



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**DISEÑO DE TALLER PREVENTIVO PARA PADRES DE
HIJOS ADOLESCENTES CON ANOREXIA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A:

SILVIA PAULINA HERRERA RIVERA



**DIRECTORA DE TESINA :
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
SINODALES:**

**MTRA. SUSANA EGUÍA MALO
LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA
MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, Cd. Mex., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Deseo dedicar este trabajo a mis padres, Silvia y José, quienes con su amor, paciencia y ejemplo, me han impulsado a llegar a cumplir uno de los sueños más grandes de mi vida. Gracias por inculcar en mí el ejemplo del esfuerzo y dedicación, de no temer a los desafíos, y de la presencia de Dios, que está siempre conmigo.

En especial quiero agradecer a mi madre que ha sido mi más grande apoyo, gracias por estar siempre a mi lado sin importar las circunstancias.

A mis amigos por mostrarme el camino del trabajo y la perseverancia, que uno puede lograr los objetivos y metas que uno se proponga en la vida.

A Martín, por tu dedicación, apoyo y confianza en mí.

A Sac, por tu amistad, y por alentarme a terminar este trabajo.

A mi hermano Kelvin por su cariño y apoyo en este proceso, y lo que viene a futuro.

A toda mi familia por sus consejos y palabras de aliento.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología por permitirme ser parte de algo tan grande que me llena de orgullo.

A la profesora Lic. Lidia Díaz San Juan, por sus enseñanzas, dedicación y apoyo. Mil gracias.

A la Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, por su dirección, paciencia y apoyo al compartir sus conocimientos.

A las sinodales, Lic. Leticia Bustos De la Tijera, Mtra. Susana Eguía Malo, Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha y Lic. Damaris García Carranza, por su tiempo en leer, corregir y hacer valiosas aportaciones a este trabajo.

A todas aquellas personas que influyeron y me motivaron a titularme. Mil gracias!!.

ÍNDICE	
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I ADOLESCENCIA	9
1.1 Características sexuales primarias y secundarias.....	11
1.2 Características del cerebro en la adolescencia	12
1.3 Etapas de la Adolescencia	13
1.3.1 Cambios cognoscitivos	15
1.3.2 Cambios psicoafectivos	15
1.3.3 Conflictos familiares.....	16
1.3.4 Conflictos Escolares	17
1.4 Factores de Riesgo y Protección en la Adolescencia.....	17
1.5 Identidad en la Adolescencia	21
1.5.1 Identidad del yo frente a confusión	26
1.6 Socialización en la Adolescencia	28
1.6.1 Principales Agentes Socializadores.....	31
1.6.1.1 La Familia.....	31
1.6.1.2 La Escuela	33
1.6.1.3 Grupos de Pares	34
1.6.1.4 Los Medios de Comunicación	36
1.7 Nutrición en la Adolescencia y Trastornos Alimentarios.....	37
CAPÍTULO II TRASTORNOS ALIMENTARIOS (ANOREXIA NERVIOSA)	39
2.1 Anorexia Nerviosa.....	40
2.2 Antecedentes	41
2.3 Los trastornos alimentarios y los medios de comunicación masiva	43
2.4 Factores Predisponentes	47
2.4.1 Factores Individuales.....	48
2.4.2 Factores Familiares	48
2.4.3 Factores Socioculturales	49
2.5 Factores Precipitantes.....	49
2.6 Factores de Mantenimiento.....	50
2.7 Factores Genéticos	51
2.8 Factores de Riesgo en Anorexia Nerviosa	52
2.9 Factores de Protección en Anorexia Nerviosa	58
2. 10 Criterios Diagnósticos según del DSM-5.....	61
2.11 Definición y criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, de la OMS	62

2.12 Características de Personalidad.....	65
2.13 La anorexia nerviosa y las características clínicas en la adolescencia	67
CAPÍTULO III LA FAMILIA Y LA ANOREXIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA	
.....	69
3.1 La Familia.....	69
3.2 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la familia.....	71
3.2.1 El enfoque estructural en las familias	72
3.3 Factores de riesgo y protección en la Familia	77
3.4 Adolescencia y Anorexia Nerviosa en la Familia.....	80
3.5 Anorexia Nerviosa como una Enfermedad Psicósomática.....	81
CAPÍTULO IV PREVENCIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA	84
4.1 Prevención	84
4.2 Educación para la Salud	86
4.3 Programas preventivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	90
4.4 Detección precoz, signos de alarma	96
4.5 Inicio oportuno del tratamiento para Anorexia Nerviosa.....	98
CAPÍTULO V MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ANOREXIA NERVIOSA	101
5.1 Tratamientos de los Trastornos de Conducta Alimentaria.....	101
5.2 Tratamiento Ambulatorio de Anorexia Nerviosa	106
5.2.1 Recuperación de peso.....	107
5.2.2 Restablecimiento psicológico y prevención de recaídas.....	108
5.3 Tratamiento Hospital de día de Anorexia Nerviosa	109
5.4 Tratamiento Hospitalario en Anorexia Nerviosa	111
5.5 Terapia Individual.....	113
5.6 Terapia de Grupo	113
5.7 Psicoterapia Familiar	114
5.8 Tratamiento Cognitivo-Conductual	114
CAPÍTULO VI PROPUESTA	117
6.1 Justificación.....	117
6.2 Objetivo General	118
6.3 Objetivos específicos	118
6.4 Población	119
6.5 Escenario	119
6.6 Materiales.....	119
6.7 Procedimiento	120
CONCLUSIONES	121

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	123
REFERENCIAS	124
ANEXO	134
Carta Descriptiva del Taller (Sesiones Informativas)	135

RESUMEN

El presente trabajo se elabora con el propósito de difundir información confiable y útil a nivel de prevención, de los trastornos alimentarios, en particular de Anorexia Nerviosa, que es la más abrasiva y delicada debido al impacto físico y mental que tiene, no sólo en quien la padece sino también para el medio que la circunda: familiares y personas cercanas.

Es importante promover la prevención y educación para la salud, sobre la anorexia nerviosa en un taller para los padres de los adolescentes que cursan la escuela secundaria. Proporcionar herramientas para identificar, las características, severidad, factores de riesgo y de protección, implicados en la anorexia nerviosa.

Es fundamental la propuesta de un taller dirigido a padres, ya que, por medio de la información, material y herramientas, se pretende exhortarles a que pongan mayor atención a las actitudes y conductas que toman sus hijos adolescentes. La adolescencia es la población de mayor incidencia de casos y la más afectada con anorexia nerviosa, debido a que es un periodo de muchos cambios tanto físicos, como biológicos, en donde el medio familiar puede convertirse, en tierra fértil para la fecundación de este tipo de trastornos.

La implementación del presente taller es pertinente para la identificación y prevención de Anorexia Nerviosa, dado que al identificarse a tiempo y profesionalmente, puede prevenirse su aparición, evolución y agravamiento. La prevención de los trastornos de la alimentación puede ser más eficaz, si se realiza un abordaje familiar durante la adolescencia, pues es el momento en que se presenta una gran oportunidad de intervención, que al mismo tiempo representa un gran compromiso para los familiares y el equipo multidisciplinario a cargo.

Palabras Clave: Prevención, Familia, Adolescencia y Anorexia.

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo es la revisión y transmisión de la información, acerca de los riesgos que tienen los adolescentes de desarrollar algún trastorno de la alimentación. En este caso nos centraremos en la anorexia nerviosa. Se realizará la elaboración de una propuesta de taller, dirigida a Padres de Familia, para que ellos puedan tener la información y herramientas para el manejo de la situación con sus hijos, en caso de que exista la sospecha de la incidencia de dicho trastorno.

Los trastornos alimentarios son en su mayoría enfermedades mentales que están relacionados con complicaciones psicológicas, médicas, psiquiátricas y familiares, que condicionan su evolución. Quienes los padecen tienen en común la dificultad para aceptarse a sí mismos, física y moralmente, y de alcanzar su maduración y pleno desarrollo. La insatisfacción corporal que les caracteriza es una muestra de una profunda descalificación personal. Las consecuencias médicas cierran el círculo definitorio, ya que, sin ellas no tendrían estos cuadros la gravedad que les caracteriza (Morandé, 2014).

Cada vez ocurre a más temprana edad la aparición de este trastorno, sin embargo, para este respecto nos centraremos en la etapa de la adolescencia, entre los 13 y los 16 años en donde veremos como la buena nutrición es importante para apoyar el rápido crecimiento de la adolescencia y para establecer hábitos alimentarios saludables que se prolonguen en la adultez (Vandereycken, 2000).

La influencia de los padres en el desarrollo de la adolescencia de sus hijos, es primordial ya que de ésta y de una dinámica familiar adecuada, dependerá la predisposición de que surjan o no dichos trastornos alimentarios. Sin embargo, en estos también contribuye el aspecto social, económico, psicológico y moral, además de la fuerza de los medios de comunicación masiva y de la aceptación a los grupos de pares, entre otros factores de gran importancia para los adolescentes.

Por tanto, podemos inferir que la anorexia nerviosa es un padecimiento de la conducta alimentaria, en el que se ha observado que, la familia desempeña un papel

relevante, ya que una grave disfunción familiar puede ser un factor de riesgo y mantener la sintomatología. La participación de la familia en el tratamiento incrementa la posibilidad de éxito (González, Romero, Rascón & Caballero, 2013).

La anorexia afecta a millones de personas en todo el mundo. Causa desnutrición, afecciones cardíacas e incluso la muerte. Es difícil de tratar y permanece oculta de familiares más próximos y amistades. De acuerdo a la Secretaría de Salud (2017), en México, cada año se registran cerca de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada. Según Peláez, Raich y Labrador (2010), en la actualidad los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), componen un importante problema de salud en sociedades desarrolladas, aunque existe cierto grado de controversia alrededor de su impacto y relevancia epidemiológica mundial (las tasas de prevalencia publicadas hasta el momento son variadas en los diferentes estudios realizados hasta el momento). Una de las tasas más fiables de prevalencia de los TCA, está disponible en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), donde en mujeres jóvenes existe una prevalencia aproximada de Anorexia Nerviosa del 0,4%, y de Bulimia Nerviosa entre el 1% y el 1,5%. Y en hombres es menos común, con una proporción 10:1.

Este tipo de problemas están llegando a causar preocupación en el ámbito clínico hasta llegar a plantearse la aplicación de ciertas medidas preventivas. Actualmente los programas preventivos con mayor éxito son los que utilizan una metodología interactiva, como role playing, discusiones, utilización de autorregistros, etc. Además se ha comprobado que una interacción multidisciplinaria por parte de distintos profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros y nutricionistas) aumenta la eficacia de estos programas. (De la Vega y Gómez-Peresmitré, 2012).

Es por ello que se elabora este trabajo, tanto para concientizar a los padres de este problema, con la información, comprensión y detección oportuna, así como para ayudar a los hijos adolescentes, que estén en riesgo de padecer Anorexia Nerviosa, en una forma más ventajosa y rápida, y con los mejores resultados posibles en este grave trastorno de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO I ADOLESCENCIA

La adolescencia es conocida como el periodo entre la niñez y la adultez. Es el periodo que implica una serie de cambios físicos, emocionales, cognitivos, sociales y psicológicos en el desarrollo de un individuo. Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social.

Se trata de un período de cambios biológicos, sociales, psicológicos, físicos, sexuales y culturales, en el cual se presenta el pensamiento abstracto, la autonomía y la decisión. El joven, a veces, expresa afectos como en la infancia y, en ocasiones, los reprime como se acostumbra a hacer en la adultez. Básicamente, se trata de cambios fisiológicos, desarrollo cognitivo, desarrollo moral, desarrollo social y de personalidad (Papalia y Wendkos, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (2019) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 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. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señala que hay que revalorizar la adolescencia como etapa de posibilidades. Más allá de lo que esta organización internacional propugna, se trata de una oportunidad para ser personas, o tal vez para despertar, desapegarnos y desidentificarnos, pero no sólo de los progenitores, sino también de la mente, las emociones, el ego y las formas, y tocar al ser o a la esencia desde la conciencia (Rogers, 2007).

La adolescencia se advierte con la aparición de la Pubertad, que implica una serie de cambios biológicos notables. Actualmente los cambios de la pubertad ocurren frecuentemente a los 8 años en las niñas y 9 años en los niños. El tiempo de duración

de este proceso abarca de 3 a 4 años aproximadamente, en ambos sexos. En el estudio de Wu, Mendola y Buck (2002, en Papalia 2012), se encontró que por lo común, las niñas afroamericanas y las de origen mexicano entran a la pubertad antes que las niñas de procedencia europea.

Es complicado fijar la duración de la adolescencia, así como las etapas que la constituyen: para su comprensión es necesario recalcar que forma parte de la primera fase del curso de la vida del ser humano, que inicia con el momento de la fecundación y termina a los 25 o 30 años de edad, siendo la adolescencia el periodo caracterizado por crecimiento orgánico, adquisición de la madurez sexual y capacidad reproductiva, fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia (Berger, 2015). Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos (OMS, 2019).

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta, durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia, que desempeñan un papel clave. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto, asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (OMS, 2019).

En la vida adolescente, tienen lugar varios cambios que producen desorientación en diferentes aspectos. Conflictos que pueden representar factores de riesgo, mencionados más adelante.

1.1 Características sexuales primarias y secundarias

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción, que en la mujer son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el clítoris y la vagina. En los hombres incluyen los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad esos órganos se desarrollan y maduran.

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la maduración sexual, que no involucran de manera directa a los órganos sexuales, por ejemplo, los senos de las mujeres y los hombros anchos en los varones. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento de vello: púbico, facial, axilar y corporal (Berger, 2015).

En la adolescencia los cambios físicos que son visibles en las niñas son los tejidos de los senos, y en los niños el aumento del tamaño de los testículos, además de la aparición de vello púbico en ambos.

La maduración de los órganos reproductivos genera el inicio de la menstruación en las niñas, y la producción de esperma en los niños. La espermaquia (o primera eyaculación), ocurre en promedio a los 13 años, que es el resultado de la emisión nocturna (eyaculación involuntaria) de semen, mejor conocida como sueño húmedo.

Ahora bien, en las niñas es la menarca el principal signo de madurez sexual, y ocurre con el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero. La primera menstruación la conocemos como menarca, y su momento de aparición puede variar de entre los 10 y 16 años y medio de edad. (Papalia, 2012).

Los cambios físicos son importantes, ya que los adolescentes, tratan de aceptarlos, y adaptarse a ellos, pues acarrearán inquietudes sobre su imagen.

1.2 Características del cerebro en la adolescencia

Entre La pubertad y la adultez temprana tienen lugar cambios importantes en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. Es por ello que no se considera a un adolescente legalmente responsable de sus actos, porque su cerebro está en desarrollo constante.

Por ejemplo en el estudio de Steinberg (en Papalia 2012), se menciona que la toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales:

a) La red socioemocional, sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares.

b) Red de control cognoscitivo, regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red de control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes, a mostrar arrebatos emocionales y conducta de riesgo, porque la toma de riesgos suele ocurrir en grupos,

Los adolescentes procesan la información emocional de manera distinta a la de los adultos. Se realizó un estudio, examinando la actividad cerebral de los adolescentes al identificar emociones, en las expresiones faciales en una pantalla de computadora. Y se encontró que los adolescentes tempranos (de 11 a 13 años), tendían a usar la amígdala, una pequeña estructura con forma de almendra localizada en lo profundo del lóbulo temporal, que participa en las reacciones emocionales e instintivas. Los adolescentes mayores (14 a 17 años) mostraron patrones similares a los adultos, pues usaron los lóbulos frontales, los cuales se encargan de la planeación, el razonamiento, el juicio, la regulación emocional y el control de impulsos, lo cual permite hacer juicios razonados más certeros (Baird et al., 1999; Yurgelun-Todd, 2002).

Las diferencias cerebrales entre un grupo y otro podrían explicar las elecciones poco sensatas de los adolescentes, por ejemplo el abuso de sustancias y los riesgos

sexuales. El desarrollo del cerebro inmaduro puede permitir sentimientos que nublan la razón, e impiden que presten atención a las adversidades que los adultos consideran lógicas y persuasivas (Baird et al., 1999; Yurgelun-Todd, 2002).

1.3 Etapas de la Adolescencia

Los adolescentes se enfrentan a grandes retos cuya resolución les va a posicionar como adultos. Entre los grandes retos están el de lograr su individualidad, que pasa por su independencia a la vez que aceptar ciertas dependencias del otro, que todo ser humano tiene. Y en segundo lugar, el adolescente tiene que enfrentarse a una sexualidad adulta, adoptar una identificación sexual, además de tener que hacer frente a las pulsiones sexuales que por primera vez pueden ser actuadas (Camarillo, 2015).

Según Aberastury (1994), la adolescencia se divide en tres etapas:

- **Adolescencia temprana:** Comienza a haber un desinterés por los padres, y una búsqueda por relaciones con compañeros del mismo sexo. Se pone a prueba a la autoridad y se cuida la intimidad. Así como el desarrollo de capacidades cognitivas, dominio de la fantasía, una creciente inestabilidad emocional, y la falta de control de los impulsos.
- **Adolescencia media:** Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se consolidan sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.
- **Adolescencia tardía:** El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar.

De acuerdo con Silva (2007), existen dos etapas más:

- 1) La pre-adolescencia: conceptualizada como la maduración física de la pubertad, y donde se presenta también una gran curiosidad sexual, la necesidad de tener amigos, y defensas de tipo religiosas e intelectuales, para calmar la ansiedad ante la ruptura con la infancia.
- 2) La post-adolescencia: en la cual se concreta la personalidad, hay independencia económica y se logran armonizar los deseos y las elecciones.

De acuerdo con Blos (1962/1986), no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente; sin embargo, forzando un poco esta clasificación, es posible dar una edad cronológica aproximada a cada etapa:

- Latencia 7 a 9 años
- Preadolescencia 9 a 11 años
- Adolescencia temprana 12 a 15 años
- Adolescencia propiamente como tal 16 a 18 años
- Adolescencia tardía 19 a 21 años
- Postadolescencia 22 a 25 años

Pearson (1970) divide a la adolescencia en tres periodos:

- Periodo prepuberal 10 a 13 años
- Periodo puberal 13 a 16 años
- Periodo postpuberal 16 a 19 años

De acuerdo con Erikson (1977, en Ives 2014), considera en forma global a ésta época de la vida, señalando al problema de identidad como el principal proceso a resolver. En ocasiones, en algunos jóvenes o en algunos períodos de la historia, la crisis de la adolescencia es escasamente percibida, sin ningún ruido, pero en otras ocasiones es muy marcada, claramente señalada como un período crítico, como una especie de “segundo nacimiento”. Tema que se abordará más adelante este tema.

Con las etapas de la adolescencia, vienen ocurriendo una serie de cambios que abarcan distintas áreas de la vida del individuo, estos son los cambios cognoscitivos, psicoafectivos, familiares y escolares.

1.3.1 Cambios cognoscitivos

Desarrollan el pensamiento abstracto, es decir, empiezan a razonar y a anticipar los hechos. De ahí deriva la formación de la identidad. Se consideran seres independientes y también piensan en lo que quieren para su futuro. Se preguntan quiénes son y se observan en los diferentes roles que desempeñan. Estos cambios van de la mano de las variaciones emocionales y por supuesto, de conducta (Fernández, 2014).

1.3.2 Cambios psicoafectivos

En la adolescencia, las emociones están a flor de piel. Los jóvenes suelen ser muy susceptibles y presentan episodios de enojo, ira, tristeza, depresión, miedo, ansiedad, timidez, etc. Los cambios de personalidad ocurren súbita y rápidamente, y sin aparente razón, en especial la irritabilidad. Así, como también surge una falta de interés generalizado, que a veces se trata de una actitud que escogen como defensa a la intrusión adulta.

Los cambios de humor repentinos sin causa aparente, una depresión profunda y un enojo desbordado, son algunas de las emociones en esta etapa de la vida. Exigen privacidad y suelen ser temperamentales, aparentemente exagerados e inconsistentes, algunos excesivamente tímidos y cohibidos. Importa saber que el mal humor y la sobrerreacción, a veces con los progenitores, es culpa o vergüenza que proyectan hacia fuera cuando se trata de una tensión y de un conflicto interno (Mcconville, 2009).

Como veremos, todo ello también está asociado a cambios de estilos, gustos y modas. Les preocupa mucho su apariencia, con la que además, no se sienten

cómodos. Se desarrollan complejos y trastornos alimentarios, como la bulimia y la anorexia. También puede tener lugar el consumo de drogas. Finalmente, a veces, hay grandes depresiones e incluso suicidios. Su sentimiento de inadecuación e imperfección en ocasiones es grande y los hace sentir muy mal. Es bueno colaborar a aumentar su autoestima, ayudarles a sentirse seguros y hacerles notar que gozan de nuestra confianza (Fernández, 2014).

1.3.3 Conflictos familiares

La existencia de una escasa comunicación entre padres e hijos adolescentes, es una característica muy común. Por un lado los padres buscan entablar un dialogo, pero sus hijos, por lo regular, lo evitan; y con ello se precipitan desacuerdos y conflictos, por ambas partes.

La rebeldía y la desobediencia son externalizaciones de un juego o de un reto con los límites, un probar y un probarse hasta donde les es posible llegar. No quieren reglas ni que les coarten su libertad, mientras los progenitores se encargan de recordarles, en ocasiones atosigándoles, que deben obedecerlas, o, por el contrario, no hay límites, de modo que se encuentran en el vacío y sin rumbo. Tanto una actitud como la otra, están en perjuicio de la relación y, sobre todo, la seguridad de la joven generación, si bien encontrar un equilibrio o un camino intermedio es más que complicado. Los adolescentes, al saberse y sentirse aceptados, valorados y amados, tienden a dialogar y a su vez, a aceptar más a sus familiares (Fernández, 2014).

Más adelante en factores de riesgo y protección en la adolescencia, se ahondará más en lo referente a la importancia de una adecuada comunicación entre los miembros de la familia, y como esto influye en el desarrollo de las ulteriores relaciones del adolescente.

1.3.4 Conflictos Escolares

A veces, se dificulta la integración en el grupo de pares y la amistad, o existen conflictos de acoso escolar, por lo cual no desean ir a la escuela. Este es un tema importante en nuestros días sobre el que no ahondaremos.

Según Fernández (2014) varias son las cuestiones que, en esta etapa, pueden afectar al aprendizaje y al rendimiento académico, desde las turbulencias; emocional, hormonal y sexual., hasta decidir qué estudiar y qué no, pasando por la dificultad de concentración ante tanto cambio, y además actualmente, con la disposición de tanta tecnología, que influye en buena parte de su vida. También pueden tener lugar cierto desinterés hacia los estudios, ausentismo y problemas disciplinarios.

1.4 Factores de Riesgo y Protección en la Adolescencia

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados factores protectores. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenecen. Por otro lado, factores de riesgo son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rojas, 2001).

Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar, y que acarrearán consecuencias negativas para la salud, o comprometen aspectos de su desarrollo. Estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, siendo esto parte natural del crecimiento, que les da la sensación de ser adultos (Silva y Pillón, 2004).

En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el

individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan: la "sensación de invulnerabilidad", la necesidad y alto grado de experimentación, la susceptibilidad a la influencia y presión de los coetáneos, la identificación con ideas opuestas a los padres, y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía, reafirmación de la identidad, postergar, déficit al planificar y considerar consecuencias futuras, entre otros, como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares) (Rosabal, Romero, Gaquín & Hernández, 2015).

Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la mala nutrición, actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a un embarazo no deseado, o enfermedades de transmisión sexual (ETS), el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio) (Rosabal, et al., 2015).

Páramo (2011), plantea en un estudio realizado por Kazdin en el 2003, 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.

Otros factores de riesgo son: el culto al cuerpo de "película", tanto en mujeres como en varones, con dietas repetidas y ejercicios violentos inadecuados para sus edades, que predisponen a trastornos serios, como la anorexia y bulimia, así como lesiones traumáticas de origen deportivo, carreras automovilísticas con sus consecuentes accidentes y muertes, relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual, que pueden llevar a contraer la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), consumo de alcohol, cigarrillos y drogas pesadas, con sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Páramo, 2011).

Florenzano (1998), quien señala como más importantes la edad, expectativas educacionales y notas escolares, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas (el diagnóstico de depresión, junto con el de estrés excesivo, es el que aparece más frecuentemente asociado con las diversas conductas de riesgo adolescente. También la baja autoestima es mencionada como predictor de las conductas problema).

Donas Burak (2001), hace una distinción entre factores de riesgo de “amplio espectro” y factores o conductas de riesgo que son “específicos para un daño”. Entre los primeros encontramos: familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, bajo locus de control externo y bajo nivel de resiliencia. Los factores o conductas de riesgo específico serían: portar un arma blanca, andar en moto y no portar casco protector, consumir alcohol (emborracharse), ingesta excesiva de calorías y depresión.

De lo anterior se infiere que las problemáticas adolescentes se reflejan en diferentes culturas y estratos sociales, sin diferenciación, y siguen siendo causa de preocupación actual en todos los ámbitos en el que están implicados los adolescentes.

Según Páramo (2011), por otro lado y en el campo de la salud, señala que hablar de los factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad, que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud, y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores o conductas de riesgo, y por lo tanto, reducen la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Donas Burak (2001), plantea que existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos a la salud. Y factores protectores específicos de ciertas conductas de riesgo. Dentro de los factores de amplio espectro,

nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado, locus de control interno bien establecido, sentido de la vida elaborado, permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos), no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, VIH, etc.), y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

Florenzano (1998), considera que los problemas de salud mental del adolescente son de solución compleja, la cual debe enfocarse en múltiples planos: biomédico (médicos, psicólogos y psiquiatras especializados en esta etapa), psicosocial (programas de prevención o campañas 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.).

Vinaccia, Quiceno y Moreno (2007) señalan que, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas, un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros. Además, consideran importante el apoyo social, modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo, tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez que exigencias de logro, competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio. Así mismo, características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo, haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva. Así también, asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo, y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.

Según Craig (1997), en general, si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenecer a una familia estable y al orden social, es

menos probable que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos riesgosos.

Los estudios señalan una conclusión optimista: si reciben la mínima oportunidad, los seres humanos pueden y a menudo logran superar las condiciones que parecían diseñadas para mutilar su espíritu. La mayoría de los adolescentes afirman tener vínculos positivos con sus padres y los ven como un recurso primario de guía, mientras se negocian procesos de formación de la identidad, relaciones íntimas, madurez sexual e individuación (Páramo, 2011).

1.5 Identidad en la Adolescencia

Entre las características que circulan alrededor de la adolescencia, quizá el autor más destacado sea Erikson (1972;2015), quien hace énfasis en la de búsqueda de identidad, la identidad del yo, quiénes somos, cómo nos adecuamos a la sociedad y qué queremos hacer en la vida, entre los 12 y los 20 años de edad, se crea un sentimiento de continuidad, cohesión interior, sentido de seguridad y adecuación, organización en el tiempo y en el espacio, apreciación emocional, intercambio interpersonal, enfrentamiento a diversas situaciones, aprendizaje sobre la vida, interés sexual, integración al grupo de pares, valoración y participación social, desarrollo profesional, además de autoimagen social.

Según Mcconville (2009), no es una etapa más de desarrollo, sino una literal remodelación de la niñez, una organización radical del self psicológico para el viaje que le espera. Se trata, ni más ni menos, que de reorganizar la experiencia. Ha de separarse del campo de las vivencias; infantil y familiar, y reorganizar su propio campo, desde un nuevo sentido de la frontera, todo ello según la terminología de la Gestalt.

Por su parte Fernández (2014), indica que en una investigación realizada por Martín en 2009, la separación de los progenitores y la construcción de una identidad propia significan rechazar el mundo de los adultos, transgredir, crear complicidad con

el grupo de pares, todo ello para autoafirmarse. Es en todo caso un gran reto, iniciar a construir su proyecto de vida en todos los aspectos. Y las ideas que los persiguen son: ¿Quién soy?, ¿Qué me está pasando?.

El adolescente se encuentra sometido a presiones conflictivas del exterior, y a las expectativas que sobre él tienen las personas de su entorno. Tiene que aceptar el mundo tal y como es, y no como le gustaría que fuera, es decir, los diversos papeles o roles sociales que la sociedad le ha ido adjudicando, pero ahora en cambio, tiene la oportunidad de elegir el modo en cómo interpretarlos (Fernández, 2014).

El adolescente está muy preocupado por lo que él puede aparentar a los ojos de los demás, o sea la imagen que proyecta, que en cómo él realmente se siente. En la búsqueda de la identidad pueden necesitar repasar las crisis psicosociales vividas previamente. El adolescente suele tener un miedo atroz a quedar en ridículo, prefiriendo actuar sin pudor, de forma libre, contradiciendo a sus superiores antes que realizar una actividad que pudiera parecer vergonzosa ante sus ojos, o los de sus pares. Necesitan sentir la aprobación de sus iguales. De la misma forma, el adolescente puede ser muy intransigente y nada tolerante con las diferencias culturales, sociales, físicas o raciales, de aptitudes o características individuales, siendo una forma de defensa ante el sentimiento de pérdida de identidad. La fuerza básica de este estadio es la Fidelidad (Engler, 1996).

Hablar de Identidad, lleva implícita a la crisis de identidad, en el campo de la psicología, según Aguirre (1996) en un estudio realizado por Kestenberg en 1980, lejos de entenderlo solamente como una situación crucial, incluye además la reorganización o estructuración del aparato psíquico o de la personalidad en un momento dado. De tal manera que toda crisis es maduradora y superadora de situaciones problemáticas, y tiene en sí un potencial constructivo, por el contrario, su ausencia es considerada como algo patológico o de mal augurio en cuanto a la reestructuración ulterior del aparato psíquico.

La crisis de identidad en la adolescencia según Erikson (1972;2015), es una crisis normativa, es decir, una fase normal del desarrollo con un aumento de

conflictividad, caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del ego, así como por un elevado potencial de desarrollo. Hay que entenderla como una forma diferente de sentir y vivenciar la propia realidad individual en comparación con la realidad vivida durante la infancia, y este cambio de situación vital es lo que produce un sentimiento de despersonalización y de extrañeza de sí mismo. Él mismo no se reconoce, ni sabe quién es, lo que conmociona su estructura psíquica e impulsa su desarrollo hacia una verdadera crisis de identidad, experimentando una especie de efervescencia afectiva, que no corresponde, empezando a cuestionarse sobre su propia individualidad, descubrimiento de su yo, y comenzando a diferenciarse del mundo exterior (Aguirre, 1996).

Una de las aportaciones más destacadas de los últimos tiempos respecto a la etapa de la adolescencia y la formación de la identidad es la de Erik Erikson. Inspirado en las doctrinas del psicoanálisis freudiano, aborda el problema de la identidad desde la teoría general del desarrollo humano. Considera el desarrollo del ciclo vital, como una sucesión de ocho estadios o etapas, cada una de ellas asociadas con una tarea de naturaleza psicosocial determinada, de la que puede derivarse un resultado positivo o negativo. Los éxitos o fracasos de cada una de estas etapas preparan los éxitos y fracasos de las siguientes, de manera que la identidad de la adolescencia se va conformando mediante las resoluciones hechas en las etapas anteriores.

A continuación se describen brevemente las ocho etapas del desarrollo según Erikson, poniendo mayor énfasis en las primeras cinco, ya que se consideran etapas preparatorias del desarrollo de la identidad, y es la quinta, la que corresponde con la etapa de la adolescencia (Aguirre, 1996):

1. ° Confianza frente a desconfianza: abarca el primer año de la vida del niño, corresponde con la fase oral (de las etapas del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud), y está relacionada con los cuidados maternos. Su misión principal es la de establecer un sentimiento de confianza y de combatir la desconfianza, es decir, de formar en el niño un fundamental y difuso sentimiento de que es digno de confianza, y así impedir una retirada al interior de sí mismo. El inicio del sentimiento de identidad, se da en la relación de la madre y el lactante, caracterizada por confianza y

reconocimiento mutuo, a la capacidad congénita del niño de mamar, se une la intención por parte de la madre de nutrirle, acogerle con cariño y darle cuanto necesita, a su vez el niño, vive un periodo incorporativo, vive y ama a través de la boca, recibe y acepta lo que le es dado, y es así como se identifica y desarrolla los fundamentos para conseguir ser el donante. Aprender si podemos confiar en el mundo o no, el equilibrio entre éstas (confianza y desconfianza), dará como consecuencia la esperanza, una virtud humana que representa la convicción de que nuestros deseos pueden ser satisfechos. Hay dos factores que pueden poner en peligro tal confianza:

a. El no proporcionarle el alimento y los estímulos adecuados: estímulos que requieren ser ofrecidos a los sentidos en tiempo e intensidad.

b. El apartamiento gradual de la madre y el destete posterior: mismos que producen un sentimiento de pérdida tan fundamental, de que la relación materna ha quedado destruida.

2. ° Autonomía frente a vergüenza y culpa: abarca el segundo y tercer año de vida, y corresponde con la fase anal freudiana. El niño aun siendo altamente dependiente, su tarea principal se orienta hacia el comienzo de las decisiones autónomas de libre voluntad y la superación de la vergüenza ante los fracasos; lo anterior se refiere al aprendizaje de los hábitos de limpieza, el yo y el tú, y el no, y no quiero, lo cuales representan los primeros indicios de su autonomía emergente, y la elaboración de un sentido de sí mismo. El control del cuerpo, mediante la capacidad de autocontrol, genera en los niños sentimientos de autonomía o vergüenza. La voluntad es el crecimiento natural de la autonomía.

Los fallos en el autocontrol hacen que se sienta avergonzado y dude de poder hacer bien las cosas. La formación de este sentimiento de autonomía del niño, depende del sentimiento de independencia personal de los padres.

Esta etapa de la autonomía, en la que se da la primera emancipación de la madre, tiene una peculiar contribución respecto a la identidad del adolescente, ya que se repite en esta etapa, constituyéndose en un individuo independiente que elige y guía su propio futuro.

3. ° Iniciativa frente a culpa: Abarca de los tres a los seis años, y corresponde con la fase fálica. Su principal objetivo es fomentar la voluntad de planear e iniciar tareas, evitando así, el peligro de un sentimiento permanente de culpa. El desarrollo físico correspondiente con esta edad, permite que el niño se mueva, y se dé cuenta de que puede hacer lo mismo que hacen los demás. Aparece en él una gran curiosidad y preocupación por las cuestiones relativas al sexo, lo que despliega las condiciones previas, en la iniciativa masculina o femenina. Ensaya tareas que se asemejan a las de los padres, por medio del juego. La imaginación que proviene de toda esta actividad, da lugar a fantasías secretas que despiertan sentimientos de culpa, cual si hubiera cometido grandes crímenes. Los niños se imaginan a sí mismos creciendo y se identifican con personas cuyo trabajo admiran, están abiertos al aprendizaje. La determinación es la visión del futuro que dará enfoque a nuestros esfuerzos.

La contribución de este estadio de iniciativa al ulterior desarrollo de la identidad adolescente, consisten en liberar la iniciativa y los propósitos del niño para misiones adultas que prometen un cumplimiento del propio caudal de capacidades, y la firme convicción de que puede ser aquello que imagina que será. Pero la frustración le puede conducir a un ciclo de culpa y violencia, que proviene de la discrepancia entre los ideales infantiles y la realidad adolescente.

4. ° Laboriosidad frente a inferioridad: se extiende de los seis años a la pubertad, coincide con la fase de latencia y tiene una relación especial con la experiencia escolar. Durante esta fase los niños se sienten capaces de hacer las cosas y de hacerlas bien, y se muestran descontentos e insatisfechos si no las hacen. Si en la fase anterior soñaba en convertirse en padre, ahora que es ya psicológicamente un padre rudimentario, ha de comenzar a ser a modo de un trabajador y un potencial proveedor, antes de convertirse biológicamente en padre. Se adapta con facilidad a los instrumentos de trabajo y tiene perseverancia. El niño se centra en el aprendizaje, si su paso por las etapas anteriores fue exitoso, estará listo para el trabajo laborioso que es la escuela.

Sin embargo este estadio tiene el peligro de un sentimiento de inferioridad, el niño rebaja el concepto de sí mismo a un estadio inferior, y rechaza los aprendizajes de la escuela. Es decir, prefiere seguir siendo un bebé y estar con mamá, que ir al colegio y adquirir nuevos conocimientos.

Este estadio escolar es sumamente decisivo en la formación de la identidad, debido a que, la laboriosidad supone hacer cosas conjuntamente, lo que le lleva a desarrollar un sentido de competencia, junto al libre ejercicio de su inteligencia y destrezas, que le protegen del sentimiento de inferioridad.

5. ° Identidad del yo frente a confusión: descrita a detalle, más adelante en; Identidad frente a confusión.

6. ° Intimidad frente a aislamiento: esta etapa hace referencia a la capacidad de desarrollar una relación significativa con otra persona o a la incapacidad de esto, la dedicación al trabajo de ninguna manera será excusa para perder la capacidad de amar (el amor).

7. ° Productividad frente a estancamiento: capacidad de ser productivo en muchas áreas de la vida, hacer algo por alguien (el cuidado).

8. ° Integridad frente a desesperación: reflexionar sobre la propia vida con satisfacción aunque todo lo deseado no se haya cumplido, es la capacidad de mirar hacia atrás y sentirse orgulloso de lo hecho, frente a la inminente muerte (la sabiduría).

1.5.1 Identidad del yo frente a confusión

Para Erikson esta etapa era crucial en el ciclo vital de una persona, ya que los cambios físicos correspondientes, ocurren de manera muy rápida, acompañados de los cambios psicológicos; el mayor peligro es la confusión de roles, ya que, si el adolescente se cree incapaz de ser un miembro productivo para la sociedad, será

incapaz de hallar una identidad ocupacional y un lugar significativo dentro de la sociedad.

Aguirre (1996) indica que el objetivo principal de esta etapa es el desarrollo de una identidad que ofrezca una base firme para la vida adulta. El rápido crecimiento físico y la madurez sexual, son los factores que alertan al niño de una inminente vida adulta, desde el comienzo los adolescentes se sienten morbosos y con frecuencia, curiosamente preocupados por lo que ellos piensan que parecen ser a los ojos de los demás, en comparación con lo que ellos sienten ser, así como con la cuestión relativa a como conectar los roles y capacidades anteriormente cultivados, con los prototipos ideales de la actualidad, Erikson (1972/2015), indica que este viene a ser el momento cuando se cuestiona por primera vez de manera consciente y preocupada, por preguntas como ¿Quién soy yo? y ¿Cuál es mi papel en la sociedad?.

La identidad es el fruto de las identificaciones parciales con otras personas; como un proceso de absorción de comportamientos, conductas y normas de personas admiradas, y tomadas como modelo o patrón de comportamiento a seguir. Según Fernandes (1991) la identidad podría ser considerada como el resultado de la apropiación, asimilación e interiorización de las distintas identificaciones procesadas por el propio individuo, mediante constantes y sucesivas interacciones psicoafectivas, emocionales y sociales que hacen que tome conciencia de sí mismo.

Sus identificaciones con los padres, se centran principalmente en aspectos o cualidades que sobrevaloran excesivamente, aquellos que son preferidos por el niño, en razón con sus fantasías infantiles, y no con su aceptabilidad social. Lo que irá creando ciertas pautas de conducta, que le proporcionarán ciertas expectativas de lo que será cuando sea mayor.

Por su parte Erikson (1972/2015), dice que la identidad fijada para el final de la adolescencia, está por encima de cualquier identificación aislada con individuos del pasado, e incluye todas las identificaciones de importancia, alterándolas, a fin de constituir con ellas una totalidad única y razonablemente coherente.

El proceso de identificación sólo queda completo cuando el individuo ha subordinado sus identificaciones infantiles, a un nuevo género de identificación, llevado a cabo mediante una absorbente sociabilidad, y en el aprendizaje competitivo entre compañeros de la misma edad, y junto con ellos. Lo que le fuerza con urgencia a tomar elecciones y decisiones que tienden de modo creciente e inmediato a compromisos de por vida (Aguirre, 1996).

De acuerdo con Erikson (1977) en un estudio de Engler del año 1966, la formación de la identidad puede poseer algún aspecto negativo que en ocasiones puede permanecer a lo largo de la vida como un aspecto rebelde de la identidad total. Lo deseable es que la identidad negativa no se vuelva dominante. La identidad negativa es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad, que el sujeto tuvo que interiorizar como indeseables. El radio de relaciones significativas en este periodo son el grupo de amigos, grupos externos y modelos de liderazgo.

En esta búsqueda de identidad las etapas anteriores han sido el fundamento y han preparado el camino para la conquista de la identidad adolescente.

1.6 Socialización en la Adolescencia

El proceso de socialización emerge como piedra angular a la hora de querer comprender, observar, diagnosticar, evaluar e intervenir en cualquier tipo de acercamiento afectivo con los adolescentes. Por lo tanto, describiremos a continuación la definición y características de la socialización por diversos autores.

En términos generales la socialización, se define como el proceso en el cual los individuos incorporan normas, roles, valores, actitudes y creencias, a partir del contexto socio-histórico en el que se encuentran inmersos, a través de diversos agentes de socialización, tales como los medios de comunicación, la familia, los grupos de pares, las instituciones educativas, religiosas y recreacionales, entre otras (Simkin & Becerra, 2013).

Barajas y Linero (1991), entiende la socialización como, el proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, y los integra en la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir.

Otra concepción de socialización es la de Aguirre (1996), vista como un proceso a través del cual el individuo aprende e interioriza los diversos elementos de la cultura en la que se halla inmerso (valores, normas, códigos simbólicos y reglas de conducta), integrándolos en su personalidad con el fin de adaptarse en su contexto social.

Funes (2009), define la socialización como argumento de vital importancia, ya que se concibe como la agrupación interaccionada de mecanismos mediante los cuales un sujeto pasa a formar parte de un grupo, asumiendo los códigos, caracteres y pautas de comportamiento de éste.

Como demostraron Navarro y Pastor (2018), el proceso de socialización también puede concebirse como un continuo que está en permanente desarrollo. Se inicia desde el momento del nacimiento y va progresando y evolucionando durante todas las etapas del ciclo vital. La socialización exige por tanto, adoptar unos patrones sociales determinados como propios, con el objetivo de conseguir la necesaria autorregulación que nos permita una cierta independencia a la hora de adaptarnos a las expectativas de la sociedad. De hecho, puede decirse que la autorregulación es el fundamento de la socialización, la cual no sólo requiere conciencia cognoscitiva sino también, y de manera importante, control emocional.

Navarro y Pastor (2018) proponen en una investigación realizada por Olszewski, Young- Lee & Thomson en 2014, que el ADN de la socialización de los adolescentes se configura a partir de las actividades cotidianas, es decir, de la forma de resolver los conflictos, del cumplimiento de las normas, de las altas o bajas capacidades para afrontar los problemas, de la determinación en la toma de

decisiones, de la tolerancia al fracaso, del afrontamiento ante nuevos retos, de la capacidad para retrasar las gratificaciones, de la asunción de responsabilidades, en otras palabras, prácticas habituales.

Las características de la socialización, pueden resumirse de la siguiente manera (Aguirre, 1996):

- Como un proceso continuo que está presente a lo largo de toda la vida social del individuo, aunque puede resultar más intenso en la infancia y adolescencia.
- Supone una capacidad de relación del individuo, que se concreta en la convivencia con los demás y su inserción social, por medio del aprendizaje.
- Aceptación o rechazo de normas, valores, etc., y su consiguiente internalización, lo que contribuye a la personalización.
- El papel activo del individuo, sobre todo del adulto, hará aceptar o rechazar las innovaciones y cambios culturales, y enriquecer el contenido o material de la aculturación.

No obstante, la socialización no sólo puede ser contemplada como un proceso de aprendizaje de normas, adiestramiento de un rol y su consiguiente adaptación social (supondría un reduccionismo), sino que hay que partir de una concepción más global e interdisciplinar, considerando así la socialización como (Barajas & Linero, 1991):

- Un proceso que abarca todo el ciclo vital.
- Se basa en la interacción (bidireccional) con otras personas.
- Se analiza en círculos concéntricos de interacción de la diada al grupo, y viceversa.
- La influencia del sistema social se realiza por transmisión interpersonal.
- Entran en juego todos los aspectos del desarrollo individual necesarios para participar, convivir y comunicarse.

Por otra parte, Papalia, Olds y Feldman (2001) afirman que, lo que ocurre en el mundo del niño es significativo, pero no es la totalidad de la historia. Cada uno sigue escribiendo su propia historia de desarrollo humano mientras vive. De esta manera, los agentes de socialización (aquellas personas o instituciones que hacen posible la efectividad de la interiorización de la estructura y procesos sociales), se van diversificando conforme se incrementan los contextos sociales de acción del individuo, pasándose de la exclusividad de la familia a la influencia de otros agentes externos a la misma.

Así, aunque la familia siga siendo el centro del mundo social del niño, éste empieza pronto a interesarse por personas diferentes a las de su hogar, siendo muy importante el grupo de iguales, el cual alcanzará su máxima relevancia en el período de la adolescencia.

1.6.1 Principales Agentes Socializadores

Al hablar de agentes de socialización entendemos que éstos son las personas e instituciones que se ocupan de que la interiorización de la estructura social se haga efectiva. Como hemos comentado, se puede afirmar que cada una de las personas con las que interaccionamos en nuestra vida cotidiana es un agente socializador, siempre y cuando posea la capacidad de influir en nuestro comportamiento, en la dirección que él mismo marca y que, normalmente, coincide con la orientación aceptada socialmente.

1.6.1.1 La Familia

De acuerdo a Grusec y Hastings (2007, en Simkin y Becerra, 2013), numerosos autores sostienen que la familia constituye uno de los principales agentes de socialización, en la medida en que padres e hijos funcionan como un sistema biopsicosocial. Este sistema tiene por objeto asegurarse de responder las demandas sociales de formar una familia, dada la necesidad humana de relacionarse con otros, que en el caso de los padres a los hijos, supone la necesidad de protegerlos, nutrirlos y expresarles afecto.

Según un estudio de Ruiz (2009), la familia es la mejor transmisora de valores y contravalores vigentes en la sociedad; integra, marca, sella y estigmatiza en el mundo de sus pautas culturales y normas de conducta a los recién nacidos, por el mero hecho de nacer o estar en su seno. Por tanto, hay una serie de rasgos destacados que describen la importancia de la estructura familiar en el proceso de socialización del adolescente.

Los padres no se limitan a crear sus prácticas de crianza “de cero”, sino que reproducen el rol social de “ser padres”, a partir de sus propias experiencias de socialización. Sin embargo, la cultura puede dar mayor o menor libertad a los padres para variar los patrones de conducta, actitudes y valores que transmiten, de acuerdo a una socialización en términos de Arnett (1995) más estrecha o amplia (en Simkin & Becerra, 2013)

De acuerdo con Grusec y Davidov (2010, en Simkin & Becerra, 2013) se identificaron cinco dominios de socialización en el interior de la familia: protección, reciprocidad mutua, control, aprendizaje guiado y participación en el grupo.

Si la familia estimula la autonomía, mantiene un control flexible, presta apoyo y aceptación, creará un ambiente equilibrador entre la proximidad y la autonomía individual, es decir, será una familia que sabe dejar suficiente espacio para el desarrollo de la individualidad. Los adolescentes con un buen desarrollo psicológico y social tienden a proceder de familias con un bajo control y un alto nivel de unidad, expresividad e independencia. Este equilibrio entre control e independencia supone una cualidad familiar para poder ajustarse a las necesidades del adolescente (Aguirre, 1996).

Las prácticas de socialización en la familia, están asociadas al desarrollo conductual del adolescente, hasta tal punto que la tensión o estrés familiar, las pobres relaciones de comunicación, el estilo familiar muy permisivo o muy autoritario, etc., se asocia a problemas de alcohol, de abuso de drogas, de relaciones sexuales prematuras y a conductas antisociales (Ham, 1992, en Aguirre, 1996).

A pesar de que la influencia de los padres decrece a medida que las personas se acercan a la adolescencia, existe una amplia evidencia de que la familia sigue siendo fundamental en el transcurso de toda la vida, al punto que la socialización parental, puede amortiguar efectos de experiencias negativas entre pares en la adolescencia (Bugental y Grusec, 1998).

1.6.1.2 La Escuela

Desde una perspectiva más sociológica, la escuela tiene una función renovadora de las estructuras sociales, y contribuye a la movilidad y cambio sociales. La independencia afectiva de las figuras paternas proporciona al niño otras fuentes de conocimiento. Los profesores son, o pueden ser, modelos significativos y diversificados para el niño; y proporcionan un espacio para la actividad crítica. Las experiencias de aprendizajes, donde el niño es uno más entre otros niños, su interacción social, su ambiente físico y social diferentes, en muchos aspectos, del contexto familiar (Wells, 1988, en Aguirre, 1996) pueden ser un marco teóricamente positivo para el niño.

La escuela impone a sus alumnos un modo de ser y de actuar, una moralidad y unos valores. Por consiguiente, su función principal será la de educar no sólo en la versión académica, sino también moral, social y normativa.

Entre las funciones inherentes a la escuela, de control o cambio social, subyacen los valores típicos de una sociedad, como la actual orientada al desarrollo, enlistadas a continuación (Aguirre, 1996):

- 1) El logro o éxito personal como valor central, individualismo y agresividad.
- 2) Acción, eficacia, trabajo duro, ser práctico.
- 3) Valoración de las cosas según la cantidad de dinero, seguridad o confort que proporcionan.
- 4) Desarrollar buenas relaciones personales.

- 5) El trabajo en equipo.

En un estudio de Caride, Lorenzo y Rodríguez (2012, en Navarro, et al., 2015), señalan que los entornos educativos contaminados generan en el adolescente; angustia, frustración, dificultad en el aprendizaje y de socialización. A pesar de que la escuela, configura el eje de normalización para el adiestramiento en tiempos y actividades prosociales, también, en ausencia de supervisión, puede convertirse en un icono para el desarrollo de una sociabilidad inadaptada y de riesgos.

La escuela debe impulsar el crecimiento en un ambiente positivo, gradual y heterogéneo, claves para un desarrollo vital, rico en experiencias de convivencia y satisfacción.

1.6.1.3 Grupos de Pares

Según los investigadores Scandroglio y López (2013), el grupo de pares se conforma principalmente entre la adolescencia y la madurez, a través de la sociabilidad, en torno a amigos de la escuela, vecindario, procedentes de actividades extracurriculares o de ocio. Así, los tiempos para la actividad relacional son catalizadores tanto de la conducta pro social como de la inadaptación.

En un estudio realizado por Ovejero, Moral y Pastor (1998, en Navarro, et al., 2015) mencionan que en el grupo de iguales, los jóvenes adquieren cierta independencia personal y afinidad con otros adolescentes ajenos a su entorno de control y supervisión, factor clave para aprender a establecer sus propias relaciones sociales y para formarse una imagen de sí mismos distinta de la que reciben a través de sus padres o profesores.

Se han propuesto diversos mecanismos de socialización que tienen lugar en el marco de los grupos de pares (Simkin & Becerra, 2013), los cuales mencionaré a continuación:

- La sincronía interaccional, que se define como el proceso por el cual los miembros de un grupo tienden a asemejarse en cuanto a sus pensamientos y modos de conducta. En donde el comportamiento tiende a ser reforzado positiva o negativamente por los miembros del grupo, lo que determina que los integrantes se vayan pareciendo cada vez más, con el paso del tiempo.

- El mecanismo basado en la comparación grupal, que parte de la base de que las personas tienden a comparar sus habilidades y opiniones, con las de otros individuos y grupos, de modo que, si existiera alguna discrepancia en cuanto a sus creencias, se producirían ciertos cambios personales o grupales, que conducirían a reducirla.

- El proceso de influencia normativa, que es el mecanismo a partir del cual las personas se tienden a adherir a determinadas normas endogrupales, a efectos de evitar emociones negativas, como la vergüenza o el rechazo grupal. En este proceso tiene lugar la estructura jerárquica, de modo que los miembros de mayor estatus tienden a ser más influyentes que sus pares.

Según Navarro et al., (2015) en una investigación realizada por Uceda, Pitarch & Montón en 2012, se menciona que una cuestión sustancial relacionada con los grupos de iguales, es por un lado su operatividad, es decir su capacidad de posicionamiento en el territorio físico, y en conexión directa con los riesgos, por el contrario está su capacidad de posicionamiento virtual, que establece una relación abstracta.

Se identifica que los riesgos asociados a esta etapa, se expanden cuando el adolescente halla en su grupo de iguales estímulos positivos necesarios, como para vincularse a las actividades de su grupo, olvidando otras referencias de entornos normalizados, que permitían su ajuste social. Según diferentes investigaciones, este es uno de los puntos de ruptura del adolescente con actividades pro sociales que

inciden en el desarrollo de diferentes prácticas de riesgo, en un estudio de Claes et al., (2005, en Navarro, et al., 2015).

1.6.1.4 Los Medios de Comunicación

Los medios de comunicación social pueden ser definidos como, instrumentos técnicos a través de los cuales, grupos de profesionales transmiten unidireccionalmente contenidos de información, formación o entretenimiento, a un público numeroso, disperso y heterogéneo (Coloma, 1990; Moles, 1975, en Aguirre, 1996).

Son múltiples las funciones que se les asigna a los medios de comunicación, las reseñadas por Larsfeld y Merton (1977, en Aguirre, 1996) se enlistan a continuación:

- a) Función conferidora de estatus: reconoce y confirma el triunfo e importancia del individuo, que se distingue de una sociedad anónima.
- b) Imposición de normas sociales: la publicidad ejerce presión para una moralidad única, misma que se confirma al denunciar sus desviaciones.
- c) La disfunción narcotizante: la cantidad de información puede servir para narcotizar y no para estimular al lector o al oyente promedio.

Es evidente el poder y la influencia de los medios como agentes de control social e ideológico, al centrarnos en los posibles efectos, en relación con el proceso de socialización, Coloma, J. (1990) señala que promueven la pasividad, desrealizan lo real y promueven relaciones parasociales (lo que produce desorientación y conformismo), y es una entrada brusca de los niños en el mundo de los adultos.

Las nuevas generaciones de jóvenes viven una socialización diferente de las anteriores, relacionada a un especial uso de la tecnología, por medio de la cual se enfrentan a nuevos mundos de experiencia, que modifican cómo se construyen las relaciones sociales, y qué tipo de competencias sociales se incorporan.

Tully (2007) afirma que se vivencia una informalización, comprendida como la disolución de vínculos clásicos, tales como los que se obtienen en agentes como la escuela o la familia, y un desanclaje, siendo esto la postergación del aprendizaje de las competencias sociales clásicas que se reproducen en dichos contextos. Como resultado de éstas, los individuos aprenden a manejarse con conexiones distendidas, que les permiten una mayor libertad de elección, es decir, en un marco de socialización amplia (Arnett, 1995).

1.7 Nutrición en la Adolescencia y Trastornos Alimentarios

En la etapa de la adolescencia es muy importante mantener una buena nutrición, debido al rápido crecimiento que se tiene y para establecer hábitos alimentarios saludables que se prolonguen en la adultez. Es muy frecuente la mala nutrición entre poblaciones económicamente bajas, también pudiera implicar la presencia de un trastorno alimentario, ya que la preocupación por la imagen corporal y el peso, son en la actualidad un tema de gran importancia para la población adolescente y delicado, desde el punto de vista de los estudiosos de la salud física y mental.

Según Makino y Dennerstein (2004), en Papalia, 2012). Los trastornos alimentarios, entre ellos la obesidad, son más prevalentes en las sociedades industrializadas donde abunda la comida chatarra y el atractivo se equipara con la delgadez; pero al parecer esos trastornos también van en aumento en los países no occidentales.

La preocupación por la imagen corporal puede dar lugar a esfuerzos obsesivos por controlar el peso. Es un patrón más común entre las niñas, aunque es probable que se relacione con problemas reales de peso. Según Susman y Rogol (2004, en Papalia, 2012). Es debido al incremento normal de grasa corporal durante la pubertad que se produce en las niñas, en especial si están en un momento avanzado del

desarrollo puberal, se sienten desdichadas con su apariencia, lo cual refleja la importancia cultural que se otorga a los atributos físicos femeninos.

La insatisfacción de las jóvenes con su cuerpo se incrementa entre la adolescencia temprana y media, mientras que los muchachos se sienten más satisfechos con su cuerpo que se va transformando en uno más musculoso.

De acuerdo con A. E. Field et al. (1997, en González 2001), en un estudio prospectivo de cohortes se encontró que las actitudes de los padres y las imágenes de los medios, juegan un papel mayor que la influencia de los pares en el fenómeno de las preocupaciones por el peso.

La adolescencia es el momento más vulnerable para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, así como muchos otros trastornos. En términos generales, se trata de un síntoma, de una señal de que algo anda mal. Este síntoma en particular, hace referencia a la insatisfacción que los adolescentes sienten respecto de sí mismos y que, como ya dijimos, puede deberse a una serie de factores relacionados con los muchos y muy abruptos cambios que se producen desde la pubertad hasta el final de la adolescencia (Silva, 2007).

Por ende, es importante, asociar los cambios de la adolescencia, con los síntomas que se llegan a presentar en los trastornos de conducta alimentaria. Es preciso, entonces, referir la sintomatología presente en dichos padecimientos, como mencionaremos a continuación.

CAPÍTULO II TRASTORNOS ALIMENTARIOS (ANOREXIA NERVIOSA)

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo, o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física, o del funcionamiento psicosocial (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

La edad de inicio más frecuente es en la adolescencia a los 14 años de edad, aunque pueden aparecer en cualquier momento del ciclo vital. Los cambios biológicos, psicológicos y sociales de la etapa se relacionan con el incremento de vulnerabilidad a los trastornos de la alimentación. La corporalidad se hace especialmente presente en la pubertad, y se erige en el centro de la construcción de la identidad en la adolescencia, junto a la calidad del vínculo que se estableció en edades tempranas, que se renueva en este momento (Morandé, 2014).

Los trastornos alimentarios cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución. Quienes los padecen tienen en común la dificultad para aceptarse a sí mismos, física y moralmente, y de alcanzar su maduración y pleno desarrollo (Morandé, 2014).

Según Baile (2014), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son padecimientos multicausales, cuya característica distintiva es la presencia de alteraciones nutricionales. Las consecuencias de estas alteraciones nutricionales, complejizan la etiopatogenia de los TCA y explican una parte esencial de su evolución, mantenimiento y gravedad.

Dentro de los trastornos de la alimentación se encuentra la anorexia nerviosa, la cual es una alteración psicológica y conductual relacionada con el acto de comer. Caracterizada por la obtención ex profeso de un peso corporal menor al esperado para el género, la estatura y la edad de las personas afectadas, además de presentar

amenorrea (ausencia de períodos menstruales mensuales) y un rechazo al incremento ponderal de peso.

2.1 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por un rechazo a mantener un determinado peso en función del género y edad del individuo, y se manifiesta, principalmente a través de una exigente restricción de la ingesta alimentaria (Rojo, 2003). Inicia en la parte media de la adolescencia y cursa con una morbilidad psiquiátrica y médica considerable. La prevalencia mundial es aproximadamente del 2% de las mujeres jóvenes y la proporción con los hombres es de 1:10. (González, et al., 2013). En México, la anorexia nerviosa, presenta una prevalencia del 0.5% en la población de adolescentes (Benjet, Méndez, Borges & Medina-Mora, 2012).

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

Baile et al. (2014), dicen que la anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por un rechazo a mantener un determinado peso en función del género y edad del individuo, y se manifiesta principalmente a través de una exigente restricción en la ingesta alimentaria.

La anorexia nerviosa afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes y adolescentes, y se encuentran casos, en menor medida de adultos y varones jóvenes. El periodo peripuberal, el embarazo, el sobrepeso y la menopausia en la mujer son etapas de riesgo específico. Las mujeres, están más expuestas a ser objeto de mayor presión social que hace la publicidad adelgazante, desarrollando conductas de riesgo (hacer dietas para adelgazar) (Baile, et al., 2014).

En la actualidad podemos observar el enorme auge del culto al cuerpo, y las imágenes de extrema delgadez impuestas por la publicidad y la moda como ideal de belleza, éstas son parte del origen del alarmante incremento de los trastornos de la alimentación en nuestros días.

Es importante considerar que, en la etapa de la adolescencia, la rebeldía y la impotencia que sufre la joven al enfrentarse a su proceso de socialización, con el papel o rol que se le sigue asignando a la mujer en nuestra sociedad, así como el peso de nuestra nueva herencia cultural, aquella que se nos da a través de los medios de comunicación con tradiciones que, en materia de alimentación, resultan en muchos casos totalmente obsoletas, cuando no francamente perjudiciales, y que las madres de familia se empeñan a veces en conservar y transmitir. Hechos éstos que no se suelen mencionar ni analizar al hablar de la génesis de los trastornos alimentarios. Estas obsesiones con la comida, no suelen ser lo que parecen: los diversos problemas en relación con el alimento encubren una problemática mucho más profunda, reflejo a su vez de conflictos aún más básicos y dolorosos Toro (1996).

Las pacientes con anorexia nerviosa tienden a anticipar los cambios y se preparan para ello de forma inadecuada. Les cuesta verse como recordarse. Con serios problemas de identidad y muy poca flexibilidad, afrontan las situaciones con escasos recursos.

2.2 Antecedentes

Las referencias más antiguas en la historia de nuestra cultura relatan las conductas de restricción alimentaria voluntaria, con la finalidad de “perfección espiritual”, en una búsqueda de unión perfecta con Dios. Desde la antigüedad existen referencias de forma tanto escrita como iconográfica, que son evidencias de los desórdenes en la conducta alimentaria. Por ejemplo, en Morandé, (2014) se menciona el Corpus hippocraticum, que corresponde con el conjunto de tradiciones y enseñanzas médicas atribuidas a Hipócrates, se dice en uno de sus aforismos: los efectos de un régimen debilitante son difíciles de reparar, así como los de una

repleción extrema y continuada. Más tarde, Sorano, cien años antes de Cristo, describe la relación entre la anorexia, con pérdida de peso y la amenorrea secundaria, y Galeno, en el segundo siglo de nuestra era, cita la incapacidad para comer tras una dieta restrictiva intensa.

En las sociedades occidentales, hasta hace poco más de un siglo, comer suficientemente era un privilegio de unos cuantos, es decir los más poderosos, y por lo tanto, el sobrepeso era signo de salud, belleza y poder. Desde mediados del siglo XX, estas necesidades básicas están satisfechas y es en este momento histórico, cuando aparece un estereotipo cultural, que propone un cuerpo extremadamente delgado, que genera en las últimas décadas lo que se ha venido a llamar, la epidemia de la anorexia nerviosa (Morandé, 2014).

Existe información de historias antiguas sobre algunas mujeres que, aunque no son muchos los casos, podemos relacionar con la Anorexia Nerviosa, por la descripción de la sintomatología, quizá el caso más famoso es el de Catalina de Siena. Nacida en 1347, hija de artesanos acomodados, recibe una esmerada educación cristiana; se siente culpable por haber sobrevivido a la muerte de su hermana, rechaza casarse con el viudo de su hermana mayor y comunica al padre su deseo de entregarse al señor.



Santa Catalina de Siena 1347-1380. (Behar, 2011)

Al poco tiempo comienza a rechazar la comida, adelgaza notablemente, se impone penitencias, renuncia al mundo y solo se alimenta de hierbas y algo de pan. Refieren que, antes de comulgar para recibir al señor, no sólo ayunaba, sino que también se laxaba introduciéndose juncos para quedar completamente limpia. Ingresa en el orden de las Dominicanas y llega a ser consejera del Papa Gregorio XI en Avignon. No consigue que éste o su sucesor Urbano VI regresen a Roma y, ante la proclamación de un antipapa, se siente responsable del Cisma.

Se divide la iglesia y considera que ha fracasado en sus intentos de unificación, y decide sacrificarse por la iglesia, en pro de la unificación del papado. Posteriormente deja de alimentarse y muere al poco tiempo (Guillemot, 1994).

Como se puede observar en este caso y en esta época, no es el miedo al aumento de peso o ni la distorsión de la imagen corporal, la razón del rechazo de las anoréxicas a ingerir alimentos. Eran épocas medievales con una estrecha relación con el mundo espiritual, y la escasez de alimento.

En el caso de las anoréxicas de la historia, podemos observar que no es la distorsión de la imagen corporal, o el miedo al aumento de peso, la razón de su rechazo al alimento, ya que son épocas medievales mismas que tienen una estrecha relación con lo espiritual, donde comía “el que podía hacerlo” debido a su situación económica. Sin embargo llama la atención que los que “sí podían” no lo hicieran.

Según Crispo (2011), el rechazo existía ligado al mundo carnal y la búsqueda de perfección y espiritualidad, dentro de una vida religiosa y penitencial. En la actualidad la obesidad está estigmatizada, y por lo tanto, es lógico que las muchachas anoréxicas verbalicen claramente ese rechazo. Sin duda en la antigüedad, no lo verbalizaban así; el rechazo era hacia el “mundo” y la “carne”, por ello se reclusión en conventos. En la actualidad se puede observar que muchas anoréxicas, rechazan la obesidad como un “pecado” de lesa corporalidad. Posiblemente lo esencial de la anorexia, es la búsqueda de la perfección en alguna área de la vida de una persona. Como podemos observar la corporalidad se mantiene a lo largo de la historia, ya sea en el medievo o el siglo XXI, el trasfondo de la enfermedad, es una constante.

2.3 Los trastornos alimentarios y los medios de comunicación masiva

Los medios de comunicación masiva actuales han adquirido un gran auge y desarrollo, tanto en medios impresos, como en medio audio-visuales, y más recientemente, a través de internet. La industria alimentaria ha experimentado un importante crecimiento en las últimas décadas, en ningún punto de la historia de la

humanidad, la oferta alimentaria fue tan abundante y variada, como lo es ahora (Toro, 2004).

Cada vez más, incrementa la proporción de alimentos procesados que se consumen. Todo esto acompañado de una difusión rápida de las modas y tendencias, que van en el orden de vida social esto es la era de la globalización. Todo lo cual, ha repercutido en los cambios del modo de vida alimentario, y de consumo. Con un gran predominio de alimentos de origen animal, y un detrimento del consumo de frutas, verduras, cereales y legumbres. Lo que ha traído como consecuencia, al aumento de sobrepeso y obesidad, mismo que está dispuesto, como uno de los principales problemas de salud pública (Raich, 2008).

En la actualidad vivimos en la sociedad del consumo y el hedonismo, en donde el culto al cuerpo y a la imagen corporal, han adquirido un lugar destacado, como un medio de éxito social, cuyo ideal de belleza es representado por una figura extremadamente delgada, que resulta ser paradójica a problemas de salud, sobrepeso y obesidad (Toro,2004).

Debemos tomar en cuenta que los medios masivos de comunicación no sólo muestran cuerpos ideales, también promocionan una serie infinita de formas para obtenerlos, observamos una alta frecuencia de anuncios de productos light, cremas, jabones, pastillas, tratamientos de belleza, cirugías, aparatos para hacer ejercicio, etc., todo lo que se pueda relacionar con adelgazar y estar en buena forma. Una vez que nos exponen a un engaño que, en este caso, consiste en hacernos creer primero, que podemos cambiar radicalmente la forma de nuestros cuerpos y segundo que ese cambio puede ser mágico, casi milagroso, que puede llevarse a cabo sin esfuerzo, y por supuesto sin correr un gran peligro (Silva, 2007).

En la actualidad los adolescentes encontrándose en un período crítico de la vida, reconociendo un nuevo cuerpo, consolidando su identidad, y buscando la aceptación social, se encuentran más vulnerables ante la sobrevaloración que la sociedad moderna y en especial los medios de comunicación asignan a la belleza

corporal, representadas por imágenes “perfectas” cada vez más lejos de la realidad y posibilidades de los jóvenes (Toro, 2004).

Son entonces, los medios de comunicación masiva los que, nos muestran infinidad de métodos para obtener un cuerpo ideal, observándose un constante despliegue de anuncios publicitarios, en televisión y diversas fuentes de información, de productos para bajar de peso como son; pastillas, cirugías, aparatos para hacer ejercicio, etc., todo en relación con el único objetivo de perder peso, y estar en buena condición física.

Sin embargo estos cambios suelen ser demasiado fantásticos e increíbles, para que puedan surtir el efecto real de su propósito, es decir, que generalmente son un engaño. Por otro lado, se puede observar el impacto que tienen los programas de televisión, en la población adolescente, cuando muestran cuerpos irreales. Esto influye en la tendencia a desear un cuerpo ideal; recordemos que esta es la población que resulta ser la más propensa a desarrollar alguno de los Trastorno de la Conducta Alimentaria.

El desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria guarda estrecha relación con estereotipos presentados por los medios masivos de comunicación, los cuales generan una serie de emociones en quienes los miran; les hacen centrar su atención en la apariencia física, compararse con lo que observan y sentirse insatisfechos, poco adecuados, feos y avergonzados (Silva, 2007).

Otro concepto que está ligado con la cultura de la delgadez es “el ideal de belleza”, que depende de la cultura en la que se está inmerso. En este caso la cultura occidental, que tiene como uno de los estereotipos de belleza, una figura femenina curvada en partes específicas del cuerpo, ceñido por una estrecha cintura, lo cual puede explicarse por esa tendencia que tienen los medios de comunicación, de estandarización de las modas y actitudes sociales, todo lo demás haciendo referencia a la cultura de la delgadez. Es así como los adolescentes, buscan de alguna manera, igualar sus cuerpos con los de esos modelos, mismos que están rodeados de prestigio y reconocimiento social (Toro, 2004).

Los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad, hacen que los adolescentes sientan un impulso incontenible a estar delgados, tal como los modelos que aparecen en los programas de televisión, vídeos musicales o en pasarelas que se muestran cada día.

Según Toro (1996), las modelos de nuestra cultura suelen aparecer por los medios, rodeadas de prestigio social, provocada por comerciantes y publicitarios. Los medios de comunicación son medios de poder, que tienen como objetivo vender estilos y formas de vida, que son parte de negocios multimillonarios, cuyo medio principal para manipular personas son las imágenes visuales. En muchos casos el material que se presenta en televisión no es confiable ni beneficioso para el público receptor.

Un fenómeno que se da a la par en esta sociedad de consumo, es la promoción del consumo de alimentos chatarra, como lo es la comida rápida, mensaje que, nuevamente resulta ser contradictorio, ya que su valor nutricional y alimentario es inexistente, y es altamente engordante. Con base en lo anterior, no es de extrañarse que podamos encontrar, que el perfil de la joven mujer anoréxica coincide con el de una chica responsable, y dedicada a sus estudios, que desea llevar un rol socialmente aceptado, con una tendencia al perfeccionismo (Raich, 2008)

Elas creen con frecuencia que una manera de obtener aceptación social y su subsecuente éxito, va a ser teniendo un cuerpo delgado en donde, la pérdida de peso implica tener fuerza de voluntad y un gran esfuerzo, lo que sería considerado una manera de ser responsable.

Por ende, es importante concientizar a los adolescentes, de que no toda la información que ofrecen los medios de comunicación masiva es confiable, y que la apariencia física no es sinónimo de felicidad y éxito.

A continuación se presenta, el caso de una figura reconocida en el mundo musical, en la década de los años 80's, cuando todavía no existía suficiente información acerca del tema de los trastornos de la alimentación:



Karen Carpenter. Cantante de rock estadounidense.

La anorexia nerviosa continuó vertiginosamente incrementándose hasta que llegó a conocerse como el trastorno de los años 80's, surgiendo una directa relación con el entorno sociocultural contingente. A mediados de ésta década, la conciencia pública alcanzó el máximo nivel, cuando la cantante popular de rock estadounidense Karen Carpenter, falleció debido a una insuficiencia cardiaca, por complicaciones consecutivas a un cuadro alimentario, noticia que capturó la atención popular y recibió una amplia cobertura mediática (Behar, 2011).

Nos encontramos inmersos en la cultura de la comunicación y del consumo, donde el bien justifica los medios y esto parece justificar el bombardeo publicitario. Todo es susceptible de ser comprado o vendido, desear y después necesitar, creando así un arquetipo de belleza que debemos compartir, buscar y alcanzar, donde constantemente somos evaluados por nuestro aspecto físico y los medios de comunicación son los portavoces y creadores de esos estereotipos corporales, y son vehículos del mensaje de la delgadez. Un mensaje en los que los valores de belleza y éxito tan extremos se solapan y confunden (Chinchilla, 2003).

2.4 Factores Predisponentes

Los factores predisponentes son aquellos que facilitan la aparición del cuadro pero que no implican que los TCA, vayan a desarrollarse de forma inevitable. Según Lorán y Sánchez (2013), están divididos en Factores Individuales, Factores Familiares y Factores Socioculturales, descrito a continuación.

2.4.1 Factores Individuales

Se considera un factor de riesgo el género femenino, tanto por ser factores biológicos o de vulnerabilidad neuroendócrina, como por factores psicosociales. Otro factor es la obesidad o sobrepeso previo, así como la insatisfacción corporal. Dentro de los factores psicológicos se encuentran los estilos de pensamiento muy rígidos, así como los rasgos obsesivos de personalidad, cumplimiento estricto de normas sociales o familiares, con tendencia a la sumisión, necesidad de aprobación social o familiar, elevada autoexigencia así como exceso de responsabilidad y continua frustración frente a objetivos marcados (Lorán & Sánchez, 2013).

Suelen ser personas con baja autoestima, que dudan de su valía personal, tienen dificultades para tratar abiertamente con emociones problemáticas, son dependientes de otras personas y temen perder el control de sus emociones. En este perfil de personalidad, la vivencia de control de peso y la alimentación, se asocia al control emocional, lo que le proporciona una falsa sensación de seguridad y capacidad de afrontamiento de los problemas ambientales.

2.4.2 Factores Familiares

El entorno familiar en el que se gestan estos trastornos, muchas veces suele seguir un modelo de sobreprotección con altos niveles aspiracionales, rigidez, evitación de conflictos y la implicación del niño en los problemas maritales. Lo que se traduce en la dificultad existente en marcar los límites individuales y complica el desarrollo de autonomía y favorece la inseguridad y baja autoestima. Los TCA también se han asociado a alcoholismo y otras adicciones entre familiares (Chinchilla, 2003).

La adolescencia es uno de esos momentos en que se conjugan diversos cambios y nuevas exigencias, dentro del sistema familiar, provenientes de la sociedad, que supone ser una etapa susceptible de cambios desestabilizadores del sistema y por lo tanto, de génesis de respuestas patológicas, como lo es la anorexia nerviosa (Blos, 1980).

La patología se constituye a partir de los sistemas de interacción del medio social en el que aparece, así que su abordaje es desde patrones de conductas interactivas. El trastorno no es algo que le pase a un miembro de la familia sino que es algo que le ocurre a todo el sistema en general (Navarro, 1992).

2.4.3 Factores Socioculturales

Los factores socioculturales hacen referencia a elementos que identificamos como parte de la cultura como son: las exigencias de la sociedad, la publicidad, la moda, las relaciones familiares, de amistad, de pareja, de trabajo, etc. Según Chinchilla (2003) dentro de los factores socioculturales, que predisponen para desarrollar Anorexia Nerviosa, encontramos:

- El valor estético del cuerpo y la preocupación parental por la figura.
- Sobreprotección, rigidez o poca comunicación
- Inadecuadas costumbres-hábitos alimentarios
- Modas de vestir y modelos extremadamente delgadas
- Publicidad de productos y servicios adelgazantes
- Los medios de difusión como moduladores de gustos y opinión sobre imágenes corporales
- Rechazo social de la obesidad o sobrepeso y el culto a la delgadez
- Modificación de los roles femeninos en la sociedad
- Generalización social de dietas restrictivas o milagrosas, así como del ejercicio físico como salud moralidad o competencia.

2.5 Factores Precipitantes

El curso de la anorexia en un ambiente determinado nos presenta hechos cronológicamente previos a la aparición de la enfermedad, que parecen actuar como desencadenantes de ésta. Estos factores se inician en pacientes con cierta predisposición a la enfermedad, que son secundarios a la interacción con otros

individuos, o cambios en su propio cuerpo que también influyen en la manera en cómo se perciben, esto es muy común en la etapa de la adolescencia (Lorán & Sánchez, 2013).

Un factor predisponente puede ser aquel con un componente aversivo, tales como hechos estresantes o traumáticos, que ponen en marcha el proceso morboso. Así tenemos que los cambios corporales propios de la adolescencia, conflictos familiares, separaciones, despedida de un ser querido, los primeros contactos sexuales, cambios en la aceptación por parte de los compañeros y el fracaso en las relaciones sociales. Son acciones que se encuentran de forma casi constante, en la génesis de este trastorno (Chinchilla, 2003).

De alguna manera el paciente fracasa en el proceso de adaptación que requieren estas vivencias y cae en depresión, para la cual busca soluciones, en un estado corporal, que él cree que no será motivo de vergüenza. Lo que en ocasiones inicia como una dieta con perspectivas normales, acaba provocando un cuadro autónomo en el que el paciente pierde el control, lo que le acarrea perturbaciones cognitivas, que ocasionan que el cuadro se desarrolle y permanezca (Chinchilla, 2003).

2.6 Factores de Mantenimiento

Al igual que ocurre con otras enfermedades, ésta evoluciona dependiendo de los factores individuales del paciente. Sin embargo, existe una serie de factores que parecen influir de forma constante en los pacientes, perpetuando y agravando la enfermedad. Estos son aquellos factores que mantienen el trastorno una vez que éste ya ha sido desarrollado (Lorán & Sánchez, 2013).

La génesis de la enfermedad conlleva a la creación de valores y cogniciones distorsionadas, debido a la continua evaluación estética, su temor exagerado e irracional, acompañado de una frecuente presión sociocultural, que provoca un progresivo empeoramiento de las conductas alimentarias. La tendencia a percibir de manera distorsionada su propia corporalidad dificulta la identificación de sentimientos,

los estados de necesidad internos y de ineficiencia personal, provocando así una valoración negativa de su imagen corporal (Chinchilla, 2003).

Es evidente una exagerada sensibilidad en el paciente anoréxico ante toda información relacionada con su aspecto físico, pero su posible mejoría y curación del cuadro pasa por una corrección de la misma. Desde un punto de vista orgánico, algunos de sus cambios metabólicos, y en concreto sus alteraciones gastrointestinales, pueden provocar sensaciones de distensión y saciedad precoz que dificultan el proceso de realimentación de los pacientes (Lorán & Sánchez, 2013).

Las relaciones familiares se ven alteradas gravemente en este tipo de pacientes, tornándose conflictivas y con un aumento de la sintomatología afectiva y ansiosa, ocasionando que la enfermedad se convierta en el centro de atención familiar, desarrollándose una unión con características patológicas que en ocasiones, son un refuerzo para el mantenimiento de conductas anoréxicas. El progresivo estado de desnutrición provoca modificaciones orgánicas y cambios psicológicos importantes en la perpetuación de la enfermedad. El comportamiento se hace más obsesivo compulsivo, exagerando rasgos de la personalidad previa y provocando retraimiento e irritabilidad, provocando un estado de ánimo depresivo dando a lugar a una mayor fijación de sus intereses por la alimentación. Su pensamiento obsesivo les lleva a rumiar permanentemente ideas relacionadas con la alimentación, la estética y la evaluación continua de su cuerpo (Chinchilla, 2003).

2.7 Factores Genéticos

El estudio de Strober et al., (2014, en Baile, 2014) suministró los datos más significativos. Los familiares de pacientes anoréxicas tenían 7,7 veces más probabilidades de padecer anorexia nerviosa (total o parcial), que los familiares de controles sanas. También tenían 3,3 veces más probabilidades de desarrollar bulimia nerviosa. Por otro lado, los familiares de pacientes bulímicas presentan 3,5 veces más probabilidades de desarrollar bulimia nerviosa (total o parcial) que los familiares de controles, y 12,2 veces más de padecer anorexia nerviosa. En consecuencia, no cabe dudar de la transmisión de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), como

tampoco de la existencia de elementos comunes a la anorexia y bulimia nerviosa, dada su transmisión familiar.

2.8 Factores de Riesgo en Anorexia Nerviosa

Tanto factores biológicos como factores culturales, contribuyen a incrementar el riesgo para el desarrollo de un TCA, y de actitudes y conductas asociadas (Ruiz, Velilla & González, 2017).

A continuación se clasifican los Factores de Riesgo de Anorexia nerviosa (Iñarritu, 2007):

- Factores Temperamentales. Los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia, tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.
- Factores Ambientales. La variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia de la anorexia nerviosa, avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez. Las profesiones y las aficiones que alimentan la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, también se relacionan con un mayor riesgo de presentar el trastorno.
- Genéticos y Fisiológicos. Existe un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre familiares de primer grado, de las personas que tienen el trastorno. También se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa, especialmente entre los familiares de los individuos que tienen el tipo con atracones/purgas. Los porcentajes de concordancia para la anorexia nerviosa entre los gemelos monocigóticos, son significativamente mayores que los observados en los dicigóticos. Se han descrito un conjunto de anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa, gracias a las

técnicas de imágenes funcionales (imágenes de resonancia magnética funcional, tomografía de emisión de positrones). No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición o anomalías primarias asociadas al trastorno.

Dentro de los factores biológicos, el más estudiado ha sido el genético, evidenciando que la anorexia es ocho veces más común en hijos de anoréxicos, aun cuando el factor genético no ha sido identificado. A partir de diversos estudios, se cree que los anoréxicos heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición, que se encargan de promover la adicción al estado de hambre. La información genética de una persona hace que ésta tenga cierto tipo de metabolismo, figura y tendencia hacia la obesidad o delgadez (Holtz, 1992).

- Factores Psicológicos: En los trastornos de la conducta alimentaria, intervienen diversos factores psicológicos (mencionados más adelante); así veremos que una personalidad obsesiva, se inclina más hacia la anorexia.

A continuación se proponen diversos factores relacionados con los TCA, de corte individual, personal y ambiental, que tienen que ver con su desarrollo psicológico.

Hilde Bruch (1973, en Unikel & Caballero 2010) planteó que el origen de los TCA, de la negativa para comer y el miedo a engordar, tienen su origen en la relación madre-hijo, en particular relacionado con la no satisfacción de las necesidades nutricionales y físicas de otra índole. Es decir, cuando la madre no atiende las necesidades del hijo, sino que solo responde a sus propias necesidades, no permite que el bebé o niño, desarrolle sus propios estados corporales y la capacidad para ser cuidado. El niño no aprende a identificar correctamente el hambre, ni la distinguirla de otras necesidades corporales o emocionales.

Existen trastornos emocionales que están asociados a la anorexia nerviosa, como la depresión o ansiedad, pero no se sabe si éstos son causa o consecuencia del trastorno alimenticio. Un gran número de anoréxicas presentan sintomatología depresiva: aislamiento, desesperanza, tristeza y trastornos del sueño (Swift, 1986; Beumont, 1995; en Chinchilla 2003).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia nerviosa. Se ha visto que fobias y trastornos obsesivos compulsivos, pueden preceder a los trastornos alimentarios, y que las fobias sociales (miedo a ser públicamente humillado), están comúnmente presentes en estos pacientes. Las mujeres anoréxicas pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida o desarrollar actitudes compulsivas como cortar la comida en pedazos diminutos, o pesar cada trozo del plato (Vallejo, 2000; en Chinchilla 2003).

Según North, Gower & Byram (1997, en Unikel & Caballero 2010), los eventos adversos en la vida pueden ejercer un efecto en la conciencia del peso y la figura corporal, ya que tienen un efecto adverso en la autoestima. Las experiencias personales más comúnmente relacionadas con el desarrollo de los TCA, son la crítica y el abuso sexual, asociado con numerosas manifestaciones de problemáticas psicológicas, como la depresión, ideación suicida, autoagresión, abuso de alcohol, insatisfacción sexual, ansiedad y mala salud mental en general. La forma en que el abuso puede llevar a los TCA es porque, induce a emociones intolerables y afecta la identidad. El TCA funciona como un intento desesperado para regular los afectos negativos abrumadores, y construir un sentido de sí mismo coherente, cuando las estructuras internas no son muy estables (Rorty y Yager, 1996, en Unikel & Caballero 2010).

Según Celada (2003, en Miján 2004), la predisposición individual incluye un conglomerado de factores de riesgo, entre los que destacan alteraciones cognitivas: pensamientos concretos y rígidos, razonamiento dicotómico (todo o nada). Obsesión, perfeccionismo, autocontrol, introversión, baja autoestima, problemas de la adolescencia, inseguridad, miedo a la maduración, problemas para ser autónomo, depresión, exceso de peso, entre otros.

La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los TCA, dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos. La preocupación por el peso y la figura se incrementan, y la exigencia por lograr las metas de esta etapa puede ser difícil para muchos, y puede tener un impacto significativo en la confianza y la autoestima. Para aquellos que tienen problema con alcanzar dichas metas, y la consecuente sensación de falta de control: el control en la forma de comer, puede surgir como una respuesta no específica hacia las demandas de la pubertad (Gowers & Shore, 2001, en Unikel & Caballero 2010).

La manera en la que los TCA ayudan a lidiar con los problemas emocionales o de la identidad, es enfocando la atención en el peso, la figura y el comer, ya que se entra en un dominio en el que se adquiere control emocional. La atención puesta en estos aspectos de forma tan rígida y obtusa, permite al parecer manejar los problemas de la identidad y no tener que lidiar con aspectos más amplios.

En el estudio de Fernández et al., (2004, en Ruiz, et al., 2017) los cambios corporales con un incremento de peso, la talla y la aparición de caracteres sexuales secundarios, pueden facilitar sentimientos de inseguridad en el adolescente y repercutir en su autoestima. Los estudios longitudinales confirman que la baja autoestima es un consistente factor de vulnerabilidad, y que la autoestima elevada es un factor de protección para la insatisfacción corporal. Las dietas que con frecuencia pueden provocar interrupciones que terminan en atracones, pueden producir un efecto descendente de espiral, reduciendo la autoestima.

Ruiz et al. (2017), señala estudios longitudinales que muestran de forma consistente que la internalización del ideal de delgadez, la presión percibida para adelgazar, la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal, el sobrepeso y la conducta de dieta restrictiva para perder peso (dieting), son predictores de riesgo de iniciar un TCA, por Stice, Shaw & Marti en 2007.

Otros factores de riesgo ambientales son: antecedentes de TCA en la familia, familia monoparental, padres separados o divorciados, viudos, madres solteras,

conflictos familiares, percepción de un funcionamiento familiar disfuncional, que el adolescente realice comidas solo, la Influencia de la exposición a los medios de comunicación, así como las bromas en relación al peso por parte de la familia (Ruiz, et al., 2017).

Tabla 1. Factores de Riesgo y Síntomas de Anorexia Nerviosa

TRASTORNOS ALIMENTARIOS FACTORES DE RIESGO Y SÍNTOMAS	
FACTORES DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> . Aceptar las actitudes de la sociedad acerca de la delgadez . Ser perfeccionista . Ser mujer . Haber experimentado ansiedad en la niñez . Sentir mayor preocupación o prestar más atención al peso y forma . Haber sufrido problemas alimentarios y gastrointestinales en la niñez temprana . Tener una historia familiar de adicciones o trastornos alimentarios . Tener padres preocupados por el peso y la pérdida de peso . Tener una imagen negativa de sí mismo 	
SÍNTOMAS ANOREXIA	
<ul style="list-style-type: none"> . Uso inapropiado de laxantes, enemas o diuréticos en un esfuerzo por perder peso . Atracones . Ir al baño justo después de las comidas . Ejercicio compulsivo . Restringir la cantidad de alimentos ingeridos . Cortar la comida en pedacitos . Caries dentales por el vómito autoinducido . Pensamiento lento o confuso . Piel con manchas o amarillenta . Depresión . Boca seca . Sensibilidad extrema al frío 	<ul style="list-style-type: none"> . Cabello delgado . Baja presión sanguínea . Ausencia de menstruación . Mala memoria o juicio inadecuado . Pérdida significativa de peso . Pérdida excesiva de músculo y grasa corporal

Nota. Recuperado de "Desarrollo Humano", Papalia, D., 2012, México: Mcgraw Hill.

2.9 Factores de Protección en Anorexia Nerviosa

Los factores de protección son aquellos que reducen la probabilidad de padecer un TCA. De la misma manera que existe factores de riesgo, que son aquellos que tienen que ver con una mayor probabilidad de sufrir un TCA, en específico Anorexia Nerviosa, existen también factores de protección.

Podemos entenderlos como un escudo ante la Anorexia Nerviosa (AN), similar a llevar una vacuna preventiva que evita padecer estas enfermedades. Una correcta prevención de AN, se hace a través de los factores de protección, promoviendo y desarrollando los mismos, ya que son las herramientas más potentes para evitar un AN. ¿Cuáles son los factores de protección ante la Anorexia Nerviosa? A continuación se mencionan principalmente tres (Fundación Imagen y Autoestima, 2013):

Imagen Corporal Positiva

La imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico, de cómo la persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo, es decir, cómo la persona *cre*e que es. Tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo.

Una imagen corporal positiva tiene las siguientes características:

- La persona tiene una percepción clara y real sobre cómo es su cuerpo.
- Es capaz de valorar y apreciar su cuerpo, siendo consciente de que sólo es una parte de su conjunto como persona y que otros aspectos, como la personalidad, tienen un valor más importante a la hora de definir su identidad.
- La persona se siente segura y cómoda dentro de su propio cuerpo.

Autoestima Saludable

La autoestima tiene que ver con todas las emociones, sentimientos y sensaciones dirigidos a uno mismo, resultantes del autoconcepto y de la percepción de valía sobre uno mismo. Así autoconcepto y autoestima son conceptos que existen conjuntamente y que se retroalimentan mutuamente.

Una autoestima saludable es fundamental porque favorece:

- Un mejor estado de ánimo y bienestar general
- Motivación y energía para conseguir metas y superar de forma saludable los fracasos
- Reduce la probabilidad de sufrir problemas de carácter psicológico y social en general
- Respeto hacia uno mismo, posicionándose desde un comportamiento digno hacia uno mismo
- Capacidad de autocuidado y de proteger los propios intereses legítimos y derechos
- Hacer uso de las propias habilidades y capacidades con satisfacción

Hábitos Alimentarios y Estilos de Vida Saludables

Una alimentación equilibrada, la práctica habitual de ejercicio físico y un estilo de vida saludable en general tienen un papel fundamental a la hora de mantener una buena salud, tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

Para hacer un hábito alimentario saludable es recomendable llevar a cabo una alimentación:

- Variada, que incluya diferentes alimentos para obtener todos los nutrientes que necesitamos, mismos que se dividen en 5 grupos; hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Ningún alimento los contiene todos, por eso es muy importante hacer una dieta variada.

- Suficiente, debe contener la cantidad necesaria para satisfacer la demanda de nutrientes del cuerpo.
- Adaptada y Equilibrada; a las necesidades de cada persona. Por ejemplo, un adolescente y una persona mayor tienen necesidades nutricionales diferentes. Un deportista necesita más calorías que una persona que trabaja sentada en una silla delante de un ordenador.

2. 10 Criterios Diagnósticos según del DSM-5

Los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa se describen en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014) de la siguiente manera:

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

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

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

El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero en los niños y en los adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en vez de una pérdida de peso.

El criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (inferior al mínimo normal o, en los niños y los adolescentes, inferior al mínimo esperado)

Según el DSM-5 existen dos tipos de Anorexia Nerviosa, y son los siguientes:

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

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

2.11 Definición y criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, de la OMS

La anorexia nerviosa (AN), es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La AN constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido (Baile, 2014):

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

A pesar de que las causas fundamentales de la AN siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico, se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que lo ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, vómitos auto inducidos y abuso de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos, o sí intervienen otros factores aún desconocidos.

Criterios diagnósticos

De acuerdo a la CIE 10 (Clasificación Internacional de las enfermedades) para poder diagnosticar la anorexia nerviosa deben estar presentes las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal $<17,5 \text{ kg/m}^2$). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de:
 - 1) evitación del consumo de alimentos que engordan, 2) vómitos autoinducidos, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexigénicos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se dispone a sí mismo por permanecer debajo de un límite máximo de peso corporal.

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

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

2.12 Características de Personalidad

Se estima una media de 59% de los casos, que coinciden con Alteraciones de la Personalidad y los TCA, dato que sufre variaciones dependiendo de si la muestra de pacientes es ambulatoria o ingresos hospitalarios (Herzog, et al, 1982).

Con base en los diagnósticos del DSM IV, se ha encontrado que el 73% de las pacientes que padecen Anorexia Nerviosa Restrictiva, padecen además otro diagnóstico del eje I, así como el 82% de las anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo y un 60% de las pacientes con bulimia nerviosa (Herzog, et al., 1992).

A continuación se mencionan algunas de las características de personalidad más frecuentes en Anorexia Nerviosa (Casper y cols 1990):

La impulsividad: parece asociada a muchos trastornos mentales y es identificada como un factor cuya influencia empeora el pronóstico. En los últimos años la impulsividad ha generado un amplio interés en los TCA.

La compulsividad: podría manifestarse en la obsesión por la delgadez y en el persistente rechazo a la alimentación, propio de las pacientes anoréxicas. Las pacientes con Anorexia nerviosa (AN), tenían altos niveles de inhibición y evitación del riesgo.

Según Camarillo (2015), todas las orientaciones que tratan de abordar la etiología y el tratamiento de los trastornos de alimentación, hacen referencia a variables de distinta índole. Pero a modo de resumen y desde un punto de vista más psicológico y menos psiquiátrico, toda la literatura que intenta hacer un acercamiento a la descripción, y comprensión psicológica de la personalidad de las

personas con estos trastornos, coincide en hablar desde una orientación más Cognitiva, que describe una serie de características como son:

- Baja autoestima
- Dificultad para tolerar la frustración
- Impulsividad
- Rasgos de personalidad obsesiva y perfeccionista
- Rasgos de personalidad ansiosa-depresiva

Desde un enfoque más psicodinámico se hace referencia a:

- Las dificultades en la aceptación de la necesidad del otro
- Dificultades en el manejo de la dependencia
- Aspectos en la organización del narcisismo no resueltos
- Dificultad para establecer vínculos íntimos y mantenerlos

Strober (1980, en Baile, 2014), encuentro en estudios clínicos, psicométricos y familiares realizados hasta el momento, que la personalidad premórbida de la AN es obsesiva, socialmente inhibida, rígida, meticulosa, perfeccionista y dependiente.

A nivel relacional suelen ser personas con escasas habilidades sociales, con poca empatía y escaso interés en las relaciones personales, como fuente de intercambio mutuo. Esto puede chocar con el interés por conseguir la aceptación de los demás. Sin embargo, este interés social está más vinculado a la necesidad de aprobación y admiración, que la búsqueda de una relación genuina interpersonal (Camarillo, 2015).

Desde una explicación psicodinámica, la Anorexia Nerviosa se asocia a personalidades narcisistas, donde parece que las relaciones de vínculo social están dañadas, con una dificultad a la hora de establecer un vínculo con el otro, además son perfeccionistas y controladores. Si bien parece que en la bulimia existe un modo

de búsqueda de relación desadaptado y alternante entre la cercanía y la ausencia, en el caso de la anorexia, la búsqueda no parece estar centrada en vincularse con el otro, sino en controlar su necesidad para no tener que vincularse ni necesitar ni depender del otro.

Entendiendo que desde cualquier orientación con la que se intente trabajar en trastornos de alimentación, hay consenso en la necesidad de un abordaje multidisciplinar, y que en la base de la etiología de estos trastornos hay una claro componente de personalidad, de dificultad con el narcisismo y el vínculo, parece que estos son aspectos a trabajar. Y para ello es preciso poder conocer en cada paciente con un trastorno de alimentación cuáles son los rasgos de personalidad que más van a agravar su estado y más van a impedir su recuperación, para poder adaptar las intervenciones a dichas características (Echeburúa, 2001).

Los trastornos de la alimentación tienen una dificultad añadida desde el punto de vista psicológico frente a otras patologías, ya que hay un claro componente de oposición al cambio. Esa oposición al cambio tiene que ver con la identidad que las pacientes construyen entorno a un narcisismo primario omnipotente de control de la situación, y de negación de la necesidad del otro. Esto es lo que hace especialmente difícil el trabajo con estos pacientes, ya que entre otras cosas, el profesional es un “otro” (Echeburúa, 2001).

2.13 La anorexia nerviosa y las características clínicas en la adolescencia

Los adolescentes con anorexia tienen una inteligencia normal o superior al término medio, poseen una baja autoestima, depresión, ansiedad, pensamientos obsesivos, actitudes perfeccionistas, ansiedad social, abandono social y sobreprotección. Como factores perceptuales, poseen disturbios de su imagen corporal, sobreestimulación de ciertas partes de su cuerpo (principalmente de la

cara y torso), y error en las sensaciones físicas. También se observan fallas en el ámbito de percepción interna, actuando de manera inadecuada frente a los estímulos internos relacionados con el hambre y la saciedad.

El individuo experimenta una gran preocupación por la comida, hiperactividad, rigidez, bajo peso, abuso de vomitivos y laxantes, decreciente interés sexual con tendencias a negar las transformaciones corporales de la pubertad (Casado, 2008).

Según González (2001), existen tres elementos fundamentales que caracterizan la organización psíquica de los adolescentes anoréxicos: 1) Control de sí y del otro, que puede llegar incluso a intentos de suicidio o suicidio, cuya intención es culpar al otro sin tomar en cuenta las consecuencias irreversibles de su conducta. 2) Fantasía de omnipotencia megalomaniaca. 3) Predominio de placer en el dominio y control de los demás, así como el propio cuerpo con conductas perversas en torno a la nutrición. Se observa una notable erotización del funcionamiento motor y de la imagen del cuerpo, así como una erotización del hambre, que es fuente de placer y conflicto y se acompaña de una negación del cuerpo (Casado, 2008).

El papel de la familia en el desarrollo del adolescente, es de importancia tal, que los síntomas previamente mencionados, están relacionados íntimamente con la aparición de la anorexia nerviosa. Por lo tanto, ahondaremos en la influencia que ejerce la Familia, de manera directa o indirecta, en el desarrollo de la Anorexia Nerviosa, así como los factores de riesgo y protección de la familia asociados.

CAPÍTULO III LA FAMILIA Y LA ANOREXIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA

3.1 La Familia

Según Minuchin (1994), La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, y de este contexto depende el terapeuta familiar, en la obtención de las metas terapéuticas. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Éstas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, tales como, apoyar la individuación; al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Los miembros de cada familia conocen, con diferentes niveles de conciencia y detalle, la geografía de su territorio. Cada uno tiene noticia de lo que está permitido, de las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas, así como de la índole y eficacia del sistema de control.

Hilda Bruch repitió hasta la saciedad la importancia de la relación patológica madre-hija en pacientes anoréxicas. La relación, el vínculo nutricional que se establece en la infancia, es un buen antecedente de protección para la pubertad y, en su defecto, cuando no se alcanza, un factor de riesgo. Quince años después, son las mismas madres las que se enfrentan a actualizar un vínculo nutricional con una hija que se lo exige e impone (Bruch, 1980 en Morandé, 2014). La corporalidad se hace especialmente presente en la pubertad y se erige en el centro de la construcción de la identidad, junto a la calidad del vínculo que se estableció en edades tempranas y que se renueva en este momento (Morandé, 2014).

Según Minuchin (1994) la Familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia. Toda la familia debe elaborar nuevas pautas: como ayudar en diversas tareas, determinar quién debe hacerlo, las reglas que se establecerán sobre la hora de acostarse, el tiempo para el estudio y el esparcimiento, y las actitudes frente a las calificaciones del escolar, entre otras.

El crecimiento del niño va introduciendo elementos nuevos en el sistema familiar. El niño se entera de que la familia de sus amigos obedece a reglas diferentes, que juzga más equitativas. La familia deberá negociar ciertos ajustes, modificar ciertas reglas. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que permitir el contacto, al tiempo que dejen en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias.

Con la adolescencia, el grupo de los pares cobra mucho poder. Es una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas de futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor. Por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más, para demandar reacomodamientos de sus padres. Los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles. Un desequilibrio leve que requiere adaptación es característico de las familias (Minuchin, 1994).

Por último, comienza el proceso de separación, y este cambio resuena por toda la familia. Es fuerte la tendencia a recrear estructuras habituales, introduciendo un nuevo miembro en la pauta ya establecida. Cuando esto sucede, puede representar el fracaso en adaptarse a los requerimientos del cambio familiar (Minuchin, 1994).

3.2 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la familia

Como se ha demostrado en diversos estudios, la influencia familiar dentro del campo de la psicopatología reviste singular importancia, dado el papel que juega tanto en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales. Desde la perspectiva multifactorial, se reconoce la contribución familiar en cualquier psicopatología y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), no son la excepción (Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrich & Halley, 2013).

Las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, en particular de las madres, son variables que influyen en la conducta de dieta y preocupación de la figura corporal. Otros factores familiares son la obesidad de los progenitores, el estilo de alimentación (por ejemplo, usar la alimentación para calmar sus emociones o como un premio) o un vínculo inseguro. No está claro si el funcionamiento familiar, (familias rígidas y sobreprotectoras, descritas a continuación), ejerce una influencia directa. Al igual que el rechazo por parte de los compañeros de colegio, quienes ejercen cierto efecto sobre la preocupación por peso y la figura corporal (Rausch & Bay, 1997). Otros antecedentes familiares reportados son: la presencia de alcoholismo, drogadicción, obesidad y/o presencia de abuso sexual, en algún integrante de la familia.

Ante la inquietud de ofrecer un marco de referencia amplio, que permita comprender de mejor manera, la compleja relación entre la psicopatología alimentaria y la familia, abordaremos los factores familiares asociados a los TCA, retomando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en la literatura, ofreciendo así, una aproximación que va desde el funcionamiento familiar hasta las actitudes y conductas asociadas a la alimentación.

3.2.1 El enfoque estructural en las familias

Minuchin, estudió modelos transaccionales de familias con diversas perturbaciones psicosomáticas, entre ellas nueve familias de pacientes anoréxicas. Este estudio permitió documentar, que el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características son cuatro y se describen a continuación (Onnis, 1990):

1. Aglutinamiento: ocurre cuando cada uno de los integrantes de la familia, están súper involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, por consiguiente, es probable la existencia de confusión de roles y funciones.

2. Sobreprotección: todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Frecuentemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. Sobre todo, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo. Por ello, circularmente la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

3. Rigidez: es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa, en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente. En consecuencia, se presenta una negación de la necesidad de un cambio en el interior del sistema. Al mismo tiempo, las relaciones con el exterior son escasas y, la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

4. Evitación del conflicto: las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar, y no agravar el desacuerdo, y que quede oculto y no estalle

abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, la paciente anoréxica juega un rol central y vital.

Por su parte Selvini-Palazzoli (1995), llega a conclusiones semejantes, a través del estudio de doce familias con pacientes anoréxicas, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos, en el cual agrupa las siguientes “reglas” fundamentales:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido o nivel de relación) con elevada frecuencia.
- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder.
- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.
- Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

El funcionamiento familiar es el factor más estudiado en relación con los TCA. Los estudios muestran que las familias con TCA generalmente presentan mayor deterioro que las familias controles, caracterizado por menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasez de actividades que fomenten el desarrollo de sus integrantes, así como mayor conflicto (Ruiz, et al., 2013).

Selvini-Palazzoli (1995), afirma que el síntoma se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema, e inclusive de forma paralela con la relación familiar. Mientras que los padres definen la relación con la hija en términos de alimentadores y alimentada, la hija responde según las reglas, y define la relación de manera opuesta, es decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, el cual le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad, en la definición de la relación. Pero en realidad, de este modo ella no hace más que, perpetuar las reglas del juego relacional entre los miembros de la familia. Una vez

más, el síntoma coopera en el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema.

En estudios posteriores se describen los seis estadios sucesivos al juego parental, que desembocan en la conducta anoréxica, Selvini- Palazzoli (1995):

1. El primer estadio acontece con el juego antes descrito de la pareja parental. En la situación de impasse, están involucrados sin excepción los miembros de las familias extensas.

2. En el segundo estadio la hija que llegará a ser anoréxica, se implica precozmente en el juego de los padres. El modo en que lo hace, distingue dos grupos, durante la infancia y pre adolescencia. En el primero, Selvini explica que la hija que llegará está sometida a la madre, quien a menudo le revela sus sufrimientos, infringidos por su pareja. La hija siente compasión por la madre, aunque es raro que le tenga estima, y es la única de la familia que la ayuda en las tareas domésticas. De acuerdo a lo anterior, la hija tiene la convicción de superioridad moral y cierto privilegio en la relación con la madre. En el segundo, la hija es la preferida del padre y es considerada parecida a él. Al mismo tiempo ella admira al padre, lo cree superior a la madre. En esta fase, la futura paciente (de ambos grupos) no actúa contra uno y otro padre, sino que mantiene una posición equidistante.

3. Tercer estadio: con la llegada de la adolescencia, la futura paciente, se involucra en algunos hechos decisivos que cambian la percepción que tenía de su padre, o la empujan más hacia él. En el primer grupo, la adolescente comprende que la madre muestra mayor preferencia por algún otro hermano o hermana. Al sentirse abandonada, se inclina por el lado del padre. La hija percibe al padre como solo y abandonado igual que ella, advierte sus valores personales, acepta, y retribuye las promesas que insinúan una común afinidad de elección.

En conclusión, la adolescente comienza a tomar partido por el padre al que secretamente le gustaría ver reaccionar con firmeza y determinación, ante determinadas conductas de la madre. En otros casos, el vínculo seductivo entre

padre e hija, se incrementa a veces de un modo enojoso. En consecuencia se intensifica el proceso de instigación. Se observa que en ambos casos, la futura paciente, se siente unida al padre en su condición de padre, como el de una mujer hipócrita y mezquina.

4. Cuarto estadio: en este período de malestar relacional intenso tiene lugar el acontecimiento dieta, en el primer grupo de mujeres, la futura paciente se percibe abandonada por la madre, e instigada por el padre, a la vez que siente la necesidad de diferenciarse de su madre, y experimentar aversión inclusive ante la idea de parecersele. Por lo tanto, se adecua a las exigencias del modelo propuesto por la moda y de sus coetáneos, la cual todavía resulta confusa para independizarse y sentirse mejor socialmente.

En el segundo grupo de pacientes, la decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre. Esta decisión va precedida de conductas conflictivas entre la madre, el padre o la propia hija. Cualquiera que fuere el modo en que se haya iniciado la reducción alimentaria, ésta evoluciona hasta ser una protesta muda y una renegación contra la madre. En ambos grupos, las futuras pacientes consideran que su propia decisión, es el “detonante” de un cambio.

5. El quinto estadio está marcado por el viraje paterno. La hija se siente traicionada por el padre. Sus sentimientos por él se transforman en rencor, a veces en desesperación y desprecio. La muchacha disminuye su alimentación llevándola a niveles absurdos. Sólo así, podría humillar a su madre y mostrarle a su padre (que lo percibe como cobarde) de lo que es capaz de hacer.

6. En el sexto estadio, el juego familiar continúa mediante aquello que se llama: estrategias basadas en el síntoma. La paciente anoréxica, ha descubierto el increíble poder que le confiere el síntoma, permitiéndole reconquistar una posición de privilegio de la cual gozaba en la infancia y preadolescencia. Con frecuencia establece un vínculo pseudo-simbiótico con su madre, el cual está caracterizado por hostilidad y control.

Por su parte Rausch & Bay (1997), aseveran que, aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación

temprana entre el niño y sus padres, a pesar de que parece haber muchos cuidados y atención, en realidad esto se llevaría a cabo al tener en cuenta las necesidades de los padres y, no los deseos del niño. Así, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro de los hijos, incapaces de enfrentar el mundo, sino propio. Dentro de esta perspectiva se debe cuestionar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular del otro

En un estudio de Trojovsky, Scheer, Dunitz, Kaschnitz, Sommer y Kranz (1995, en López, Nuño & Arias, 2006), consideran al medio familiar, como el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nervosa, pero también como el responsable de la génesis de dichos trastornos. Los estudios de los aspectos familiares se centran en una primera etapa, en el análisis del vínculo y el rol materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio. Por un lado, aparecen como un personaje fuerte, rígido, dominante, pero al mismo tiempo poco cálido. Más adelante se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas, donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen con frecuencia, en más de un 60% de las pacientes. Asimismo, notaron que en los primeros años de su desarrollo evolutivo, en específico en el periodo de lactancia, un estado depresivo materno impide la empatía necesaria entre la niña y su madre.

Por otra parte, al cuestionar sobre qué hizo que estas pacientes, que provienen de familias que aparentan funcionar bien, se sienten tan incapaces de enfrentar el mundo. Bruch (1973), asevera que aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. El defecto central radica en que a pesar de que parece haber hipercuidado y atención, en realidad esto se llevaría a cabo al tener en cuenta las necesidades de los padres y, no los deseos del niño. Así, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio.

Dentro de esta perspectiva se debe cuestionar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular con el otro. En una segunda etapa, Trojovsky, et al., (1995,

en López, Nuño & Arias, 2006), se enfocan en el rol paterno, el cual subraya su carácter borrado, sumiso, con una incapacidad para ejercer autoridad y de mantener una posición de exclusión en la vida familiar. Es particularmente significativo ver que, en los meses anteriores al desencadenamiento de la sintomatología anoréxica o bulímica, el padre presenta indicios de un estado depresivo, por una modificación en su rol dentro de la dinámica familiar, que lo ubica en un punto de mayor invalidez, de desvalorización, o de incapacidad para sustentar las necesidades básicas familiares; pareciera ser que todo esto es un modelo constante.

A manera de conclusión, se describen familias convencionales en su intento de mantener las apariencias, sin importar las consecuencias, siendo familias herméticas, encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior, unidas por un funcionamiento patológico, que centran toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos, mostrándose como familias modelo.

3.3 Factores de riesgo y protección en la Familia

Desde la perspectiva de Fernández y Reyes (1997), la integración de los niños al sistema social depende de tres grandes dimensiones: la individual, la familiar y la comunitaria. Es en la dimensión familiar donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles. Además de preparar a la persona para el papel que desempeñará en el futuro. La familia se presenta como apoyo incondicional, promueve la unidad y busca significados en situaciones difíciles. (Leñero, 1992, en Gómez, 2008).

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados factores protectores. Estos pueden provenir de la familia, y/o del grupo o comunidad al que pertenecen. Por

otro lado, factores de riesgo son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rojas, 2001).

Los Factores de Riesgo incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura, influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta (Silva y Pillón, 2004, en Gómez, 2008).

Los factores protectores, aluden a los recursos ambientales que están disponibles para las personas, así como las fuerzas que éstas tienen para adaptarse a un determinado contexto (Raffo y Ramsey, 1997).

La calidad de las relaciones del niño en la familia configuran sus modelos cognitivos internos y sus relaciones con los demás. Estos modelos influyen en la percepción acerca de la disponibilidad de los otros y en su capacidad posterior para percibir apoyo, tanto de los padres como de otras personas significativas. Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas (Jiménez, Musitu y Murgui, 2005).

Silva y Pillón, (2004, en Gómez, 2008) ubican a la familia como núcleo desencadenante de conductas de riesgo; si el adolescente la percibe como un ambiente hostil busca un grupo que le brinde seguridad, pero al carecer de una referencia fiable de sus propios atributos, presenta un proceso de desadaptación, provocándole el rechazo de otros. Esto deriva en la exposición a factores de riesgo como el consumo de drogas, la promiscuidad y conductas violentas como recursos de afrontamiento.

De forma paralela, varios estudios han encontrado que la dificultad de comunicación con los padres se encuentra asociada a la dificultad de comunicación con los amigos, a tener malestar físico y psicológico, y a un mayor consumo de tabaco y alcohol, desde edades tempranas. Por ello resulta que determinados ambientes familiares como la falta de comunicación, o relaciones distantes, pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes (Rodrigo et al., 2004).

En cuanto a las relaciones con cada figura paterna, la presencia del padre como figura de apoyo, actúa como un factor de protección proximal, es decir que influye en el adolescente mientras esté presente, mientras que los problemas de comunicación con la madre constituyen un factor de riesgo distal, lo cual significa que no se requiere de la presencia inmediata para surtir efecto, ya que ejerce una influencia indirecta en la conducta riesgosa, minimizando los recursos de apoyo percibidos del padre. Así, la calidad de las relaciones del adolescente con su madre pueden estar influyendo en sus modelos internos, en las relaciones con su padre y en su capacidad para percibir apoyo paterno (Jiménez, Musitu y Murgui, 2005). Esto muestra que el vínculo con ambos padres es importante, pero el modo en que se maneje la relación con la madre tendrá un impacto mayor y subordinará las relaciones con los demás.

Vivimos en una época en la que no hay modelos estables, en la que los adolescentes están percibiendo por medio de vínculos violentos, y carentes de afecto, hemos de entender que las respuestas peligrosas de los adolescentes y su vulnerabilidad es consecuencia de lo que cree y transmite la sociedad (Juárez, 2002).

Desde otra perspectiva Gómez (2008), en un estudio realizado por Juárez en el 2002, indica que los factores ambientales como la pobreza, el racismo, la ausencia de padres, relaciones carentes de afectividad y esquemas morales desestructurados, constituyen aspectos que día a día hacen que la humanidad se enfrente a diferentes factores de riesgo (Banda y Frías, 2006). Si vivimos en una

época en la que no hay modelos estables, en la que los adolescentes están percibiendo vínculos violentos y carentes de afecto, hemos de entender que las respuestas peligrosas de los adolescentes y su vulnerabilidad es consecuencia de lo que cree y transmite la sociedad.

3.4 Adolescencia y Anorexia Nerviosa en la Familia

La familia de los adolescentes anoréxicos, por lo general disfruta de triunfos académicos, sociales y económicos, relacionados con la apariencia exterior, pero pierde interés por los problemas obvios, que son realmente importantes. Existe un notable estrés por el deseo de rendir bien intelectualmente y en la apariencia física, más que por desarrollar conciencia hacia los conflictos emocionales. Frecuentemente hay pérdida de la comunicación entre los miembros de la familia; aunque existen contactos interpersonales superficiales entre ellos, también se presentan actitudes familiares de rigidez, sobreprotección, pérdida de privacidad y una completa falta de interés familiar por la situación emocional del paciente adolescente (Silva, 2007).

En algunos casos existen antecedentes de obesidad infantil y, durante la adolescencia, un deseo de bajar de peso aceptado por la familia, que puede ir precedido por una pérdida afectiva, enfermedad de un familiar, etc. Se instala así el periodo caracterizado por anorexia, adelgazamiento y amenorrea (González, 2001).

Los adolescentes anoréxicos no logran desprenderse de la simbiosis materna, y a su vez la madre no permite la separación del hijo, de este modo el adolescente utiliza su anorexia para fantasear que es independiente y posee el control de esa área de su vida (Strada, 2003).

Muestran una incapacidad para expresar los afectos, con una fragilidad yoica y falta de aceptación de su feminidad. En el adelgazamiento lo que buscan es bloquear su desarrollo femenino y negar sus deseos orales; nace un sentimiento de impotencia del Yo ante las exigencias de la realidad, esto como forma de defensa contra un estado depresivo. Es así como la joven anoréxica siente que posee el control sobre sí misma, limitando sus relaciones ansiógenas con la familia, manipula su entorno y neutraliza la ansiedad (Strada, 2003).

El sentimiento de baja autoestima tiene su base en el problema para resolver la separación- individuación, ya que por una parte desean ser individuos independientes y separados y por la otra no logran esa individuación deseada.

3.5 Anorexia Nerviosa como una Enfermedad Psicósomática

Desde el punto de vista de González (2001), se ve a la Anorexia Nerviosa como parte de un sistema que él mismo denomina como enfermedades psicósomáticas, para explicarlo desde un punto de vista más clínico y psicológico. Para él, la enfermedad psicósomática es la manifestación orgánica de un conflicto psicológico. En ésta, un conflicto psicológico se expresa fisiológicamente y altera de manera significativa la función somática del individuo.

El término psicósomático proviene de las palabras "psique" y "soma", que significan "mente" y "cuerpo", respectivamente. En este padecimiento existe un bloqueo en la capacidad de expresión de las emociones y afectos, lo que provoca que la energía quede encerrada en el cuerpo de manera crónica, y altere el funcionamiento de uno o más órganos, destinados a expresar el conflicto. (González, 1992). Así mismo, Maudsley (1876, en Haynal y Pasini, 1984) postuló que la emoción no liberada se fija en los órganos y dificulta su funcionamiento.

Para Breuer y Freud (1895/1981), la importancia radicaba en las experiencias emocionales traumáticas y los procesos afectivos relacionados con la producción de síntomas, atribuyendo una expresión dinámica específica para cada complejo sintomático del paciente. El psicoanálisis además ha otorgado importancia a los impulsos sexuales como reguladores de la vida afectiva del individuo, considerando que existen conflictos mentales que pueden expresarse simbólicamente a través de un órgano, lo que implica que la energía psíquica es desviada de su curso original, y puede alterar el funcionamiento de algún órgano del cuerpo.

En el manuscrito G sobre la melancolía (1895), Freud apuntala:

La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido porque no tenía apetito y, nada más. Pérdida de apetito equivale en términos sexuales a pérdida de líbido (Freud, 1895 en Caparrós, 1997).

Para McDougal (1989) los elementos existentes en la génesis de los trastornos psicósomáticos, aplicados en el diagnóstico del adolescente, son:

1. Madre desamparadora. Que manifiesta incapacidad para interpretar tanto las comunicaciones preverbales de su hijo (sonrisas y gestos) como los significantes verbales de las funciones corporales (respirar, orinar, defecar, etc.), aspectos en los que las zonas erógenas tienen una función fundamental. La madre del adolescente psicósomático no pudo salvar al niño de la implosión de potentes estímulos del exterior por lo que resultó incapaz de codificar las comunicaciones de su hijo.

2. Es la madre quien frecuentemente entorpece la capacidad de diferenciación e individuación en el niño y origina un bloqueo en su capacidad

de pensar, sentir y poder relacionar pensamientos o sentimientos, con lo que también obstaculiza el funcionamiento de algún órgano.

3. El padre desempeña un rol sin importancia dentro del mundo interno del individuo

4. En el enfermo psicossomático se instalan dos características esenciales que son 1) alexitimia, es decir, que no existen palabras para distinguir los afectos y 2) pensamiento operatorio, que las palabras no están ligadas a los sentimientos, el pensamiento se encuentra desagresivado o deslibidinizado.

5. Las defensas que el niño utiliza no alcanzan a resistir el embate de la angustia ante el desamparo materno

6. El afecto no tiene representación o símbolo, la madre, en su incapacidad de transmitir a su hijo el afecto de manera amortiguada, lo hace de una manera congelada, de tal manera que el individuo eyecta el contenido afectivo, mientras que la huella mnémica permanece en el cuerpo

Desde el punto de vista psicodinámico se entienden los trastornos de la alimentación como un trastorno del comportamiento, lo cual se traduce en un cierto fracaso del aparato psíquico de los adolescentes para hacer frente a los conflictos de su edad. Hay un desbordamiento de estos conflictos hacia el mundo exterior que implica necesariamente el entorno (Caparrós, 1997).

Hacer hincapié en el entorno del adolescente, en específico de su medio Familiar, es de gran importancia para conocer los aspectos nosológicos que les caracteriza, y poder generar estrategias o pautas de actuación, ante la aparición de anorexia nerviosa. En el siguiente capítulo, se abordarán los temas de: Prevención, Educación para la Salud, así como Programas de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, entre otros, con la finalidad de conocer los distintos tipos de intervención para la prevención de los TAC.

CAPÍTULO IV PREVENCIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA

4.1 Prevención

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998). Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

- **Primaria:** Pretende evitar la aparición de cualquier enfermedad
- **Secundaria:** El objetivo principal en este tipo de prevención es detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos, a través de la detección temprana y tratamiento adecuados.
- **Terciaria:** Su tarea consiste en reducir las posibilidades de reincidencia (posibilidad de recaer) y el establecimiento de la cronicidad, mediante rehabilitación o cirugía reparadora.

Estos tres tipos de prevención son necesarios en cualquier sociedad, pero debido a la alta incidencia de los casos de anorexia y bulimia, y los altos costos: físicos, psicológicos y económicos, lo ideal es que ambas enfermedades sean detectadas a un nivel primario.

Por otro lado Ruiz (2005) describe los niveles de prevención de la siguiente manera:

- **Prevención Primaria:** Reduce o elimina factores de riesgo claves, incrementa o potencia factores de protección, previene la aparición de problemas y disminuye la incidencia. Es aquella política de salud que establece programas que pretendan reducir la incidencia (aparición de casos

nuevos) de una enfermedad concreta. La prevención primaria de los TCA se centra en la reducción o eliminación de aquellos factores que causan o contribuyen al desarrollo del trastorno, y en la aparición o incremento de factores protectores o de resiliencia.

- **Prevención Secundaria:** Detecta tempranamente problemas emergentes o identifica signos y síntomas de riesgo, e interviene y disminuye la prevalencia. La prevención secundaria iría dirigida a disminuir la prevalencia (casos de TCA existentes), con un diagnóstico lo más temprano posible y un tratamiento eficaz.
- **Prevención Terciaria:** Reduce el impacto de los trastornos en pacientes identificados y previene la aparición de dificultades más graves, con un tratamiento efectivo; previene la cronicidad y complicaciones secundarias.

En México, el área de estudios sobre la prevención de enfermedades es muy escasa, ya que parece que no es funcional; sumado a lo anterior, los pocos recursos económicos que destina el gobierno para este tipo de estudios, y los pocos estudios sobre prevención, provienen de instituciones que promueven el desarrollo científico, por lo tanto la problemática a la que se enfrenta México es mayor, pues no se cuenta con los recursos como en otros países desarrollados (Pineda, 2003).

La prevención de los Trastornos de la Alimentación es un tema de interés prioritario; si tenemos en cuenta la gravedad que estos pueden adquirir, y el gasto público que la sociedad tiene que invertir en mejorar la eficacia de los tratamientos, y en la disminución de los diversos riesgos asociados a la Anorexia o Bulimia.

Hasta un 10% de los casos con Trastornos de la Alimentación pueden morir en el hospital o por conductas suicidas, sucesos de un gran impacto social, en particular, si se trata fundamentalmente de una población de adolescentes. De ahí que la prevención de estos trastornos surja como una actividad social de carácter prioritario y con importantes perspectivas a futuro. (Verania et al., 2002)

Sabemos que estos trastornos son de difícil detección y que por su naturaleza conllevan ocultamiento y rechazo de la ayuda, por lo que resulta mucho más eficaz la prevención, que se desarrolla a partir del trabajo con los factores de riesgo asociados a los mismos (Casado & Helguera, 2008).

En lo que se refiere a la prevención primaria, Casado & Helgura (2008), subrayaron que en el conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad, se actúa sobre los factores de riesgo; las principales estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos:

- a) Información a la población general y en particular a la población de riesgo
- b) Identificación de grupos de riesgo
- c) Actividades dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta
- d) Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.

Una parte muy importante en la prevención primaria es la elaboración o diseño de programas para prevenir, en este caso el surgimiento de los TCA. Sin embargo, debe hacerse con especial cuidado, ya que en algunas ocasiones no es conveniente proveer de información a la población objetivo, sin antes saber cuál es la manera indicada para hacerlo.

4.2 Educación para la Salud

El individuo sano muestra armonía física, mental y social con el ambiente; pero la salud es variable, por eso requiere ser protegida y fomentada. En esto desempeña un valioso papel la educación para mantenerse sanos. Algunos jóvenes cometen el error de creer que, como hoy gozan de salud, siempre la conservarán, en apariencia sin hacer nada por cuidarla; aunque en realidad su salud actual es

por la buena atención proporcionada por sus progenitores, las vacunas, la alimentación, aspectos ambientales y más. Las personas, en especial las jóvenes, deben tener presente que si no se cuida y fomenta la salud, entonces se pierde.

En el concepto integral de Educación para la Salud (EpS), el individuo juega un papel activo, participa y se responsabiliza de su autocuidado, pero el comportamiento del individuo está influenciado por factores medioambientales por lo que la comunidad entera debe participar en la EpS (OMS, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (1998), define la educación para la salud como: no solo en la diseminación de los conocimientos elementales relativos a salubridad, sino sobre todo, la formación en el conjunto de la población, de hábitos capaces de obtener en lo concerniente a las enfermedades originadas por las condiciones del medio, la eliminación total o parcial de las posibilidades de transmisión, que dependen en forma directa del comportamiento de los individuos.

La educación para la salud es por tanto, la transmisión de información con visión crítica, holística y socio constructivista, que pretende generar transformación colectiva, empoderamiento, participación, estimular en el individuo nuevas formas de pensar y de actuar para que modifique los factores que influyen en su bienestar y en su calidad de vida. Lo que se procura es conducir al individuo a un proceso de cambio de actitud para que en medio de su colectividad aplique las medidas preventivas o correctivas, que le permitan mejorar las condiciones de salud y su calidad de vida (Frías, 2002).

La educación para la salud es una práctica antigua, actualmente modernizada que consta de dos aspectos: preventivo y de promoción de la salud.

El aspecto preventivo, es enseñado a la gente para evitar problemas de salud, mediante el control de situaciones de riesgo o sus consecuencias. Por ejemplo, en la prevención de accidentes en casa; uno de los lugares donde hay más

víctimas es el baño, pueden evitarse, sacando el calentador porque emite gases tóxicos, quitando los medicamentos del tocador, o colocando tapetes antiderrapantes para evitar resbalar.

Mientras que el aspecto de promoción de la salud consiste en capacitar a las personas para adoptar formas de vida saludable. Por ejemplo, hacer ejercicio cotidiano y alimentación balanceada. La promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos, no solo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales. La promoción de la salud es una tarea social que requiere de esfuerzos coordinados de grandes grupos tales como; médicos, industriales, gubernamentales y educacionales. Que como expertos en materia de salud definan normas y determinen medidas. (OMS, 1969, en Alvaro, Garrido & Torregrosa, 1997).

La educación para la salud, tiene que dotarle al hombre, de los conocimientos y herramientas suficientes para que la persona sepa y pueda cuidar de sí misma, y de los que le rodean, teniendo conciencia de saber pedir ayuda cuando sea necesario. Y es necesario actuar en 3 niveles (Frías, 2002):

- Nivel Institucional; Sensibilizando a las instancias gubernamentales y administrativas para que adopten políticas saludables en las distintas esferas de la actividad pública: escuela, trabajo, economía, industria, comunicación social, urbanismo, medio ambiente, cultura, etc.
- Nivel Ambiental; La intervención debe ir dirigida a crear entornos favorables a la salud, para ello es indispensable la acción comunitaria, en la construcción y defensa que la población hace de su medio.
- Nivel Personal; Se trata de ir logrando que cada persona individualmente, sea capaz de ir adoptando un estilo de vida cada vez más saludable, y desarrollar la capacidad de auto cuidarse.

En la elaboración de un programa de educación para la salud es importante incluir la participación de la comunidad en el desarrollo del proceso educativo, que no sea la mera enseñanza de contenidos desligados de la verdadera necesidad, y partiendo de que el individuo es un ser vacío para llenarlo de información. Tampoco se debe desconocer la peculiaridad, las costumbres y esquemas culturales de la gente, pues estos patrones identifican a una comunidad determinada. (Orjuela, Almonacid & Chalá, 2009).

Por otro lado, la comunicación debe ser bidireccional, el educador facilita el ambiente propicio para el proceso educativo generando actitud de confianza hacia la comunidad, de tal manera que se produzca el diálogo e intercambio de saberes, y logre los objetivos que se han propuesto. Se debe trabajar a nivel individual y colectivo, dándoles herramientas que les permitan analizar sus comportamientos y desarrollar los potenciales para controlar su vida, y no imponiendo el cambio de conducta mediante la imposición de contenidos, o el manejo de la culpa para que se tomen decisiones que lleven al cuidado de la salud. (Orjuela et al., 2009)

4.3 Programas preventivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Según Piran (2005), en investigaciones más recientes, se calcula que el 51%, más de la mitad de las intervenciones para la prevención de los TCA, reducen los factores de riesgo asociados. En lo referente a la prevalencia e incidencia de dicha patología, se calcula una disminución correspondiente al 29%, es decir una cuarta parte de los programas.

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), nos ofrece varios tipos de intervenciones en prevención primaria más frecuentes en TCA:

- Psicoeducacionales
- Educación en el criticismo hacia los medios de comunicación
- Técnicas de inducción y disonancia
- Intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo y en fortalecer al participante

Los escenarios en donde la prevención primaria juega un papel importante, es precisamente en aquellas instituciones de primer contacto, en este caso, con adolescentes, como los son la escuelas y los centros de salud.

La presencia entre estudiantes de educación primaria de trastornos de la conducta alimentaria y de otros comportamientos poco saludables relacionados con el control de peso, está generando un creciente interés y preocupación entre los profesionales socio-sanitarios, educadores y la comunidad científica. Suponen un importante reto tanto por su incidencia, como por el impacto que tienen a mediano y largo plazo sobre la salud de los adolescentes (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003). Para diseñar una intervención en el ámbito escolar es necesario identificar los factores potenciales de riesgo y los factores protectores, en estas edades que pueden estar asociados al desarrollo de un cuadro clínico.

Es muy importante la participación de la familia en estos tipos de programas de prevención. Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), algunas recomendaciones a seguir dirigidas a las familias con hijos adolescentes son:

- Llevar a cabo una alimentación saludable
- Realizar al menos una comida en casa al día con toda la familia
- Desarrollar la comunicación y mejorar la autoestima
- No fomentar las conversaciones sobre alimentación e imagen
- Evitar bromas y críticas sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de sus hijos/as.

Según Verana et al., (2002), los programas preventivos que informan sobre los comportamientos negativos de la enfermedad, en muchas ocasiones y aún más cuando son dirigidos a personas preocupadas por su peso, pueden producir efectos desfavorables, y aumentan el número de personas que al conocerlos realizan las conductas mostradas. Por ello resulta esencial cuidar la información a exponer, dependiendo de las características de la población, ya que al hablar por ejemplo, de nutrición, pérdida de peso, etc., los resultados finales pueden ser negativos.

Después de décadas de investigación, en una revisión de Becker, Plasencia, Kilpela, Briggs y Stewart (2014), se muestra que, se pueden citar tres programas que han producido efectos verdaderamente preventivos, respecto a los TCA, y se mencionan a continuación:

- Student bodies: consiste en aportar información basándose en intervenciones cognitivo-conductuales, sobre insatisfacción corporal. Aporta información sobre los TCA, conductas de control de peso y nutrición. Se desarrolla en 8 sesiones (Winzelberg et al., 2000).

- The Body Project: basado en la discusión o disonancia cognitiva. Es una técnica que procede de la psicología social, heredada de la clásica discusión socrática, y la terapia racional-emotiva de Kelly. Se trata de activar recursos y una postura crítica frente al culto a la delgadez, que hoy en día se extiende en nuestra sociedad. Es aplicado en 3 o 4 sesiones, y ha sido replicado por diversos grupos, mostrando una reducción del riesgo frente a estos trastornos (Green, Scott, Diyankova y Gasser, 2005).

- Healthy Weight Intervention: consiste en una intervención de 3 horas de duración, que promueve mejoras saludables y duraderas en la ingesta, el ejercicio y la dieta, como una forma de lograr la satisfacción corporal y mantener un peso saludable, entre las mujeres jóvenes con problemas de imagen corporal. Lo que supuestamente disminuye el riesgo de comportamientos poco saludables del control de peso, que tipifican los trastornos de la conducta alimentaria. En este programa, los participantes aprenden sobre los determinantes del peso, e implementan un plan de cambio hacia un estilo de vida, que implica mejoras graduales y saludables en su dieta y nivel de actividad (Stice, Marti, Spoor, Presnell, & Shaw, 2008).

Por su parte Fernández (2018), menciona que algunos de los principales programas de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se describen a continuación:

- Sorority body image program: es una derivación del programa The Body Project, aplicado a grupos de pares, seleccionados con lazos estrechos. Se aplica en 2 sesiones y es fácil de implementar (Becker, Smith y Ciao, 2005).

- Peso saludable: se aplica en 4 sesiones realizando cambios lentos y graduales en la dieta y el ejercicio físico. Está dirigido a enseñar a los participantes a alcanzar y mantener un peso saludable, mediante cambios pequeños y graduales en su dieta, y la práctica de ejercicio. Además incorpora la entrevista motivacional y el compromiso público de cambio (Stice, Shaw & Marti, 2007).

- Girl talk: es una intervención interactiva de 6 sesiones que promueve la crítica de los mensajes publicitarios, aceptación corporal, conductas de control del peso y herramientas para manejar el estrés (McVey et al., 2003).

- Weight to eat: está centrado en la escuela intentando cambiar las ideas, actitudes y conductas hacia la nutrición, mejorar la autoimagen y la eficacia, para hacer frente a presiones sociales sobre alimentación. Se lleva a cabo en 10 sesiones (Neumark-Sztainer, Butler y Palti, 1995).

También se mencionan otros tres programas de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que ya fueron llevados a cabo en preadolescentes y adolescentes. Revisados para propósito de este trabajo, que incluyen pláticas de prevención de los TCA, dirigidos a padres (en Ruiz, Velilla & González, 2017):

- Una propuesta de programa de prevención de alteraciones del comportamiento alimentario y obesidad para preadolescentes (¡Tú sí que molas!): llevado a cabo como un estudio piloto, dirigido y adaptado específicamente para niños preadolescentes en educación primaria, diseñado desde un enfoque psicológico, que promueva la satisfacción y estima corporales, la autoestima corporal, las habilidades de resolución de problemas, la actitud crítica, hábitos saludables, y el

reconocimiento y la expresión de emociones, (Izquierdo & Sepúlveda, 2013).

- Programa preventivo ZARIMA: comprendido por un equipo multidisciplinar de profesionales del campo clínico, con el objetivo de realizar prevención primaria y secundaria, de los trastornos alimentarios en adolescentes, con un programa manualizado, dirigido por investigadores estandarizados (Ruiz-Lázaro, 1999). Consiste en cinco sesiones semanales de 120 min de duración, integradas al horario escolar habitual. Con actividades psicoeducativas grupales, técnicas de implicación en alimentación, imagen corporal, habilidades para resistir la presión social y la influencia sociocultural. En donde se aplican diferentes enfoques técnicos y metodológicos, como role-playing, juegos, discusión en grupo, debates, vídeos, diapositivas, dibujo y representaciones. Lo anterior con el propósito de llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual.
- Un taller de prevención primaria de los trastornos de alimentación en la Comunidad Valenciana: programa que se llevó a cabo en dos fases, la primera, dirigido a chicas y chicos de un amplio rango de edad, 11-19 años , en colegios públicos y privados. Definido por la brevedad, puesto que solo consta de una sesión grupal de 60 minutos de duración, que se complementaba con una charla a padres y profesores, de 90 minutos de duración. Es un programa de bajo costo (Jorquera, 2008).

Investigaciones previas, se han enfocado en lo didáctico unidireccional olvidando lo experiencial y participativo, no han contado con los padres y no han diseñado ni evaluado de forma adecuada las intervenciones. Hasta la fecha, pocos programas de prevención de los TCA, centrados en actitudes y conductas

alimentarias, han incluido componentes informativos para los padres de los adolescentes (Graber, et al., 1999 en Ruíz, et al., 2017).

Todo programa dirigido a padres debería incluir los siguientes objetivos (Ruiz-Lázaro, 1999):

- 1. Aprender a aceptar los cambios biológicos, psicológicos y sociales de sus hijos.
- 2. Aceptar los cambios de relación familiar, las peticiones y los deseos de mayor independencia y resolver los conflictos.
- 3. Evitar los comentarios críticos sobre la forma, el peso y la figura del cuerpo. Habría que comentar de forma crítica las propuestas de los modelos socioculturales actuales, aprender a distanciarse de ellos y generar otros modelos que sean sanos, y desempeñar conductas de alimentación saludable,s y ejercicio o actividad deportiva conjunta (como andar en bicicleta, salir a caminar, etc.).
- 4. Proporcionar un conocimiento básico sobre los TCA, las posibles causas que los provocan y sus consecuencias físicas y psicológicas.
- 5. Aprender a reconocer los signos de un trastorno alimentario
- 6. Conocer las pautas de actuación en caso de sospechar la presencia de los TCA.
- 7. Pautas para prevenir su aparición.

Es importante considerar los puntos anteriores, para trabajar en los talleres de intervención con los padres. En el siguiente capítulo se abordarán los signos de alarma, para que los padres identifiquen o sospechen con mayor prontitud, el riesgo o la presencia de la anorexia nerviosa.

4.4 Detección precoz, signos de alarma

Los familiares son siempre los primeros en detectar señales de alarma de estos trastornos en sus hijos/as, por lo que es muy importante saber de este tipo de señales. Gómez, Pindado, Gómez, Carral, Herrero y Vázquez-Barquero (2008).

La detección precoz de los TCA influye de manera considerable en el pronóstico de la enfermedad. Consiste en detectar rápidamente posibles casos clínicos para realizar un diagnóstico precoz, y poder iniciar el tratamiento oportuno para la mejoría del paciente.

A continuación se describen algunos signos de alarma (Gómez, et al., 2008):

- Cambios en el interés y la atención que el niño o adolescente presta a la “comida sana”, y a los modelos de alimentación “saludables”. Comienzan a prestar más atención al valor nutricional de los alimentos, y a revisar a través de internet o redes sociales información, sobre suplementos o complementos nutricionales.
- Cambios en los gustos alimentarios. Se inician en el interés por la cocina y la realización de recetas. La búsqueda de recetas es un modo sutil de manipulación en el cual consiguen que la familia elaboren las recetas de manera más saludable. En el caso de la Anorexia Nerviosa, los pacientes elaboran las recetas sin probar ninguna de ellas
- Interés por la forma de comer de los demás.
- Rechazo de alimentos no dietéticos.
- Cambios en la velocidad de ingesta de los alimentos. Para la anorexia nerviosa la velocidad es excesivamente lenta y para la bulimia nerviosa excesivamente rápida.
- Evitación de las comidas sociales.
- Preocupación y molestias gastrointestinales, estreñimiento, control excesivo de las excreciones.

- Cambios en el estado de ánimo. Generalmente al inicio experimentan un estado de ánimo eufórico al conseguir los objetivos que pretenden alcanzar, seguido de sintomatología depresiva, irritable, ansiosa, etc.
- Dificultad en el reconocimiento de emociones.
- Enfado o irritabilidad ante comentarios sobre la forma de comer, peso corporal o imagen.
- Comprobaciones con otras personas de su imagen y aumento de los comentarios sobre su propio cuerpo.
- Dificultades en las relaciones familiares y con el grupo de iguales. El motivo es la irritabilidad emocional y los cambios.
- Aislamiento de la persona con respecto al grupo de iguales.
- Cambios repentinos en el nivel de actividad física .
- Pérdida de peso inexplicada.
- Ausencia o pérdida de menstruación en adolescentes (más de tres ciclos consecutivos).
- Pertenencia a grupos de riesgo (por ej: practicar ballet o gimnasia rítmica, tener antecedentes de obesidad, etc.).
- Preocupación excesiva por perder peso en personas delgadas
- Mayor frecuencia de sensación de frío en comparación con otros compañeros.
- Cambio en hábitos de vestido así como de horarios.
- Ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Horario de comidas anormal.
- Dificultad para calcular las raciones.
- Empleo de mucho tiempo en pensar acerca de la comida.
- Incapacidad para identificar hambre o saciedad.
- Consumo excesivo o muy limitado de líquidos.
- Combinaciones de alimentos inapropiadas.
- Poca variedad de comidas.
- Conductas rígidas y poco espontáneas durante la comida.
- Lentitud a la hora de comer.

- Rituales y conductas poco adecuadas en las formas de comer o partir los alimentos.
- Frecuentes cambios de peso.
- Aparición de caries en mayor medida de lo esperado.
- Sensación de plenitud o molestias digestivas sin hallazgos médicos.
- En la anorexia nerviosa existe una pérdida brusca de peso progresiva. Aparece el control excesivo del peso y rituales frente a la comida (trocear los alimentos en trozas muy pequeños, comer alimentos menos grasos, etc.).
- En el caso de la bulimia se observan rápidas fluctuaciones de peso corporal. Una señal muy característica de este trastorno es la desaparición de comida en casa y encontrar restos de comida o envoltorios en la habitación. También es característico el uso de laxantes, diuréticos o productos adelgazantes. Puede producirse problemas dentales y de garganta. En casos extremos, debido a la presencia de vómitos, los familiares detectan el signo de Russell o marca en la mano provocada por la erosión de los dientes y los ácidos gástricos al provocarse el vómito. (Jáuregui, Bolaños, Carbonero y Valero, 2010).

4.5 Inicio oportuno del tratamiento para Anorexia Nerviosa

En caso de sospecha de la presencia de los factores de riesgo asociados con Anorexia Nerviosa, se exhorta a los familiares y personas cercanas, a que se conduzca en tiempo pertinente a la persona en cuestión, a valoración médica y psicológica.

Se recomienda comenzar con el tratamiento, una vez que se tiene un diagnóstico de la conducta alimentaria, el tipo de tratamiento se escoge de acuerdo

con las características particulares de cada caso. En la práctica clínica se inicia el tratamiento de cualquier trastorno alimentario, una vez que se ha descartado la presencia de alguna causa no psiquiátrica, o que se ha resuelto alguna complicación médica, producto de estos trastornos. Más adelante se expone que, en el primer nivel de atención, se procede a realizar la evaluación ponderal mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) y las tablas percentilares de IMC/edad, indispensables para iniciar la rehabilitación nutricional. Por otro lado, está la evaluación del funcionamiento: cardíaco, hepático, renal, metabólico y tiroideo, que son fundamentales en todos los pacientes, sobre todo en los que se decide el uso de fármacos (Unikel & Caballero, 2010).

En el primer nivel de atención, es posible realizar la detección temprana y el manejo inicial de los trastornos alimentarios no especificados (TANES), los cuales casi siempre se caracterizan por tener un tiempo corto de evolución, y cuya sintomatología no es tan severa como la que se presenta en los trastornos específicos (anorexia y bulimia nervosas) (Unikel & Caballero, 2010).

Los TANES de tipo anoréxico, generalmente se distinguen por cursar con conductas de restricción calórica motivadas por un deseo intenso de adelgazar, pero que no han causado una disminución ponderal severa (IMC por arriba de 17.5 o percentil ponderal igual o por arriba del 5^o) o que no han causado la presencia de amenorrea por más de tres ciclos consecutivos (Unikel & Caballero, 2010).

No todos los trastornos alimentarios son susceptibles de ser tratados en el primer nivel de atención, ya que la complejidad sintomática y psicodinámica de los mismos requiere un manejo especializado. Sin embargo, la mayor parte de los casos recaen en los trastornos alimentarios no especificados, inclusive solamente de la presencia de algunas conductas de riesgo, por ello pueden detectarse y tratarse con estrategias relativamente sencillas en el primer nivel de atención. Si estas alteraciones son identificadas y tratadas lo más pronto posible, el pronóstico

mejora sobremanera y se evita la cronicidad de los mismos (Unikel & Caballero, 2010).

En el siguiente capítulo se abordarán los distintos tipos de tratamiento existentes para la atención de los trastornos alimentarios, específicamente Anorexia Nerviosa.

CAPÍTULO V MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ANOREXIA NERVIOSA

A partir de la década de los 70, ha habido un paulatino aumento de la incidencia de casos, relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), y por lo tanto también ha habido un aumento en el número de unidades y centros especializados en su tratamiento.

5.1 Tratamientos de los Trastornos de Conducta Alimentaria

El tratamiento en los TCA exige la colaboración profesional multidisciplinaria y puede realizarse en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales. Los objetivos de tratamiento en los TCA son los siguientes (Saldaña, 2010, en Pérez, Fernández, Fernández & Amigo, 2014):

- 1. Normalizar el peso y el estado nutricional.** A un nivel saludable en el caso del paciente con AN. El soporte nutricional podrá ir desde una dieta basal, si la persona afectada presenta desnutrición, o bien dieta oral si coexiste con alguna patología asociada, hasta la práctica de una nutrición artificial (enteral oral o parenteral intravenosa) si existe una malnutrición energético-proteica grave.
- 2. Tratar las complicaciones físicas.** Descritas en la siguiente tabla.

Tabla 2. *Complicaciones médicas de las conductas alimentarias anómalas presentes en la anorexia y bulimia nerviosa.*

Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso excesiva, por debajo de un índice de Masa Corporal (IMC) de 17.5. - Amenorrea primaria o secundaria - Osteopenia/Osteoporosis - Disminución del volumen cerebral - Intolerancia al frío - Piel escamosa y faneras quebradizas (uñas).
Mala nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits nutricionales específicos (ej. Anemia, pelagra; visible por manchas en la piel).
Vómitos auto inducido	<ul style="list-style-type: none"> - Reflujo gastroesofágico - Síndrome de Mallory- Weiss (laceraciones en la membrana mucosa del esófago) - Esófago de Barret (Lesión en la parte inferior del conducto que conecta la boca y el estómago (esófago)) - Deshidratación - Hipopotasemia (Nivel bajo de electrolitos de potasio en la sangre) - Alcalosis metabólica (incremento en la concentración plasmática de bicarbonato que por lo general resulta en un aumento del pH sanguíneo) - Desgaste del esmalte dental - Gingivitis (encías inflamadas.) - Hipertrofia parotídea - Xerostomía (Boca inusualmente seca, a menudo causada por la medicación.)
Abuso de laxantes	<ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación - Tolerancia al efecto laxante - Acidosis metabólica
Abuso de diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación - Hipopotasemia (Nivel bajo de electrolitos de potasio en la sangre.) - Hipotensión arterial (Presión arterial baja, que puede causar desmayos o mareos debido a que el cerebro no recibe suficiente sangre)
Abuso de enemas	<p>Deshidratación Acidosis metabólica</p>
Ingestión habitual de medicamentos con efectos anorexígenos o que contienen hormonas tiroideas	<ul style="list-style-type: none"> - Muchos de los medicamentos anorexígenos pueden ocasionar dependencia psicológica y/o física. - Irritabilidad - Insomnio - Cambios del estado de ánimo - Psicosis - Hipotiroidismo

Nota. Recuperado de “*Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*”, Unikel, C., & Caballero, A., 2010, México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos. Con la educación nutricional se pretende orientar a la persona afectada y a la familia, respecto de la conducta a seguir, e incrementar la motivación del paciente para que coopere y participe en el tratamiento. El tipo de educación nutricional varía según el tipo de TCA.

4. Modificar las disfunciones previas o adquiridas. Que son consecuencia de los TCA. (pensamientos, sentimientos, actitudes o conductas inadecuadas), así como incrementar el peso, reducir y eliminar los atracones y purgas, depresión, entre otras variables clínicas de interés.

Para ello se dispone de diferentes tratamientos:

- Terapias psicológicas
- Tratamientos farmacológicos
- Combinación de intervenciones

5. Tratar los trastornos asociados. (Comorbilidades), tanto psiquiátricos (incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, baja autoestima, etc.) como físicos (diabetes mellitus, etc.)

6. Conseguir el apoyo familiar de la persona afectada. De TCA, y proporcionarle asesoramiento y terapia cuando sea necesario.

7. Prevenir las recaídas. Incluye abordar y prevenir situaciones tales como: las variaciones del peso corporal, la solicitud de dietas y de fármacos por parte del paciente, el control de los hábitos alimentarios correctos, la práctica de ejercicio físico excesivo, la detección de cualquier desequilibrio emocional o presión ambiental y el control y atención a la familia.

Según el Ministerio de Salud y Consumo Español, en su Guía de Práctica Clínica de los Trastornos del Comportamiento Alimentario, recomienda los siguientes *Objetivos en el Tratamiento de los TCA* (MSC, 2009, en Baile, 2014):

1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable para la paciente con anorexia nerviosa.
2. Tratar complicaciones físicas
3. Proporcionar Información sobre patrones de alimentación y nutricionales sanos.
4. Modificar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA, como pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas, etc. Para alcanzar estos objetivos se disponen distintos tratamientos; terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos o la combinación de distintas intervenciones.
5. Tratar los trastornos asociados (comorbilidades) tanto psiquiátricos como físicos, incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima y la conducta.
6. Conseguir el apoyo familiar de la persona afectada, y proporcionarle un asesoramiento y ayuda terapéutica cuando sea necesario.
7. Prevenir recaídas. Es decir abordar y prevenir situaciones que puedan favorecerlas y planificar estrategias para enfrentarse a ellas.

Otro aspecto muy importante a tratar, es la terapia farmacológica, la cual se centra principalmente en el componente depresivo y/o ansioso de la anorexia. Es un tratamiento individualizado y constreñido a los requerimientos y la situación psicológica del paciente.

Así mismo, la Anorexia Nerviosa (AN) es uno de los pocos trastornos mentales con unos índices de mortalidad claros a corto y largo plazo, implica graves complicaciones físicas y psicopatológicas derivadas de la desnutrición, el ayuno y otras conductas adelgazantes. Todo ello contribuye a su vez al mantenimiento y el agravamiento del cuadro (Morandé, 2014).

Saldaña (2010, en Pérez et al., 2014), tras una revisión exhaustiva de la literatura, concluye que el abordaje multidisciplinar es el enfoque terapéutico más

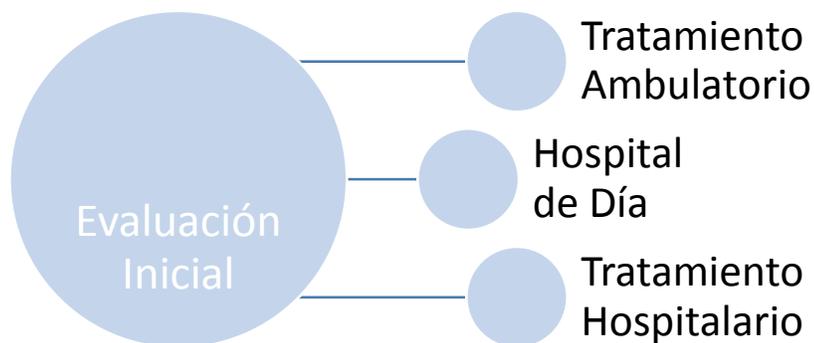
recomendable en casos de anorexia nerviosa. Otros autores consideran que la psicoterapia, es el más eficaz y satisfactorio.

En la actualidad existen opciones terapéuticas que van desde la terapia cognitivo conductual, hasta la terapia psicoanalítica, en donde se puede observar, diferencias en sus postulados teóricos, así como en su empleo de técnicas. Independientemente del enfoque terapéutico empleado, se pone un acentuado énfasis en llevar a cabo dos pasos terapéuticos diferenciados, que se emplean en todos los casos.

1. Recuperación del peso hasta valores normales.

2. Tratamiento dirigido al mantenimiento del peso, es decir, en el tratamiento de factores psicológicos y prevención de recaídas

Para una elección adecuada de las diferentes opciones terapéuticas es imprescindible una cuidadosa Evaluación inicial de la situación de la paciente que determinará la modalidad de tratamiento pertinente



5.2 Tratamiento Ambulatorio de Anorexia Nerviosa

El tratamiento ambulatorio es utilizado únicamente en los casos en los que se detecta tempranamente el trastorno. Se lleva a cabo en la consulta externa y tiende a ser concurrente con las actividades habituales del paciente, así como su actual residencia, está indicado para aquellos pacientes que no requieren hospitalización, la hayan realizado o se estén preparando para ella.

Al inicio del tratamiento debe hacerse una valoración médica detallada, en la que se evalúen aspectos referentes al estado nutricional del paciente y probables consecuencias, asimismo abordarse la evolución del peso y el mantenimiento de una alimentación adecuada. En anorexia nerviosa el objetivo principal del tratamiento es, la recuperación de peso adecuado y de hábitos alimentarios regulares, estando la paciente en un estado de grave bajo peso o caquexia (alteración profunda del organismo que aparece en la fase final de algunas enfermedades y que se caracteriza por desnutrición, deterioro orgánico y gran debilitamiento físico, es decir, la recuperación del peso será el objetivo principal del tratamiento.

Este tipo de tratamiento puede ser eficaz en aquellos casos en que las pacientes (Halmi, 1983; citado en Toro, 1996):

- a) presenten una anorexia de menos de cuatro meses de duración
- b) no manifiesten episodios bulímicos ni vómitos
- c) tengan padres dispuestos a cooperar y participar en el tratamiento.

Según Fernández y Turón (2004), en esta fase inicial del tratamiento, parece que los tratamientos psicoterapéuticos, muestran una discreta o nula efectividad. Muchos de los síntomas físicos y psicológicos aparecen como consecuencia del estado de malnutrición de los pacientes, mismos que en su mayoría, desaparecen total o parcialmente, una vez que el paciente comienza a recuperar hábitos alimentarios y peso normales.

Rusell y Cols, (1987, en Fernández & Turón, 2004), demostraron dentro de un contexto ambulatorio la mayor efectividad de la terapia familiar en comparación al tratamiento individual, especialmente en pacientes jóvenes (aparición de la enfermedad antes de los 18 años) con una duración de la enfermedad de menos de 3 años. Otro aspecto a considerar es la importancia del restablecimiento de un estado nutricional, por medio de distintas fases dietéticas, comenzando con una dieta líquida, enseguida una dieta grasa, posteriormente una dieta blanda y finalmente se aplica una dieta normalizada.

5.2.1 Recuperación de peso

Para llevar a cabo la recuperación de peso existen dos enfoques posibles en su tratamiento: tratamiento hospitalario o tratamiento ambulatorio. Las contraindicaciones en la utilización del tratamiento ambulatorio son, baja motivación, predisposición al tratamiento, existencia de un marcado bajo peso, el fracaso de otros tratamientos ambulatorios, conflictos familiares, carencia de un apoyo familiar, y causas orgánicas o psiquiátricas, que recomienden el ingreso (Fernández & Turón, 2004).

También está la opción de tratamiento de Hospital de día, en ésta los pacientes acuden a realizar determinadas comidas, como tratamiento psicológico. Este procedimiento suele ser el más favorecedor en la generalización de conductas aprendidas, ya que le permite regresar a su medio social – familiar, una vez que finaliza el día.

Existen tres procedimientos para calcular el peso corporal necesario para la recuperación y normalización de peso, durante el tratamiento:

1. Tablas estándares de edad-peso-altura (Metropolitan Life Insurance Company, 1983)
2. Índice de Broca
3. Índice de masa corporal (body mass index, BMI)

Para la recuperación progresiva del peso, durante esta primera fase de tratamiento se recomienda, la realización de 3 a 5 ingestas calóricas diarias, equivalentes a un mínimo de 2.500 kcal al día, así como la supresión de productos light, así como de laxantes o diuréticos y la reducción del ejercicio físico.

Existen distintos tipos de tratamiento para la Anorexia Nerviosa, que pertenecen a un enfoque terapéutico diferente, tales como psicoanálisis, terapia del comportamiento, tratamiento sistémico o familiar, etc., sin embargo en todos los casos, se tiene en común la necesidad de llevar a cabo dos pasos terapéuticos diferenciados, en pacientes con anorexia nerviosa; en primer lugar, un tratamiento para la recuperación del peso hasta valores normales; en segundo lugar, un tratamiento dirigido al mantenimiento del peso, es decir, tratamiento de factores psicológicos y prevención de recaídas (Fernández & Turón, 2004).

5.2.2 Restablecimiento psicológico y prevención de recaídas

La terapia individual, la terapia familiar o ambas, son los procedimientos principales en esta fase del tratamiento, y son utilizadas básicamente en el tratamiento ambulatorio. Los objetivos son el mantenimiento del peso recuperado y la reestructuración psicológica del paciente, así como el tratamiento de otras conductas asociadas.

Según Fernández y Turón (2004), existen tres aspectos que son característicos en esta fase de tratamiento con el paciente, que son independientes del modelo teórico que se emplee:

- Valoración y fortalecimiento de la motivación y establecimiento de una relación terapéutica adecuada
- Esclarecimiento y objetivación del problema alimentario y análisis funcional explicativo de posibles factores precipitantes, consecuencias y factores mantenedores del trastorno, que nos permitan llegar a posibles hipótesis terapéuticas.
- Resolución de los problemas intrapersonales e interpersonales, en relación con su medio.

5.3 Tratamiento Hospital de día de Anorexia Nerviosa

El tratamiento de Hospital de día, se está utilizando cada vez más, con la intención de reducir la duración de la hospitalización, y también para casos más leves, como un sustituto de la hospitalización. Los pacientes que poseen una alta motivación, junto con familias que cooperan en este tipo de tratamiento, pueden beneficiarse del Hospital de día.

Las ventajas de esta modalidad de tratamiento según Morandé (2014) son; la reducción de la tasa de ingresos hospitalarios, como lo es la disponibilidad de camas de hospitalización, la ausencia de privación a los pacientes de su medio familiar-social, que ofrecen un marco adecuado de actividades terapéuticas; es decir, diferentes enfoques multidisciplinarios, que ni el medio ambulatorio, ni el hospitalario facilitan, estas son: los programas de prevención, cursos, talleres, diferentes enfoques psicoterapéuticos, tratamiento médico y odontológico, etc., todos los cuales, suelen ser más intensivos.

Este tipo de programas suelen ser, en caso de su disponibilidad, altamente confiables, pues permiten el tratamiento intensivo de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios.

Dado el aumento en la incidencia de esta patología, existe un interés generalizado por reducir costes e incrementar la oferta terapéutica, por ello son cada vez más los centros que recurren a procedimientos de hospitalización parcial o de hospital de día, más económicos que los tratamientos bajo hospitalización (Dibella y cols., 1982, en Fernández y Turón, 2004).

El programa de Hospital de día ofrece un tratamiento que inicia desde la mañana hasta la noche, en la que se les da a los pacientes almuerzo, comida, merienda y cena, (es decir, entre 2,000 y 3,000 kcal al día), así como actividades grupales, con una supervisión, con la finalidad de prevenir atracones y conductas purgativas, en favor del restablecimiento psicológico del paciente.

Según Fernández y Turón (2004) los objetivos de este tipo de programas son los siguientes:

1. Recuperación de pautas y hábitos alimentarios normales, que favorezcan en la adquisición de actitudes positivas hacia la alimentación, tal como, el aumento de peso.
2. Ofrecer contención y medidas de control, que de hecho ya hubieran podido fracasar en el entorno familiar.
3. Permite la prevención de respuestas tales como atracones o vómitos.
4. Rompe círculos viciosos de control-descontrol
5. Sirve de puente de enlace entre un Régimen Hospitalario y uno ambulatorio
6. Implica de forma más directa a pacientes y familiares en el tratamiento.

5.4 Tratamiento Hospitalario en Anorexia Nerviosa

Debido a que los trastornos alimentarios son de origen multifactorial, lo más recomendable es la aplicación de distintas disciplinas que abarquen todos sus semblantes. En primer lugar, cabe señalar que en algunas ocasiones se hace urgente la hospitalización. Esto ocurre principalmente en aquellos casos en los que la salud del paciente se ve seriamente en peligro como consecuencia del estado de desnutrición al que han llegado, o bien, cuando la psicopatología secundaria al trastorno es grave y la persona incluso ha intentado quitarse la vida; por lo que resulta prioritario atender la parte física, alimentar al paciente, atender complicaciones y lo antes posible iniciar el tratamiento psicológico (Chinchilla, 2003).

Este tratamiento implica la asociación de tratamientos médicos, psicoterapia individual, o grupal o terapia familiar. Es un proceso largo y complejo, y si sigue el proceso terapéutico el paciente mejorará paulatinamente sus pensamientos alterados, su depresión, la apatía y los trastornos de la conducta, y consecuentemente también lo hará la relación familiar (Fernández & Turón, 2004).

Es recomendable el ingreso hospitalario en el caso de pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado, o un ambiente familiar poco cooperador. Ante la pérdida de peso, de entre el 25-30% correspondiente a la edad y estatura, el ingreso hospitalario es obligatorio.

El primer abordaje terapéutico será la normalización de la alteración biológica, y en caso de existir, el tratamiento de la enfermedad orgánica asociada. Desde el punto de vista de Fernández y Turón (2004), los programas médicos deben estar dentro de un programa global que aborde aspectos tales como conciencia de la enfermedad, aceptación del trastorno, motivación y deseos de curarse, y un programa de rehabilitación de alimentación y de sensibilización familiar.

La intervención terapéutica que conlleva un paciente con anorexia nerviosa, en régimen de hospitalización, precisa de un programa de tratamiento minucioso y exigente, que deberá ser compartido y aceptado por el paciente, sus familiares y el equipo de trabajo multidisciplinario que les circunda.

Las indicaciones de hospitalización para anorexia nerviosa son (Fernández & Turón, 2014);

- Complicaciones físicas (en relación con el peso y aquellas que ponen en peligro la salud física del paciente, y su estado biológico es un riesgo importante para la vida, debido a la desnutrición),
- Pérdida de peso 25 al 30%,
- Si el trastorno se presenta desde hace más de cuatro meses
- Si presenta episodios bulímicos, realizando conductas purgativas, cuando las relaciones familiares son muy conflictivas
- El paciente presenta un alto grado de aislamiento
- La psicopatología secundaria del paciente es evidente, mostrando niveles elevados de ansiedad, depresión, ideas suicidas, etc.

Una vez que el paciente se encuentra en el hospital, se le explica que algún miembro del equipo la pesará y ayudará a cambiar sus hábitos de alimentación, y se elaborará un plan alimentario, consensuado por el paciente.

Se espera que los pacientes deben permanecer ingresados hasta alcanzar un peso adecuado, reduciendo la probabilidad de recaídas. Aunque definitivamente la decisión del alta hospitalaria se valora, de forma particular en cada caso.

Las formas más efectivas para tratar los trastornos de la alimentación, pueden combinarse, para aumentar su efectividad, y son las que se mencionan a continuación.

5.5 Terapia Individual

Es un tratamiento dirigido por un psicólogo, psicoanalista, o psiquiatra, y tiene como objetivo ayudar al paciente en el descubrimiento de sus miedos y preocupaciones, ayudándole a que sea capaz de enfrentarse a ellos. Y tiene por objetivo, ayudarle a darse cuenta del origen de su malestar y a guiarlo en su resolución. Es un trabajo que busca las causas por las que la persona relaciona la comida, como expresión de un profundo malestar interno y externo (Silva, 2010).

Es un proceso largo, pues se trabaja con aspectos psicodinámicos, que tiene por finalidad, que el paciente hable de aquello que le produce malestar, y que logre una relación positiva con los alimentos.

5.6 Terapia de Grupo

En este enfoque terapéutico, se tratan las experiencias y preocupaciones de los enfermos, de manera grupal. Se parte del supuesto de que, sintiéndose identificados, también se sienten comprendidos; asimismo, al ser una experiencia compartida de los pacientes, existen mayores posibilidades de ser escuchados y comprendidos, entre ellos mismos (Silva 2010).

En esta terapia los participantes comparten e intercambian lo que piensan, sus conductas y sentimientos, para tratar de ayudarse, todo bajo la dirección de un profesional, en este caso el psicólogo.

El objetivo es crear una red de apoyo, que les haga sentir que no están solos, exhortándoles a cambiar su estilo de vida. Una desventaja en este enfoque terapéutico es, que puede ser contraproducente, es decir, que se compartan experiencias que mantengan la sintomatología, como consejos para adelgazar o cómo evitar que los demás se den cuenta de vómitos, etc. Es por ello que la

dirección de dichos tratamientos, debe ser llevada por profesionales altamente calificados.

5.7 Psicoterapia Familiar

Un fenómeno que es común que ocurra, cuando uno de los miembros de la familia padece anorexia nerviosa, es que comiencen a haber problemas entre ellos, o bien, que hayan estado presentes desde antes del surgimiento del trastorno. Lo que suele generar molestia y preocupación, culpabilidad y mayores conflictos; en sus integrantes. Cuando la familia asiste a terapia familiar, para hablar de sus malestares e inquietudes, esto favorece en la recuperación del paciente, y también en la armonía de sus familiares, además que la dinámica entre ellos se modifica, para establecer una relación más sana en términos de comunicación, hábitos, etc (Silva, 2010).

5.8 Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se ha demostrado que este tipo de tratamiento, es uno de los más efectivos en tratar los síntomas de anorexia nerviosa como: alimentación, cogniciones, conductas compensatorias como el vómito, etc., así como los llamados aspectos no sintomáticos, como problemas interpersonales.

Comprende de un conjunto de técnicas terapéuticas cuyo objetivo es cambiar directamente conductas anómalas. Para ello, es importante la realización de un contrato conductual que explique los objetivos, deberes y compromisos, tanto del paciente, como del terapeuta (Fernández & Turón, 2004).

Este enfoque terapéutico se focaliza en los factores de mantenimiento (es decir, los pensamientos referentes al peso, la percepción de la figura y restricción del alimento. Se trata de una intervención que pone el énfasis en la modificación y

motivación al cambio, sensaciones corporales de hambre y la activa participación de los pacientes. Se considera un enfoque de una larga duración, es decir, de 1 a 2 años, a veces requiere de más tiempo (Abraham & Llewellyn, 2005).

Es un enfoque terapéutico que tiende a ser complicado, en el caso de pacientes con anorexia nerviosa, ya que, su autoestima está vinculada a la percepción que tienen de la forma que tiene su cuerpo y peso, es decir, la rigidez de su pensamiento dificulta el cambio.

La terapia cognitivo-conductual busca cambiar pensamientos y comportamientos obsesivos, tales como, obsesión por el peso, y compulsión por atracones o vómitos; este enfoque terapéutico busca que el paciente adquiera un control de sus conductas, que se refleje en su alimentación.

Con base en Abraham y Llewellyn (2005), a continuación se enlistan cinco puntos, que tratan de lo que busca la terapia cognitivo conductual:

1. Explorar los pensamientos y creencias del paciente, que mantienen los atracones y métodos peligrosos de control de peso.
2. Establecer hábitos alimentarios sanos.
3. Establecer un comportamiento alimentario regular, con tres comidas al día y dos refrigerios.
4. Ayudar a la paciente a aprender acerca de la comida, alimentación, su forma corporal, peso y mitos relacionados con la comida y su manera de alimentarse.
5. Ayudar al paciente a que su autoestima aumente, y que disminuya su importancia por su apariencia física, en su evaluación de sí mismo.

Resulta muy útil poder reconocer ante el terapeuta y ante una persona que esté ayudando a la paciente en su recuperación (familiar o amigo) cómo se utiliza la comida en ese momento. Aunque quizá esto haga sentir a la persona culpable o avergonzada, también hará más real la situación. Las personas con trastornos de la

alimentación logran esconderse a sí mismas de lo que están haciendo. Admitirlo ante alguna otra persona puede producir en ocasiones la sensación de “despertar” (Buckroyd, 1998).

El principal objetivo terapéutico del enfoque cognitivo-conductual es modificar los patrones alimentarios, cumpliendo con las pautas de alimentación e indicaciones que se le hagan al respecto y así también ir aumentando su peso progresivamente; es fundamental no permitir el estancamiento del peso, debido a que se corre el riesgo de complicar el trastorno (Castro, 1999).

CAPÍTULO VI PROPUESTA

Diseño de Taller Preventivo para Padres de Hijos Adolescentes con Anorexia

6.1 Justificación

La anorexia nerviosa, presenta una prevalencia del 0.5% en la población de adolescentes Mexicanos (Benjet, Méndez, Borges & Medina-Mora, 2012). De tal forma, que se considera un problema de salud pública que requiere ser atendido con una urgencia cada vez mayor. Los entornos cultural y familiar se han asociado como factores de riesgo o de protección, en la aparición de los trastornos alimenticios.

Se ha considerado que la adolescencia es un periodo esencial en donde se suscitan cambios biopsicosociales que inciden en su desarrollo, y en donde se ha considerado un mayor riesgo de presentar algún padecimiento de trastornos alimenticios, como lo es la anorexia nerviosa. Es importante resaltar la importancia del ambiente familiar, en el cual se gestan los principales factores de riesgo y protección en este tipo de trastornos.

El proveer información oportuna a los familiares, incide de manera favorable en una detección temprana. Se ha observado que la psicoeducación a los familiares, permite disminuir los factores de riesgo asociados y mejorar los factores protectores. Las intervenciones tempranas se han observado que mejoran el pronóstico de los pacientes.

En los países desarrollados, se han propuesto programas y talleres preventivos para este problema mejorando el pronóstico. Por este motivo, es importante diseñar talleres dirigidos a los padres, con el propósito de difundir información confiable y educar para la salud a nivel de prevención primaria en la anorexia nerviosa. De tal manera, que tengan herramientas para reconocer en la

medida de lo posible, las distintas expresiones de la alimentación, así como los Factores de Riesgo y los protectores.

6.2 Objetivo General

Promover la prevención y educación para la salud, sobre la anorexia nerviosa en un taller para los padres de los adolescentes que cursan la escuela secundaria. Proporcionar herramientas para identificar, las características, severidad, factores de riesgo y de protección implicados en la anorexia nerviosa.

6.3 Objetivos específicos

- Explicar las características de la Adolescencia y los cambios biopsicosociales.
- Exponer sobre la construcción de la Identidad y la Socialización en la adolescencia.
- Describir las características, Factores de Riesgo y Protección en la Familia.
- Relacionar la importancia de la Familia en el desarrollo del adolescente.
- Analizar la relación de la Familia en el desarrollo de los TCA.
- Identificar el concepto, las características y los factores asociados a la Anorexia Nerviosa.
- Identificar los Factores de Riesgo y Factores de Protección relacionados con la Anorexia Nerviosa.
- Proporcionar información sobre la anorexia nerviosa y sus consecuencias físicas y psicológicas.
- Fomentar la crítica acerca de los modelos socioculturales perjudiciales que son promovidos por los medios de comunicación masiva.
- Promover la Prevención y Educación para la Salud con respecto a la Anorexia Nerviosa.
- Enseñar síntomas y signos de aparición temprana para su detección precoz.

- Identificar pautas de actuación, en caso de sospechar la presencia de Anorexia Nerviosa.
- Conocer las modalidades de Tratamiento y los enfoques psicoterapéuticos.

6.4 Población

Padres de Familia de los alumnos de escuelas secundarias, que correspondan al 1º, 2º y 3º grado, de escuelas de educación pública o privada, de la Ciudad de México. Los grupos de padres se organizaran de acuerdo al grupo y grado al que pertenezcan sus hijos.

6.5 Escenario

Un salón de clases amplio, en donde, tanto el personal que dirija el taller, como el número total de asistentes, se puedan desplazar con facilidad (con la capacidad de albergar un aproximado de 30 sillas o pupitres, escritorio, silla de escritorio y pizarrón). Si la escuela cuenta con la instalación de un auditorio, también ahí puede realizarse el taller. Cabe señalar que debe contar con la iluminación y ventilación apropiadas, para poder trabajar adecuadamente. Incluyendo persianas o cortinas, para que el personal pueda realizar su exposición sin dificultades con el proyector.

6.6 Materiales

Computadora, proyector de computadora o proyector de acetatos, pizarrón, gises, plumones, rotafolio, hojas para rotafolio, televisión con DVD, documentales y videos cortos. Hojas blancas, hojas de colores y lápices.

6.7 Procedimiento

Se trabajará con padres de todos los grupos de 1º, 2º y 3º de educación secundaria. El taller consta de 5 sesiones informativas, con una duración aproximada de una hora a una hora con treinta minutos por sesión.

Conclusiones

La implementación del presente taller es pertinente para la identificación y prevención de la Anorexia Nerviosa. Debido a que la prevención puede ser más eficaz, si se realiza un abordaje con los padres. La familia es el grupo de apoyo más importante para el adolescente y representa el primer acercamiento que tiene para la atención y prevención de los trastornos de conducta alimentaria. Por este motivo, las intervenciones enfocadas en este grupo primario de apoyo, promueven la disminución de los factores de riesgo y la optimización de los factores de protección en la anorexia nerviosa.

Es necesario trabajar en equipo desde los distintos ámbitos donde se desenvuelve el adolescente. Así los escenarios más importantes de prevención serían los centros educativos y la familia. De ahí la importancia de realizar un taller de educación para la salud acerca de la anorexia nerviosa, con la participación de los padres.

Se espera sensibilizar a los padres ante los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en sus hijos adolescentes. De tal forma, que conozcan las características de la adolescencia y los procesos importantes que les acontecen como: la construcción de la identidad, el proceso de socialización, los cambios cognoscitivos, psicoafectivos, familiares y escolares, lo que implicaría una ventaja en la comprensión y el conocimiento, acerca del desarrollo de sus hijos.

En el taller se busca, favorecer que la familia, que es el principal promotor de la socialización, transmita adecuadamente los valores y la incorporación de normas, actitudes, roles y creencias para que funcionen como un factor protector en el adolescente.

Se concientizará a los padres para que comprendan que los comentarios críticos sobre la forma, el peso y la figura del cuerpo influyen de manera importante

en el desarrollo psicosocial de sus hijos. Se busca promover una visión crítica acerca de los modelos socioculturales actuales, y distanciarse de aquellos que son perjudiciales. De tal manera que generen modelos que sean sanos, y conductas saludables de alimentación, ejercicio o actividad deportiva conjunta.

Es importante, que los padres logren identificar los síntomas y signos de aparición temprana, en caso de sospechar o detectar la presencia de anorexia nerviosa. Así mismo, que conozcan las pautas de actuación para la atención y tratamiento oportuno de sus hijos adolescentes. Se espera que los padres conozcan la problemática de la anorexia nerviosa, las posibles causas que la provocan y sus consecuencias físicas y psicológicas.

El taller para la detección de la Anorexia Nerviosa, puede influir en la identificación temprana de la aparición de estos problemas, en una etapa en donde el tratamiento es mucho más eficaz, y sus consecuencias sobre la salud pueden ser mucho menos dañinas, que cuando la enfermedad ya está en etapas más avanzadas. Por ello, es necesario informar y concientizar a los padres sobre este trastorno, sus consecuencias y como proceder de una manera más favorable. Es decir, que los padres conozcan las modalidades de tratamiento y enfoques psicoterapéuticos disponibles.

Limitaciones y Sugerencias

Es necesario, realizar adaptaciones al taller, conforme al nivel cultural y educativo de la población estudiada. De tal forma, que la información sea más accesible a la comprensión de los padres. Además, es importante considerar, los factores ambientales y sociales, como la pobreza o la marginación por mencionar algunos, para la adaptación a dicha población. El apoyo de las escuelas en promover la participación de los padres se considera importante, para lograr una mejor integración del programa.

Los aplicadores deben tener la capacidad de adaptar el taller a las necesidades del entorno y con los materiales que cuenten. Se requiere que el facilitador o aplicador de este taller, conozca y tenga la preparación adecuada en el tema de Anorexia Nerviosa, y estar capacitado en el campo Clínico y de la Salud, para que pueda manejar las dudas que surjan, de forma coherente y evitar confusión en el desarrollo de las sesiones del taller.

Es un taller que puede trabajar de la mano, con otros talleres que vayan dirigidos a la población adolescente, al hacerse las modificaciones oportunas. Se sugiere que con la prevención e identificación de la anorexia nerviosa se establezca un seguimiento con otros programas de intervención terapéutica. Así también, se sugiere que el taller se imparta en campañas de salud y prevención, en instituciones educativas y de salud. De tal forma, que el acceso al programa tenga una mayor cobertura a la población en riesgo.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1994). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Abraham, S., & Llewellyn, D. (2005). *Anorexia y bulimia*. Madrid: Alianza.
- Aguirre, A. (Ed.). (1996). *Psicología de la Adolescencia*. España: Alfaomega.
- Alvaro, J. L., Garrido, A., & Torregrosa, J. R. (1997). *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Madrid: Médica Panamericana.
- Baile, J. (2014). *Tratando Anorexia Nerviosa: Técnicas y estrategias psicológicas*. España: Pirámide.
- Banda, A.L. & Frías, M. (2006). Comportamiento antisocial en menores escolares e indigentes: influencia del vecindario y de los padres. *Revista de Psicología de la pucp*, 24, (1), 29-49.
- Barajas, C. & Linero, M. J. (1991). *La familia como contexto de socialización. Desarrollo socioemocional*. Valencia: Promolibro.
- Becker, C.B., Plasencia, M., Kilpela, L. S., Briggs, M. & Stewart, T. (2014). Changing the course of comorbid eating disorders and depression: What is the role of public health interventions in targeting shared risk factors?. *J. Eat Disord*, 2: 15.
- Becker, C.B., Smith, L.M. & Ciao, A.C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 36 (3), 245-253.
- Behar, R. (2011). Perspectiva Histórica de la Anorexia Nerviosa. *Psiquiatría y Salud Mental*, 2 (28).
- Berger, K. (2015). *Psicología del desarrollo; infancia y adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Blos, P. (1980). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Brumberg, J. (1985). "Fasting girls: Reflections on writing the history of anorexia nervosa". *Monographs of the Society for Research in Child Development*. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/3333866?seq=1/subjects>.
- Camarillo, L. (2015). *Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid.
- Casado, M. & Helguera, M. (2008). Prevención de los Trastornos de la Alimentación: un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, 19 (1), 5-26.
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52 (2), 156-70.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. España: Elsevier.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo humano*. México: Pearson Prentice- Hall.
- De la Vega, I. & Gómez-Peresmitré, G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y salud*, 22 (2), 225-234.
- Díaz, I. (2005) Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5 (1 y 2), 67-80.
- Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud: en américa latina*. Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Doyen, C. (2005) *Anorexia, bulimia: pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia*. Barcelona: Amat.
- Echeburúa, E. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad [Versión Electrónica], *Psicología Conductual*, (9) 513-525. Recuperado de <https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornosdepersonalidad/6comorbilidaddelasalteracionesdelaconductaalimentariaconlostrastornosdepersonalidad.pdf>
- Engler, B. (1996). *Introducción a las Teorías de la Personalidad*. México: McGraw-Hill.

- Erikson, E. (1972/2015). *Sociedad y adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. & Turón, G. (2004). *Trastornos de la Alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fernández, A. M. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50 (2), 445-466.
- Fernández, J. (2018). *Propuesta de intervención: programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el aula*. Tesis de maestría inédita. Universidad Jaume I, España.
- Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Frías, A. (2002). *Salud Pública y Educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Fundación Imagen y Autoestima. (2013). Recuperado el 09 de Mayo del 2019, de <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion>.
- Funes, J. (2009). *Nueve ideas clave para educar en la adolescencia*. Barcelona: Graó Ediciones
- Gandarillas A., Zorrilla B., Sepúlveda A. R., & Muñoz P. E. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, España.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10, (2), 105-122.
- Gómez, J., Gaité, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S., & Vázquez-Barquero, J. (2008). *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Recuperado de <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

- Gómez, P. (1996). *Anorexia Nerviosa, la Prevención en Familia*. España: Ediciones Pirámide.
- González, J. (1992). *Interacción Grupal*. México: Editorial Planeta.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.
- González, L., Romero, M., Rascón, M., & Caballero, A. (2013). Anorexia nerviosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud Mental*. 36(1), 33-39. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n1/v36n1a5.pdf>
- González, M. U., & Caballero C. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26 (3), 2-4.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de ([http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_(4_jun).pdf))
- Guillemot, A. & Laxenaire M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Herzog, D. B. (1992). The Prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52-147.
- Holtz, V. & Tena. (1992). *Trastornos de la alimentación*. Universidad Iberoamericana.
- Iñarritu, M. (2007). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia*. México: Dirección general de divulgación de la ciencia.
- Ivves, E. (2014). La Identidad del Adolescente. Como se construye. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, II (2), 3-5.
- Izquierdo, P. & Sepúlveda, A. R: (2013). Programas de prevención de alteraciones alimentarias y sobrepeso en preadolescentes. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*.

- Jáuregui, I., Bolaños, P., Carbonero, R., & Valero, E. (2010). Psychometric properties of the spanishversión of Good Craving Inventory (FCI-SP). *Nutrición Hospitalaria*, 25 (6), 984-992.
- Jáuregui, I., Santed, M.A., Shafra, R., Santiago, M.J. & Estébanez, S. (2012). Psychometric properties of the Spanish versión of the Thought-Shape Fusion. Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 15 (1), 410-423.
- Jiménez, T., Musitu, G. & Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 559-579.
- Jorquera, M. (2008). Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Valencia (tesis doctoral inédita). Valencia: Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones Universitat de Valencia. Servei de Publicacions.
- López B., Nuño, B.L., & Arias, A.G. (2006). *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. IMSS. Recuperado de ([http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro de informacion/FAMILIA/Una aproximacion a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia BERENICE LOPEZ C BERTHA L NUNO G ALBA G ARIAS I IMSS.pdf](http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro_de_informacion/FAMILIA/Una_aproximacion_a_la_estructura_familiar_de_mujeres_con_anorexia_y_bulimia_BERENICE_LOPEZ_C_BERTHA_L_NUNO_G_ALBA_G_ARIAS_I_IMSS.pdf)).
- Lorán, E. & Sánchez, L. (2013). *Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón*. Barcelona: Editorial Amat.
- Mateos, A., García, I., De la Gándara, J., Vegas, M., Sebastián, C., Sanz, B., Martínez, A., & Martín, E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria [Versión electrónica], *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (6), 267-80, 14. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-267-280-402585.pdf>.
- Mcconville, M. (2009). *Adolescentes: El self emergente y la psicoterapia*. Madrid: Sociedad de Cultura.
- McVey, G.L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E., & Tweed, S. (2003). Replication of a peer support program designed to prevent

disordered eating: is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Eat Disord*, 11 (3), 187-195.

- Miján, A. (2004). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Glosa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Editorial Paidós.
- Morandé, G., Graell, M., & Blanco, M. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- McVey, G.L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E. & Tweed, S. (2003). Replication of a peer support program designed to prevent disordered eating: is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Eat Disord*, 11 (3), 187-195
- Navarro, J. J. & Pastor, E. (2018). De los riesgos en la socialización global: adolescentes en conflicto con la ley con perfil de ajuste social. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 76, 199-145. Recuperado de <https://convergencia.uaemex.mx/article/view/4442>.
- Navarro, J. J., & Pérez, J. (2015). El proceso de socialización de los adolescentes: entre la inclusión y el riesgo. Recomendaciones para una ciudadanía sostenible [Versión Electrónica], *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (25), 143-170.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R. & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, 27(1), 24-31.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Paidós. México.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=FEA5B4A87659E66E6BFEE02CC766B5D4?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.
- Orjuela, O. (2009). *Educación para la salud, programas preventivos*. . Bogotá: Manual Moderno.
- Papalia, D. E. (2012). *Desarrollo Humano*. México: Mcgraw Hill.
- Papalia, D. E. & Wendkos, S. (2001). *Psicología*. México: McGrawHill.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., & Amigo, I. (2014). Guía de tratamientos psicológicos eficaces, II. Adultos, Madrid: Pirámide.
- Pineda, G. G. (2003). Ensayo del estado actual del conocimiento e investigación sobre prevención de trastornos alimentarios [Manuscrito inédito], Universidad Nacional Autónoma de México.
- Piran, N. (2005). Prevention of eating disorders: A review of outcome evaluation research. *Isr. J. Psychiatry Relat*, 42 (3): 172-177.
- Raffo, A. G. & Rammsy C. (1997). La resiliencia. *Revista latinoamericana de psicología*.
- Rausch, C. & Bay, L. (1997). *Anorexia y Bulimia Nerviosa. Amenazas a la autonomía. Terapia Familiar*. Paidós: Buenos Aires.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, (2), 203-210.

- Rogers, C. R. (2007). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión del análisis del estado actual [Versión electrónica], Recuperado de http://cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3_p50_93.pdf.
- Rojo, L. & Cava, G. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. & Hernández, R. A. (2015). Conductas de Riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 44 (2), 218-229.
- Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C., & Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57
- Ruiz, P. M., Velilla, J. M., & González E. (2017). *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz-Lázaro, P.M. (1999) Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. (2ª Edición). Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbada.
- Ruiz, L. (2005). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Ariel.
- Ruiz, T., (2009). *Sociología de la familia*. Alicante: Ediciones de la Universidad de Alicante.
- Scandroglio, B. & López, J. S., (2013). La violencia grupal juvenil. [Versión electrónica] *Psicología Política*, 46, 95-115.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. (1995). *Los juegos sicóticos en la familia*. *Terapia Familiar*. Paidós: Buenos Aires.
- Shelley, E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: Mc Graw Hill.
- Silva, C. (2007) Trastornos alimentarios: anorexia, bulimia, comer compulsivo. México: Pax México.

- Silva, I. & Pillón, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, [Versión electrónica] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea10.pdf>.
- Simkin, H. & Becerra, G. (2013). El proceso de Socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XXIV (47), 114-142.
- Steinberg, K. (2003). *Razonamiento moral y la ilógica adolescencia*. Santiago: Sarabia.
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 329-340. Recuperado de (<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.329>)
- Stice, E., Shaw, H., & Marti C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 207-231.
- Strada, G. (2003). *El desafío de la anorexia*. España: Síntesis.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y Causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2015). *Los Trastornos de la Alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido*. España: Desclée de Brouwer.
- Unikel, C. & Caballero, A. (2010) Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. ED. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. [en línea] México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de (https://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentación.pdf).

- Vandereycken W, & Meermann R. (1984) Anorexia nervosa: a clinician's guide to treatment. TEST ABOS. Berlin: Walter de Gruyter (translated into German, English and Japanese), 39-41.
- Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. TEST ABOS. Acta Psychiatr Scand. 85(2):163-6.
- Vandereycken, W. (2000). La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Garnica.
- Vargas, A. (2010). *Educación para la Salud*. México: Grupo Editorial Patria.
- Verania, A. (2002). *Programa de Prevención y detección precoz de los trastornos de la Alimentación*. España: EOS.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología, 16, 139-146.

ANEXO

Carta Descriptiva del Taller (Sesiones Informativas)

Sesión no. 1. "Hablemos sobre Adolescencia como un proceso de cambio"

Objetivo (s). Explicar a los padres las características de la Adolescencia y los cambios biopsicosociales. Así mismo, el desarrollo de la Identidad, el proceso de Socialización y los Factores de Riesgo y Protección asociados a esta etapa.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación del Taller y objetivos de la sesión.	-Consiste en la presentación del Taller y de los expositores. -En éste momento el psicólogo hará uso de sus habilidades de <i>Rapport</i> con el objetivo de reducir la tensión y de integrar al grupo de padres.		10 min
Estimar el conocimiento que poseen los participantes, del tema a tratar.	-Invitación a los padres para que hablen un poco de lo que saben acerca del tema de La Adolescencia, desde su propia experiencia. Vista como una etapa de cambios físicos y psicológicos, lo anterior, con el propósito de sensibilizarlos, y rescatar su propia adolescencia.	Hojas blancas para hacer anotaciones	10 min
Hablar sobre Adolescencia	-Presentación del tema de la Adolescencia como una etapa de transición y de cambios tanto físicos, como psicológicos, necesarios hacia una maduración y crecimiento. Así como el concepto y desarrollo de Identidad, Socialización, Factores de Riesgo y Protección en la Adolescencia, así como el tema de Nutrición del Adolescente.	Proyector, Pizzarrón	20 min
Dinámica "Cara A y Cara B"	-Dinámica para distinguir las diferencias y similitudes entre las cualidades y dificultades del "modo de ser" de los hijos y los padres. Se da a los padres una hoja de papel grueso, dos bolígrafos de colores (rojo y azul) y se le indica que doble la hoja, por la mitad, de manera horizontal, para que posteriormente la utilice para escribir solamente el cuadrante superior izquierdo, y que en ésa parte escriba con rojo, las 5 características	Hoja blanca y gruesa (120gr) 1 bolígrafo rojo 1 bolígrafo azul	25 min

	<p>de su forma de ser, que considere más difíciles. Una vez que haya terminado se le pide que escriba, en el cuadrante inferior, de la mitad izquierda, 5 características de su forma de ser, ésta vez, aquellas que considere sus virtudes, con el bolígrafo azul.</p> <p>Una vez que haya terminado se le pide que repita el ejercicio, en la mitad derecha, pero ésta vez lo deberá hacer en relación con las características de su hijo.</p> <p>Ésta actividad tiene la finalidad de promover un sentimiento de empatía, identidad y diferenciación entre el padre y su hijo. Como una manera de acercarlo “a él” y a “él mismo”.</p>		
Conclusiones	-Actividad grupal de la elaboración de las conclusiones y su anotación en el Pizarrón o Rotafolio, con la participación de los padres. Finalmente se les hará una invitación a que expresen que fue lo que sintieron y lo que aprendieron en la primera sesión del taller.	Pizarrón Rotafolio	5 min

Sesión no. 2 “Mi Familia”

Objetivo (s). Concientizar a los padres sobre la importancia de las características y estructuras Familiares. Describir los Factores de Riesgo y Protección en la Familia. Así como la relación de la Familia en el desarrollo de los TCA.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Continuación del taller	-El psicólogo(a) no necesita retomar inmediatamente los aspectos revisados en la sesión anterior, solamente requiere mencionar algunos puntos importantes a tratar durante el taller, ya que conforme vayan avanzando en la sesión, se irán hilando los contenidos con los visto en las sesiones anteriores. -Anotar en el Rotafolio los puntos a tratar.	Pizarrón y Rotafolio	10 min
“La Familia es primero” “El núcleo de nuestro ser”	-En esta sesión se tratará todo lo que tenga que ver con la familia, comenzando con la estructura familiar, etc.	Proyector de vídeos Proyector de acetatos	15 min
Hablemos sobre familia y Adolescencia	-En esta parte comenzaremos a retomar algunos aspectos revisados en la sesión anterior, sobre Adolescencia, tratando de hilarlo con el tema de la Familia y su relación con Anorexia Nerviosa. - Análisis del papel de la familia y los padres en la génesis y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Así como aspectos relacionados con este trastorno, las Familias y sus características. Además de la importancia de los Factores de Riesgo y Protección en la Familia.	Proyector de vídeos Proyector de acetatos	20 min
3 Breves documentales	-“Cuando más lo necesite, quíerele, cuando te grite y no quiera saber de ti”. https://www.youtube.com/watch?v=PcOJhJifn7I -“Adolescencia y Padres” https://www.youtube.com/watch?v=IVLn6OgvwRU&t=34s -“Familia y Adolescencia” https://www.youtube.com/watch?v=HWjX-YLw2mo	Proyector Computadora o Televisión y DVD	20 min

<p>“Mi Familia mi Fortaleza”</p>	<p>-Se organizan grupos de 5 personas, para compartir e intercambiar opiniones acerca del significado de la Familia. ¿Qué es la Familia?, el objetivo de esta dinámica es darse cuenta de que cada Familia es diferente, sin embargo todos tienen en común el ser padres de hijos adolescentes. Es importante establecer las reglas del debate, señalando la importancia del respeto mutuo y la confidencialidad de lo que se aborde.</p>	<p>Grupos de 5 personas (padres)</p>	<p>20 min</p>
<p>Reflexiones y conclusiones</p>	<p>-Invitación a los padres a reflexionar acerca del papel que desempeñan dentro del núcleo Familiar, en la educación de sus hijos. Anotar en el Rotafolio las conclusiones en 5 puntos fundamentales</p>	<p>Rotafolio</p>	<p>5 min</p>

Sesión no. 3 “Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa.”

Objetivo (s). Identificar el concepto, las características y los factores de riesgo y protección asociados a la Anorexia Nerviosa. Concientizar sobre las consecuencias físicas y psicológicas en la anorexia nerviosa. Fomentar la crítica acerca de los modelos socioculturales perjudiciales que son promovidos por los medios de comunicación masiva.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Introducción al tema “Trastornos de la Conducta Alimentaria”	-Preguntar a los padres como se han sentido, si han surgido inquietudes, dudas, o si tienen alguna pregunta, con el tema revisado en la sesión anterior. -Exposición general, de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en específico la Anorexia Nerviosa y su relación con la sesión anterior, la Familia. Definición, factores que predisponen y mantienen el trastorno, así como los Factores de Riesgo y Protección de la Anorexia Nerviosa, síntomas, tipos de Anorexia y el papel que juegan los medios de comunicación masiva: “ <i>Crítica de la Cultura de la Delgadez</i> ”.	Proyector Computadora	25 min
Características de la anorexia (Vídeo)	-Breve documental sobre anorexia nerviosa y sus características https://www.youtube.com/watch?v=8Vc48bwpYYU	Proyector Computadora, DVD. Televisión y reproductor de DVD	15 min
Anorexia en México	-Breve proyección de un vídeo sobre una joven mexicana que ha padecido Anorexia la mayor parte de su vida. https://www.youtube.com/watch?v=rIVaOIWz69g	Proyector y computadora o televisor o DVD	15 min
“Belleza Irreal”	-Se proyectan imágenes de mujeres del medio artístico o publicitario, de un antes y un después. Y se invita a que los padres participen dando su opinión acerca de ¿Cuál es la verdadera belleza?	Imágenes Proyector Computadora	10 min

<p>“La Talla Perfecta”</p>	<p>-En esta actividad los padres tendrán la oportunidad de experimentar, la presión cultural-social por la delgadez. La información revisada en este Taller, el debate y la reflexión posteriores, les permitirán descubrir, herramientas para hacer frente a los TCA, y también de sensibilizarlos frente a estos trastornos.</p>	<p>Imágenes Proyector Computadora</p>	<p>20 min</p>
<p>Conclusiones y comentarios</p>	<p>-Se invita a los padres a hablar sobre el impacto que tuvieron al confrontar la información recibida, con los vídeos e imágenes proyectadas sobre la anorexia nerviosa. Dirigido y normativizado por el profesional que dirige la sesión.</p>	<p>Rotafolio</p>	<p>10 min</p>

Sesión no. 4 “Sobre la Prevención en la Anorexia Nerviosa”.

Objetivo (s). Promover la Prevención y Educación para la Salud con respecto a la Anorexia Nerviosa. Así mismo, que identifiquen los síntomas y signos de aparición temprana para la detección precoz. Además que identifiquen pautas de actuación, en caso de sospechar la presencia de Anorexia Nerviosa.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulado de las Sesiones anteriores	-Retomar los puntos principales revisados en los capítulos anteriores, y la importancia de cada uno, a manera de integración, para arrancar con esta última sesión.	Pizarrón	10 min
“La necesidad de sentirnos bien”. Primero Prevención.	- Abordaje del tema de Prevención y Educación para la Salud. Así como Detección Precoz y el momento oportuno para el inicio del tratamiento de Anorexia Nerviosa.	Proyector y Computadora o Proyector de Acetatos	20 min
“Protegiendo a mi Hijo”	-Se solicita a los padres que formen equipos de 5 personas, y elaboren de forma escrita, lo que consideren que pueden hacer para evitar que sus hijos desarrollen un TCA, a manera de un listado. Esto con la finalidad de promover los principales factores de protección, frente a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, es decir, promover un estilo de vida saludable, una imagen corporal positiva, una autoestima saludable, y sentido crítico hacia los medios de comunicación. Además de suscitar pautas de actuación, ante la Anorexia Nerviosa, en caso de ser necesario.	Hojas de Colores,	20 min
Conclusiones y Reflexiones.	-Se invita a los padres a hablar sobre el aprendizaje adquirido a lo largo de la sesión, pidiéndoles que realicen en una hoja blanca, un breve resumen de lo que aprendieron en la sesión anterior.		15 min

Sesión no. 5 “Opciones para el Tratamiento de Anorexia Nerviosa”.

Objetivo (s). Presentar las distintas modalidades de Tratamiento, así como los enfoques psicoterapéuticos para tratar Anorexia Nerviosa, para el conocimiento de los padres.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Breve resumen de las sesiones anteriores	-Retomar los puntos principales revisados en los capítulos anteriores, para comenzar a introducir a los padres en la información referente a las Opciones de Tratamiento para Anorexia Nerviosa.	Pizarrón o Rotafolio	10 min
Exposición de las distintas modalidades y enfoques psicoterapéuticos	-En este apartado se procede a exponer cuales son las opciones de tratamiento, “Ambulatorio” “Hospital de Día” y “Tratamiento Hospitalario”. Así como los enfoques psicoterapéuticos más eficaces, Terapia Individual, Grupal, Familiar y Cognitivo- Conductual.	Proyector y Computadora o Proyector de Acetatos	20 min
Breve documental Anorexia: ¿Qué es?, Causas, Síntomas y Tratamiento	-“Anorexia. ¿Qué es? Causas, síntomas y tratamiento”. https://www.youtube.com/watch?v=ybHfgSlziNc	Proyector, Computadora Televisión	5 min
Evaluación final de actitudes y conocimientos.	-Evaluación final de conocimientos, actitudes y valoración del cambio. Anotar en una hoja de color claro, 7 Factores de Riesgo que los padres puedan observar fácilmente, y 7 factores de protección que puedan implementar.	Hojas de Colores claros	25 min
Cierre del Taller	-Palabras finales: breve recapitulación de los temas expuestos, en el taller. Invitación a los padres, a que expongan los conocimientos adquiridos y con base en ellos, como proceder en sus casos particulares.		20 min

