1994). B.F. Skinner. *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*, 3-4 (), 529-542. Recuperado de <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/skinners.pdf>.
- Solano, D. E. *La religión en las sociedades del siglo XXI* (s.f.). Recuperado el 4 de Febrero de 2017, de http://luckmanandberger.bligoo.cl/media/users/30/1508745/files/523223/la_religion_en_las_sociedades_del_sg.xml.pdf.

- Tapia, N. (2001). Psicología del desarrollo en el estudio de la identidad y la subjetivación en la adolescencia. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, IV () Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309402>
- Toledo, J. D., Manzanilla, L., Preciado, B., Botton, F., Saavedra, J. A., González, Y. ... Castañeda, J. C. (1996) En Toledo, J. D. (Coord.). *Asia y África en la historia*. (pp.25 150.). México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa, división de ciencias sociales y humanidades.
- Toro, J., (1999). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., (2014). Etiopatogenia. En Morandé, G., Graell, M., Blanco, Ma. A., (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y Obesidad: Una enfermedad integral*. (pp. 17-27).
- Torres-Mendoza, B. M., Mercado-Barajas, P. K., Sánchez-Rivera, P., Hernández-González, E., Escoto-Delgadillo, M., & Vázquez-Valls, E., (2015). Risk of eating attitudes and anthropometric profile among professional fashion models of Mexico. *Revista chilena de nutrición*, 42(4), 369-373. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000400008>.
- Triglia, A., (24 de febrero 2017). La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura. Recuperado de <https://psicologiymente.net/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social>.
- Trungpa, C. (2015) *Mindfulness in action*. [Mindfulness en acción: Guía para la conciencia plena a través de la meditación]. España, Barna: Kairós.
- Ulnik, J. C. (2000). Psicósomática: Anatomía y metáfora. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2() 87-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720209>.

- Valenzuela, M. T., Ibarra A. M., Zubarew G., Tamara, & Correa, M. Loreto. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>.
- Vadanya Dh. (1990). Budismo. México: Ediciones CBCM.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1997). *De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana* (2a. ed.). (pp.27-60) Barcelona: Gedisa.
- Vásquez-Dextre, E. R., (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79() 42-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372044762006>.
- Velilla, J. M., (2014). Trastornos en la conducta alimentaria en varones. En Morandé, G., Graell, M., & Blanco, Ma. A. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. (pp. 305-315). México: Medica Panamericana.
- Vendrell, J.; (2002). La masculinidad en cuestión: reflexiones desde la antropología. *Nueva Antropología*, XVIII() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15906102>.
- Verdú-Vicente, F. (2012). Ayuno y Espiritualidad. Límites entre el ayuno fisiológico e inedia. *Medicina Naturista*, 6(2) 15-21. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974420>.
- Viviani, M.T., (2007). El cuerpo como santuario en los inicios del cristianismo. *Aisthesis*, 42() 20-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163219818003>.
- Washburn, S. L., (1960). Biology and culture in the modern perspective [*Biología y cultura: introducción a la antropología biológica y social*] España: H. Blume. (pp. 159-174).

- Zacarés, J. J., Iborra, A., Tomás, J. M.; & Serra, E; (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25() 316-329. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958014>.
- Zagalaz Sánchez, M.L., Romero Granados, S. y Contreras Jordán, O.R. (2002) La Anorexia Nerviosa Como Distorsión De La Imagen Corporal. Programa De Prevención Desde La Educación Física Escolar En La Provincia De Jaén. *Revista Iberoamericana De Educación*. Revista Electrónica. www.campus-oei.org/revista/novedades.htm, 1-22.
- Zych, I., Buela-Casal, G., Sierra, J. C., & Gómez-Rodríguez, S., (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28() 11-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161002>.
- Los 53 sutras de Sidharta Gautama Buda (Recuperado de http://www.budismolibre.org/docs/sutras/Los_53_Sutras_del_Buda.pdf)

Anexos

Anexos. Sesión 1.

1.1 Anexo. Frases que se utilizaran en la sesión uno, tema uno. Con sus respectivos colores.

1. Buenos días
2. Mexicanos al grito de guerra
3. Agua pasa por mi casa, cate de mi corazón ¿Qué es? Aguacate?
4. Dragon ball Z
5. Hora de aventura
6. ¿Cómo te llamas?
7. Cuatro por cuatro, dieciséis
8. Rápido y Furioso
9. Juegos Olímpicos
10. Jugo de naranja

Anexo

1.2. Tablero para las etiquetas que registraran los participaciones.

No. Sesión Participantes	1	2	3	4	5	6
	Nombre					
Nombre						
Nombre						

Anexo

1.3. Etiquetas para el tablero de fichas.



Mercúrio



Venus



Terra



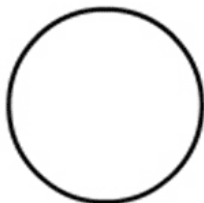
Marte



Júpiter



Saturno



Urânio



Neptuno



Plutão

Anexo

1.4. Propuestas positivas y negativas para el encuadre del taller.

Positivos.

1. Dirigirse a los participantes dentro del taller con respeto
2. Alzar la mano para participar
3. Si he participado mucho, permitir que los compañeros participen durante el taller
4. Durante las meditaciones, evitar molestar o interrumpir a mis compañeros.
5. Evitar indirectas dentro de las actividades.

Negativos.

1. No gritar adentro del salón
2. No decir groserías
3. No escuchar música durante el taller
4. No usar teléfono o tablets durante el taller
5. No aventarse durante los ejercicios que requieran movimiento.

Anexo

1.5. Formato de evaluación que se les proporcionara a los participantes en la primer y última sesión.

Marcar con una “x” la casilla que consideres que describa el conocimiento que poseas de los temas que se presentan a continuación.

	No sé nada del tema.	Sé muy poco del tema.	Estoy bien informado del tema	Manejo el tema excelentemente.
Anorexia Nerviosa.				
Mindfulness				
Adolescencia				
Meditación				
Factores de riesgo en Adolescencia y Anorexia Nerviosa.				
Pubertad				
Factores de Protección en Adolescencia y Anorexia nerviosa				
Características de Anorexia nerviosa.				

Anexo.

1.6. Formato de evaluación que se les proporcionara a los participantes en la última sesión para evaluación del taller.

Valoración del contenido del taller ¿En qué medida el programa te ha ayuda a...?

Responder a la siguiente pregunta, valorando del 1 al 10 en donde 1 es “nada” y 10 “Mucho”.

Nota* Evaluar considerando lo que aprendiste durante las sesiones

1. Conocer las características de la anorexia nerviosa ()
2. Prevenir conductas o factores de riesgo relacionadas con la emergencia de anorexia nerviosa. ()
3. Identificar los cambios biopsicosociales de la adolescencia. ()
4. Generar conductas de protección ante el constante bombardeo de los medios de comunicación y demandas estético-corporales de la cultura. ()
5. Desarrollar técnicas que te permitan identificar tus emociones, entorno y consecuencias conductuales negativas para modificarlas por emociones, conductas y entornos favorables. ()
6. Desarrollar consciencia sobre tus emociones. ()
7. Desarrollar consciencia sobre tus conductas alimentarias. ()
8. Identificar qué es la Anorexia Nerviosa. ()
9. Quitar ideas erróneas sobre los trastornos de la conducta alimentaria. ()
10. Prevenir la emergencia de la Anorexia nerviosa. ()

Anexo.

1.7. Camino empedrado

Para esta actividad, el facilitador dará las siguientes instrucciones:

Primero

- a) Pedir a los participantes que formen parejas, uno de los participantes quedará sentado con los ojos cerrados y otro permanecerá de pie con los ojos abiertos, quien permanezca de pie, levanta y conduce entre los obstáculos a el compañero que mantiene los ojos cerrados.

Durante aproximadamente dos minutos tratan de recorrer el sitio evitando el choque contra obstáculos y otros compañeros. Posteriormente cambian los roles.

Segundo

- b) Los participantes intercambiaran entre parejas impresiones, sensaciones, emociones experimentadas en el proceso de llevar y ser llevado.

Por ultimo

- c) Abrir espacio para comentar como se sintieron, preguntar: En lo cotidiano, ¿en qué situaciones nos cuidamos? ¿Por qué es importante generar confianza con otras personas? ¿así como me deje guiar por mi compañero, en la vida diaria existen situaciones similares? Si, no, por qué.

Las respuestas se comparten grupalmente, donde el facilitador antes de pasar a la siguiente actividad cierra este ejercicio dando retroalimentación del ejercicio realizado, para ello, el facilitador brindara palabras orientadas a la importancia de la confianza entre grupos y con uno mismo.

Nota: Para este ejercicio es importante que el facilitador tenga en cuenta *“En qué nivel de desarrollo se encuentra el grupo”*. En caso de que exista desconfianza, es conveniente analizar y profundizar en las negativas a cerrar los ojos o en lo que se genera en quien es guiado cuando se lo conduce por lugares en que puede golpearse.

Anexo

1.8. Cierre: Reflexión y retroalimentación

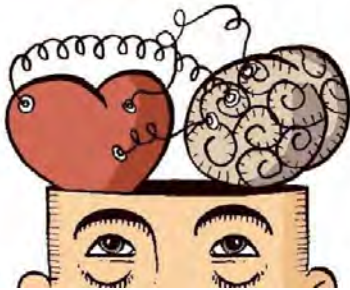
- Por qué crees que generar confianza en uno mismo es benéfico para evitar el padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria.
- Porque consideran que fomentar empatía y confianza es importante para relacionarnos con nuestro entorno y uno mismo.

Por qué creen que prevenir trastornos, cultivando empatía, confianza, autoestima, etc. Infiuye en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa.

Cinco minutos antes de terminar la sesión, el facilitador, brindara palabras de retroalimentación, es decir, expondrá la importancia de cultivar emociones positivas y generar la confianza en uno y el entorno social para un desarrollo psicosocial sano, posteriormente agradecerá la participación del grupo en la sesión.

Anexos. Sesión 2.

2.0. Imágenes que se usaran en la sesión dos para explicar aspectos generales sobre la anorexia nerviosa.



Anexo

2.1. Qué hicimos la sesión pasada.

El facilitador dirigirá las siguientes palabras a los participantes:

Vamos a recordar las actividades de la sesión pasada, lanzare una pelota al azar, a quien le toque la pelota tendrá que contestar.

El facilitador indicara que no se vale contestar nada, no recuerdo o no sé. A quienes contesten el facilitador les dará un dulce por su participación.

El facilitador indicara que no se vale contestar nada, no recuerdo o no sé. A quienes contesten el facilitador les dará un dulce por su participación. El dulce es un reforzador para motivar la participación grupal, por esta razón el decir no sé, nada, no recuerdo no son válidas.

Anexo.

2.2. Atención al hambre del corazón, satisfaciendo el hambre del corazón.

Descripción:

El facilitador hará la siguiente pregunta: Qué comes cuando te sientes solo, triste y cuando te sientes feliz.

El facilitador pedirá que los participantes realicen una lista. Al terminar la lista el facilitador preguntara si tres participantes quieren leer voluntariamente sus listas, en caso de que nadie pida leerlas voluntariamente el facilitador escogerá al azar tres participantes y pedirá que lea sus respectivas listas.

Posteriormente el facilitador explicara que así como existe el hambre del cuerpo, también la hay del corazón, es decir, aquellas emociones que vinculamos consientes o inconscientemente con ciertas comidas.

El facilitador referirá las palabras de Chozen (2013) muchas personas son conscientes de que comen en un intento de llenar un agujero, no en el estómago

sino en el corazón, comemos cuando: acaba una relación, la muerte de un ser querido, cuando hay una celebración, entre otras situaciones.

Pero, como ser conscientes del hambre el corazón. De la lista que se pidió a los participantes que elaboraran identifiquen lo que están sintiendo justo antes de sentir la necesidad de picar el “antojo”.

Para satisfacer el hambre del corazón hablar con una persona querida, realizar una actividad que identifiques que te gusta, hacer un regalo, escuchar tu música favorita, jugar con tu mascota, etc. Si comes realízalo lentamente y tal como sugiere Chozen (2013) abre la conciencia a la multitud de seres, causas y condiciones que permitieron que esos alimentos o situaciones estén acontecimientos en ese momento; da las gracias.

Anexo

2.3. Meditación Anapana-sati (seguimiento a la respiración).

Descripción:

Cada estadio dura cinco minutos.

Una vez que la postura esta lista el facilitador proseguirá dando inicio a la meditación atención consciente (Seguimiento a la respiración).

El facilitador dará las siguientes instrucciones.

Primer estadio:

Se le indicara a los participantes: Observar al aire tal y como es, como entra y sale del cuerpo. Se les indicara que después de cada exhalación asignen un número. La numeración ira del uno al diez, al llegar al diez la siguiente exhalación volverá a uno, es decir la cuenta vuelve a iniciar la cuenta, este ciclo se repetirá sucesivamente hasta llegar al diez, nuevamente.

Si la mente se distrae volver a iniciar la cuenta. Entre espacios el facilitador brindara frases de apoyo como, atento, observando cómo entra y sale el aire,

respirando, sintiendo como entra y sale el aire, como recorre mi nariz, mis pulmones, sintiendo mi cuerpo relajándose con cada inhalación y exhalación. Si la mente se distraer prestar atención a la respiración, amablemente, observando; atento y contento

Segundo estadio: En este estadio se le pedirá a los participantes que observen ese punto cuando el aire entra y sale del cuerpo, ubicando ese punto del aire entrando al cuerpo, justo en ese punto se otorgara el número uno, un momento antes de entrar digo dos, de igual manera hasta diez.

Tercer estadio: El facilitador le dirá a los participantes que dejen a un lado la numeración que observen el aire tal y como es, cómo entra, cómo sale de su cuerpo, atentos, observando la diferencia de cada respiración, dejándola ser tal y como es.

Cuarto/ultimo estadio: El facilitador pedirá a los participantes ubicar el punto cuando el aire entra por primera vez a su cuerpo, que ubiquen esa sensación, observarla cuando entra y sale del cuerpo, estar atento.

Anexo

2.4. Instrucciones de escaneo corporal.

El facilitador pedirá a los participantes que se sienten en el piso cruzando las piernas, o bien permaneciendo en su silla (para aquellos que decidan quedarse en la silla, seguirán la descripción 3.4.1).

Descripción:

Una vez que los participantes se encuentran en postura de meditación, el facilitador indicara, inhala y exhala, ubico los dedos de mis pies e identifico si hay tensión, desde la inhalación y con la exhalación suavizo la tensión. Cómo se encuentran mis pies, mis pantorrillas, el abdomen, mis brazos, mi cuello, hombros, manos, mi cara, mis orejas; ubico si hay tensión y de nuevo suelto.

El escaneo irá subiendo progresivamente por las partes del cuerpo.

2.4.1 Indicaciones de escaneo corporal. Descripción para preparación en silla:

Preparación a la postura en silla: El facilitador pedirá a los participantes que se sienten en sus respectivos lugares, que se sienten de manera que su espalda quede derecha; sus pies deben estar sobre el piso de forma que no lastimen o sientan tensión en sus piernas u otra extremidad del cuerpo.

Para la postura de la cabeza el facilitador pedirá a los participantes que imaginen que tienen un hilo en medio de su cabeza y que alguien esta jalando hacia arriba ese hilo cuidando tensar de más la cabeza, el cuello, la cara o algún otro musculo u extremidad.

El facilitador pedirá que cierren sus ojos o que si sienten somnolencia los mantengan abiertos, viendo hacia el piso manteniéndolos en un punto, también el facilitador comentara que ubiquen como esta acomodada su lengua, pedirá que la acomoden de una manera en que caiga sobre el paladar (sin tensión), como resultado los dientes quedaran ligeramente separados. Las manos de los participantes se colocaran sobre sus piernas o si gustan pueden colocar una palma sobre otra.

Anexo

2.5. Meditación atención consciente a los alimentos.

Esta meditación solo es una variación de la meditación anapana-sati (seguimiento a la respiración).

Descripción:

Antes que nada el facilitador preguntara si alguien de los participantes es alérgico a las gomitas dulces. En caso de que alguien responda si, se le proporcionara un cacahuete o cualquier otro tipo de comestible que no ponga en riesgo su salud.

El facilitador proporcionara una gomita dulce a cada participante, posteriormente pedirá que se acomoden en la postura de meditación, el facilitador pedirá que

tomen la gomita con sus dedos y que a continuación se acomoden en postura de meditación, una vez que han cerrado los ojos, el facilitador pedirá que sientan la textura de la gomita con las yemas de sus dedos.

Posteriormente pedirá que lleven la gomita hacia su nariz y detenidamente perciban su olor, también pedirá que sientan que emociones surgen; por último, el facilitador pedirá que introduzcan la gomita dulce a su boca y sientan su textura, su sabor, la sensación de morder despacio la gomita.

Por último el facilitador dará un espacio de diez minutos para preguntar a los participantes:

- Como se sintieron al ir contactando las texturas, sabores, olores de la gomita
- Que emociones identificaron
- Cómo lo aplicarían con otros alimentos.

Anexo.

2.6. Cierre: reflexión-retroalimentación.

El facilitador hará las siguientes preguntas a los participantes:

- Qué sensaciones, emociones, pensamientos experimentaron durante la meditación seguimiento a la respiración.
- Qué experimentaron durante el cultivo de atención consciente a los alimentos.
- Del inicio de la meditación al término de la misma, como se sienten al haber meditado, notan emociones, sensaciones, percepciones diferentes. ¿Cuáles?
- Qué experimentaron al observar la gomita y al comerla detenidamente.

Anexos. Sesión 3.

3.1. Qué necesita mi cuerpo.

Descripción:

El facilitador iniciara diciendo:

¿Alguna vez se han preguntado qué necesita mi cuerpo, cuando se enferman, tienen hambre, sed?

Bueno en este ejercicio aprenderemos a identificar qué necesita nuestro. Recordemos que la atención consiente a nuestro cuerpo no solo se cultiva sentado meditando, sino también estando atentos a nuestras sensaciones, percepciones y emociones; sembraremos las bases para identificar cómo se encuentra nuestro cuerpo.

Este ejercicio se realiza al ir al mercado y/o supermercado cuando compres alimento, también, se puede hacer cuando simplemente tengas hambre o estés a punto de comer, para ello inicialmente te preguntas:

¿Qué necesito, necesito agua, necesito pan, verduras, que tipo de verduras se me antojan, se me antoja, que necesita mi cuerpo?

Ahora bien cómo identificamos qué necesita mi cuerpo, lo podemos hacer sentados frente a la comida, observando que cantidad necesitaras comer, posteriormente la comes utilizando atención consiente en los alimentos (ejercicio de la gomita, se acuerdan), repetirás las palabras: mando esta comida a mi cuerpo, para tener buena salud.

Mientras comes procura preguntarte como está tu cuerpo, está satisfecho, está la boca, el estómago, la mente satisfecha, si notas que estas satisfecho para.

Bien, ahora realizaremos el ejercicio, pondré diferentes verduras o juguetes en forma de comida para disimular que es la hora de la comida o de las compras,

cada uno se acercara y aplicando atención consiente al alimento decidirán qué comer.

Cuando terminen anoten lo que identificaron que necesita su cuerpo. Por último el facilitador pedirá que tres participantes compartan su experiencia.

Anexo

3.2. Reflexión: Factores y actitudes.

El facilitador hará las siguientes preguntas:

- Han notado si alguien alguna vez ha influido en sus conductas
- Si la respuesta de la pregunta anterior fue si, por que creen ustedes que esa persona influyo en sus actitudes.
- Ustedes creen que las actitudes que tenemos día a día están exentas de influencia.

Una vez que se ha hecho esa breve reflexión el facilitador entregara a cada participante una tarjeta y un bolígrafo, posteriormente indicara a los participantes que escriban en la tarjeta aquellas actitudes que crean que han adquirido de sus padres, familiares, amigos, maestros, etc. Y que practican en su vida diaria, deberán incluir actitudes.

Posteriormente el facilitador pedirá que los que deseen leer sus tarjetas alcen la mano (en caso de que no haya participantes que alcen la mano el facilitador escogerá al azar tres personas).

Anexo

3.3. Delgadez y publicidad.

El facilitador entregara a cada equipo una revista y una cartulina. Pedirá a los participantes que identifiquen los mensajes que de los anuncios de publicidad así como la apariencia de los modelos y si encuentran relación con promoción de ideales de belleza una vez que identifiquen estos aspectos los participantes, el facilitador pedirá que contesten las siguientes preguntas:

- Que mensaje transmite
- Describe la apariencia de los modelos
- Al observar la publicidad que mensajes identificaste
- Están relacionados los anuncios con estilos de vida o ideales de belleza.

Al finalizar la actividad, abrir un espacio de diez minutos para intercambiar de manera grupal, impresiones de la actividad, donde el facilitador unirá o creara un puente de conexión con el siguiente tema vinculado al “cultivo de amor universal”.

Anexo

3.5. Cultivo de emociones positivas, Benevolencia, un antídoto.

El facilitador guiara la meditación considerando a Chozen (2013), quien recupera tres elementos de la práctica tradicional de Metta-Bhavana, decir frases o palabras orientadas al cultivo de benevolencia es importante. (Esta meditación no es la tradicional meditación de metta-bhavana, es una variación).

Descripción:

El facilitador pedirá a los participantes que dirijan su atención hacia el interior de su cuerpo, repitiendo en su cabeza: que este bien, que tenga bienestar, que sea feliz, me aprecio por lo que soy, (inclusive el participante puede generar sus propias palabras de benevolencia)

Por último el facilitador pedirá a los participantes que ubiquen aquellos puntos de tensión que ubiquen en su cuerpo, sea una extremidad o un órgano y que repita las mismas frases pensando en ese punto de tensión. Por ejemplo si alguien nota tensión en el estómago, primero ubica ese punto, posteriormente lo visualiza y le dice que estés bien, gracias por el esfuerzo que haces para que yo esté bien, que estés libre de aflicción, que estés libre de malestar.

Nota: en esta sesión solo se harán unas variaciones del primer estadio de metta-bhavana, la cual se revisará en la sesión cuatro.

Anexo

3.6. Cierre. Retroalimentación.

El facilitador abrirá un espacio de retroalimentación apoyándose en las siguientes preguntas:

- Porque es importante el cultivo de atención consiente ante los factores de riesgo
- Identificar las conductas de riesgo y protección durante la adolescencia porque creen que sea benéfico
- Por qué relacionarnos con conductas alimentarias desde la atención consiente y la benevolencia puede resultar benéfico para la prevención de AN.
- Cómo se sintieron a lo largo de la sesión aplicando estos métodos.

Anexos. Sesión 4.

4.1. Modelo ABC



Descripción:

Una vez terminada la actividad uno, el facilitador pasara a la explicación del modelo ABC, la importancia la identificación y modificación de las situaciones (A) las creencias (B) y consecuencias (C) para el cultivo de emociones positivas en la prevención de la anorexia nerviosa. En la explicación se hará énfasis en el cómo una situación influye en la gestión de las creencias (B) que pueden tornarse irracionales, o racionales (Bi, Br) y cómo estas influirán en las consecuencias (C).

Anexo

4.2. A poner en práctica el ABC.

Ejemplo:

“Juan Pérez en los últimos dos meses ha sentido dolor en el estomago después de tomar café, por las actividades que realiza en su trabajo no lleva una alimentación adecuada y come lo que puede en las horas que puede, para poder estar despierto asegura que toma café, sin embargo le ha dolido el estómago en los últimos dos meses; él cree que es normal y que en algún momento se le pasara el dolor por esta razón no ha ido con un profesional de la salud a verificar que causa dicho malestar. Tres semanas

más tarde el dolor se intensificó por lo tanto decidió ir con el doctor, quien le diagnóstico gastritis crónica, le mandó el tratamiento correspondiente”.

- Cuál es la situación (A) → dolor de estómago, tomar mucho café, no alimentarse adecuadamente.
- Cuál es la razón por la cual no ha ido a verificar el malestar --> Cree que es normal
- Cuál es la consecuencia → Gastritis crónica-

Anexo

4.3. Yo soy así.

Descripción:

A cada participante el facilitador le entregará una hoja, el facilitador pedirá que cada integrante escriba todas aquellas características que a su juicio le definen, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Aspecto físico: incluye descripciones de su altura, aspecto facial, pelo, Indumentaria, etc.
- Relación con los demás: incluye descripciones de sus dotes y debilidades en las relaciones íntimas y en las relaciones con los amigos, la familia, extraños, etc.
- Personalidad: rasgos positivos y negativos de su personalidad.
- Cómo le ven los demás y cómo te ves a ti mismo.
- Rendimiento en la escuela/instituto.
- Ejecución de tareas cotidianas: higiene, salud, etc.

- Formas de razonar: capacidad para resolver problemas y capacidades de aprendizaje

Posteriormente el facilitador pedirá a los participantes que señalen Señalar signo positivo o con negativo cada una de las características, en función de si le gusta o no.

Anexo.

4.4. Emoción, percepción y cognición.

Explicar a los participantes como influyen las emociones, percepciones y sensaciones en nuestra interacción con el entorno ya sea social, con los procesos psicológicos (funciones ejecutivas) inclusive con los procesos biológicos que llegan a presentarse en el individuo, por ejemplo, dolor de estómago, cólicos menstruales, dolor de cabeza, estrés, etc.

El facilitador explicara cómo es que el cultivo de emociones positivas puede ayudar a los participantes a relacionarse con las sensaciones, pensamientos y percepciones negativas de manera amable, es decir aceptarlas tal y como son permitiéndoles contactar con la experiencia que experimentan dentro de la percepción, la emoción y sensación brindándoles herramientas para relacionarse con ellas aceptándolas , observándolas y sobre todo identificándolas para tomar acción de que es lo que ha llevado a esa situación utilizando el método ABC.

El facilitador se apoyara de las siguientes palabras: Lo que tu percibes de mi no significa que eso soy, yo sé quién soy y quien no soy, si lo sé porque me altero con una percepción que no me pertenece, es decir, no es mía.

Para ello el facilitador les dirá a los participantes si recuerdan en qué consistía la meditación samatha metta-bhavana (cultivo de emociones positivas), sea que los participantes respondan sí o no, el facilitador brindara una breve explicación de los estadios, los cuales son: Cultivo de amor por uno mismo, Cultivo de amor por un

amigo (a), cultivo de amor por un ser neutro, Cultivo de amor por una persona difícil y por ultimo Cultivo de amor hacia todos los seres.

Anexo.

4.5. Yo soy así, tú eres así, ser positivo.

Posteriormente el facilitador pedirá hacer parejas, en donde cada uno elaborara una lista del otro, cuando terminen el facilitador pedirá que los participantes lean a su compañero la lista que hicieron, el facilitador indicara que si notan emociones, sensaciones, percepciones o pensamientos negativos, las acepten tal y como son, es decir, no poner en juicio esas emociones o percepciones que surjan.

Nota: Es muy importante que el facilitador haga énfasis en el respeto entre compañeros.

Anexo.

4.6. Meditación Metta-Bhavana.

Instrucciones:

Cada estadio dura cinco minutos.

La meditación Metta-Bhavana consta de cinco estadios los cuales son: Cultivo de amor por uno mismo, Cultivo de amor por un amigo (a), cultivo de amor por un ser neutro, Cultivo de amor por una persona difícil y por ultimo Cultivo de amor hacia todos los seres.

En cada estadio el facilitador brindara palabras relacionadas al cultivo de emociones positivas a uno mismo, un amigo, persona neutra, persona difícil o todos los seres, dependiendo el estadio en el que se encuentren. Algunas de las palabras en las que el facilitador puede apoyarse son:

Que yo esté bien, que yo goce de salud, que yo sea feliz, que yo pueda desarrollar empatía hacia mí mismo, etc. Estas frases se pueden agregar a cualquiera de los estadios.

Anexo. Sesión 6.

6.1 Técnica el papel arrugado.

El facilitador pedirá a los participantes seguir las instrucciones que se proporcionan a continuación:

1. Distribuir hoja de papel oficio a cada participante. Luego les comentara que hagan una rápida retrospectiva en sonde agitaran la hoja de papel haciendo movimientos suaves hasta que progresivamente hasta hacerlos lo más rápido posible (sin romper el papel).

Posteriormente el facilitador preguntara sobre el ruido, preguntando cuál fue la sensación (incomodidad, irritación, cansancio, etc.).

2. Después de haber arrugado toda la hoja (hasta haber hecho un bollo), pedir que la alisen, cuidando de no romperla. Una vez hecho esto, volviendo la hoja al formato original, pedir que vuelva a agitarla y posteriormente en grupo se verificara el ruido que hace

De la misma manera, se pedirá a los participantes que arruguen una parte de la hoja de papel. En este momento se hace, secuencialmente, una retrospectiva de todo lo que ocurrió, citando puntos relevantes, las ganancias, los grandes logros del grupo, hasta arrugar toda la hoja. Por ejemplo: Lo importante de percibir a los otros y ver como ellos me percibieron. Sentir que en determinados momentos se aprendió esto o aquello.

Por último se hará una analogía con las personas, comentar respecto al

ruido que se percibió de cada persona para así finalizar con una retrospectiva de la actividad para percibir cómo se encuentran actualmente.

Nota:

El facilitador indicara que cada pedazo de la hoja arrugada representa el nivel de conciencia que cada uno consiguió alcanzar durante el curso, de la misma manera dará cabida a una reflexión grupal, utilizando los siguientes elementos:

- El ruido ahora es armónico, cómo está saliendo el grupo, cómo están comprometidos, qué conquistaron, que ruidos identificaron en los compañeros.

Anexo

6.2 Tarjetas que se necesitaran para el juego de lotería y memorama.



Plantillas para el juego de lotería. (Anexo 6.2)

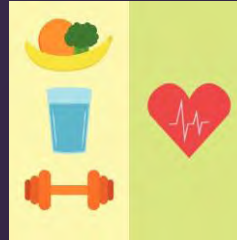
Lotería



Presión Social.



Adolescencia



Factores de protección.



Factores de Riesgo.



Autoestima



Reconocimiento de emociones.



Meditación



Medios de comunicación e industria de la moda

Plantillas para el juego de lotería (Anexo 6.2).

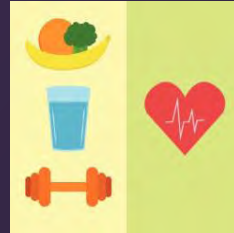
Lotería



Meditación



Adolescencia



Factores de protección.



Reconocimiento de emociones.



Autoestima



Factores de Riesgo.



Medios de comunicación e industria de la moda



Trastornos de la Conducta Alimentario.

Plantillas juego de lotería. (anexo 6.2).

Lotería



Trastornos de la Conducta Alimentario.



Adolescencia



Presión Social.



Factores de Riesgo.



Autoestima



Reconocimiento de emociones.



Meditación



Medios de comunicación e industria de la moda