

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***“ANOREXIA, UNA RESPUESTA ANTE LA PÉRDIDA DE
SENTIDO DE VIDA:
ESTUDIO DE CASO”.***

Autor: Patricia Salinas Arroyo

**Tesina presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
Magaly Huerta Rico**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ANOREXIA, UNA RESPUESTA ANTE LA PÉRDIDA DE SENTIDO DE VIDA:
ESTUDIO DE CASO”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

PATRICIA SALINAS ARROYO

ASESORA DE TESIS:

M.H.C.M.E. MAGALY HUERTA RICO

CLAVE: 16PSU0004J

ACUERDO: RVOE LIC 100404

MORELIA, MICH, ABRIL 2012

ÍNDICE

Índice	1
Resumen	4
Introducción	5
Justificación	8
Importancia del estudio	9
Capítulo I. Marco teórico	10
1. Trastornos de alimentación	10
1.1 Etiología de los trastornos de alimentación	11
1.2 Función de los trastornos de alimentación	12
1.3 Trastornos de la conducta alimentaria	12
1.3.1 Anorexia	15
1.3.1.1 Antecedentes históricos	17
1.3.1.2 Factores	19
a) Factores de riesgo	19
b) Factores precipitantes	19
c) Factores biológicos	20
d) Factores fisiológicos	21
e) Factores familiares	22
f) Factores sociales	22
g) Factores psicológicos	24
i. Autoagresión	25
ii. Sensación de ineficiencia	26
iii. Búsqueda de perfección	27
1.3.1.3 Tipos de anorexia	29
1.3.1.4 Fases de la anorexia	30
1.3.1.5 Síntomas	31
• Físicos	31
• Psicológicos	32
1.3.1.6 Consecuencias de la anorexia	34
1.3.1.7 Criterios diagnósticos	36
• Diagnóstico diferencial	37
• Indicios de anorexia	37
1.3.1.8 Índice de mortalidad	38
1.4 Significado de la comida	39
• La alimentación y los afectos	41

2	Familia y su relación con la anorexia	46
	2.1. Definición de familia	47
	2.2. Dinámica familiar	48
	2.3. Características de los padres	53
	2.3.1. Características de la madre	53
	2.3.2. Características del padre	54
3	La anorexia vista desde los diferentes abordajes psicológicos	56
	3.1 Psicoanálisis	56
	3.2 Cognitivo-conductual	57
	3.3 Sistémico familiar	59
	3.4 Transgeneracional	60
	3.5 Terapia psicocorporal	61
	3.6 Psicología humanista	65
	3.6.1 Autoestima	67
	a) Autoimagen	71
	• Imagen corporal	71
	• Insatisfacción corporal	73
	b) Autoconcepto	74
	c) Autoconocimiento	75
	d) Autoconciencia	76
	e) Autoaceptación	77
4	Sentido de vida	79
	4.1 Sentido del momento	82
	4.2 Sentido último	83
	4.3 Sentido del dolor	83
	4.4 Sentido del amor	85
	4.5 Sentido de los valores	86
	4.6 Logoterapia	91
5	Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe”.	93
	Capítulo II. Metodología	97
	2.1 Enfoque	97
	2.2 Tipo de Alcance	98
	2.3 Objetivo General	99
	2.4 Objetivos Particulares	99
	2.5 Planteamiento del Problema	99
	2.6 Preguntas de Investigación	100
	2.7 Supuestos	100
	2.8 Ejes Temáticos	101
	2.9 Técnica de Recolección de Datos	102

2.10 Participantes	110
2.11 Escenario	110
2.12 Procedimiento	110
Capítulo III. Resultados	112
3.1 Análisis de resultados por eje temático	112
3.2 Análisis general	124
Capítulo IV. Conclusiones	127
Capítulo V. Discusiones	129
Limitaciones y sugerencias	133
Referencias Bibliográficas	134
Anexos	

RESUMEN

En este proyecto de investigación se presenta el estudio de caso de una paciente atendida en el Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe” de la Universidad Vasco de Quiroga, la paciente es referida por la nutrióloga a psicoterapia con diagnóstico de anorexia.

“Anorexia: una opción ante la pérdida de sentido de vida”, tiene un enfoque existencial-humanista, buscando dar una perspectiva más integral y profunda del trastorno alimenticio, alejándose de las visiones lineales como puede ser la psicoanalítica o la conductista. Siguiendo los principios propuestos por el creador de la logoterapia, Víktor Frankl, se pretende explicar que el factor que favorece el desarrollo de la anorexia se encuentra en el vacío existencial. Enfocándose en la capacidad de la persona para trascender, fortalecer su autoestima e identificar sus recursos, de comunicar sus necesidades y emociones, se puede encontrar sentido a la existencia.

Palabras clave: Anorexia, sentido de vida, vacío existencial, logoterapia.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han aumentado los casos de anorexia, bulimia y otros trastornos alimenticios. Aunque las causas de estos desórdenes son múltiples, se consideran enfermedades con causas orgánicas desconocidas, expresadas como trastornos psicológico-afectivos y relacionados con condiciones y significaciones ambientales.

La investigación “Anorexia: una opción ante la pérdida del sentido de vida”; estudio de caso de una paciente del Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe”, con diagnóstico de anorexia, tiene como objetivo general conocer si el vacío existencial de una persona puede desencadenar en un trastorno alimenticio como la anorexia y qué factores influyen en el desarrollo de este. Entre los objetivos particulares de la investigación se encuentra, conocer los factores que hacen a una persona vulnerable a padecer un trastorno de alimentación, también se busca identificar si el sentido de vida y la autoestima con sus diferentes componentes como la autoimagen y el autoconcepto, son afectados por la historia de vida, las relaciones y la dinámica familiar.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades que tienden a aparecer durante la adolescencia y se manifiestan a través de la conducta alimentaria e incluyen una gama muy compleja de aspectos psicológicos y emocionales entre los que se encuentra una alteración o distorsión de la imagen corporal, hay un gran temor a subir de peso y la autoestima depende de la percepción de una buena imagen corporal. La persona que lo padece, le da mayor importancia a los aspectos superficiales y a lo exterior.

Existen varias teorías que tratan de explicar las probables causas que pueden dar origen a un trastorno de alimentación. Algunos autores mencionan que el origen del padecimiento son un conjunto de factores, como el contexto cultural, las características individuales y familiares. Pero siguiendo la línea de que la obsesión

con el cuerpo es sólo “la punta del iceberg”, de problemas emocionales profundos y de mayor magnitud, se buscó el origen en la misma existencia de la persona, el sentido de vida.

El nombre clínico de “anorexia nerviosa”, ausencia de deseo por comer debido a un desorden mental es más adecuado. Las personas con este trastorno no padecen una pérdida de apetito, sino experimentan un apetito que no pueden explicar.

Las personas con mayor riesgo de padecer anorexia son aquellas que se exigen logros muy altos, las perfeccionistas, las más brillantes, las que nunca han dado problemas en casa o escuela.

Entre los síntomas de la enfermedad se encuentra la amenorrea, estreñimiento, vómito, dientes manchados, puntos o manchas rojas alrededor de ojos, los síntomas psicológicos como el rechazo al alimento, la pérdida de apetito, hiperactividad, depresión, tendencia al retraimiento y una deficiente conducta social. La alteración en la percepción y de la autoimagen, el extrañamiento del cuerpo y la sobreestimación de la medida corporal son los síntomas más difíciles en el tratamiento de la enfermedad.

Las personas que padecen anorexia tienen una seria perturbación emocional, y los patrones de la forma de relación y comunicación familiar se encuentran involucrados en cierta medida.

La función que tiene la familia es de suma importancia, tomando en cuenta que la enfermedad está relacionada estrechamente con la autoestima, y ésta se forma en la niñez y quedará conformada casi exclusivamente por la calidad de las relaciones que establece la persona; generalmente la enfermedad se hace manifiesta cuando la autoestima del paciente se pone a prueba.

Los seres humanos somos una unidad. Podemos hablar de diferentes dimensiones: cuerpo, mente y espíritu. Pero al ser una unidad, asumimos que lo que ocurre en cualquiera de ellas afecta a la totalidad, sea en dirección de bienestar o malestar.

La concepción que tiene Víctor Frankl del hombre, como una unidad tridimensional: cuerpo-mente-espíritu, menciona que la dimensión física y mental están expuestas a enfermar, pero la espiritual en donde reside el sentido, la sabiduría, la fuente amorosa, los valores que surgen de la esencial de la persona, no. En esta dimensión aparecen los recursos necesarios para trascender las limitaciones físicas, emocionales y circunstanciales.

El sentido de vida es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Sin dicho soporte interno es más probable que la psique se vuelva más frágil y por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar (Frankl, 1999).

JUSTIFICACIÓN

Nuestra salud está relacionada con nuestro modo de vivir, con las condiciones de nuestro entorno sociocultural y ecológico y con nuestras interacciones. Tiene que ver con nuestra historia de vida, con nuestro presente y con nuestro proyecto de futuro. Está conectada con lo que hacemos, pensamos, sentimos y valoramos. Y es una dimensión como otros aspectos de nuestro vivir que en parte depende de nosotros (Moreno, 2010).

Los trastornos de alimentación fueron considerados primero como un problema de países ricos, un problema de la sociedad occidental que transmite un nuevo estereotipo de belleza, así como una jerarquía de valores basada en el individualismo, consumismo competencia y perfeccionismo. Con esta crisis de valores, el ser humano se olvida de él mismo y se enfrenta a un vacío existencial

En las últimas décadas se presenta cada vez con más frecuencia en los países subdesarrollados que han adoptado los modelos y valores de los países del primer mundo. Bruch menciona que “antes ninguno sabía nada acerca de la anorexia, cada uno era un inventor original del erróneo viaje a la independencia. En la actualidad, la mayoría ha oído hablar de la anorexia, antes o después de caer en la enfermedad, antes la enfermedad solía ser un logro de una chica aislada que había encontrado su propio camino hacia la salvación. Ahora es más una reacción de grupo”. Están presentes en todas las edades, clases sociales y culturales y el número de personas que la padecen está en aumento al igual que el índice de mortalidad.

Ya que es una enfermedad que es visible hasta que está en etapas avanzadas y la pérdida de peso y las consecuencias en la salud son casi irreversibles, es importante señalar y hacer énfasis en éstos factores que hacen vulnerable a una persona y la ponen en riesgo de padecer dicha enfermedad que puede desencadenar en la muerte.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Tomando en cuenta el aumento de los casos de anorexia, se busca dar soluciones y opciones para el tratamiento integral de la enfermedad, dando relevancia a factores que se ignoran por ser menos visibles, pero en los cuales se puede encontrar el origen de la anorexia, como es la falta de sentido de vida.

Es importante conocer los factores que influyen en el sentido de vida y como estos relacionados entre sí favorecen la aparición y mantenimiento de la anorexia.

Crear conciencia de la tendencia natural del ser humano para buscar el sentido de su vida, promoviendo la búsqueda de este y resignificando el sentido del dolor provocado por la enfermedad y lograr que la persona tome la responsabilidad de su existencia y autotrascienda.

Al enfocarse en el sentido de vida, se descentraliza la problemática de la anorexia, que es una enfermedad difícil de aceptar y esto dificulta su tratamiento. No se queda estancado en buscar una solución en agentes externos de la persona, sino en su propia existencia.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. Trastornos de alimentación

“El problema del cuerpo y de sus relaciones con la conciencia se ve a menudo oscurecido por el hecho de que se comience por considerar al cuerpo como una cosa dotada de sus leyes propias, y susceptible de ser definida desde afuera, mientras que la conciencia se alcanza por el tipo de intuición íntima que le es propia” (Jean Paul-Sartre, 1984).

Los seres humanos por nuestra condición de organismos biológicos, deberíamos mantener una relación natural con la comida. La ingesta regular de alimentos ricos en nutrientes y en cantidades adecuadas tendría que constituir un patrón de conducta universal entre hombres y mujeres (Aceituno, 2004).

Los trastornos de alimentación son enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan a través de la conducta alimentaria; sin embargo, incluyen factores psicológicos y emocionales entre los que se encuentra una alteración o distorsión de la imagen corporal, gran temor a subir de peso y la autoestima está sujeta a la percepción de una buena imagen corporal. El síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia como hacer dietas prolongadas, pérdida de peso; pero el origen de estos trastornos se podría explicar mejor a partir de una alteración psicológica como insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia buscando la perfección, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida, etc.

Los trastornos alimentarios se refieren a una variedad de trastornos, los principales son: anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia, comer compulsivo; estos tienden a aparecer durante la adolescencia porque en esta etapa la preocupación por el

aspecto físico aumenta debido a los cambios que transforman el cuerpo de niña a mujer, además del interés por ser atractivo para el sexo opuesto.

Papalia (2005) define a los trastornos de alimentación como comer en exceso y falta extrema de alimentos, menciona que son más comunes en las sociedades industrializadas donde el alimento es abundante y lo atractivo se identifica con la delgadez.

En este tipo de trastornos la comida adquiere un significado psicológico que va más allá de sus propiedades nutritivas, incluyen conflictos con el ejercicio y la imagen corporal. Están acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas, entre otros.

Víctor Frankl (1999 citado por Lemus, 2008) afirmó que las personalidades débiles padecerían más trastornos psicológicos ante la inanición que aquellas personas que tenían una estructura fuerte.

1.1 Etiología de los trastornos de alimentación

Existen varias teorías que tratan de explicar las probables causas de que se desarrolle un trastorno de alimentación, algunos factores como el contexto cultural, factores propios del sujeto como la genética y el género, la dinámica familiar, pueden predisponer a una persona a desarrollar algún tipo de trastorno alimenticio.

Raich (1994) menciona que hay un origen multicausal, es decir, que es necesario un conjunto de factores para que se pueda presentar el trastorno.

Para Crispo y cols. (1996) los aspectos socioculturales como la presión social por la esbeltez y la estigmatización de la obesidad, serían las causantes de la insatisfacción corporal.

1.2 Función de los trastornos de alimentación

Es muy útil pensar que la conducta está en función de algo o que está cumpliendo un trabajo. Costin (2002) menciona que los trastornos alimenticios son un esfuerzo por enfrentar, comunicar, defenderse e incluso resolver problemas.

Los síntomas de los trastornos alimentarios pueden ser una expresión y una defensa contra los sentimientos, las necesidades y la afirmación del yo que no han encontrado otra vía de salida: “Matarse de hambre” puede ser un intento de establecer un sentimiento de poder, valor, fuerza, contención y particularidad. Comer en forma compulsiva puede usarse para expresar consuelo o para acallar el dolor. Las purgas como una liberación fisiológica y psicológica “aceptable” de la ira o la angustia (Costin 2002).

El trastorno alimentario cumple la función de expresar, mitigar o de alguna manera, satisfacer las necesidades insatisfechas y compensar las carencias del desarrollo.

1.3 Trastornos de la conducta alimentaria

Dentro de las dos clasificaciones que existen sobre enfermedades mentales, CIE-10 y el DSM-IV, la primera agrupa los trastornos de la conducta alimentaria en:

1. Anorexia nerviosa
2. Anorexia nerviosa atípica
3. Bulimia nerviosa
4. Bulimia nerviosa atípica
5. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas
6. Vómito en otras alteraciones psicológicas
7. Otros trastornos de la conducta alimentaria: disminución psicógena del apetito y pica de origen orgánico en adultos

En otros apartados se encuentran:

- Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

- Dificultades y malos cuidados alimentarios.
- Anorexia o disminución del apetito sin especificar
- Pica en la infancia

En el caso del DSM-IV, la clasificación queda establecida:

- F50.0 Anorexia nerviosa (307.1)
- F50.2 Bulimia nerviosa (307.51)
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (307.50)

Anorexia nerviosa atípica: este término se utiliza para los casos que no cumplen con todas las características de la anorexia. Pueden fallar signos como la pérdida significativa de peso o la amenorrea, además no es debida a una etiología somática conocida.

Bulimia nerviosa atípica: se trata de cuadros de bulimia nerviosa en los que fallan algunos síntomas o signos principales que caracterizan al trastorno.

Hiperfagia: en alteraciones psicológicas: se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva.

Vómitos en otras alteraciones psicológicas: se le conoce también como vómito psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados y en el embarazo, en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes.

Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia: el niño rechaza los alimentos, presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a la persona encargada de cuidarlo habitualmente. Puede asociarse a la rumiación o mericismo. Debe descartarse una

enfermedad orgánica. No se debe confundir con los pequeños caprichos frecuentes en la infancia o las variaciones al alza o la baja de la alimentación. Si el niño tiene una tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes.

Rechazo alimentario: síntoma que puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas, una de esas patologías puede ser la anorexia nerviosa; en sus primeras etapas, el paciente no pierde el apetito pero rechaza la comida.

Pica o alotriofagia: la pica se trata de un trastorno de la conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas.

Rumiación o mericismo: se trata de un trastorno poco frecuente que aparece entre los tres y los doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado.

Potomanía: es una alteración no incluida en ninguna de las dos clasificaciones de enfermedades mentales. Se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. Se puede ver como síntoma, en personas con anorexia nerviosa en los que el objetivo de la ingesta es el de inducir saciedad.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado: la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (anorexia y/o bulimia nerviosa).

Trastorno por atracón: la ingesta de grandes cantidades de comida, sin tener apetito real, sino por “hambre emocional”, como le llaman los expertos. Este trastorno se caracteriza porque los comedores compulsivos ingieren a escondidas gran cantidad de alimentos altos en calorías, usualmente durante la noche, lo cual trae consigo consecuencias físicas y emocionales.

1.3.1 Anorexia

La anorexia es una enfermedad psicosomática que, a través de sus síntomas físicos y psíquicos provoca la muerte de más del 15% de las personas afectadas. Su aparición ocurre por regla general en la adolescencia, aunque hay excepciones en que ocurre en la pubertad o en edad adulta. Las personas con anorexia nerviosa adelgazan hasta el punto de inanición, perdiendo por lo menos 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias son temor por engordar, imagen distorsionada de sus propios cuerpos, la convicción de estar gordas a pesar de las pruebas de no estarlo.

Considerado primero como un problema de países ricos, es un problema de la sociedad occidental que transmite un nuevo estereotipo de belleza, así como una jerarquía de valores basada en el individualismo, consumo, competencia y perfeccionismo. En nuestra cultura, las relaciones con otro se viven por la relación a la comida, además de que es la primera conexión con el mundo.

Actualmente la anorexia se explica en función de la búsqueda del cuerpo perfecto, pero Jaramillo (2001) menciona que cuando se encuentra con el cuerpo de una anoréxica, se topa en realidad con algo más parecido a un esqueleto viviente.

El término anorexia viene del griego *an* (privación, falta de) y *orexís* (apetito); por consiguiente, significa ausencia de deseo de comer. Costin (2002) señala que al principio se usaba para describir la falta de apetito provocada por algún otro mal, en cuyos casos la persona en realidad no tiene hambre.

El solo término anorexia es insuficiente para el trastorno que comúnmente se designa con él. Costin (2008) considera que el nombre clínico “anorexia nerviosa”, ausencia de deseo de comer debido a un desorden mental es más adecuado. Sin embargo, Bruch (2002) menciona que el nombre de anorexia nerviosa tampoco es el más correcto, aunque las pacientes afectadas por esta dolencia dejan de comer, no se debe a la falta de apetito o a la pérdida de interés por la comida, al contrario, estas jóvenes están preocupadas por los alimentos, pero consideran que la disciplina

y la autonegación son sus mayores virtudes; la satisfacción de sus deseos y necesidades significa caer en una vergonzosa autoindulgencia.

Por su parte Jaramillo (2011) afirma que las personas con este trastorno no padecen una pérdida de apetito, sino experimentan un apetito que no pueden explicar, estar delgado tiene otros significados como tener el control de su propia vida, en lugar de perder el deseo de comer niegan sus cuerpos. El autor menciona: “la anorexia no es una falta de apetito, no se trata de un no deseo de comer, se trata, por el contrario de un deseo de nada; la mejor manera de abrir un hueco a su vida, una manera inédita de introducir un deseo propio en una cultura del bienestar, en donde todo viene del otro y el mercado da la posibilidad de acceder a todo, dejando una sensación de hastío”.

Comer es una necesidad de satisfacer el hambre y también una fuente de placer, que se asocia al afecto, al compartir, al nutrirse en muchos aspectos más allá de la nutrición física. La comida tiene una carga importante en el ambiente de la persona que desarrolla la enfermedad.

La información acerca del origen de esa enfermedad es abundante y sin embargo, parece incompleta ya que hay diversidad de teorías que pretenden explicar de manera absoluta el origen del padecimiento.

Los problemas de alimentación, no sólo tienen una estrecha relación con la comida, detrás de estos padecimientos se encuentra una serie de dificultades como: inadecuados hábitos alimentarios, miedo irracional de engordar, desequilibrios emocionales, autovaloraciones negativas, etc.

Deficiencias genéticas o de constitución, derivación de procesos orgánicos, resultado del desarrollo intrapsíquico, consecuencia del estilo de interacción y comunicación en la familia o como un problema sociocultural, son algunas de las explicaciones existentes de este padecimiento.

1.3.1.1. Antecedentes históricos

Marx: “El hambre que tiene un hombre del siglo XIX no es igual al hambre del hombre de las cavernas”.

Aunque la Anorexia Nerviosa comenzó a conocerse en la década de los años 60's, los casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempos bíblicos. El control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud.

Kaplan (1996) menciona que los historiadores médicos informan que a fines del siglo XIX sólo se contaba con descripciones esporádicas y aisladas de enfermedades semejantes a la anorexia: el caso de un buda que trataba de alcanzar la iluminación, en el siglo III; el de un joven príncipe que sufra de melancolía, en el siglo XI; el de una jovencita francesa, en 1613, que hizo ayuno durante tres años; dos casos descritos como “tisis de origen mental”, con emaciación, amenorrea, constipación, hiperactividad y pérdida del apetito, en 1689; varios casos en Inglaterra, a fines del siglo XVIII y el de una niña que murió por este trastorno, en Francia. Esta muerte fue atribuida a la influencia dañina de la madre.

Durante la edad media tardía, las mujeres siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que esto las ayudaba a desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos, era solo una forma más de autosacrificio.

Muchas mujeres del postmedievo se hicieron famosas por sobrevivir sin comer, pasaban largos años en cama, por lo general sufriendo de una parálisis histérica. En 1973 Bruch señaló que estas mujeres tienen más parecido con las mujeres histéricas de la actualidad, quienes dejan de comer, por el valor simbólico que le dan a la comida. En contraste con las mujeres de aquella época, las pacientes anoréxica modernas, tratan de negar o disimular su estado demacrado y fragilidad, manteniéndose muy activas durante el mayor tiempo posible.

Desde la antigüedad, se encuentran descripciones de una enfermedad que muestra una alta combinación de síntomas que se presentan en lo que Gull en 1874 denominó anorexia nerviosa, la clorosis, llamada también “enfermedad de mujeres jóvenes”. En 1922 la clorosis queda reducida a una forma de anemia y todos los demás componentes psicosomáticos de la antigua clorosis son absorbidos por las definiciones de anorexia nerviosa. (Lemus, 2008)

El caso de anorexia nerviosa que se considera el primero en la literatura fue el de una joven de veinte años tratada por Richard Morton en 1686 y descrito en su obra *Phthisiologia: or a Treatise of Consumption's* (Costin, 2002).

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association, pasan por alto los informes de Morton y consideran que Charles Lasegue en 1873 y William Gull en 1874 son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos sobre la anorexia nerviosa. La razón de esto, es que por primera vez en sus reportes se observa el aspecto más importante por el cual la anorexia nerviosa se distingue del ayuno de las mujeres que vivieron en épocas anteriores a 1850. Es decir, por primera vez se mencionaba el criterio central del diagnóstico que diferencia a la anorexia, de otro tipo de adelgazamiento: el miedo anormal a ser obesas a pesar de estar delgadas (Toro y Vilardell, 1987).

En 1885, Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa en un caso en el que trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día, mientras la revisaba, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de la cintura, la paciente confesó, que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder.

Lemus (2008) menciona que el número de casos y de publicaciones sobre el tema aumentó después de la segunda guerra mundial. Las publicaciones se han hecho con todo tipo de orientaciones.

Bajo la influencia de la psiquiatría, especialmente del pensamiento de Freud, se modificó el interés de la investigación psicosomática; ya no estaba en primer plano

las manifestaciones físicas, sino que tomaron mayor importancia sus contenidos psíquicos.

Finalmente, en el año 1980 se establecieron los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada del DSM-III en el año de 1987.

1.3.1.2. Factores

a) Factores de riesgo

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Toro y Vilardell (1987) consideran que la anorexia se compone por una gran diversidad de factores de todo tipo, que interactúan entre sí, condicionándose y potenciándose mutuamente. Muchos de estos factores hacen su aparición simultáneamente y se relacionan íntimamente entre sí, mientras que otros pueden no estar presentes, sin que esto evite el desarrollo de la enfermedad. Muchas veces, no es posible determinar si un factor es tal, es decir una causa o una consecuencia de la anorexia.

b) Factores precipitantes

Los eventos precipitantes o desencadenantes de la extrema pérdida de peso son acontecimientos que pueden ser considerados como estresantes para la persona, involucran cambios físicos y eventos sexuales como el inicio de la pubertad, separaciones de los seres queridos, entre otros.

Lemus (2008) menciona que es importante comprender que la enfermedad se gesta mucho tiempo atrás por varias causas y que el factor precipitante fue solo un disparador.

c) Factores biológicos

- **Género y edad**

La anorexia, aunque no es una enfermedad exclusiva del sexo femenino, se presenta con mayor frecuencia en este.

El papel sexual femenino está relacionado con los trastornos alimenticios. Comer en público y en grandes cantidades, es considerado en la mujer como vergonzoso e impropio, mientras que en los varones, los atracones son aceptados y hasta exhibidos, asociados a la masculinidad. En los hombres se inculca la búsqueda del volumen muscular, la obtención de una imagen de fuerza física, con tamaño y apariencia superior a la mujer para mostrar simbólicamente el poder sobre esta. Mientras que se nos ha hecho creer que, la identidad de una mujer está vinculada intrínsecamente a la percepción del cuerpo: la suavidad o aspereza de la piel, el pecho, la sexualidad, la maternidad, la crianza, las arrugas, el envejecimiento, son aspectos que las mujeres interiorizan como si fueran sus únicas señas de identidad. (Ventura 2002 citado en Plaza, 2010)

Las transformaciones del cuerpo femenino obligan a la mujer a centrarse en él; la llegada de la menstruación, la forma de vestir y de comportarse, son algunos de los elementos que se discuten, valoran, promueven y critican desde edades muy tempranas. La mujer se identifica con ella misma a través de su cuerpo.

Se siente atrapada entre diferentes imágenes a menudo contradictorias: ser madre, mujer objeto, rol de hombre, provocando la imposibilidad de adaptación a un contexto sociocultural que le permita realizarse en todos los niveles y sentirse satisfecha.

La etapa más crítica para que aparezca este tipo de trastorno es la pubertad y la adolescencia; ya que es cuando el cuerpo evoluciona de niña a mujer y se presenta un rechazo más fuerte hacia su propio cuerpo. Mientras que la maduración física de los varones incluye desarrollo de músculo y tejido sin grasa, las niñas experimentan ganancia de peso en la forma de tejido graso. Wilson (1996 citado en Ligia, 2007) menciona que la tarea de integrar los cambios en la autoimagen puede ser especialmente difícil para quienes se desarrollan tempranamente, además de un

crecimiento mayor a comparación de su grupo, que puede llevar a la dieta, la reacción de los padres ante esta situación juegan un papel importante, ya sea que reaccionen con preocupación y sobreprotección ante el desarrollo sexual temprano de su hija, o le proporcionen libertad para enfrentarse a experiencias para las que puede no estar preparada cognitivamente y/o emocionalmente.

d) Factores fisiológicos

- **Factores genéticos**

Algunos estudios sugieren que la genética contribuye en aproximadamente un 50% para el desarrollo de un desorden alimenticio y que la anorexia nerviosa comparte este riesgo genético con la depresión.

- **Factores neurobiológicos**

Existe una fuerte correlación entre el neurotransmisor serotonina y el estado de ánimo, el sueño, el vómito, la sexualidad y el apetito. La anorexia está relacionada con una perturbación de la serotonina, particularmente a niveles altos en áreas del cerebro relacionados con la ansiedad, el estado de ánimo y el control de los impulsos.

Otros factores biológicos que se consideran potenciadores de la anorexia son una cantidad extraña de opiáceos endógenos, que son descargados en condiciones de inanición y promueven una adicción al estado de hambre; niveles reducidos de norepinefrina y serotonina, que permanecen aun después de recuperar el peso; un nivel elevado de cortisol en la sangre, que es un estimulante potente en la respuesta a la alimentación. Esta anomalía se deriva de un desequilibrio en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, y las perturbaciones comienzan antes de que la malnutrición severa ocurra y permanece como problema después del aumento de peso (Henríquez, 2005; Ligia, 2007).

e) Factores familiares

Algunos investigadores consideran la dinámica familiar como causa posible de la anorexia. El terapeuta familiar Salvador Minuchin y sus colaboradores postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Hay características predominantes en las familias que tienen una hija anoréxica, y los patrones de interacción familiar llevan a que los síntomas de la hija tengan un rol central en la evitación del conflicto que se encuentra en la familia, y en el mantenimiento de un aparente equilibrio dentro de ésta. La teoría de sistemas familiares, considera el síntoma del paciente como un mecanismo homeostático para mantener el equilibrio y la estabilidad familiares.

El riesgo de desarrollar un trastorno de este tipo puede incrementarse si en la familia existe preocupación por el peso, la imagen, las dietas, viendo en estos una forma de evaluarse y como algo que se puede y debe controlar.

f) Factores sociales

Los factores sociales son aquellos que facilitan y refuerzan la anorexia. Lemus (2008) menciona entre estos factores, la importancia y el estereotipo de la delgadez y las frecuentes campañas contra la obesidad. Esta última es considerada por el Instituto Mexicano del Seguro Social como la principal causa de muerte de mujeres, además de que México ocupa el primer lugar mundial de obesidad infantil.

Los estudios socioculturales hacen hincapié en el papel de los factores culturales en el desarrollo de la anorexia; la promoción, especialmente a través de los medios de comunicación, de la delgadez como figura ideal femenina, sinónimo de dominio corporal y autocontrol.

La “cultura de la delgadez” viene a ser un valor positivo, una meta, un modelo corporal, un criterio central de evaluación. Ser delgada es considerado sinónimo de triunfo, tener éxito. La identificación e interiorización de estos valores pueden significar una gran presión.

La adolescencia es la etapa en la que la persona aprende sobre su propia identidad, adquiere nuevas pautas conductuales, cognitivas y emocionales de su medio social. La aprobación social proviene de sus iguales, y compartir los valores del grupo se relaciona a la autoestima. Aceptar el cuerpo se condiciona a los criterios del grupo, que a su vez están determinados por modelos sociales. Los jóvenes se enfrentan a muchas elecciones mientras crecen, pero el cuerpo y el volumen de éste no está entre ellas, y aquí aparece la frustración, si no se amolda a los deseos y esperanzas. El peso significa alejarse del modelo vigente e interiorizado, exponerse a la desaprobación del grupo, y demostrarse autocontrol insuficiente (Henríquez, 2005 citado en Ligia, 2007).

Muchos autores señalan el papel que tiene de los medios de comunicación al difundir y promover contenidos a favor de la apariencia. La publicidad proporciona prototipos, figuras humanas ideales para admirar, imitar o con que identificarse.

Herrero (2005) señala que los contenidos habituales de la prensa dirigida a las mujeres abarcan los sentimientos, la moda, la belleza y la salud. En los anuncios de productos aparece una mujer frágil, delgada, guapa y desnuda total o parcialmente. En moda se utilizan modelos de una extrema delgadez, pálidos y desvalidos. En general, los estereotipos de mujer predominantes en las revistas dirigidas a mujeres la presentan preocupada por el cuerpo y por la moda, como un objeto sexual, como madre, romántica, etc.

En los últimos años, el incremento del uso del Internet ha permitido a las personas con anorexia y bulimia contactar y comunicarse entre ellas, compartiendo información de dietas, consejos para mitigar el hambre y engañar a sus familiares, todo esto en sitios web conocidos como “pro-Ana y Mía” que defienden su ideología argumentando que la anorexia es un modo de vida libremente elegido.

Los medios de comunicación actúan como un agente que refuerza y divulga determinadas creencias y valores tradicionales sobre mujeres y hombres como reflejo de las normas sociales. Estos factores no desarrollan el trastorno en sí mismo,

pero si crean las condiciones para que se manifieste en personas predispuestas, es la propia inseguridad lo que tal vez lleva a someterse a las exigencias de los modelos impuestos por la sociedad.

La aceptación o rechazo de los mensajes publicitarios dependen de un complejo proceso de toma de decisiones en el que los factores psicológicos y sociales que conforman su vivir cotidiano van a ser determinantes para la interpretación del mensaje. Respecto a esto Carrillo (2003; Herrero, 2005) afirma “Es fácil echar la culpa a la publicidad de la aparición y auge de los TCA cuando los factores desencadenantes se centran fundamentalmente en elementos de tipo personal, familiar y social. Los TCA, son un grito ante los roles que hay que desempeñar en la vida para triunfar. La publicidad no es la causa de que la sociedad en la que vivimos sea de una o de otra manera, sino que es el reflejo de los valores sociales que hoy vencen como pautas por seguir”.

g) Factores psicológicos

En las personas que presentan un trastorno alimenticio frecuentemente se encuentra una autoestima con sentimiento de poca valía y sensación de vacío, existe la necesidad de distracción, pensamiento dicotómico, búsqueda de perfección y deseo de ser especial, necesidad de control y de poder, además de presentar dificultades para expresar sentimientos (Costin, 2002).

Para Lemus (2008) la pauta principal de la anorexia nerviosa se reconoce como un deseo de control, de sentido de identidad y de efectividad con una búsqueda implacable de la delgadez.

Las anoréxicas están sobreinfluenciadas por el rol femenino, son extremadamente complacientes con los demás y han perdido su identidad.

Lofrano (1996) considera que la personalidad de las anoréxicas es más ansiosa e introvertida, presentan descontrol de sus emociones, evitación e inconformidad social. También se encuentra el sentimiento de depresión, una visión del túnel de su

situación, insatisfacción con su apariencia física así como por su forma de ser y de relacionarse con los demás, sentimiento de soledad y de estar condenado a estos comportamientos.

Quienes padecen anorexia nerviosa parece que carecen de autoestima, se juzgan con mayor precisión y dureza. Tienen una escasa flexibilidad cognitiva, siendo incapaces de cambiar modelos pasados de pensamiento. Su atención parece enfocarse en los conceptos relacionados con el cuerpo y la figura.

i. Autoagresión

La autoagresión es un factor psicológico que se encuentra en las pacientes anoréxicas que se dejan morir de hambre, dañando deliberadamente su cuerpo. Según Walsh y Rosen (1988; en Rodríguez C, 2002) los trastornos de alimentación serían partes del espectro de las conductas de automutilación.

Suyemoto y McDonald (1995; en Rodríguez, C.2002) concluyen que las autolesiones son el resultado de un proceso de aprendizaje, reflejo de un sistema familiar disfuncional, una manera de reemplazar el suicidio, un intento de hacer frente a conflictos sexuales y a la maduración, un modo de expresar emociones o de controlar las necesidades afectivas, un medio de poner fin a la despersonalización o una tentativa de establecer límites psicológicos entre uno mismo y los demás.

Los síntomas que se presentan en la anorexia expresan también un ataque agresivo hacia los padres frustrantes y una manera de pagar las culpas.

De todos los contenidos existentes en las páginas de Internet a favor de la anorexia y la bulimia, los más llamativos e incomprensibles son los relativos a las llamadas técnicas “pro-SI (self-injury)”. Estas técnicas tienen como objetivo enseñar a las jóvenes a infringirse distintos grados de dolor, con el objetivo principal de quemar calorías y controlar la propia voluntad. Según estas páginas, el dolor puede utilizarse para alcanzar diversos objetivos:

- Reforzar masivamente la voluntad y autocontrol: se utiliza para desplazar la atención hacia el mismo dolor y así no pensar en la angustia de no poder comer.
- Activar el funcionamiento general del organismo, con la creencia que si dañan una parte de su cuerpo, ésta reduce su volumen a causa del dolor, lo que llaman “transferir masa” de un lugar a otro de su cuerpo.

Existe un impulso agresivo contra el propio cuerpo que se acerca a la autodestrucción. Las dietas de la anorexia son muy bajas en calorías y desequilibradas ya que carecen de los nutrientes que necesita el cuerpo para realizar las actividades diarias y ponen en peligro la vida de la persona.

ii. Sensación de ineficiencia

El sentimiento de ineficiencia parece estar en contraste a todo el desarrollo temprano que ha sido libre de dificultades y problemas.

Este sentimiento de ineficiencia surge de la inseguridad sobre sus propios recursos como de confianza en sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.

Mara Selvini, Hilde Bruch y Salvador Minuchin, (Lemus, 2008) conciben el sentido de ineficiencia como resultado de un patrón transaccional entre madre e hijo deficiente en la confirmación de conductas iniciadas por la niña.

Los padres que no escuchan, reconocen, validan y responden debidamente hacen difícil que el niño aprenda a validarse, dudando de sus propias habilidades y capacidades para enfrentarse a los retos que la vida le va presentando y generando en él un sentimiento de ineficiencia y vea el mundo como un lugar amenazante. Rogers (Alonso, 2006) afirma que “la misión más importante que tienen los padres es la de facilitar a sus hijos su desarrollo como personas, respetando su capacidad para realizar su vida personal autónomamente”.

Salvador Minuchin (Lemus, 2008) señala que la negativa a comer es una forma de autoafirmación contra su propio convencimiento de que siempre y constantemente han cedido y han hecho lo que los demás querían, y que también en el futuro se le obligará a que siga cediendo.

Como está acostumbrada a buscar en la mirada de sus padres lo que se espera que ella sea, la anoréxica no cree en sí misma ni tiene un sentido firme de su propia individualidad. Kaplan (1996) menciona que la anoréxica se percibe como “una página en blanco, como un trozo de material con el cual las otras niñas pueden modelar el tipo de amiga que desean, una amiga simpática y buena, con los gustos, aversiones y vestimentas apropiados. Con cada nueva amiga adquiere una nueva identidad”.

Se sienten actuando en respuestas a demandas que vienen de otras personas y situaciones, no haciendo lo que ellas quisieran, y con la necesidad de complacer por miedo a no ser suficientemente buenas. La duda de no estar satisfaciendo las expectativas de los demás las hace vivir en una angustia constante, por el temor a no ser querida ni reconocida, se esfuerzan enormemente en satisfacer a los demás y en no mostrar nunca señal alguna de descontento que pudiera ocasionar enojos. Se ha preocupado más por fingir ser lo que los demás esperan que sea.

iii. Búsqueda de perfección

Otro rasgo importante en la personalidad de las anoréxicas es el grado de exigencia con ellas mismas, no sólo luchan por verse bien en el espejo y tener un cuerpo perfecto, sino que son aquellas que se exigen logros muy altos, las más brillantes, las que nunca han dado problemas en casa o escuela, son las amigas más entregadas y nunca se olvidan de un cumpleaños; como parejas son las más devotas, fieles y comprensivas, todo esto antes de ser completamente absorbidas por la enfermedad y quedar ensimismadas. Quieren ser las mejores en lo que hacen. “...Y un día algo se quiebra en su interior perfeccionista y exigente y empieza un proceso de autodestrucción” (Herrero, 2005).

“Los cambios de rutina, las situaciones embarazosas, las decepciones, los reproches, los rechazos, los desaires o un comentario bromista sobre su aspecto han de tener una influencia decisiva, un efecto catalítico sobre una niña hipersensible, en extremo ambiciosa y perfeccionista” (Kaplan, 1996).

Para Peter (2007) el perfeccionismo se concreta en una dinámica expansiva y compulsiva de corregir y modificar lo incorrecto; desencadena una necesidad de perfeccionar lo imperfecto, de corregir lo defectuoso.

El perfeccionismo no provoca solamente una distorsión cognitiva en la manera de percibir la realidad, sino que dicha percepción se ve reflejada en la sensación de inadecuación, y da pie a una excesiva necesidad de controlar el espacio, el tiempo, el mundo personal e interpersonal.

El perfeccionista se desorienta de su propia realidad, pierde la dirección hacia sí mismo. No aceptarse a causa de los errores, de las imperfecciones y limitaciones existenciales, equivale a desorientarse y a extraviar, por consiguiente, el sentido de la vida y el mismo sentido del ser (Peter, 2007).

El alto grado de perfeccionismo les impide llegar a acercarse a ese ideal, siempre encuentran algún defecto. La sensibilidad para detectar los kilos de más pone al descubierto la obsesión de que siempre falta algo para alcanzar una imagen perfecta. “Las mujeres caen una y otra vez en regímenes que las hacen sufrir porque tienen que pagar el precio de su imperfección”. La lucha por alcanzar una imagen imposible las enfrenta a una desilusión, porque no llegar a ser como se quiere”. No es raro que una vez alcanzado el peso deseado, un impulso incontrolado empuje a comer más, como si desde dentro algo empujara a volver a tener una imagen que no gusta, o a castigarse por no alcanzar lo que se perseguía.

Herrero (2005) señala que someterse a un régimen constituye una forma de intentar dominar las pulsiones, pero someter al sexo femenino a una imagen cada vez más escuálida es una manera de someter sus ansias de libertad, y la libertad sólo es posible si se puede disfrutar de la vida y no si se tiene que estar pensando qué

puede y qué no puede comer. Menéndez afirma que quizá porque es más fácil controlar las calorías de los alimentos que la temperatura de los afectos.

Por su parte Kaplan (1996) señala que la dieta comienza como parte de una resolución de convertirse en una persona mejor, una persona fuerte y autosuficiente, una persona admirada, superior. “En pocos meses la chica ha pasado de un simple régimen a un semiayuno. Está en camino hacia la emaciación. Para cuando haya rebajado los primeros diez o quince kilos, el ayuno se habrá convertido en el dueño de su vida. Una vez que se pone en marcha, nada puede disuadir a la anoréxica de su búsqueda de la perfección”.

El perfeccionismo, según el enfoque de la Terapia de la imperfección es una vida vivida a la defensiva, listo para enmendar, enderezar y remediar, para controlar todo.

Para Peter (2007) el empeño por repararse, solucionar su drama interior, y corregirse para sentirse arreglado, lo que básicamente se quiere retocar y corregir es la existencia misma.

La perfección no es un sinónimo de delgadez, ni una meta a la que se llega dejando de comer o vomitando. Es una forma de aceptar lo que somos y de lo que los demás son. La imperfección es algo inherente al ser humano.

1.3.1.3. Tipos de anorexia

Carolyn Costin (2002) menciona que en la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos:

- Anorexia nerviosa de tipo restrictivo, en el que la pérdida de peso se consigue con una dieta rigurosa y ejercicio intenso sin recurrir al vómito y al uso de laxantes.
- Anorexia nerviosa de tipo compulsivo-purgativo o bulímica, en que se hace uso de laxantes y se provoca el vómito para perder peso aun cuando se haya ingerido poco alimento. En este tipo se presentan ataques de bulimia con

cierta regularidad. La enferma puede comer en un lapso de tiempo muy corto cantidades enormes de comida e inmediatamente después vomitar.

Kaplan (1996) menciona que hay versiones atípicas de anorexia, que se presentan sin ningún otro trastorno físico o psíquico de gravedad. Estas por lo general son consecuencia de un descontrol en el ascetismo dietético o las huelgas de hambre restrictivas que a veces ponen en práctica los adolescentes, y son relativamente fáciles de revertir a corto plazo.

Recalcati (2003, citado por Contreras, 2008) habla de dos tipos de anorexia: la anorexia psicótica (“dura”) y la anorexia histérica (“blanda”). La primera se refiere a la búsqueda de reducir el deseo a “nada”, se identifica a un objeto desechado y residual, su único apetito es el de muerte. La segunda conlleva un rechazo al alimento como forma de perseverar el propio deseo, lo que constituiría un llamado al otro.

1.3.1.4. Fases de la anorexia

Casper y Davids (Lemus, 2008) proponen tres fases por las que pasa una persona anoréxica:

- La primera fase se caracteriza por factores precipitantes, meses o incluso años antes de empezar la pérdida de peso, ponen a prueba la débil autoestima de la persona, junto con sentimientos de poco poder y soledad. Más preocupados por sí mismos y más conscientes de su desarrollo físico y apariencia.
- En la segunda fase se sienten aliviados y más felices una vez que han podido reducir su consumo de alimento y bajar de peso. Existe un miedo irracional a la comida. No se sienten anormalmente delgados y consecuentemente no hay necesidad de subir de peso.
- En la tercera fase se necesita hospitalización. La indiferencia del paciente a los cambios corporales se extendía a todos los síntomas secundarios de la

malnutrición. Los efectos son tan severos, que reconocen que algo anda mal, aunque insisten que no son demasiado delgados.

1.3.1.5 Síntomas

La sintomatología es muy variada y confusa debido a que no todos los pacientes presentan todos los síntomas típicos de la enfermedad. Lemus (2008) señala que hay casos de personas que a lo largo de su enfermedad nunca han hecho uso de laxantes, mientras que, en otros, el uso de éstos es cotidiano. La mayoría de los pacientes no pierden el apetito, pero se abstiene de comer mientras que otros lo pierden casi totalmente.

- **Físicos**

La pérdida de peso es uno de los síntomas físicos más significativos de la enfermedad, a pesar de que no es de los primeros en manifestarse hasta que se encuentra más avanzada. Los trastornos endocrinos y vegetativos, hipotonía, hipotermia, bricardia y disminución de la frecuencia respiratoria; son vistas como consecuencias de este síntoma.

Los pacientes se niegan rotundamente a tomar cualquier clase de alimento o toman solo bocados de aquellos alimentos que consideran bajos en calorías. Si llegan a ser obligados a comer recurren al vomito auto provocado.

Muchos pacientes divulgan su apariencia de extrema delgadez y no pierden oportunidad de mostrar al mundo que delgados son, otros la disimulan usando ropa holgada para engañar especialmente a la familia.

Amenorrea es la ausencia de menstruación o retraso fue el primer trastorno endocrino descubierto y estudiado.

En estudios realizados por Gifford, Murawski y Pilot en 1970 (Lemus, 2008), la amenorrea tenía una relación variable al estado nutricional: usualmente los periodos menstruales cesan mucho tiempo antes de que la pérdida de peso sea notable.

La amenorrea significa un rechazo absoluto a la feminidad y a la sexualidad, para Kaufmann (citado por Lemus, 2008) la ausencia de la menstruación se da para eliminar la función genital adulta.

Estreñimiento y vómito Las personas que padecen anorexia presentan rasgos obsesivo-compulsivos. Tiene diferentes significados para cada paciente, uno inconsciente es el de control.

El vómito, a veces acompañado de náuseas, siendo espontáneo o autoinducido es empleado como un arma potente de venganza contra la alimentación forzada. También se recurre a él y al uso de laxantes y lavativas para evitar la sensación de pesadez.

Las pacientes tienen los **dientes manchados** por el ácido estomacal, la faringe se irrita y en ocasiones el esófago se desgarran.

Los **puntos o manchas rojas alrededor de ojos** y en la parte baja de la espalda por el rompimiento de vasos sanguíneos en el esfuerzo de vomitar.

- **Psicológicos**

El **rechazo al alimento**, es el síntoma más llamativo en la anorexia, el adelgazamiento que llega con frecuencia a amenazar la vida del paciente al formarse un edema de hambre debido al rechazo del alimento. Este rechazo es el síntoma central.

La **pérdida de apetito**, es un síntoma que con frecuencia no está presente al inicio de la enfermedad. El promedio de pérdida de peso reportado al ingreso en las clínicas es de 13 a 18 kilos o un peso por debajo del 85% esperado en una tabla de normalidad con base en la edad y la estatura (Lemus, 2008).

El afán de movimiento y la **hiperactividad** motora, se considera como una expresión directa del hambre insatisfecha. En contraste a la actitud de flojera de personas que han sido privadas de comida, la anorexia es caracterizada por una sensación

subjetiva de no estar cansada y querer estar haciendo cosas. Se agregan trastornos en el ritmo de sueño-vigilia, pensamientos y manejos obsesivos, sobre todo una extenuante actividad deportiva en la mayoría de los pacientes.

Depresión, el mecanismo principal de esta depresión parece ser el enojo hacia uno de los padres, con mayor frecuencia hacia la madre. El enojo es devuelto contra sí mismo, ya que el coraje es demostrado abiertamente podría conducir a un mayor rechazo y otras formas de represalias. Los síntomas son utilizados como venganza y para obtener atención, están cargados de culpa, mientras que al mismo tiempo el sufrimiento se vive como un autocastigo expiatorio.

Tendencia al retraimiento y una deficiente conducta social. El interés en la sexualidad y en la madurez corporal parece no existir en muchos de estos pacientes. El noviazgo y el contacto sexual no les resultan deseables aun cuando tengan novio.

El uso de laxantes, lavativas y el vómito provocado, son interpretados por un ritual bizarro de purificación para negar la sexualidad. (Lemus, 2008). La interpretación psicoanalítica de este síntoma es que los problemas de la adultez no pueden ser manejados por la constante preocupación por los problemas de comida.

Observaciones hechas por Nemiah, Selvini, Bruch, etc.; muestran que son personas **inmaduras, infantiles, emocionalmente frías**, no establecen un buen contacto con los demás y rechazan el contacto físico. Kaplan (1996) menciona que son personas solitarias y aisladas, reservadas, pretenciosas, evasivas, insinceras y astutas.

Algunos autores mencionan que existe un sentimiento de envidia y coraje hacia las demás mujeres.

Se presenta una **alteración en la percepción**, que se ve reflejado en la forma como perciben su cuerpo, a pesar de ser extremadamente delgadas, se perciben gordas. El espejo y la báscula son sus peores enemigos. No reconocen la sensación de hambre y niegan la fatiga.

Se afirma que el impedimento para el desarrollo de una correcta percepción de los propios estímulos internos es el control que la madre ejerce en las acciones, decisiones y ritmos desde que era niña.

La **alteración de la autoimagen**, es una característica clínica central ya que de este síntoma depende, en gran parte, tanto el diagnóstico como el pronóstico y el tratamiento.

La enferma tiene la sensación de control de su vida y su entorno con su negativa a comer. Tiene experiencias corporales aberrantes como **extrañamiento del cuerpo**, insensibilidad de estados corporales y vulnerabilidad de intrusiones externas (Lemus, 2008).

La **sobreestimación de la medida corporal** está correlacionada con la negación de la enfermedad y con inmadurez psicosexual.

1.3.1.6. Consecuencias de la anorexia

Crispo y cols. (1996) mencionan las consecuencias que tiene este padecimiento:

El gasto energético se encuentra disminuido como respuesta a la baja ingesta de calorías. El cuerpo quema lo mínimo para que le queden reservas.

La temperatura también se encuentra reducida como resultado de la disminución del gasto energético, el cuerpo en el intento de economizar la poca energía que le queda, disminuye también la temperatura corporal porque esta disipa la energía en forma de calor.

En el aparato cardiovascular es muy frecuente la disminución de las pulsaciones cardiacas (braquicardia) y de la presión arterial (hipotensión).

Las paredes del corazón disminuyen su grosor, en especial el ventrículo izquierdo y es posible que aparezcan arritmias cardiacas provocadas por el déficit de determinados nutrientes como calcio, potasio y magnesio.

La piel se encuentra áspera, seca y quebradiza, también como consecuencia de los déficits nutricionales, y fría como efecto de la disminución de gasto energético.

Las extremidades suelen estar frías y con frecuencia color violáceo, debido a las alteraciones circulatorias. Puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos y plantas de los pies, esto se conoce como hipercarotinemia. En espalda, brazos y mejillas aparece un vello finito y largo, lanugo.

Las consecuencias en el aparato digestivo son:

Estómago: es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de calcio, potasio y magnesio. Se presenta una sensación de saciedad precoz.

Es muy común en una persona que vomita la aparición de *gastritis*, debido a la pérdida del moco que protege la mucosa gástrica del ácido clorhídrico. En ocasiones pueden producirse vómitos de sangre.

Intestino: también se encuentra disminuida la motilidad. Se favorece la aparición de estreñimiento pertinaz.

En el aparato genital hay ausencia de menstruación (amenorrea), con niveles bajos de estrógeno, se debe no solo a la pérdida de peso, sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso.

La infertilidad: puede ocurrir como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.

El sistema óseo se ve afectado por la disminución de calcio en los huesos, generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas (osteoporosis). Esto es agravado por la dificultad de fijación del calcio en los huesos como consecuencia de la baja producción de estrógenos.

En el tejido celular subcutáneo se presentan:

Edemas: es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo, se produce por un aumento en la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la insulina en los túbulos renales durante la realimentación. Aparecen generalmente en piernas y pies.

Sangre: es frecuente la aparición de anemia por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerza, también es frecuente el aumento de colesterol (hipercolesterolemia).

1.3.1.7. Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV; APA, 1995) clasifica este trastorno dentro de grupo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, junto con la bulimia y el comer compulsivo.

Criterios DSM IV

- a. Negativa a conservar el peso corporal en el mínimo normal, o arriba de ese, de acuerdo con la edad y la estatura (por ejemplo, perder peso hasta alcanzar un nivel inferior al 85% del peso esperado o no llegar a los parámetros normales durante la etapa de crecimiento y mantener un peso inferior al 85% del esperado).
- b. Mucho miedo a subir de peso o engordar, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
- c. Distorsión en la forma en que se experimenta el peso o la forma corporal en la evaluación de uno mismo o negación de la gravedad del bajo peso actual.
- d. En la mujeres en edad de menstruar, amenorrea (por ejemplo, ausencia de cuando menos tres ciclos menstruales consecutivos) se considera que una mujer padece amenorrea si solo menstrúa cuando se le administran hormonas.

- Tipo restrictivo: en el cuadro actual de la anorexia nerviosa, la persona no ha caído en la conducta de atiborrarse de comida y purgarse con regularidad (por ejemplo, mediante la inducción al vómito o el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo comedor compulsivo que recurre a la purga: en el cuadro actual de anorexia nerviosa, la persona ha caído en la conducta de atiborrarse de comida o purgarse (por ejemplo, mediante la inducción al vómito o el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).

- **Diagnóstico diferencial**

Padilla (2001) hace énfasis en distinguir entre la anorexia nerviosa, de aquella anorexia que se da continuamente con alguna enfermedad como la indigestión, gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así como distinguirla de la posible anorexia que se puede desarrollar a raíz de psicopatología severa, como en algunos casos de esquizofrenia.

Otras enfermedades físicas y psíquicas a considerar en el diagnóstico diferencial de la anorexia son: tumores cerebrales, carcinoma enfermedad de Simmonds, enfermedades de Sheeban, enfermedad de Addison, hipertiroidismo, esclerosis múltiple, lupus, anemia, desnutrición, diabetes, lesiones del neoplasma, tuberculosis, desnutrición ansiosa, histeria de ansiedad, depresión psicótica, ansiedad fóbica, esquizofrenia y trastorno bipolar.

Es por eso que deben descartarse las posibilidades del padecimiento orgánico y poner atención al desarrollo psicológico antes de determinar un diagnóstico definitivo

- **Indicios de anorexia**

- Restricción de la alimentación, evitando cierto tipo de alimentos considerados calóricos.

- Evitación de comidas familiares, argumentando que tiene que estudiar, que le duele la cabeza o el estómago o que ya ha comido fuera.
- Las cantidades de alimentos son cada vez más pequeñas.
- Aumento de la actividad física, deporte y estando siempre activa. La pérdida de peso empieza a ser aparente y no existe una causa concreta que lo justifique.
- Elevado conocimiento de los alimentos, su valor nutricional, sus calorías, etc.
- El humor empieza a cambiar. Se irrita con facilidad. Alterna cambios de ánimo que van de la depresión a la euforia.
- Desea preparar la comida y cocina para toda la familia.
- Juega con el plato y desmenuza los alimentos.
- Nunca reconoce que está adelgazando, y asegura que está gorda/o.
- Duerme poco y su capacidad de concentración disminuye.
- Se aísla cada vez más de la familia y de los amigos.
- Niega incesantemente que tenga un problema con la alimentación.

1.3.1.8. Índice de mortalidad

La anorexia es una enfermedad que inicia silenciosamente, con síntomas que por lo general no son percibidos a tiempo por la familia, de manera que cuando la pérdida extrema de peso es descubierta, la enfermedad ha avanzado a un grado que complica aún más el tratamiento y en ocasiones es demasiado tarde.

Es uno de los trastornos más difíciles de tratar medicamente. La anorexia nerviosa después de mucho sufrimiento puede provocar la muerte o convertirlas en personas impedidas para el resto de su vida.

Esta severa malnutrición tiene un índice de mortalidad más alto que todas las enfermedades psiquiátricas.

Según la página de Internet de “Eating Disorders México”, la anorexia nervosa es por sí sola la enfermedad de más alta mortalidad a nivel mundial dentro del campo de la salud mental, cobrando la vida del 5 al 20% de las personas que la padecen. Del 2 al 5% de las mujeres entre los 12 y los 25 años tienen un trastorno de la alimentación que requiere de tratamiento.

La alta mortalidad en la anorexia nerviosa refleja problemas psicodinámicos mayores, tales como identidad confusa, pobre autoestima, autoimagen distorsionada y miedos exagerados a la autonomía.

1.4. Significado de la comida

El acto de la alimentación es una actividad relacional del ser humano, de tipo simbólico, y no sólo como una fuente de nutrientes para la supervivencia del organismo (Contreras, C. 2008).

La comida es mucho más que las sustancias que pueden promover la salud o desencadenar una enfermedad, Ogden (2005) afirma que incluye también una multitud de significados, comprender por qué las personas comen lo que comen requiere entender esos significados.

Algunas investigaciones psicológicas destacan que el aprendizaje, las creencias y cogniciones son variables para determinar la elección de las comidas.

La comida tiene un complejo conjunto de significados, en 1973 Tod Hunter (Ogden, 2005) menciona que “es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales.

Simboliza la fuerza, la salud y el éxito. Es un medio de placer y gratificación personal y un alivio del estrés”.

La comida también actúa como medio de comunicación entre los individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural.

Como afirmación del yo, la comida facilita la información sobre la identidad personal y actúa como comunicación de necesidades internas y conflictos internos. El significado que tiene para cada persona está ligado a la identidad de género y a la idea de ser mujer, por ser ésta quien alimenta, “la comida es el medio por el que las mujeres demuestran su amor y preocupación por sus hijos, amantes, maridos, y amigos. Ocuparse de la preparación de la comida es un acto de amor” (Lawrence, 1984 citado por Ogden, 2005)

Fieldhouse (1986; Ogden, 2005) menciona la asociación que existe entre la comida y el sexo, y destacan la semejanza biológica entre las dos actividades por tratarse de “un impulso básico para la supervivencia”. Por su parte Fiddes, citado por la misma autora, afirma que el sexo y la comida perpetúan la vida, “ambos pueden ser placenteros y ambos implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales”.

La comida comunica aspectos relacionados con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación, es una declaración de autocontrol. Los alimentos representan el autocontrol o la pérdida de control y se asocian con la negación y con un conflicto entre el placer y la culpa.

Ogden, (2005) afirma que el significado de la comida también se relaciona con la interacción social, es un instrumento de comunicación, principalmente familiar, y que crea un sentido de identidad de grupo. Puede representar amor y afecto, conflictos relativos entre salud y el placer, y las relaciones de poder dentro de la familia.

También es considerada una declaración de estatus social y una muestra del poder social. El rechazo de la comida sirve para recuperar el control del mundo social. “La comida es símbolo primordial de valor social”

- **La alimentación y los afectos.**

“El cuerpo encierra un significado cuando sondeamos bajo la superficie de nuestra obsesión por el peso, encontramos que una mujer obsesionada con su cuerpo también está obsesionada con las limitaciones o carencias emocionales” (Chernin, K. 1981).

Para Carl Rogers (citado por Jardón, 2010) todos los seres humanos nacemos con una capacidad hacia el crecimiento, hacia la realización constructiva de nuestras potencialidades y hacia la autorregulación. Una manera de hacerlo es a través de las sensaciones, emociones y sentimientos, pero “las reglas de la vida” dicen que no es bueno sentir, lo mejor es aprender a controlar y a manejar los sentimientos.

Los síntomas de los trastornos alimentarios pueden ser una expresión y una defensa contra los sentimientos, las necesidades y la afirmación del yo que no han encontrado otra vía de salida.

Reconocer la desilusión de no ser como se quiere, la culpa de ser envidiosos o el miedo a sentirse abandonados vuelve vulnerable a las personas. Negar deseos importantes trae consecuencias que en ocasiones afectan al cuerpo y por tanto al modo de sentirse consigo mismos y con quienes están cerca.

Es imposible eliminar los deseos, pero se pueden atenuar, o disimular de distintos modos, por ejemplo, comiendo. Los kilos de más se pueden convertir en una defensa para proteger del miedo a los afectos o a los deseos que asusta reconocer, son un muro entre las tensiones internas y el exterior.

Es posible que, quienes hayan tenido una historia emocional saludable no tengan dificultades con la comida, porque no tienen “grandes agujeros sentimentales que tapar”. Probablemente, vivirán las reuniones familiares con la alegría de recordar una historia infantil pero aquellos que tengan asociada su infancia a carencias emocionales importantes y aunque hayan conseguido una vida cómoda y envidiable, no sentirán las reuniones familiares que generalmente se celebran con comida, como algo agradable.

Isabel Menéndez menciona la relación que existe entre la alimentación y algunos sentimientos:

- **Actitudes incestuosas**

Tras algunos síntomas relacionados con la comida se esconden las dificultades para organizar los deseos propios porque no se ha podido construir una subjetividad capaz de elaborar los deseos edípicos.

- **Dolor psíquico**

A diferencia del dolor corporal, el dolor psíquico ya no se localiza en la carne, se sitúa más allá del cuerpo.

La persona embargada por el dolor se niega a comer o por el contrario, intenta llenar el vacío que siente en su interior ante la pérdida sufrida ingiriendo más de la cuenta.

- **Depresión**

En ocasiones uno de los síntomas de la depresión es la falta de apetito. No se quiere comer porque en alguna medida no se quiere vivir. Las razones de este sufrimiento psíquico, se traducen en un estado afectivo de intenso dolor que aparece marcado por sentimientos de frustración y fracaso.

La depresión se manifiesta cuando se producen dos acontecimientos psicológicos: el primero, es un grave descenso de la autoestima; el segundo, la aparición de impulsos agresivos dirigidos contra uno mismo. Sentirse bien es el resultado de una percepción interna en la que la distancia entre cómo somos y cómo deseamos ser no es demasiado grande. Entonces nos encontramos a gusto y podemos disfrutar de la vida y de la comida.

- **Rabia**

Un vómito puede ser la metáfora de un sentimiento de cólera reprimido que no se ha podido expresar. Es un intento de expulsar de su cuerpo toda la rabia y la cólera.

Es en la familia en donde se aprende a manejar los impulsos agresivos. La rabia es difícil de dominar, a veces es ella la que nos domina. Con frecuencia, es una expresión bajo la que se ocultan estados afectivos dolorosos, tales como el sentimiento de impotencia, una fuerte inseguridad personal o una dependencia excesiva de la persona contra la que se dirige. También puede ser la respuesta a una agresión: en tal caso funciona como un sentimiento protector porque con ella evitamos que nos hagan más daño.

Expresar la rabia puede ser saludable cuando se ha podido canalizar de forma adecuada y oportuna.

- **Desilusión**

Tratando de aliviar la desilusión de no ser como se quiere se organiza un tipo de alimentación que compense otros desórdenes internos.

Cuando la imagen del espejo no gusta, se recurre a las dietas. Se comienza para sentirse mejor, para gustarse y gustar más. Se pueden convertir en un verdadero castigo, sobre todo cuando se hacen de tal forma que el sufrimiento es más alto que el placer.

La dieta puede ser un intento de perseguir la ilusión no sólo de cambiar el cuerpo, sino de llegar a ser otro diferente. La desilusión vendrá cuando no se puedan cambiar algunos aspectos que se rechazan del mundo interno, del cuerpo psíquico. La intolerancia hacia esos kilos de más, esconde la intransigencia a aceptarse con defectos, como seres humanos. Los regímenes ultrarrápidos son una tortura para una mujer que en lugar de saborear lo que ha conquistado tiene que culparse de lo que no ha conseguido.

- **Culpa**

Su origen se encuentra en los primeros años de vida y procede de las personas que nos rodean. Una educación excesivamente rígida, basada en amenazas continuas, o una educación demasiado permisiva, en la que los límites no estén claros, alimenta de forma irracional este sentimiento.

La inquietud que produce el sentimiento de culpa puede ser aplacada con la comida. En una actitud regresiva la persona contrarresta su malestar con la satisfacción que le produce comer.

- **Envidia**

La envidia es un sentimiento que avergüenza y cuesta reconocer. Proviene del deseo de poseer las virtudes que atribuidas a otro. El envidioso idealiza a quien envidia y en el afán de alcanzar lo idealizado, se queda empobrecido. El envidioso no se conoce, no está en contacto con sus deseos y se autoengaña porque no quiere saber nada de su mundo interno. Se ignora a sí mismo y paga el precio de esa ignorancia con una insatisfacción constante.

- **Rivalidad**

El esfuerzo porque otro cumpla los deseos propios puede esconder una rivalidad latente, un intento de controlar y de dominar. La preocupación por la dieta ajena, aunque parezca un acto de amor, puede ser un intento de controlar el cuerpo del otro.

Se rivaliza para ganar al otro en algo que se supone que posee y se desea. Se rivaliza para ocultar una identidad frágil y también porque se detesta al otro en la misma medida en la que se depende de él.

Cuando la rivalidad es demasiado grande, puede conducir a un desgaste peligroso de la relación, porque el otro se convierte en alguien que no está allí para acompañar, sino para atacar; no está allí para escuchar, sino para competir.

Los kilos de más pueden ser un modo de no querer ser deseada, de sentirse invadida por el deseo del otro, porque no se puede reconocer el propio.

- **Sentimiento de abandono**

Según John Bolwby (citado por Menéndez, 2011) para la salud mental del bebé es esencial que éste pueda experimentar una relación cálida, íntima y continuada con la madre en la que ambos hallen satisfacción. El abandono puede ser material, pero

también, se puede tratar de un abandono afectivo, este último se da en los casos en que la madre tiene dificultades para sostener a su hijo en un clima amoroso saludable. No puede hacer la labor de madre y no lo sostiene como un hijo, sino que lo quiere ver mayor para así no criarlo. En realidad, lo trata como un adulto porque no se puede hacer cargo de la inmadurez infantil. Si a una niña se le trata como una adulta, cuando llega a ser una mujer se comporta como una niña.

“El temor a las privaciones físicas y emocionales son las dos principales ansiedades del hombre” (Bruno Bettelheim citado por Menéndez). El hambre y la falta de amor son a lo que más teme el niño. La falta de amor está representada para él por el abandono de los padres. Las reuniones familiares tranquilizan a los niños porque representan que en lo que se refiere al abandono de sus padres, no tienen que tener miedo: siempre habrá otra gente de la familia – abuelos, tíos, primos – que los ayudarán. Las reuniones de los adultos con amigos, con familia, las comidas, las cenas, los regalos, son también una forma de intentar cubrir las necesidades afectivas y calmar las carencias que sufrimos.

2. Familia y su relación con la anorexia

“La familia es el núcleo de la salud o la enfermedad física, mental, emocional, social y espiritual de todo individuo, porque en ella se adquiere y se fomenta la seguridad o el abandono con el que se vive” (Carl Rogers citado por Alonso, 2006).

La salud de cada persona, dependerá de la amplitud y armonía con que se satisfagan sus necesidades. La salud familiar no dependerá únicamente de la satisfacción de las necesidades de cada uno de sus miembros, sino de la armonía con que se satisfacen las de todos de forma equitativa. (Lafarga, 2004).

Cualquier frustración de las necesidades humanas genera automáticamente una respuesta de agresividad en el organismo humano.

Cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, los otros integrantes están implicados por la manera cómo influyen en las situaciones conflictivas de las que participan, o por el modo como responden a la enfermedad del paciente. “Nadie del hogar queda exento de estar afectado de alguna manera y, por lo tanto, no es el enfermo el único de la familia que tiene problemas” (Rausch, 1996).

La edad en la que generalmente se presenta la anorexia, es una etapa crítica que depende y es influida por el contexto familiar: Salvador Minuchin menciona que a esta edad las pacientes todavía viven con sus padres y se enfrentan al destino de ser mujer, además con su enfermedad cumplen con el contrato familiar de ser ellas las responsables de la infelicidad del hogar. El autor afirma que cuando se observa a la familia reunida, resalta la falta de sentido en las interacciones.

Lemus (2008) señala a los patrones de interacción y comunicación como los responsables de la perturbación emocional de las pacientes anoréxicas.

Las opiniones y los juicios de los padres influyen en la paciente, y podrían condicionar la evolución de su trastorno.

Los padres son descritos como exigentes, guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad y aspecto físico, con la preocupación constante por temas vinculados a la comida, la apariencia y el control.

Muchas familias dependen excesivamente del logro externo como indicador de valía personal. Las fluctuaciones entre participación excesiva o abandono tal vez hayan ocurrido desde hace tiempo, lo que lleva a los miembros de la familia a sentir extravió, aislamiento, inseguridad, rebeldía y ausencia de un sentido propio.

Las pacientes reciben constantemente el mensaje de que sus padres le están dando todo en abundancia y de manera perfecta y que lo mismo esperan a cambio. Lemus (2008) menciona que muchas pacientes expresan haber vivido solo para llenar las expectativas de la familia.

En las familias de los pacientes con anorexia existen conflictos y tensiones a menudo latentes y ocultas dentro de la dinámica familiar. Onnis (1990) menciona que la anorexia en una familia puede servir para desviar cualquier tensión y cualquier peligro de conflicto, canalizándolos en torno a la preocupación por la enfermedad. Las pacientes ocupan en las familias un lugar en medio de sus padres. Una posición estructural disfuncional.

Cuanto más tiempo pase para tratar el trastorno alimentario, mayor será el desajuste que produzca en la personalidad de quien lo padece, así como en la vida familiar.

2.1. Definición de familia

Alonso (2006) define a la familia como un grupo de dos o más personas que pueden vivir juntas o no, relacionadas por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca ya que se consideran una unidad.

Por su parte, Espejel (1997) define a la familia como un sistema dinámico en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro, por su parte

Minuchin (1984; Espejel, 1997) menciona que la familia no es una unidad estática pues está en proceso de cambio continuo.

2.2. Dinámica familiar

Las manera en que se relaciona la familia, la forma de comunicarse, las jerarquías y roles que cada integrante tiene influyen para favorecer el desarrollo de la anorexia.

La dinámica familiar se caracteriza por la inhibición de la agresión y la hostilidad, esto es por la falta de estrategias para resolver conflictos. Estas familias se asocian con baja tolerancia y dificultad para reconocer y resolver problemas. Este hecho algunas veces vuelve rígidas las interacciones, tratando de ocultar la problemática que viven.

Uno de los motivos más comunes por los cuales las familias evitan la expresión directa de sus emociones es porque le temen al desacuerdo entre sus miembros. Si en casa uno dice lo que piensa y siente, pueden surgir diferencias que traigan como consecuencia tensión y conflicto. Es frecuente que se sientan amenazadas por esto y perciban como que ponen en duda la unidad familiar o que cuestione el afecto que sienten los miembros entre sí. Esto genera que a la persona le resulte difícil reconocer sus propios sentimientos y pensamientos.

Alonso (2006) afirma que la comunicación es uno de los elementos que contribuyen a la formación de una familia saludable, “es la habilidad para compartir nuestra interioridad”.

Cuando la comunicación no es clara, los miembros de la familia tienen que adivinar lo que le pasa al otro. Esta dinámica puede tener como consecuencia que los hijos crezcan sin poder discernir ni transmitir lo que sienten, con la dificultad para que se entiendan con otros y puedan establecer relaciones sanas. Se produce una confusión reiterada entre los miembros de la familia, porque es como si siempre hubiera otro que sabe mejor que uno lo que uno desea. Bruch (2002) lo denomina “confusión de pronombres”, porque cada uno parece saber lo que el otro siente y lo que en verdad quiere decir.

Algunos autores mencionan que en relación con las hermanas de la paciente, existe una rivalidad secreta. Otros también señalan el rol importante de una abuela influyente que ha cumplido un papel central en la crianza de los nietos.

Es común que uno de los padres tenga una actitud más complaciente con la sintomatología y los inconvenientes que genera la enfermedad de la paciente, mientras que el otro asume un rol más severo y disciplinario.

Patrones en la dinámica familiar

Rigidez en las reglas. Las reglas no son lo suficientemente flexibles como para adecuarse a los nuevos requerimientos de los integrantes, al no adaptarse a estas nuevas necesidades terminan inhibiendo su crecimiento y desarrollo, esto más adelante impedirá enfrentar adecuadamente la situación problema y responde a pensar de su salud y bienestar.

Fronteras problemáticas. Las fronteras son las reglas que determinan en cada momento quien participa de cada interacción y de qué modo. Las fronteras claras marcan espacios que permiten anticipar el lugar de cada uno en una determinada situación. Si son difusas, se produce una intrusión física y mental en el espacio del otro. Si son demasiado rígidas, los miembros carecen de flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios generados por las distintas edades y tipos de situaciones que les toca vivir.

Jerarquías alteradas: las jerarquías proveen el liderazgo y la guía. Son un reflejo de los recursos, habilidades y responsabilidades de los miembros de una familia de acuerdo con su edad y etapa del desarrollo.

Fallas en el control. Hay familias que suelen ser controladas y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía; hay otras que evidencian importantes fallas en el control. Generalmente esto se vincula al desacuerdo entre los padres respecto del control en la pautas de crianza.

Sandor Lorand (Lemus, 2008) menciona algunas características de las pacientes anoréxicas respecto a sus familias:

- Se ha sentido hija no deseada, debido a la frustración que ha recibido por parte de sus padres.
- Desarrollo de un superyó extremadamente rígido como resultado de la agresión infantil resultante de un sentimiento de no pertenencia.
- Identificación muy débil, la valoración de sí mismo, está sujeta a la aprobación de los demás.
- La adolescencia está caracterizada por el revivir las relaciones infantiles con el padre y la madre, en el caso de la anoréxica son relaciones poco satisfactorias.
- La depresión en esos casos por el abandono emocional temprano, así como los síntomas de conversión histérica, la estructura de carácter muestran tendencias infantiles e histriónicas, la depresión es el síntoma más difícil de tratar y es causa de los deseos de muerte de la enferma.
- En la familia hay conflictos ocultos entre los padres.
- Las conversaciones entre la familia son poco profundas.

Cuando una familia no tiene la capacidad para adaptarse a los cambios, cuando sus reglas son rígidas e impiden ajustarse al propio ciclo y desarrollo de sus miembros, la familia se vuelve disfuncional. Algunos autores señalan que la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas son características de estas familias.

Virginia Satir (1985) establece algunos indicadores para medir el funcionamiento familiar:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para que la familia sea funcional hay que mantener los límites claros, de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una

excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Sin que exista una sobrecarga de rol y exista flexibilidad y complementariedad de rol.
4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Sin dobles mensajes o mensajes incongruentes. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.
5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que poseer la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente.

La familia disfuncional es aquella que tiene una comunicación rígida, vaga o confusa, reprimida o simplemente nula (Alonso, 2006). La comunicación disfuncional trastorna las relaciones, emplea juicios descalificadores, echa culpas, pone etiquetas, establece comparaciones y emite diagnósticos.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca un estancamiento de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

Los padres que afirman el valor de su hijo, y se lo pueden decir expresándole que a pesar de sus equivocaciones siguen amándolo, son papás que aportan a la vida de ese ser humano, el sentirse amados y una persona que se siente amada, aprende a encontrar y develar el sentido de vida.

El sentido de vida en los primeros años, está unido a la satisfacción de su dimensión biológica y al vínculo de amor con sus padres y cuidadores. El amor y la seguridad paternos, permiten que el niño sienta que es bueno existir, lo predispone a saborear la vida, a cuidarla y reverenciarla. Ernesto Meneses (Alonso, 2006) menciona que la satisfacción de las necesidades físicas del niño no bastan para su desarrollo normal.

Lafarga (2008) afirma que, la persona que experimenta el amor incondicional, se atreverá a caminar su propio camino, correrá los riesgos de la vida y asumirá plenamente las consecuencias de su conducta.

Así mismo, menciona que en la raíz de todas las disfuncionalidades y las llamadas patologías, está el amor condicionado y el rechazo afectivo: “La psicopatía, la depresión, las neurosis de toda índole y las mismas psicosis tienen su origen en el amor condicionado a la conducta apropiada y al comportamiento moral según las necesidades del que nunca aprendió a amar incondicionalmente”. Es tan fuerte la necesidad de ser amado en el ser humano que éste, por obtener amor, aprecio, reconocimiento o simplemente benevolencia, es capaz de aprender a portarse bien, a tomar actitudes sumisas y complacientes y hasta autodestructivas. Cuando las estrategias para obtener amor no funcionan, el ser humano es capaz de optar por la psicopatía, la neurosis y la psicosis como forma de venganza contra el que niega el amor buscado y como estrategia para obtener atención para compensar la falta de cariño.

Bruch (2002) menciona que la adolescencia es un factor que influye porque es periodo en el que se tiende a experimentar sentimientos de soledad, de poca valía y hasta de exclusión. Cuando una persona con anorexia comienza a ver que la gente de su alrededor se preocupa por ellas y reciben atención, se sienten motivadas a seguir con sus hábitos.

“Sin duda alguna, es mejor para el desarrollo del individuo un ambiente que forma, estimula, ama, valora, respeta y apoya” (Mantovani citado en Alonso, 2006).

2.3. Características de los padres

2.3.1. Características de la madre

Muchas de las investigaciones referentes al tema de la anorexia señalan que su origen se encuentra en la relación de la paciente con su madre, específicamente su actitud y carácter tienen que ver con el curso de la enfermedad.

La relación de amor entre la madre y su bebé encuentra su primera expresión en el acto de alimentarlo. Gallardo (2001) menciona que la relación madre-hijo es la más sensible, es el más intenso vínculo humano, cuyas consecuencias son las mayores de la vida de la persona, ya que influyen en la calidad de todas las relaciones que llevará a cabo en el transcurso de toda su vida.

Durante la infancia de la anoréxica, los cuidados que recibieron por parte de la madre fueron escrupulosos y con actitud de sacrificio. En su mayoría, las madres son mujeres que creen haber sacrificado sus aspiraciones profesionales a causa de su familia. Aparentemente, se someten en muchas cosas a sus esposos, sin embargo no los respetan.

En la madre se observa una especial preocupación por las apariencias, pelo y ropa, modales educados, lo superficial de la vida social, moralidad y lo religioso.

Lemus (2008) menciona que estas madres poseen la necesidad de tener una vida perfecta y para esto tienen que dominar la vida familiar. La idea de perfección y control, incluyendo el control completo de sus funciones corporales, es impuesta a las hijas.

Contreras (2008) considera que la hija se identifica con la madre en cuanto a su obsesión por el orden y el control.

Lemus (2008) afirma que el conflicto latente de la anorexia asume una lucha primitiva por el control entre la madre y la hija. La paciente trata de liberarse del control materno y por otro lado busca restablecer la unidad con ella. La lucha se caracteriza por un intenso negativismo de autoafirmación en el Yo en desarrollo, este negativismo es inicialmente pasivo e indirecto.

Conforme la enfermedad avanza, la ambivalencia del conflicto y la hostilidad intensa mutua, entre la madre y la hija, se vuelve cada vez más directa y consciente. Con periodos que alternan de atención constante seguidos de una ausencia total o entre tolerancia y coerción abrupta.

La madre “anorexógena desnaturalizada” muestra sentimientos muy diferentes ante la existencia de la hija enferma; una especie de doble mensaje en que cuidan y alimentan, pero al mismo tiempo dan a entender a la hija que rechazan su existencia (Lemus, 2008).

2.3.2. Características del padre

Los padres de las pacientes anoréxicas son descritos como personas reservadas, tranquilas y como figuras pasivas en la dinámica familiar. Tal vez por la situación familiar, son personas que tienden a evadir los problemas y pueden parecer ausentes por este hecho.

En la teoría psicoanalítica, no se tienen datos definitivos acerca de la relación de la paciente anoréxica con su padre, pues mientras en algunos casos se reporta que es un padre distante, otros reportan que la relación de la paciente con su padre es más cercana que con su madre. Algunos terapeutas han mencionado también una actitud seductora hacia la paciente o de demasiada exigencia.

Entre las características del padre que menciona Lemus (2008), el común denominador es el de una figura sombría, pasiva, débil, dominado por la madre y a la vez exigente de los logros hacia los hijos. Contreras (2008) apoya esta idea

mencionando que el padre funge como “aval de los dichos, descalificaciones y reproches de la madre”. Agrega que es un padre que rescata a todo mundo de sus problemas, excepto a sus propios hijos del problema que significa la omnipresencia materna.

3. La anorexia vista desde los diferentes abordajes psicológicos

3.1. Psicoanálisis

Inicialmente, las teorías psicoanalíticas se centraron en los componentes orales del trastorno, al prestar especial atención a la característica más evidente del trastorno, la negativa a comer.

Se consideraron, entre otras dinámicas psicológicas, las fantasías antropofágicas: el deseo de incorporar oralmente a la madre, el temor de tragar a la madre y el anhelo de fecundación oral por el padre (Kaplan, 1996).

A medida que los psicólogos se fueron familiarizando con los pormenores del proceso de separación-individuación, se comenzó a pensar que la relación madre-hija era la clave que permitiría aclarar los enigmas de la anorexia.

La anoréxica es una niña que no logró separarse satisfactoriamente de su madre durante su infancia. Al llegar a la pubertad y enfrentar la necesidad de despegarse de ésta, la niña no tiene elementos para manejar los conflictos que implica. Su alternativa es restaurar el estado de unidad: La otra tendencia se centra en la lucha, compuesta de amor y odio, entre la anoréxica y su familia, en especial la ambivalencia mutua.

En las anoréxicas se observa la intensidad del rechazo de la madre como objeto de amor y de identificación, el desprecio hacia el objeto y el predominio de la pulsión de muerte. Padilla y González (2002) señalan que la comida viene a representar simbólicamente al primer objeto de relación, “cuando no es suficientemente adecuada se van a desarrollar alteraciones en los hábitos alimenticios. Y estos vienen a constituir un desplazamiento pues los impulsos de amor y de agresión, dirigidos originalmente hacia la madre, son desplazados al alimento”. En esta relación predomina un vínculo hostil y agresivo.

González Nuñez Simons y cols. (1996; Padilla y González, 2002) mencionan que en escritos de Freud de 1940, ya se postula una teoría de que el amor se origina en el vínculo de afecto que se crea en la necesidad satisfecha de alimentación. En estas pacientes el placer se encuentra frustrado y la característica principal de sus relaciones es la insatisfacción.

Freud (Jaramillo, 2011) descubrió que el niño alcanza la satisfacción por el simple hecho de chupar, placer que va, por lo tanto, más allá de la necesidad de alimentarse.

En el inicio de la vida de un ser humano, la boca es el orificio de placer privilegiado, lugar de intercambio por donde ese pequeño sujeto va a ir moldeándose en la relación con su madre.

En la anoréxica, el alimento tiene el valor de objeto malo y presenta la compulsión repetitiva de arrojar del estómago un alimento que siente como intolerable. El rechazo del alimento implica la negación del instinto de conservación y renuncia a la vida.

La principal dificultad que presenta una paciente con trastornos de alimentación es poder mantener un vínculo de apego afectivo con su madre, ya que no puede aceptar y digerir lo bueno que ésta le ofrece.

3.2. Cognitivo-conductual

Para esta teoría, la anorexia y la bulimia son un conjunto de conductas y respuestas emocionales arbitrariamente seleccionadas. La persona que se da atracones o reducen la ingesta de alimentos de un modo alarmante o se autodescriben como obesas, lo hacen porque las consecuencias de su conducta les reportan bienestar y por eso se mantienen en el tiempo. (Carrasco, 2000; Aceituno, 2004).

Toro y Vilardell (1987) dan énfasis al hecho de que las cogniciones se distorsionan, el pensamiento se vuelve egocéntrico y dicotómico. La persona afirma que la delgadez es fundamental para sentirse bien, y su autoestima se regula por un sistema de valores que tiene como eje el peso. Estas cogniciones son consideradas conductas desadaptativas, y generan un alto nivel de ansiedad que también afecta las relaciones de la anoréxica con las personas que la rodean.

Algunas de estas distorsiones cognitivas (Toro y Vilardell, 1987):

- Sacar conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales del tema, basándose en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria.
- Sobregeneralización, creando una regla de un hecho y aplicarla a situaciones similares.
- Magnificación de los estímulos, o de posibles consecuencias negativas: connotaciones exageradas de sentimientos y emociones.
- Razonamiento infantil y dicotómico, pensar en términos extremos y absolutos, de todo o nada;
- Personalización y autorreferencia, interpretación egocéntrica de hechos impersonales.
- Pensamiento supersticioso, relación causa-efecto de hechos no contingentes.

Otro factor cognitivo de riesgo es la alteración de la imagen corporal. Aún cuando la paciente está esquelética, tiende a sobrevalorar sus dimensiones; la negación de la enfermedad parece guardar relación con esta tendencia a negar la delgadez.

Con respecto a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo se encuentran dos tipos de anomalías:

- Distorsiones perceptivas, en las que hay errores en la percepción de determinadas características corporales.
- Evaluación distorsionada, que puede dar lugar a reacciones de ansiedad.

3.3. Sistémico familiar

Ramos Miravet menciona que, antes de 1970 los diferentes abordajes terapéuticos de los trastornos de alimentación eran básicamente de tipo individual. Se separaba a la paciente de sus padres, sin hacerles intervenir para nada en el tratamiento. Se consideraba negativa su intervención ya que, su supuesta falta de capacidad educativa y su excesiva dedicación al problema podían agravar la situación.

En su trabajo clásico, "Sobre la anorexia histérica", Laségue (Kaplan, 1996), advertía: "El paciente y su familia conforman una totalidad estrechamente entrelazada, y si se limitan las observaciones al paciente, se obtendrá un falso panorama de la enfermedad".

En los años cincuenta, algunos psicoanalistas empezaron a experimentar con la implicación de los padres en el tratamiento de trastornos infantiles que no mejoraban si el entorno familiar continuaba igual, y algunos terapeutas, incluyeron a las madres en el tratamiento. Otros autores empezaron a tratar por separado a los padres y a la paciente.

Es en 1970 cuando Salvador Minuchin refiere por primera vez la aplicación de su terapia estructural de la familia a la anorexia nerviosa. Selvini Palazzoli en 1974 aplica también la terapia de familia a este tipo de trastorno. Ambos autores comparten la idea que la anorexia nerviosa no es un trastorno mental individual sino que refleja una disfunción de toda la familia como sistema, en la que el trastorno cumple un papel homeostático y estabilizador.

A partir de 1980, empieza a aparecer la segunda generación de terapeutas familiares, los cuales integran elementos de los diferentes modelos y utilizan de forma más flexible y pragmática, conceptos y estrategias provenientes de diversas escuelas de terapia familiar. Además se realiza este tipo de terapia también con pacientes hospitalizados, utilizan el valor práctico de la hospitalización como intervención terapéutica en el sistema familiar.

Progresivamente se va dando una tendencia cada vez mayor a la realización de un abordaje multimodal, ecléctico y flexible del tratamiento de los trastornos alimentarios, tratamiento que combinaría la terapia individual y la familiar con intervenciones de tipo conductual y cognitivo. De este modo, la unidad de tratamiento sería el paciente y su entorno, constituida por procesos fisiológicos, intrapsíquicos, familiares y sociales.

Al considerar a la familia como unidad de abordaje, no se hace porque se considera el origen de la enfermedad, Ramos Miravet explica: “se piensa que la conducta actual de los miembros de la familia puede contribuir a disminuir los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los otros miembros, o bien puede involucrarse de modo tal que refuerce precisamente la enfermedad”.

Salvador Minuchin y Mara Selvini Palazzoli, (Lemus, 2008) han delineado cuatro constelaciones interactivas de las familias anoréxicas:

- Involucramiento: los miembros de la familia y sus interacciones están tan envueltos que pierden su individualidad.
- Sobreprotección: todos se preocupan demasiado en el bienestar de los demás y reaccionan ante la mínima señal de inconformidad o de miedo
- Rigidez: son muy resistentes ante modificaciones y cambios.
- Falta de resolución de conflicto, cualquier desacuerdo es sencillamente negado.

3.4. Transgeneracional

Bert Hellinger desarrolló un enfoque terapéutico llamado “Constelaciones familiares”, para ayudar a sanar innumerables conflictos que tienen su origen en “enredos” del sistema familiar. Para fundamentar su enfoque, desarrolla el concepto “orden en el amor”, explicando que para que las relaciones funcionen, es necesario que exista una plataforma donde la relación de amor será estructurada; sin este fundamento, la relación está condenada al fracaso. Hellinger (Gallardo, 2001) define al sistema familiar como una comunidad de personas unidas por el destino y por varias

generaciones, en las que los miembros pueden en un momento determinado sufrir un enredo inconsciente con otros miembros. En dicha comunidad unida por el destino, todos están unidos con todos

La vinculación es la fuerza que une al niño con su grupo de origen, y esto lo hace sin cuestionárselo. “El niño vive esta vinculación como amor y como felicidad, independientemente de, si en este grupo podrá desarrollarse favorablemente o no y sin tener en cuenta quiénes y cómo son sus padres” (Gallardo, 2001). La vinculación es tan profunda que el niño incluso está dispuesto a sacrificar su vida y su felicidad por el bien del vínculo, por amor está dispuesto a entregarlo todo.

Bert Hellinger (2001) considera que la interpretación de que la anorexia es una relación crítica entre la madre y la hija, en la que la madre intenta mantener atrapada a la hija, es una interpretación que descalifica a una persona y no ayuda a avanzar. El autor menciona que el síntoma se desarrolla por amor y todo lo que no tenga en cuenta el amor, es equivocado. Para esta corriente, se debe buscar el punto hasta que la persona ama. Y desde esta perspectiva, la anorexia se encuentra en relación con el padre.

La dinámica detrás de la anorexia es la de “mejor yo que tú”, en el sentido de una salvación. Detrás de esta actitud se encuentra amor, sacrificarse, junto con la idea de que el otro, de esta manera, podría quedarse (Gunthard,W. 1999 citado en Hellinger 2001).

Hellinger (2001) señala que la madre es la única persona que puede sujetar a la hija si esta dice: “prefiero desaparecer yo antes que tu querido papá”.

3.5. Terapia psicocorporal

El Dr. Wilhelm Reich es considerado el padre de las terapias corporales, pues fue el primero en utilizar el cuerpo de las personas en el trabajo psicológico. Como psicoanalista tomaba a los síntomas en particular, pero luego llega a la conclusión que el carácter neurótico es el “caldo de cultivo” de los síntomas neuróticos, por lo

tanto la transformación está en el carácter y no en el síntoma. Trabajaba con el habla, hasta que se da cuenta de la necesidad de experimentar y expresar por parte de los consultantes, de las sensaciones y emociones, si es que se quería cambiar el carácter de la persona (Calcagno, 2011).

El Análisis Bioenergético es una terapia psicocorporal para ayudar a la persona en sus problemas emocionales desde una perspectiva de unidad corporal, emocional y mental.

La Bioenergética tiene sus raíces en el psicoanálisis de Freud y en la vegetoterapia de Wilhelm Reich.

En la década de 1930 se incorporó el trabajo con el cuerpo como instrumento terapéutico. Básicamente profundizaba en la respiración para ampliarla y para mejorar e intensificar la vivencia emocional. Posteriormente, en la década de 1950, Alexander Lowen, discípulo y paciente de Reich, quiso ir más allá en su terapia e inició un proceso de trabajo personal que lo llevó, juntamente con John Pierrakos, a desarrollar lo que hoy conocemos como Análisis Bioenergético.

Lowen se dio cuenta de que la producción de energía a través de la respiración y el metabolismo, y la descarga de energía en el movimiento son funciones básicas y que, para solucionar los conflictos emocionales, eran necesarias intervenciones corporales más activas y un análisis de la historia psicoemocional más profundo de los que realizaba Reich.

Calcagno (2011) menciona que la idea de ser humano que existe en la Bioenergética es la de un ser compuesto de corrientes energéticas las cuales corren libremente por el cuerpo, esto le permite ser espontáneo en la vida, emotivamente adecuado a las circunstancias, y ser capaz de entregarse libremente en la sexualidad a su pareja; aunque no desconoce la posibilidad de encarcelamiento emocional de la vida, la cual se representa por sensaciones aprisionadas en las corazas musculares (músculos espásticos), esta situación limita la energía (libido) disponible en el sujeto para su vida cotidiana. Al quedar aprisionada la energía se limita la capacidad emotiva y expresiva

de la persona, lo cual puede dar sujetos poco efusivos de sus necesidades y emociones.

Las bases del método bioenergético están en el profundo enlace entre los procesos físicos y mentales, Reich en 1971 habla de identidad funcional entre mente y cuerpo (Ulrich, 2010). A su vez, Lowen también afirmó que el cuerpo y la mente son una unidad y funcionalmente idénticos, es decir: lo que afecta a la mente afecta al cuerpo, y lo que afecta al cuerpo afecta a la mente.

Núñez (2010) afirma: “No tenemos cuerpo, sino que somos cuerpo y es en este, donde nuestros conflictos y bloqueos psicológicos van imprimiendo su huella y poco a poco se va configurando nuestra coraza muscular en función de nuestras vivencias. Esta coraza de alguna forma distorsiona el flujo de energía vital”.

Ulrich (2010) menciona que las experiencias humanas más importantes encuentran expresión no solo en el funcionamiento mental-psíquico sino también en el cuerpo: en la postura, en patrones de reacción y también en inhibiciones de la emotividad, respiración y expresión.

Las diversas etapas de crecimiento de la vida de una persona conllevan situaciones conflictivas, e incluso traumáticas, como pueden ser falta de comprensión, rechazo, desamor, hostilidad, manipulación, etc. por parte de personas significativas. El niño/a intenta protegerse de estas experiencias dolorosas con defensas psicológicas como la negación, la proyección, la represión, etc. y con defensas corporales como es, por ejemplo, tensar la musculatura y las articulaciones de la zona emocional que está en juego. Con los años, estas defensas se convierten en patrones de conducta inconscientes que representan los problemas emocionales que los originaron. Estos patrones son mecánicos, han perdido relación con la situación que los causó y limitan la vida de la persona en el presente.

Los patrones corporales representan la estructura de carácter que influyen la auto percepción física, la autoestima, la autoimagen y los patrones básicos de intercambio con el entorno (Ulrich, 2010).

Lowen sitúa a nivel del corazón el centro donde sale el impulso para ir hacia la periferia hacia los puntos de contacto con el mundo exterior: la cara, los pies, las manos, los órganos genitales. Habla de bloqueos que se estructuran en las zonas de estrangulación que son en el trayecto que va del corazón a los puntos de contacto. Son principalmente el cuello y la cintura, entre los tres bolsillos vitales: cabeza, tórax y abdomen (Fréchette, 2002).

La capa muscular es la que se encuentra en las tensiones musculares que apoyan y justifican las defensas del ego, y al mismo tiempo protegen al individuo contra la capa interior de sentimientos reprimidos que no se atreve a expresar.

La capa emocional del sentimiento, en que se incluyen las emociones reprimidas de cólera, pánico o terror, desesperación, tristeza y dolor.

El centro o corazón, del cual emana el sentimiento de amar y ser amado.

Fréchette (2002). afirma que los efectos de los conflictos de la infancia impactan tanto al universo psíquico como al físico de una persona y la obliga a adaptarse a las demandas del entorno para poder sobrevivir. Los impulsos agresivos o sexuales son reprimidos en el inconsciente y esto pone en marcha una lucha del ego contra la vida instintual, la vida del cuerpo.

Louis L. Hay menciona que tanto la anorexia como la bulimia expresan una negación de la propia vida, y son una forma extrema de odio hacia uno mismo. Cuando se odia a sí mismo, en realidad odia una idea que tiene de sí mismo.

El Análisis Bioenergético trabaja con el cuerpo para profundizar la respiración, distender las tensiones musculares crónicas y movilizar la energía retenida. Estas intervenciones estimulan la aparición de los movimientos e impulsos anteriormente evitados, así como los recuerdos, imágenes y afectos asociados.

El enraizamiento es un aspecto fundamental en el análisis bioenergético desarrollado por Lowen, es la capacidad de conectarse consigo mismo nivel corporal y emocional y estar consciente de lo que vivimos a estos niveles. Se refiere también a la

capacidad de estar en contacto con la realidad en el presente, sin distorsionarlo. Un buen enraizamiento permite contener y expresar emociones con claridad y afecto.

La calidad del enraizamiento permite dar un sentido a las experiencias de la vida y de integrarlas de manera armoniosa y constructiva (Fréchette, 2002).

3.6. Psicología humanista

La psicología humanista se define como la tercera fuerza de la psicología. El concepto de “terapias humanistas”, define un haz más laxo de variados abordajes reunidos por una imagen homogénea del hombre y concordancia básica en los principios que guían el trabajo terapéutico.

Las raíces filosóficas se encuentran en el existencialismo y en la fenomenología, el primero busca al hombre real en su existencia genuina y “desnuda”, mientras que la segunda parte de la experiencia sensible del ser humano y busca la esencia auténtica de los fenómenos.

En 1951, Carl Rogers (Kris, 1997) expuso sus ideas sobre la teoría de la personalidad. Uno de los principios básicos de su teoría es el “si-mismo”, este se diferencia sólo en el curso del desarrollo de la primera infancia a partir de percepciones corporales en interacción con el ambiente. Afirma que el ser humano tiende a la actualización, que “mueve al ser humano en dirección a lo que se define como crecimiento, maduración, enriquecimiento vital”.

Abraham Maslow, (Fanger, 2001) es uno de los fundadores de la psicología humanista. Los aspectos positivos de la humanidad, como son la creatividad, el amor, el altruismo y el misticismo, fueron los que despertaron su interés. Su obra está constituida por reflexiones, opiniones e hipótesis, no por un sistema teórico completo, rara vez formulaba respuestas concluyentes.

Consideraba que la imagen del hombre que presenta el psicoanálisis es el de “una criatura desquiciada y distorsionada, orgullosa de sus debilidades y sus defectos,

que ha de ser descrita hasta el menor detalle. Prácticamente todas las actividades de las que el hombre se enorgullece y que confiere significado, riqueza y valor a la vida son ya sea pasadas por alto o patológizadas por Freud” (Maslow, 1971 citado en Frager, 2001).

Su filosofía estuvo influenciada por la obra de Kurt Goldstein, quien insistía en la unidad del organismo: “lo que sucede en cualquier parte de éste afecta a todo el sistema”.

La parte más influyente de la teoría de Maslow es el modelo de la jerarquía de necesidades, la cual comprende toda la gama de necesidades humanas, asegurando que los impulsos psicológicos, no reflejan las motivaciones de las personas en general. Su concepto más importante es la autoactualización, o la necesidad más elevada. Maslow también investigó las experiencias cumbre, los momentos especiales en la vida del individuo. Sostenía que todas las teorías acerca de la personalidad deben comprender no, solo las profundidades, sino también las alturas que cada individuo es capaz de alcanzar (Frager, 2001).

Definió las neurosis y disfunciones psicológicas como enfermedades causadas por la privación de ciertas necesidades básicas. Clasifica las necesidades en dos grupos:

- Las necesidades fisiológicas comprenden las necesidades de alimento, agua, oxígeno, sueño y sexo. Señala que la persona que literalmente muere de sed, no le interesa satisfacer ninguna otra necesidad.
- Las necesidades psicológicas son para preservar la salud. Seguridad, integridad y estabilidad; de amor y sentido de pertenencia; de estima y respeto a sí mismo. De crecimiento; de materializar sus potencialidades y capacidades y de autoactualización.

Estas necesidades, se ven cada vez más frustradas en una sociedad que, como la nuestra, privilegia la movilidad y el individualismo. La frustración de estas necesidades suele ser una de las causas de inadaptación psicológica (Frager, 2001).

Maslow (1987; citado por Fanger, 2001) concibe dos tipos de necesidades de estima:

- El deseo de competir y de sobresalir como individuos
- La necesidad de respeto de los demás: posición, fama, reconocimiento y apreciación de nuestros meritos.

Cuando estas necesidades no se satisfacen, el individuo se siente inferior, débil y desarmado. La sana autoestima proviene del esfuerzo personal, el cual da por resultado logros y el respeto de los demás.

Maslow explica que, aunque cuando se satisfagan estas necesidades, las personas siguen sintiéndose frustradas o incompletas a menos que experimenten la autoactualización, es decir, que aprendan a explotar sus talentos y capacidades.

En 1970, define la autoactualización como “El uso pleno y explotación de los talentos, las capacidades, las potencias, etc.”. Señala que no es un estado estático, es un proceso continuo en que se utilizan las propias capacidades de manera plena, creativa y gozosa. Los individuos autoactualizados se dedican a una vocación o a una causa. El compromiso con algo más importante que uno mismo y el éxito en las tareas que se escoja realizar, son dos los requisitos que impone el crecimiento (Fanger, 2001).

Maslow observó que los sujetos autoactualizados podían disfrutar de la vida pese al dolor, las decepciones y las penas.

Respecto al cuerpo, Maslow (1968; citado en Frager, 2001) afirmaba: “al menos en occidente, el ascetismo, la negación de sí mismo, el rechazo consciente de las exigencias del organismo, suelen producir un ser disminuido, balando o inútil” (1968).

3.6.1 Autoestima

“La valoración de uno mismo es el punto de partida en la búsqueda de sentido”

Viktor E. Frankl

Lafarga (2004) afirma que, “retardar la satisfacción de las necesidades o el dejar algunas necesidades insatisfechas a favor de otras, será siempre para buscar

sentirse mejor consigo mismo a otro nivel. El amor a uno mismo es el motivador principal de todo comportamiento humano y fuente natural de todas las demás motivaciones”. Menciona que, existen dos tipos de amor por uno mismo. El amor que está directamente conectado al desarrollo humano, y el narcisismo que no beneficia sino que hace daño y destruye, no solo al que lo tiene, sino a los demás.

La autoestima está relacionada con la salud mental y el bienestar psicológico. Vigo (2011) señala que, es la clave de la conducta normal, anormal y óptima.

La autoestima está compuesta por aquellos sentimientos de amor y afecto que sentimos hacia nosotros mismo combinados con una sensación de valía personal, de amor a uno mismo y de saberse capaz de enfrentar los retos de la propia vida (Alonso, 2006).

Salomón define la autoestima como, el amor desde uno mismo hacia uno mismo, “cuánto y cómo se quiere cada ser humano. La estima que se tiene cada uno”. Vigo (2011) apunta que, es la suma de la autoconfianza y el autorespeto y es una fuerza motivacional.

La autoestima implica una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el sí mismo. Cuando una persona tiene alta autoestima se siente digna de la estima de los demás, se respeta por lo que es, sin juzgarse mejor o peor que los demás. La baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio de sí mismo.

Rogers y Maslow afirman que la autoestima es parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir, en la plena expresión del sí mismo.

Por su parte Jorge Bucay (2004) define la autoestima como la idea de quererse, valorarse, reconocerse y ocuparse de sí mismo. “A veces sabemos dónde está cada cosa y cada persona que queremos, pero muchas veces no sabemos dónde estamos nosotros. Nos olvidamos de cuál es el lugar que nosotros tenemos en nuestra propia vida. Si hay alguien que debería estar conmigo todo el tiempo, ese alguien soy yo. Y

para poder estar conmigo debo empezar por aceptarme tal como soy. Replanteando mi postura ante mí mismo”.

Para la logoterapia, autoestima es el valor que capta cada persona sobre sí misma.”Ese valor hay que revelarlo para hacerlo consciente e integrarlo como un aprendizaje que nutre lo espiritual. Solo se puede encontrar el sentido a la propia vida y al ser mismo si se capta su valor, el valor de la existencia, el valor del Yo, no de forma egocéntrica, siempre en relación a un tú y a un mundo” (Salomón, 2011).

Alonso (2006) afirma que en la base del caos se encuentra la profunda necesidad de amarse y aceptarse a sí mismo, cuando la persona se pierde en ese deseo, destruye su existencia, se conforma con débiles alternativas de vida.

La valoración de uno mismo, es también un requisito para poder establecer relaciones sanas. Maslow afirma: “Sólo se podrá respetar a los demás cuando se respeta a uno mismo, solo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos, solo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos”.

El desarrollo y formación de la autoestima no es un acontecimiento esporádico o momentáneo, es un proceso que requiere tiempo, esfuerzo, dedicación, paciencia y amor.

Estudios realizados sobre la primera infancia, muestran que el estilo de crianza de los padres, durante los tres o cuatro primeros años determina la cantidad y calidad de autoestima inicial del niño.

Vigo (2011) sostiene que, los factores que influyen en la formación de una buena autoestima están relacionados con el sistema familiar, mencionando entre estos factores la aceptación incondicional tanto de las virtudes como las debilidades; las expectativas y límites claramente definidos, pues el exceso de permisividad se relaciona con conductas como la impulsividad, la agresividad y la dificultad para aceptar frustraciones. Mientras que los límites excesivamente severos pueden

generar una conducta ansiosa y restrictiva; y la coherencia entre lo que se hace, se dice y se pide.

Satir (1991) explica que cuando el niño nace no tiene pasado, no sabe cómo comportarse y tampoco cuenta con una escala para establecer su valor; depende de las experiencias y el mensaje de otros para saber el valor que tiene como individuo. Durante los primeros 5 o 6 años, la autoestima de niño quedará conformada casi exclusivamente por las relaciones con su familia, hasta que comience su formación escolar, recibirá otras influencias, pero la familia conservará su importancia.

“Los sentimientos de valía solo pueden florecer en un ambiente en el que pueden apreciarse las diferencias individuales, donde el amor se manifiesta abiertamente, los errores sirvan de aprendizaje, la comunicación sea abierta, las normas flexibles, la responsabilidad sea moldeada y practicada la sinceridad, ésta es la clase de ambiente que se observa en una familia nutricia” (Satir, 1991).

Cuando se le impide a la persona reconocer sus estímulos internos, desarrollará una autoimagen frágil y el sentimiento de no tener el control de sí misma.

Los sentimientos de valía o inutilidad aprendidos en el hogar serán reforzados por el medio exterior en donde se desenvuelve el niño.

Generalmente, la enfermedad se hace manifiesta cuando un hecho traumático ocasiona un desequilibrio emocional, cuando la autoestima se pone a prueba. La persona con anorexia es fácilmente lastimada por cualquier tipo de rechazo (Lemus, 2008). La cantidad de mensajes confusos y contradictorios, junto con la falta de una atención real a sus necesidades y potencialidades, la implícita falta de afecto, ocasionará que desarrolle una autoestima y autoimagen tan pobres que la harán no sentirse dueña ni de su cuerpo, ni de sus sentimientos, hasta llevarla a un punto de quiebra emocional, en la que prefiere desaparecer y renunciar abiertamente a su existencia.

a) Autoimagen

"En todo ser humano confluyen tres: como él se ve a sí mismo, como le ven los demás y como es en realidad".

La autoimagen se refiere a la manera en la que un individuo se ve a sí mismo, incluye tanto elementos que sirven para definirse como para evaluarse.

El Diccionario de psiquiatría en 1990 define la autoimagen como la actitud hacia un objeto, se emplea para designar opiniones, valores y orientaciones, favorables o desfavorables.

Para Alonso (2006) la imagen es, la idea que nos formamos de una persona, la proyección que enviamos al exterior y los demás reciben.

La construcción de la propia imagen es un proceso de carácter evolutivo complejo, que va intrínsecamente unido a la constitución de la identidad. (López Fuentetaja y Castro Masó, 2007 en Plaza, J. 2010).

En el momento del nacimiento y a lo largo de la etapa oral, el infante no tiene aún una autoimagen, percibe su cuerpo como una prolongación del cuerpo de su madre. El niño percibe sus propias características, cualidades y defectos, desde lo que sus padres le reflejan. (Lemus, 2008). El tipo de interacción con estos y con sus figuras significativas también tendrá influencia.

- **Imagen corporal**

Cuando se habla de trastornos de alimentación, es necesario hablar de imagen corporal, es algo que se tiene adecuada o distorsionada.

En 1923 Paul Schilder (Rodríguez, C. 2002) afirma que la imagen corporal es una estructura mental, que a su vez, se forma de todas las estructuras psicológicas, las

cuales se fortalecerán y enriquecerán a lo largo de la maduración y el desarrollo de cada individuo.

La imagen corporal es, “el cuadro de nuestro propio cuerpo que deformamos en nuestra mente” (Schilder, 1950; citado en Rodríguez, 2002), también se ha utilizado la expresión para describir las percepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y la percepción de las sensaciones corporales.

Según Fernández (2006; Guzmán A) está dividida en tres áreas:

- Cuerpo real (el cuerpo como es)
- Cuerpo ideal (la idea de cómo se quiere al cuerpo)
- La presentación del cuerpo (cómo es presentado el cuerpo en el exterior).

La adquisición de una imagen corporal adecuada, se logra gracias a la vivencia del propio cuerpo en los primeros años de vida, el niño se conoce a sí mismo, a través de las experiencias táctiles y de amor que tendrá con sus padres.

Para Vives (1997; Rodríguez, 2002) la imagen corporal se establece a través de un mecanismo de retroalimentación y autorregulación que permite al individuo recibir información acerca de la posición de su propio cuerpo y su ambiente exterior.

“En la sociedad actual, el cuerpo es concebido como un objeto que se debe adornar y modificar para mejorarlo” (Charles, 1990 citado en Rodríguez, 2002), se le otorga más importancia a lo externo, a la apariencia, dejando de lado la armonía interna.

“El individuo se preocupa por ver, juzgar y arreglar lo que está fuera de él, cuando la solución de muchos problemas sería que cada persona viera y arreglara lo primero que le corresponde que es verse a sí misma”.

La alteración de la percepción corporal está estrechamente relacionada con una autoestima baja.

Para Ressler y Lee (1993; Rodríguez C.2002) la obsesión con el cuerpo, es solo la punta del iceberg que esconde problemas emocionales profundos y de mayor magnitud.

“Somos nuestro cuerpo, somos nuestros deseos, necesidades y emociones, somos nuestro intelecto y nuestra mente, tanto somos nuestros aspectos más espirituales y metafísicos. La armonía debemos construirla con todas estas partes, cuidando de no dejar de ocuparnos de ninguno”. (Bucay, 2008).

El espejo interno

El cuerpo que exponemos a la mirada de los otros, está influido por una mirada interna de la que, a veces, no tenemos conciencia. En muchas ocasiones no coincide lo que nos dicen de nosotras con lo que vemos.

Isabel Menéndez establece que todos tenemos un espejo interno que proviene de cómo nos miraron nuestros padres o los adultos de los que dependimos, y de las fantasías que nos hicimos en función de los modelos femeninos de la época.

Este espejo puede cambiar la imagen que proyecta a medida que nosotras vayamos encontrando un equilibrio entre cómo somos y cómo queremos ser. Sólo conociéndonos y estimándonos podremos llegar a tener una intimidad que nos hará comprometernos con nuestros cambios vitales y corporales. Entonces, tendremos una imagen de nuestro cuerpo que no nos cree conflictos.

- **Insatisfacción corporal**

“Haz las paces con tu cuerpo, ama y honra conscientemente la prenda sagrada que el espíritu te dio para el tránsito por esta vida” Sarah Breathnach

Charles (1990 en Rodríguez, 2002) afirma que en la sociedad mexicana el cuerpo es concebido como un aditamento que se debe arreglar y componer para mejorarlo. La sociedad contemporánea, busca alcanzar una armonía corporal externa sin otorgarle mucha importancia a la armonía interna.

Comer o no alimento, puede causar cambios del tamaño y la forma corporales, una forma de preocupación por el peso es la insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal se adopta de muchas formas, puede medirse en tres perspectivas:

- Como imagen corporal deformada: “creo que soy más voluminoso de lo que soy en realidad”
- Como discrepancia de la realidad: “creo que soy más voluminosa de lo que me gustaría ser”
- Como respuestas negativas al cuerpo: “no me gusta mi cuerpo”, son los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo.

La insatisfacción corporal, puede conceptualizarse como una diferencia entre la percepción que tiene un individuo del volumen de su propio cuerpo y su volumen real; como la diferencia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal o como sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporal.

Rodríguez (2002) cita a Smith Mullis y Hill (1995) que señalaban, una relación íntima entre madre e hija pueden llevar a la relación complicada y a problemas con la separación en la adolescencia. Minuchin, Rosman y Baker (1978, Rodríguez 2002) también manifestaban que, aunque una autonomía óptima no significaba romper los vínculos entre madre e hija, las relaciones entre ambas que permiten poca autonomía, a las dos partes pueden anunciar una psicopatología futura.

La probabilidad de que las hijas estén insatisfechas con su cuerpo es mayor cuando se da una relación en la que las madres no creen en su propia autonomía ni en la de las hijas y muestran una tendencia a proyectar en estas sus propias expectativas.

b) Autoconcepto

Es el concepto que tenemos de nosotros mismos, en el intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí. El conocimiento de uno mismo es una teoría de lo que la persona cree y siente de sí mismo, aunque lo que crea y sienta no se corresponda con la realidad.

Alonso (2006) afirma que un autoconcepto sano genera un sentimiento de certeza y manejo de la propia vida, sentirse competente enfrentar los retos diarios sabiendo que se es merecedor de la felicidad.

El autoconcepto incluye tres niveles: Raquel Resines

- Nivel cognitivo–intelectual: son las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior.
- Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.
- Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento en base a los niveles anteriores.

Siguiendo a la autora Raquel Resines, ella establece que los factores que determinan el autoconcepto son los siguientes:

- La actitud o motivación.
- El esquema corporal.
- Las aptitudes.
- Valoración externa.

c) Autoconocimiento

“De todos los conocimientos posibles, el más sabio y útil es conocerse a sí mismo” William Shakespeare

Si hay algo que queremos cambiar de nuestra vida es importante primero que tomemos conciencia de ello.

La persona puede advertir o ignorar sus potencialidades. La mayoría de las personas solo usan una mínima fracción de su potencial. Nuestras vidas están pre-figuradas y estereotipadas. Representamos los mismos roles una y otra vez, y encontramos pocos caminos para reinventar nuestra existencia. Si halláramos lo que nos frena, nos alentaría la visión de autorrealización.

Hemos aprendido a evitar tomar conciencia para evitar los miedos u otros sentimientos desagradables. Al principio es un acto consciente pero después se convierte en un hábito perdiendo consciencia de que estamos evitando algo y corremos el riesgo de perder partes de nosotros mismo.

“Conocerse a uno mismo es la tarea más difícil porque pone en juego directamente nuestra racionalidad, pero también nuestros miedos y pasiones. Si uno consigue conocerse a fondo a sí mismo, sabrá comprender a los demás y la realidad que lo rodea.” (Valerio Manfredi citado en Codina, 2009).

El aburrimiento, la confusión, falta de vitalidad, el no poner atención al miedo o a la ansiedad y la sensación de estar separados o desconectados son las manifestaciones de la falta de conciencia.

d) Autoconciencia

"El dolor termina sólo a través del conocimiento propio, de la lúcida percepción alerta de cada pensamiento y sentimiento, de cada uno de los movimientos de lo consciente y lo oculto".

J. Krishnamurti

El término conciencia se usa para distinguir, entre las funciones mentales, las características que se refieren tanto al llamado estado de conciencia, o para designar los procesos internos del hombre de los que es posible adquirir conciencia, y es en este último sentido que utilizamos el término autoconciencia.

La autoconciencia es saber sintonizar con la abundante información, nuestras sensaciones, sentimientos, valoraciones, intenciones y acciones de que disponemos sobre nosotros mismos. Esta información nos ayuda a comprender cómo respondemos, nos comportamos, comunicamos y funcionamos en diversas situaciones.

Una herramienta clave de la autoconciencia es la toma de conciencia del propio cuerpo y de sus señales de excitación.

Tenemos que llegar a ser capaces de describir nuestro cuerpo y nuestra mente con vívido detalle.

Si una persona tiene poca autoconciencia o conocimiento de sí mismo/a, ignorará sus propias debilidades y carecerá de la seguridad que brinda el tener una evaluación correcta de las propias fuerzas.

e) Autoaceptación

"La autoaceptación surge de enfrentar los retos de la vida con energía. No te insensibilices ante las experiencias difíciles y las dificultades, ni construyas una muralla mental que excluya el dolor de tu vida.

Encontrarás la paz, no a través de escapar de tus problemas sino enfrentándolos valerosamente. Encontrarás la paz, no en la negación, sino en la victoria".

J. Donald Walters

Aceptarse implica reconocer que somos valiosos y dignos de ser queridos y respetados, a pesar de no ser perfectos.

Las cosas, las personas y la vida, son como son, porque se han dado las causas o requisitos previos necesarios, para que sean así.

Aceptar no quiere decir resignarse. Resignarse es mantener el enojo y el dolor, es tomar una actitud pasiva y fatalista. Aceptar es reconocer que puedo cambiar y que no.

Aceptarme es reconocer mis fallas y defectos sin devaluarme por ellos, sin rechazarme y sin enojarme. Es estar contento conmigo mismo por ser, por existir. Cuando nos aceptamos, dejamos de pelearnos con nosotros mismos, sabemos que podemos ser aceptados por los demás, recibiendo su cariño, no nos da miedo reconocer algo negativo, podemos manejar la crítica sin devaluarnos y sobretodo,

podemos mostrarnos como somos, sin tratar de imitar a los demás o de utilizar máscaras que impidan mostrar nuestra forma de ser.

4. Sentido de vida

“El cuerpo encierra un significado, cuando sondeamos bajo la superficie de nuestra obsesión por el peso, encontramos que una mujer obsesionada con su cuerpo también está obsesionada con las limitaciones de su vida emocional. A través de la preocupación por su cuerpo está esperando la preocupación profunda por el estado de su alma” Kim Cherin.

Una fuerte voluntad, un sentimiento de inseguridad y la desesperanza pueden manifestarse en forma de problemas para atender y alimentar al cuerpo, pero son fundamentalmente un problema que tiene que ver con atender y alimentar el alma (Costin, 2002).

Frank (2004) concibe al hombre como una unidad tridimensional: cuerpo-mente-espíritu. Afirma que la dimensión física y la mental están expuestas a enfermar, pero la espiritual no. En esta dimensión se encuentran los recursos necesarios para trascender las limitaciones físicas, emocionales y circunstanciales.

El autor afirma que el hombre está siempre orientado y ordenado a algo que no es él mismo; ya sea un sentido que ha de cumplir u otro ser humano con el que se encuentra, va más allá de uno mismo, y la esencia de su existencia es la trascendencia.

Rodríguez (2005) señala que el sentido de vida es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. “Sin este soporte interno es más probable que la psique se vuelva más frágil, y por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar”.

Si la anorexia tiene que ver con la “rabia reprimida, el miedo a la vida, la necesidad de controlar un mundo incontrolable y la baja autoestima”, entonces los desordenes de la alimentación reflejan que los hombres y las mujeres tienen problemas para sentirse felices, vitales, dueños de la situación y satisfechos con sus imperfecciones,

que no son más que parte del mundo real (Catherine Steiner-Adair. Prólogo Bruch 2002).

Frankl (1997) aseguraba que el mal de la época que afectaba a nivel individual y social, era la pérdida de sentido que se veía reflejado en forma de agresión, depresión, adicción, violencia y suicidio. “En la realidad, hoy no nos enfrentamos ya, como en los tiempos de Freud, con una frustración sexual, sino con una frustración existencial. El paciente típico de nuestros días no sufre tanto, como en los tiempos de Adler, bajo el complejo de inferioridad, sino bajo un abismal complejo de falta de sentido, acompañado de un sentimiento de vacío”.

Rollo May (1978) compartía la visión de que la enfermedad más relevante de estos tiempos es, el vacío existencial, un vacío que se intenta llenar con cosas materiales, superficiales e individuales; y menciona al respecto: “el individuo basa su existencia en el materialismo, hedonismo, permisividad, relativismo, dinero, poder, fama, acumulación de bienes”. A veces el vacío se intenta llenar de poder, dinero, placer, pero el vacío sigue.

Las causas que provocan el vacío existencial son la pérdida de instinto y la de tradiciones. “Contrariamente al animal, el hombre carece de instintos que le digan que hacer y a diferencia de los hombres del pasado, el hombre actual ya no tiene tradiciones que le digan lo que debe ser. Entonces, ignorando lo que tiene que hacer e ignorando también lo que tiene que ser, parece que muchas veces ya no sabe tampoco lo que quiere en el fondo. Y entonces solo quiere lo que los demás hacen, o bien, solo hace lo que lo otros quieren, lo que quieren de él” (Frankl, 2003).

Jaramillo (2011) señala que, la anorexia no es un síntoma exclusivo de nuestro tiempo, pero vivimos en una época que predomina la cultura del bienestar con la posibilidad de acceder a todo. Este contexto pone a la anoréxica en función de un hastío, de un deseo de nada. La persona se ha vuelto conformista, haciendo lo que otros esperan de él, o totalitarista, haciendo lo que otros quieren que haga. Para Frankl (1929 citado en Fabry, 2005) el vacío existencial surge cuando la persona se pierde en sentidos que no corresponden a las necesidades naturales del hombre.

El conformismo y totalitarismo no son las únicas secuelas del vacío existencial, sino también las neurosis noógenas son más que una enfermedad psíquica, son una pobreza espiritual.

Las neurosis noógenas no surgen por conflictos ente impulsos e instintos, sino más bien de problemas existenciales, espirituales. Entre ellos, la voluntad de sentido suele jugar un papel primordial (Frankl, 1999).

No todos los conflictos son necesariamente neutróticos, a veces es normal y saludable cierta dosis de conflictividad. De la misma forma el sufrimiento no siempre es un fenómeno patológico, puede constituir un logro humano, especialmente cuando nace de la frustración existencial.

El sentimiento de vacío, para Frankl, representa una prueba de humanidad, afirma que solo el ser humano busca el sentido, duda y se siente frustrado cuando no puede encontrarlo.

La búsqueda humana de sentido y de valores puede nacer de una tensión interior y no de un equilibrio interno. Es precisamente esta tensión un requisito indispensable de salud mental.

La salud psíquica precisa cierto grado de tensión interior, la tensión existente entre lo que uno ha logrado y lo que le queda por conseguir, o la distancia entre lo que uno es y lo que debería llegar a ser. Una tensión de esta naturaleza es inherente al ser humano, y por consiguiente, indispensable para su bienestar psíquico.

Frankl (1988) sostiene que la lucha por encontrar un significado en la propia vida constituye la primera fuerza de motivación del hombre. En su obra “El hombre en busca de sentido” (2004) señala que el sentido de vida es único y específico por lo que no se puede definir en términos abstractos y es la persona misma, quien tiene que encontrarlo. El sentido no es el mismo para todos los seres humanos, cada uno ha de encontrarlo de acuerdo a sus propios objetivos, posibilidades y circunstancias, pues para cada persona las cosas tienen diferentes significados.

Lafarga (2004) considera que, en la opción del hombre por la vida, está la tendencia natural al crecimiento, observable en todos los organismos vivos. “Esta tendencia natural al crecimiento es una realidad tan obvia, tan familiar a todos en cada momento, que por su naturalidad y obviedad pasa casi siempre inadvertida. Es ese impulso misterioso que surge del mismo organismo y lo moviliza al desarrollo integral y armónico. No solo crece sino que es consciente de que crece, y lo más misterioso es que puede influir en su propio desarrollo favoreciéndolo u obstaculizándolo”.

El sentido de vida no se averigua con preguntas, Frankl asegura que se averigua con respuestas, responsabilizándonos ante la vida. Estas respuestas no deben darse con palabras, sino con hechos, mediante nuestras acciones (Lukas, 2007).

El creador de este enfoque, logoterapia, señala que se llega al sentido de vida mediante tres modos diferentes:

- 1.- Realizando una acción, planteando las metas y objetivos.
- 2.- Aceptando las donaciones de la existencia, el amor. “El amor es la meta última y más alta a la que puede aspirar el hombre, su salvación es posible en el amor y a través de él” (Frankl, 2004).
- 3.- Por el sufrimiento. La manera en que una persona vive, la manera en como enfrenta las circunstancias que se le presentan, como afronta el sufrimiento y lo sobrelleva, le da la oportunidad, incluso en circunstancias adversas, de llenar su vida de un profundo sentido. Para sostener esto Frankl (2004) cita a Nietzsche “El que tiene un porque para vivir, puede soportar casi cualquier como”.

4.1 Sentido del momento

El sentido del momento, es establecer que cada ser humano es un individuo extraordinario que transita por la vida en medio de una serie de situaciones únicas, y que a cada momento ofrece un sentido que satisface una oportunidad de actuar en forma significativa.

“Las personas más felices son aquellas que no derrochan un solo pensamiento en la expectativa de felicidad, sino que se entregan a la alegría del momento (Lukas, 2004).

4.2 Sentido último

Lukas (2007) define el sentido último, como estar consciente de que hay un orden en el universo y saberse parte de ese orden. Otorgando un sentido dimensionalmente superior a la existencia humana. El sentido último de la existencia es real y su presencia es de suma importancia en la vida de todo ser humano. Es accesible a todo hombre en cuanto es consciente de que a pesar del caos aparente, hay un orden en el universo del cual él forma parte (Fabry, 2005) El sentido último es la cuestión de fe, de aceptación, de experiencia personal.

Flores (2009) afirma que solo la muerte es lo que da sentido a la vida, ya que al darnos cuenta de que nuestra existencia es breve, se tiende a mejorar la manera de trascender, de dejar huella, así que, a pesar de todos los problemas con los que tenga que enfrentarse, la vida vale la pena vivirla, y más aún cuando el hombre pone en práctica la fuerza de oposición del espíritu frente al destino el sentido tal vez cambie, pero nunca faltará.

Existe una relación entre sentido último y de sentido del momento. Si se siente conciencia del sentido último, uno será capaz de dar respuestas significativas a las oportunidades del momento. Cuando no se tiene conciencia de lo anterior, se reacciona al sentido de momento de modo que se pueda, pero a lo largo de la vida se irá orientando hacia una plena comprensión del sentido último.

4.3 Sentido del dolor

“El hombre solo vuelve sobre sí mismo, solo reflexiona sobre sí mismo cuando no encuentra sentido capaz de hacer la vida digna de vivirse. La persecución del sentido

no solo hace feliz al hombre sino que le hace capaz para el sufrimiento” (Frankl, 2006).

Todos enfrentamos problemas, pesares y dolores. Sin embargo mientras cierta dificultad puede destrozar a una persona, a la otra le puede pasar inadvertida y para una tercera, convertirse en un reto. Lo importante no es tanto lo difícil de la situación, sino la postura que se asume ante ella.

Frankl (2006) explica que el sentido es posible a pesar del sufrimiento, no mediante el sufrimiento.

Una vida plena y satisfactoria, para Rivas (2010), no depende de la ausencia de experiencias dolorosas y adversas, sino de cómo se responde ante este tipo de situaciones y si se logra crecer a través de ellas, aprendiendo a ser mejores aun en los peores momentos.

Una crisis es a versión extrema de una transición. Significa momento de decisión, separación, de rompimiento. Es el impulso detonador que moviliza la voluntad hacia el cambio.

El sentido del dolor, para Rittner (2008) es ayudar a sanar: “atravesar el dolor nos lleva al corazón mismo de la vida. El tiempo solo no cura, es la lealtad a la vida la que cura. El tiempo es neutral, es lo que hacemos con el tiempo lo que nos cura” Con el dolor nos detenemos a reflexionar sobre nuestra propia existencia, nos ayuda a descubrir quiénes somos realmente y para qué.

Fabry (2005) menciona que el hallazgo del sentido se da cuando un ser humano descubre una verdad sobre sí mismo, toma conciencia sobre las alternativas de elección, actúa responsablemente, experimenta su unicidad, trasciende sus intereses a través del amor y del servicio, transforma el dolor y el sufrimiento en oportunidad.

La vida tiene sentido al conservar ese sentido bajo todas las condiciones y circunstancias, transformando el sufrimiento en una aportación positiva.

Frankl (2006) considera que, en los aspectos negativos se puede encontrar un sentido, transformándolo así en algo positivo: el sufrimiento en servicio, la culpa en

cambio, la muerte en estímulo para la acción responsable. Gallardo (2001) asegura que a través del sufrimiento, se llega a una plenitud que en el plano superficial de la risa, de la alegría muchas veces no es posible.

“Saber crecer, es ante todo, ejercer nuestra capacidad de reconstruir el sentido de la vida como respuesta a las tormentas más destructivas que hayamos vivido.

Las crisis pueden ser necesarias, a veces indispensables para que una vida llegue a la plenitud, pueden incluso convertirse en los sucesos más importantes y significativos para nuestra propia motivación. La capacidad de responder y no tan solo de reaccionar emocionalmente, así como el compromiso de una espiritualidad que busque siempre sentido a la vida a pesar de los abismos, es lo que caracteriza a quienes toman la decisión de saber crecer y no quedarse estancados en el sufrimiento y eventualmente en la amargura”(Rivas, 2010.)

4.4. Sentido del amor

En la necesidad del deseo de sentido, el hombre no solo aspira a encontrar y realizar un sentido, sino también a encontrarse con otro ser humano. Ambas cosas, la realización de un sentido y el encuentro humano, ofrecen al hombre un fundamento para la felicidad y el placer. “Lo que el cerebro necesita para funcionar normalmente es un contacto continuo y lleno de sentido con el mundo exterior”

El hombre solo vuelve sobre sí mismo, cuando no encuentra sentido capaz de hacer la vida digna de vivirse.

El amor se revela como un aspecto de la auto-trascendencia de la existencia humana. Para Frankl (2006) la existencia humana se caracteriza por su autotrascendencia y menciona “cuando la existencia humana no apunta mas allá de sí misma, la permanencia en la vida deja de tener sentido”.

“El hombre solo es plenamente hombre cuando se deshace de algo o se entrega a otro. Y es plenamente el mismo cuando se pasa por alto y se olvida de sí mismo. Ser hombre significa estar orientado a algo que no es uno mismo” (Frankl, 2006).

El amor es la vivencia de otro ser humano, en todo lo que su vida tiene de peculiar y singular.

4.5 Sentido de los valores

Una sociedad post revolucionaria, que ha avanzado a grandes pasos en el descubrimiento de grandes adelantos, se olvida del ser más maravilloso del universo: el ser humano. El hombre es un ser de preguntas pero también es un ser de respuestas. El hombre es un ser que cuestiona, pero es también un ser que espera. El hombre es un ser que duda, pero también busca una respuesta.

“El vacío existencial es fruto de la carencia del valor más importante: el valor de la existencia humana” (Flores, 2011).

En sus primeras obras Viktor Frankl, utiliza a menudo los términos sentido y valor como sinónimos. A lo largo del tiempo fue haciendo una diferenciación y reservó la palabra sentido para referirse a aquello que es significativo para el individuo en cada situación particular de su vida.

La pérdida de tradición no afecta al sentido, sino a los valores; los valores son categorías universales sobre el sentido, no inherentes a situaciones únicas y peculiares, sino típicas y recurrentes que caracterizan la condición humana.

El hombre no agota su realidad en la satisfacción de los instintos o las necesidades con miras a mantener o restablecer su equilibrio psíquico, sino que busca el cumplimiento de un sentido y la realización de valores; y es en función de estos que se cumple y se realiza a sí mismo.

Las posibilidades que importan son las posibilidades de cumplimiento del sentido y de realización de los valores. El hombre es un ser libre y responsable que realiza las posibilidades de cumplir el sentido de su vida personal y de sus situaciones concretas y perpetuarlas.

El sentido de una situación determinada puede descubrirse o aclararse con la ayuda de los valores. La función de estos es ayudarnos a tomar decisiones cuando nos enfrentamos a las circunstancias cotidianas, son una brújula que nos orienta en la vida, sirviendo de marco de referencia en nuestras acciones.

Esta guía se vuelve en muchas ocasiones poco clara, confusa o incluso contradictoria. “Cuando nos encontramos con valores coincidentes o contradictorios, enfrentamos un conflicto de valores que si bien, pueden representar para algunos el estímulo de un obstáculo a vencer, para otros puede conducir a una neurosis nógena”.

Frankl afirmó que los conflictos de valores no constituyen en sí mismos ningún síntoma de enfermedad, son fenómenos humanos, que han de ser aceptados y asumidos como parte de la propia existencia humana.

Frankl (2006) establece tres categorías de valores: valores creativos, valores vivenciales y valores de actitudes.

La conciencia moral (órgano de sentido) guía al hombre en la búsqueda, es la facultad de intuir el sentido único y peculiar, va indicando la dirección para detectar una posibilidad de sentido cuya realización le exige una situación concreta. Pero en cada caso debemos aplicar a esta situación un determinado criterio, una escala de valores. Frankl (2006) menciona “solo los valores hunden sus raíces en un estrato profundo de nuestra personalidad y si no queremos ser infieles a nosotros mismos debemos guiarnos por ellos”.

“Vivimos en una época de pérdida de fe en los valores, que es, en consecuencia, una época de desesperación de creencia en el absurdo de la vida. Como la escuela y la educación no han iniciado a la gente en la comprensión de los valores y desvalores objetivos, nos encontramos hoy con una ceguera axiológica y una secreta creencia en los valores que están ampliamente difundidas en el mundo el utilitarismo individual y social es la única teoría vigente de los valores al desaparecer del horizonte los valores y los desvalores, el mundo y la acción del hombre pierden sentido y son vanos”, Alexander Pfänder.

Los conflictos de valor son el resultado de ignorar la dimensión del “orden de los valores”, la jerarquización. En esta jerarquía hay valores de orden superior y otros de orden inferior, cuando se tiene clara esta jerarquía, el conflicto desaparece.

Para Frankl, cada persona debe descubrir la jerarquía de sus valores conforme lo exige la situación específica en que se encuentra con el cuidado de no caer en la sobrevaloración o idolatría de uno sobre el resto de los valores. “La crisis de valores actual se refiere a cierto estancamiento dentro de un círculo estrecho de valores (sobrevaloración de unos cuantos sobre otros), el sujeto cree que con ellos puede darse completamente por satisfecho y da por terminada la búsqueda”.

Cuando se elige en base a un valor, ignorando el sentido del momento, la decisión deja de ser significativa y los resultados pueden ser muy negativos.

La logoterapia recomienda una jerarquización paralela de los valores y no una piramidal. Cuando tenemos más variedad de valores de la misma importancia, estamos previniendo el sinsentido, el vacío y la desesperación.

Lukas considera que los valores son importantes porque:

- Nos hacen más libres. En todos los momentos se presentan decisiones que asumir, a las que respondemos a través de actos.
No solo basta declararse libre para serlo. La libertad requiere una condición que se denomina “determinación axiológica”, un conocimiento consciente de los valores, la libertad es elegir o rechazar un valor.
- Porque a través de su exploración y vivencia encontramos sentido. Al explorar los valores, se pueden ver los problemas desde otra perspectiva. Los valores nos presentan amplias posibilidades de sentido. Elegir un valor y realizarlo no solamente nos da la seguridad sino que hace nuestras elecciones más significativas.
- Los valores “nos mueven”. Son motivaciones y criterios de conducta que nos atraen, que nos impulsan hacia su logro. Los valores trascendentes o del ser, movilizan la fuerza del espíritu para vencer dificultades.

- Porque son base para lograr el desarrollo humano. Conocer el sistema de valores, es contribuir una relación de trabajo con uno mismo en nuestro proceso de desarrollo.

La interpretación del sentido supone que el hombre es espiritual, y el cumplimiento del sentido supone que es libre y responsable (Frankl, 2001). Sólo accedemos a estos existenciales internándonos en la dimensión nosológica donde el hombre se constituye como tal, en ese plano se deja sentir la orientación primaria hacia el sentido.

La hipótesis humanista es, que todos los humanos estamos en proceso de liberación de los aprendizajes y las tendencias subyacentes al comportamiento destructivo que, solo pueden ser superados por la tendencia autorrealizante cuando se dan o se producen las condiciones internas y externos para el crecimiento personal (Lafarga, 2008).

La liberación es un movimiento consciente de ruptura de vínculos y aprendizajes aprisionantes. Es irse moviendo gradualmente de un estado de mayor a menor dependencia, para alcanzar la salud y la vida.

Respecto a la libertad interior, Quintanilla (2008) menciona: “consisten en hacerse cargo del propio proceso de crecimiento con la toma de conciencia de aquí y el ahora. Decidir qué hacer con lo que nos sucede y, así, ser autores de la propia vida”.

Paul Polak (1946; Frankl, 2006) “la solución de la cuestión social haría visible y movilizaría la problemática espiritual; el hombre al verse libre para ocuparse de sí mismo, descubriría lo problemático en su propia existencia”.

“Cuando el ser humano es interiormente libre para escoger lo que valora de forma profunda, tiende a valorar aquellos objetos, experiencias y metas que lo conducen a su propia supervivencia, crecimiento y desarrollo, y a la supervivencia y desarrollo de otros”. Rogers (Jardón, 2010)

El hombre al ser un ser social, tiene la oportunidad y la capacidad de verse a sí mismo frente a otros, Lafarga (2004) considera que este hecho le dé poder de optar

libremente, y al decidir en libertad. “Puede escoger entre la construcción de sí mismo en armonía con los demás, el propio deterioro o el daño a los otros”.

Realizar lo que hace falta hacer, lo que se debe, no lo que se puede, realización de posibilidades, responsabilidad es elegir, tener que decidir de las posibilidades, cual descartar y cual voy a perpetuar haciéndola realidad. Al respecto, Láfarga (citado por Quintanilla, 2008) asegura: “asumir la responsabilidad de la propia vida significa reconocer y aceptar conscientemente las propias necesidades, sentimientos, significados, experiencias, historias, recursos, limitaciones y errores, así como la calidad de persona diferente, única e irrepetible”.

Norma Alonso (2006) resalta lo indispensable que de cada familia surjan individuos humanizados, con una vida interior enriquecida, pues de otra forma el vacío existencial de esta generación, la enfermedad más relevante de estos tiempos, nos conducirá a un despeñadero consumista que arrasará con nuestro entorno y nuestra sociedad. La inconsciencia de nuestra esencia personal es el factor detonante de esta degradación social.

Bucay (2008) considera que el primer desafío es el proceso de descubrir quién soy. El segundo desafío, de decir a dónde voy buscando la plenitud y el sentido, encontrando el propósito fundamental de nuestra vida.

“El hombre no es prenda del medio, ni la criatura de sus instintos, necesidades e impulsos, por el contrario, tiene libertad de elegir y es el único responsable de su existencia. Puede trascender, si lo desea, tanto su medio físico como su cuerpo y a sí mismo. Todo es producto de su elección, él determina qué será y qué hará. Desde luego que la libertad para elegir no asegura que sus elecciones sean sabias, sin embargo, con esta posibilidad de elección, podrá vivir de una manera auténtica o inauténtica, gratificante o desgastante, trascendente o intrascendente” (Vázquez, 1996).

4.6 Logoterapia

En la década de 1930, Viktor Frankl desarrolló un método psicoterapéutico centrado en el sentido. La logoterapia aparece como un tratamiento terapéutico que promueve una vida de conciencia y responsabilidad, orienta a la persona hacia una vida llena de significado haciéndola responsable de su crecimiento y plenitud. Afirmó que los fenómenos específicamente humanos, como el amor, la fe, la ética y los intereses artísticos o científicos, no se pueden explicar desde el nivel de las pulsiones sin malinterpretarlos (Lukas, 2007).

La logoterapia es una psicoterapia centrada en el sentido, su principal impulsor menciona que el hombre es un ser que se encuentra en constante búsqueda del sentido, pero actualmente esta búsqueda es un empeño vago.

Fabry (2005) menciona que Frankl define la logoterapia como una educación destinada a fomentar la responsabilidad del individuo en una época en la cual la tecnología amenaza con reducir al hombre a la categoría de un objeto carente de responsabilidad, cuyos actos pueden ser calificados como meras reacciones.

La logoterapia se diferencia del psicoanálisis, porque concibe al hombre como un ser cuyos intereses primordiales se encuentran en asumir un sentido a la existencia y realizar un conjunto de valores, y no, en la mera gratificación y satisfacción de sus impulsos e instintos, o en el mejor ajuste del conflicto interior generado por las exigencias del ello, yo y superyó o en las luchas de adaptación y ajuste al entorno circundante y a la sociedad.

La logoterapia se funda en tres principios (Fabry, 2005):

Sentido de vida. La vida tiene sentido bajo todas las circunstancias

Voluntad de sentido. El hombre es dueño de su voluntad de sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla; Frankl (2003) define que la voluntad de sentido es el esfuerzo por el mejor cumplimiento posible del sentido de la existencia. Es lo que motiva al hombre. Para Fabry (2001), la voluntad de sentido es la más poderosa motivación para vivir y para actuar. Visualizar el sentido de su

vida les permite desarrollar sus capacidades y soportar los contratiempos. Por su parte, Lukas (2004) afirma que en donde hay voluntad de sentido, hay también un camino.

Libertad de voluntad. El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia.

Un tratamiento logoterapéutico tendrá por objetivo restablecer la “trascendencia de la existencia”, fortaleciendo la voluntad de sentido. Fabry (2005) señala que la misión de la logoterapia es: iluminar y permitir que el sentido resplandezca

El logoterapeuta procede por la vía fenomenológica, sin formular juicios de valor, constatando la experiencia axiológica del hombre, que sabe el sentido que tiene la vida, el trabajo, el amor y el sufrimiento, soportado con valentía.

Lo que entra en juego en el proceso de curación de un cliente, es la conciencia de que algo importante y valioso le espera a él, a esa persona única e inconfundible, y nadie más puede realizarlo en su lugar.

Lukas (2007) menciona los tres grandes grupos metodológicos de la logoterapia: la intención paradójica, la desreflexión y la modulación de actitud, son el hilo conductor de la existencia en busca de sentido.

De acuerdo con Fabry (2005) una de las aportaciones de la logoterapia es el hecho de que amplía y multiplica las áreas en las cuales es posible descubrir el sentido. Lukas (2004) considera que, la logoterapia se orienta hacia los momentos luminosos de la vida, pero también vislumbra el sentido de los oscuros.

5. Centros de Atención Psicológica y Social

La Universidad Vasco de Quiroga, nace con el objetivo de responder a las necesidades que tenía el Estado de Michoacán de diversificar sus opciones educativas en el nivel superior e impedir la desintegración familiar propiciada por la emigración de jóvenes bachilleres a otras entidades.

Se define como, una institución de inspiración cristiana y orientación católica que sigue el espíritu y el ideario de don Vasco de Quiroga. Tiene el compromiso de formar personas integrales que busquen, siempre, el servicio a la gente que menos tiene, menos puede o menos sabe. Con el propósito de cumplir con esta misión, se crean diversas áreas para inculcar el espíritu de servicio y ayuda en los alumnos ante la sociedad.

Los Centros de Atención Psicológica y Social (CAPS) son unidades de servicio de la Universidad Vasco de Quiroga, cuya finalidad es brindar servicios principalmente preventivos, a la población, instituciones que por sus características no tienen acceso a los servicios psicológicos que requieren.

Objetivos:

- a) Favorecer la formación universitaria de los estudiantes de psicología a través de prácticas profesionales.
- b) Proporcionar servicios psicológicos de tipo preventivo a personas o instituciones que lo requieran, pero que no están en posibilidad de contratarlos.
- c) Promover la investigación de los diversos campos de la psicología y otras disciplinas afines, de tal forma que permitan un avance de estas ciencias en sus aplicaciones prácticas a la realidad cotidiana de nuestro país.

- d) Abrir alternativas para la presentación del servicio a la comunidad, entendida como, una actitud permanente de servicio completo a la definición de inspiración cristiana de la UVAQ.

Misión:

“Brindar atención psicológica, social, jurídica de alta calidad humana a la población de escasos recursos, a un bajo costo, inspirados en el mensaje de Don Vasco de Quiroga en beneficio de la sociedad”.

Los valores que se promueven en los Centros son:

- Amor.
- Solidaridad.
- Confidencialidad.
- Profesionalismo.
- Eficiencia.
- Servicio.
- Honestidad.
- Respeto.
- Calidad.
- Humildad.

En 1990 se realizó el primer intento para iniciar un trabajo de psicología comunitaria, ante el desinterés de los pobladores de la comunidad por recibir el apoyo, el intento no fue fructífero.

En 1991 la Lic. Rosario Torres Esquivel y el Lic. Bulmato Virola Negrete son los encargados de iniciar un segundo proyecto, durante la realización de este proyecto la Lic. Lilia Barajas, ocupa el cargo que hasta el momento sustentaba la Lic. Torres Esquivel que, por cuestiones laborales se ve obligada a renunciar al proyecto.

Para la realización de dicho trabajo se seleccionó la comunidad de Mil Cumbres, los responsables del proyecto contaban con el apoyo de los alumnos de la universidad, desde el primer hasta el séptimo semestre. Inicialmente el trabajo se realizó en las calles, posteriormente las maestras de la comunidad se unieron al proyecto al permitir el uso de los salones de clase. Este proyecto se vio truncado por la falta de recursos después de 18 meses de haberse iniciado.

El 27 de mayo del 1994, se funda el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga, tomando como base el Centro de Atención Comunitaria de la Universidad Iberoamericana.

El Lic. Francisco Esquivel Hernández vio en el proyecto de la Universidad Iberoamericana una opción y entró en contacto con la Mtra. en Psicoterapia Humanista María Inés Gómez del Campo del Paso, catedrática de la facultad de psicología de la Universidad y fundadora del trabajo comunitario en la Universidad Iberoamericana, de manera conjunta presentan un proyecto a la rectoría de la Universidad Vasco de Quiroga, que en ese entonces se encontraba a cargo del L.A.E. Raúl Herrera Vega, el Centro de Atención Psicológica de la UVAQ abre sus puertas el 4 de junio de 1994.

Las primeras oficinas donde tuvo su sede el centro se ubicaban en la Ave. Acueducto no.554-A, Col. Chapultepec Norte. El 26 de agosto de 1999 el CAP traslada sus instalaciones hacia un lugar más amplio, la calle Atzimba no 75, Col. Eréndira, donde la capacidad de atención aumenta.

El 14 de junio de 1996, la Mtra. Inés Gómez del Campo del Paso finaliza su periodo de coordinación; el Lic. Psic. José Guillén Gordillo asume la coordinación a partir de ese momento hasta enero de 1998, en la etapa posterior la encargada de la coordinación es la Lic. Psic. Margarita García González, a partir de febrero de 2001 hasta agosto de 2006 el Centro de Atención psicológica "Santa Fe" se encuentra bajo la dirección de la Lic. Psic. Luz María Medina Gallardo, con la ubicación en la calle

Tzintzuntzan no 573 esq. Bucareli de la Colonia Eréndira. Se localiza ahí desde noviembre de 2003.

El 14 de agosto de 2006 el CAP Santa Fe queda bajo la dirección de la M.H. Magaly Huerta Rico, con ubicación en la calle Mil cumbres #344 en la Col. Lomas de Guayangareo.

La Universidad cuenta actualmente con otros dos centros de atención. El CAPS “Santa Cecilia” se encuentra ubicado en la calle Jesús Monge #205. Col. Sta. Cecilia bajo la dirección de la Lic. Esmeralda Escamilla; y el CAPS “San Luis Gonzaga” ubicado en la calle Francisco Bedolla #34 en la Col. Jaujilla este centro está a cargo de la Lic. Hermelinda Mendoza.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

“Anorexia, una respuesta ante la pérdida del sentido de vida: estudio de caso”.

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno (Hernández 2006).

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento y diversos marcos interpretativos que han originado diferentes rutas en la búsqueda del conocimiento.

2.1 Enfoque

La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno.

Patton (1980, 1990; citado en Hernández, 2006) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

“El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, 2006).

Sherman y Webb, (1988; Hernández, 2006) señalan que la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron sentidas y experimentadas.

El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados. La recolección de datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes. “El investigador hace preguntas abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas que vincula y reconoce sus tendencias personales (Todd, 2005, citado en Hernández, 2006).

2.2 Tipo de Alcance

- **Descriptivo**

Hernández (2006) menciona que, el alcance descriptivo consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. El investigador debe ser capaz de definir, qué se medirá y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos.

- **Exploratorio:**

Este tipo de investigación se realiza cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas (Hernández, 2006).

Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados.

2.3 Objetivo General

Conocer si el vacío existencial de una persona, puede desencadenar en un trastorno alimenticio como la anorexia.

2.4 Objetivos Particulares

- Conocer el sentido de vida de una persona con anorexia.
- Conocer los factores que determina el sentido de vida de una persona.
- Determinar el nivel de influencia entre la pérdida de sentido de vida y las relaciones familiares.
- Describir la relación que existe entre la pérdida del sentido de vida y la anorexia
- Describir como son la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto de una persona con anorexia.
- Conocer la dinámica y funcionalidad familiar de las personas anoréxicas.

2.5 Planteamiento del Problema

La anorexia es una enfermedad que manifiesta una elevada preocupación por el aspecto físico, sin embargo, existen diferentes teorías que tratan de explicar el origen del padecimiento como causa de conflictos internos más profundos. Siguiendo estas afirmaciones, se consideró que la respuesta que engloba los factores desencadenantes así como también los síntomas psicológicos de la enfermedad, se encuentran en la misma existencia de la persona.

Por medio de la investigación se buscó responder a la pregunta: ¿La anorexia, es una respuesta ante la pérdida de sentido de vida?

2.6 Preguntas de Investigación

- ¿Existe una pérdida de sentido de vida en las personas con anorexia?
- ¿Qué factores influyen en el sentido de vida?
- ¿El vacío existencial, puede desencadenar un trastorno de alimentación como la anorexia?
- ¿Qué otros factores hacen a una persona vulnerable a padecer un trastorno de alimentación?
- ¿Por qué la presión social que busca el éxito, la perfección y la delgadez; afecta de diferentes maneras a las personas?
- ¿Cómo es la autoestima, autoimagen, autoconcepto de una persona con anorexia?
- ¿Cómo es la dinámica familiar de las personas anoréxicas?
- ¿Cómo influye la familia en el sentido de vida?

2.7 Supuestos

- La pérdida de sentido de vida es un desencadenante de la anorexia.
- Los factores sociales sirven como factores de mantenimiento de la anorexia, cuando no se tiene claro el sentido de vida y los valores de la persona.
- La autoestima de una persona con anorexia es influida por la dinámica familiar y está estrechamente relacionada con el sentido de vida.
- La dinámica familiar con un integrante con anorexia influye en el sentido de vida y en el desarrollo de la enfermedad.
- La dinámica disfuncional de la familia influyen en los factores psicológicos de la anorexia.

2.8 Ejes Temáticos

- **Anorexia:** Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo (O.M.S). Es una enfermedad psicosomática que a través de sus síntomas físicos y psíquicos provoca la muerte de más del 15% de las personas afectadas. Su aparición ocurre por regla general en la adolescencia, aunque hay excepciones en que ocurre en la pubertad o en edad adulta. Las personas con anorexia nerviosas adelgazan hasta el punto de inanición, perdiendo por lo menos 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias son temor por engordar, imagen distorsionada de sus propios cuerpos, la convicción de estar gordas a pesar de las pruebas de no estarlo
- **Autoestima:** es la base y centro del desarrollo humano, es el conocimiento, concientización y práctica de todo el potencial de cada individuo (Rodríguez, 2005). Está compuesta por aquellos sentimientos de amor y afecto que sentimos hacia nosotros mismos combinados con una sensación de valía persona, de amor a uno mismo y de saberse capaz de enfrentar los retos de la propia vida (Alonso, 2006).
- **Familia:** los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. Es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo (OMS).
- **Logoterapia:** Frankl define la logoterapia como una educación destinada a fomentar la responsabilidad del individuo (Fabry, 2005). Al aplicar la Logoterapia el paciente se enfrenta con el sentido de su propia vida y debe confrontar su conducta con ese sentido de la vida. Se centra en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre.
- **Sentido de vida:** es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Sin dicho soporte interno es más probable que la psique se vuelva

más frágil, y por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar (Rodríguez, 2005).

2.9 Técnica de Recolección de Datos

Como parte del diseño metodológico de investigación, es necesario determinar el método de recolección de datos y tipo de instrumento que se utilizará. Es importante aclarar que, el método de investigación se toma como medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el sujeto de investigación para la recolección de datos y por supuesto, el logro de los objetivos propuestos en la investigación.

- **Estudio de caso**

El estudio de caso comprende el análisis repetido y a profundidad de las personas. Resulta una opción para obtener datos ricos en detalles y tienden a crear una descripción vívida de la persona estudiada.

El investigador observa con gran profundidad lo que acontece a un sujeto o a una situación, o bien observa y analiza la interacción del sujeto con un grupo de referencia como la familia.

Bonilla (2003) menciona que el método consiste en recopilar el pasado del sujeto sus experiencias y los posibles factores relacionados con su actual proceder, esto con el fin no solo de registrar la conducta sino de comprender y resignificar su actuar además de brindar una amplia gama en la resolución de problemas.

El estudio de caso comprende el análisis repetido y a profundidad de las personas. La profundidad de la indagación que permite un estudio de caso también puede revelar detalles sobre la vida del individuo que no serían evidentes de otra manera (González, 2003).

Tiene la ventaja de que, la información corresponde de manera directa a las circunstancias de la vida normal del sujeto, pues, es observado en el contexto de su vida cotidiana más que en ambientes creados por el investigador.

Los estudios de casos clínicos, que se centran en la gente con problemas, se tratan de recoger impresiones de los pacientes, proporcionan información tanto de las desviaciones como del funcionamiento normal de la personalidad.

El estudio de caso es una metodología ideal cuando se requiere de un estudio holístico dentro de la investigación.

- **Pruebas aplicadas.**

- Entrevista inicial. Ficha psicológica para adolescentes
- Historia del desarrollo
- HTP
- Test de siluetas
- Test ¿Cómo calificarías tu autoestima?
- Logotest de Elisabeth Lukas
- Encuesta de ejes temáticos (Instrumento de ejes temáticos)
- Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo
Claudia Unikel-Santoncini y cols.
- Evaluación de calidad de vida
- Test de Frases Incompletas (Sacks)
- Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel
- Amor y desarrollo
- Cuestionario ¿Quién soy?

- **Entrevista a profundidad.**

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistado, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado.

Bonilla (2004) la define como el diálogo que se establece entre dos o más personas en donde se abordan aspectos internos de la personalidad.

González (2003) menciona que la entrevista a profundidad emplea una guía de entrevista. En la entrevista en profundidad el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema.

Con el análisis e interpretación de los resultados, el entrevistador sistematiza, ordena, relaciona y extrae conclusiones relativas al problema estudiado. Los datos poco elaborados recogidos, son transformados en información valiosa sobre el problema estudiado.

- **Pruebas expresas.**

En la investigación se utilizaron cuestionarios no estandarizados, pero por el enfoque cualitativo, descriptivo- exploratorio y humanista-logoterapéutico, fueron de gran utilidad para conocer, cómo la paciente se vive en diferentes áreas que se abordan.

- **Técnicas proyectivas**

Se originan a partir del concepto dinámico de la personalidad, y consisten en la presentación de estímulos seleccionados y diseñados específicamente para que el sujeto a través de ellas exprese tanto su organización psíquica como la organización de su pensamiento.

El principal problema que presenta esta técnica, resulta ser la existencia de las diferencias individuales, ya que la formación de los rasgos particulares de cada individuo depende de situaciones contextuales específicas y de referencia genética.

- **HTP**

Es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos, es una forma de lenguaje

simbólico, que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de nuestra personalidad.

Los dibujos son expresión de aquello que el sujeto siente. La realización de dibujos constituye una de las muchas formas del lenguaje simbólico, que moviliza niveles relativamente primitivos de la personalidad. Las personas tienden a expresar en sus dibujos, a veces en forma bastante inconsciente, y a veces, involuntariamente, una visión de sí mismos tal como son o, tal como les gustaría ser. El H.T.P está basado en el test de la figura humana de Machover y en el del árbol de Koch.

Con el dibujo de la persona, realizamos una autoimagen muy cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana. En el de la casa proyectamos nuestra situación familiar y en el del árbol el concepto más profundo de nuestro Yo.

Test de la figura humana: Es un test gráfico que consiste en la realización de un dibujo de la figura humana completa, en una hoja tamaño carta y a lápiz. Este dibujo permite analizar especialmente, aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto-concepto, a su imagen corporal y a su estado emocional actual (Portuondo, 1997).

En el momento de plasmar la figura humana se ponen en juego dos cosas:

- a) La imagen corporal: es lo que vemos y lo que ven los demás.
- b) Esquema corporal: es la manera en que se vive el cuerpo de manera inconsciente.

El test proyectivo casa: El dibujo de la casa es simbolismo de la madre, protección, refugio, seguridad, recogimiento, calidez, abrigo, descanso.

La casa tiene tres planos interpretables:

El concepto de la imagen materna.

Muestra también al propio sujeto

Muestra la vida hogareña del sujeto.

Es la única figura que no es un producto natural, ya que es diseñada y construida por el ser humano, de ahí que, no puede mostrar el contexto cultural del sujeto, pero que conserva a pesar de todo la misma función desde que el hombre vivía en las cavernas, pero más acorde a su personalidad, ya que la forma de adornarla y mantenerla es un proyecto de uno mismo.

Se espera que todas tengan ventanas, paredes, techo, chimenea, puertas, jardín, piso.

El test proyectivo animal: En el test del animal se evalúa el estado de las pulsiones, la autoestima y el ideal del yo.

Cuando se dibuja un animal desagradable es que la persona así se siente.

Cuando es agradable es que así quiere ser.

- **Test de frases incompletas (Sacks)**

El Test de Frases Incompletas, es un instrumento sencillo de usar, clasificado entre las técnicas proyectivas. Consiste en una serie de 68 frases incompletas que aluden a diversos ámbitos de la vida personal.

Revisa las actitudes, percepciones y el significado de:

- a) Responsabilidad
- b) Actitud ante situaciones inesperadas
- c) Relaciones interpersonales
 1. Padre
 2. Madre
 3. Familia
 4. Pareja
 5. Autoridad
 6. Personas extrañas

- d) Área de motivación
 - 1. Necesidad de afiliación
 - 2. Logros y frustraciones
- e) Intereses fundamentales
 - 1. Trabajo/ escuela
 - 2. Metas
- f) Concepto de si mismo
 - 1. Rasgos y tendencias características del sujeto
 - 2. Habilidades
 - 3. Temores
 - 4. Sexualidad

- **Logo-test de Elisabeth Lukas.**

El Logo-Test (Test psicológico de la voluntad de sentido) de Lukas instrumento serio, válido y confiable de diagnóstico completo del sentido de la vida.

Es un inventario con preguntas que busca conocer cómo se siente la persona sobre su realización: ¿Cuáles son las posibilidades que corresponden a la concreción de la voluntad de sentido que son capaces de colmar la necesidad natural de sentido del hombre?

El Test se encuentra compuesto por tres secciones, que miden Valores de Creación, Valores de vivencia y Valores de Actitud, los mismos que nos indican si existe buena Orientación en el Sentido de Vida, si es Normal, si existe Ausencia de Sentido de Vida, o es patológico.

Valores de Creación. Los contenidos de la primera parte se agrupan en 9 grandes categorías: bienestar material, autorrealización, familia, actividad ocupacional principal, sociabilidad, intereses, vivencias, servicio a los otros, situación de necesidad, su superación, afirmación de la vida a pesar de todo.

Valores de Vivencia. La segunda parte del test, intenta captar la frustración existencial concretando los efectos generales de la frustración, descritos como agresión, regresión, súper-compensación, reacción de huida, adaptación razonada, neurosis, depresión en sus aspectos noógenos.

Valores de Actitud. La parte III, consta de dos subpartes. En una de ellas, se presentan tres casos que, por un lado, ejemplifican la Parte II y por otro, buscan un valor de perspectiva enjuiciando otros casos. A partir de las descripciones de tres personas, se pregunta cuál es más feliz y cuál es la que sufre más.

A pesar de su estructura en bloques diferenciados, conserva la unidimensionalidad o unicidad, siendo la parte I la que más contribuye a la puntuación total.

- **La Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel**

La escala de funcionamiento familiar, es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas, que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Estas áreas son: territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología.

Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 preguntas.

Espejel (1997), define la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando -1- cuando el aspecto evaluado es disfuncional y -4- cuando es funcional. Las categorías -2- y -3- con intermedias.

- **Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo**
Claudia Unikel-Santoncini y cols.

El cuestionario fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 11 preguntas sobre la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).

En los tres meses previos a la aplicación del instrumento. La versión original contaba con tres opciones de respuesta; sin embargo, se agregó una opción más para incrementar la variabilidad en las respuestas de los sujetos: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

Las conductas alimentarias patológicas se presentan a lo largo de un continuo, en el cual lo principal no es la presencia-ausencia del diagnóstico clínico, sino la intensidad con la cual se presentan. La práctica de dietas y de ejercicio para bajar de peso, y la preocupación por tener una figura delgada, son normativas en la población y se presentan en una amplia gama dentro de la cual es difícil establecer un punto de corte entre lo normal y lo patológico.

El cuestionario se divide en tres factores:

- Factor 1. Atracón-purga
- Factor 2. Medidas compensatorias
- Factor 3. Restricción

- **Test de siluetas**

Basándose en la premisa de que, “en todo ser humano confluyen tres: Como él se ve a sí mismo, como le ven los demás y como es en realidad”, se le presentó a la paciente un test de siluetas que consiste en tres hileras de siluetas, cada hilera

cuenta con 9 siluetas de diferentes compleciones físicas en un orden ascendente. Se le pidió a la paciente, que eligiera en la primer hilera la silueta que ella creía la representa mejor (como ella se ve), en la segunda tenía que elegir la silueta de la manera en que la perciben los demás y por último, en la tercer hilera la silueta de cómo le gustaría ser a ella (ideal). Con este test se pretende conocer la distorsión de la forma en la que percibe su imagen corporal, con las diferencias que existen entre las tres hileras.

Este test también tomó como marco de referencia, el Test de Siluetas para Adolescentes de Carmen Maganto y Soledad Cruz, que permite evaluar la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal.

2.10 Participante

M: Persona de sexo femenino de 15 años de edad con diagnóstico de anorexia, paciente de Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe”.

2.11 Escenario

La investigación se realizó en un consultorio del Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe”, ubicado en la calle Mil cumbres #344 en la Col. Lomas de Guayangareo.

2.12 Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación, se recurrió a diferentes instituciones en búsqueda de pacientes con diagnóstico de anorexia. Esta búsqueda no tuvo éxito por lo que, se estaba considerando la opción de presentar una propuesta de trabajo preventivo con un taller.

En la etapa de la investigación en la que se realizaba la planeación del taller, asistieron al Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe”, los padres de una adolescente que buscaban ayuda para su hija. Ésta había sido referida a psicoterapia por parte de una nutrióloga, que estaba atendiéndola por presentar síntomas de anorexia.

El terapeuta encargado de llevar el caso aceptó que las sesiones se llevaran a cabo con un co-facilitador encargado de aplicar pruebas.

Cuando se presentó a la entrevista inicial, se le explicó acerca de la investigación que se estaba realizando y se le invitó a participar. Tanto la paciente como la familia aceptaron colaborar con la investigación. A pesar de esto durante el mes de diciembre dejaron de asistir a las sesiones y las retomaron en enero.

Se planearon 9 sesiones, en las que se realizó:

- Entrevista inicial. Ficha psicológica para adolescentes (Sesión 1 y 2).
- Historia del desarrollo (Sesión 3).
- HTP y siluetas (Sesión 4).
- Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo Claudia Unikel-Santoncini y cols. (Sesión 4).
- Test ¿Cómo calificarías tu autoestima? (Sesión 4).
- Evaluación de calidad de vida (Sesión 5).
- Encuesta de ejes temáticos (Instrumento de ejes temáticos) (Sesión 5).
- Test de Frases Incompletas (Sesión 6).
- Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel (Sesión 7).
- Logotest de Elisabeth Lukas (Sesión 8).
- Cuestionario ¿Quién soy? (Sesión 8) .
- Amor y desarrollo (Sesión 9).

Estas pruebas se revisaron, para obtener información que, posteriormente, se analizó para los resultados y conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 Análisis por eje temático

Eje 1. Anorexia

Eje temático: ANOREXIA	
Conductas alimentarias de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimenticios poco saludables. • Frecuente preocupación por engordar. • Ha tenido atracones de comida. • Ha vomitado después de comer para tratar bajar de peso. • Frecuentemente hace ayunos para tratar bajar de peso. • A veces ha hecho dietas para tratar bajar de peso. • Con mucha frecuencia hace ejercicio para tratar bajar de peso. • A veces ha tomado pastillas para tratar bajar de peso. • Creencia de que alguna comida hace daño. • Motivación por perder peso y tallas.
Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de “una buena imagen corporal”. • Preocupación por su imagen. • Repulsión por el propio cuerpo. • Deseos de perfección. • Búsqueda de control. • Autoestima baja, es insegura, no se siente una persona atractiva en general, no cree tener una personalidad interesante y se siente incómoda respecto a su imagen física.

Familia frente a la anorexia

- Lo más difícil a lo que se ha enfrentado al padecer anorexia, es perder la confianza de sus padres.
- La reacción de su familia ante su enfermedad fue buena. Siente más el apoyo de su mamá y su papá sólo lo hace económicamente, aunque ambos le demuestran su apoyo llevándola a terapia.
- A veces percibe amor, apoyo, solidaridad en tus seres queridos.
- Nunca ha sentido rechazo por parte de su familia, amigos ni en la escuela.

Consecuencias

- Insuficiencia del aire al respirar, el cabello se le empezó a caer y los dientes se le empezaron a romper.
- Pérdida de peso.
- A veces tiene problemas para conciliar el sueño.
- Vive con estrés, frustración, coraje y/o envidia.
- Cree que la enfermedad le afecta de manera regular económicamente, aunque le preocupan mucho los problemas económicos y otros problemas que pueda ocasionar a sus seres queridos.

M llegó al Centro de Atención Psicológica y Social “Santa Fe”, con un diagnóstico de anorexia, fue referida por la nutrióloga a la que sus padres recurrieron preocupados por los síntomas que su hija presentaba, en la aplicación de pruebas, se encontró que la paciente se preocupa por su imagen corporal y se siente incómoda respecto a su propio cuerpo, su autoestima es baja y es insegura, busca una buena imagen corporal y mencionó desear una vida perfecta.

Presenta conductas de riesgo características de un trastorno alimenticio como hábitos alimenticios poco saludables, tiene la frecuente preocupación por engordar y esto la ha llevado a provocarse el vómito, hacer dietas y ayunos, ejercicio y tomar pastillas para tratar de bajar de peso. Ha tenido episodios de atracones de comida, y tiene la creencia de que alguna de estas hace daño.

Los síntomas que ha presentado son: pérdida de peso, insuficiencia de aire al respirar, el cabello se le empezó a caer y los dientes se le empezaron a romper. Pocas veces puede disfrutar de los alimentos y antojos. A veces tiene problemas para conciliar el sueño. Vive con estrés, frustración, coraje y/o envidia.

Le preocupan mucho los problemas económicos y otros problemas que pueda ocasionar a sus seres queridos.

Lo más difícil a lo que se ha enfrentado al padecer anorexia, es perder la confianza de sus padres. Ella considera que la reacción de su familia ante su enfermedad fue buena. Se siente más apoyada por su mamá y que su papá sólo lo hace económicamente, aunque ambos le demuestran su apoyo llevándola a terapia.

Nunca ha sentido rechazo por parte de su familia, amigos, ni en la escuela por su padecimiento.

Eje. Sentido de vida

Eje temático: SENTIDO DE VIDA

<p>Sentido de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Logro de sentido interior muy bueno. • Existencialmente protegido ante circunstancias adversas.
<p>Significado de la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La vida es significativa • Es aburrida e insatisfactoria. • El tiempo no tiene valor. • Es más una lucha constante para sobrevivir más que para crecer, y le teme al mañana.
<p>Actitud ante la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es evasiva. • Ante situaciones difíciles ella trata de responder de manera optimista. • Sabe que es responsable de su propia felicidad y desarrollo. • Reflexiona cuando algo sale mal. • Se desanima cuando ve que todo su esfuerzo ha sido inútil. • Disfruta de la naturaleza, le interesa y preocupa la ecología, le agrada observar las estrellas y piensa que el mundo animal es interesante. • Considera que su estilo de vida no la está llevando a lograr sus objetivos y necesita cambiar su forma de ser con los demás.

<p>Frustración existencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su vida se encuentra oscurecida por la necesidad, la preocupación, pero se está esforzando por mejorarla. • De vez en cuando ha observado que trata de hacer su vida más llena de contenido • A veces tiene sentimientos de rabia porque pensó que todo lo que realizó hasta ahora fue inútil. • A menudo tiene el deseo de volver a ser niña y comenzar de nuevo. • Un impulso de desasosiego que se apodera de ella contrariando su buen juicio, y que atrae una torturante falta de interés en todo lo que se le brinda. • De vez en cuando tiene el pensamiento de que, ante la muerte, tendría que admitir que no valió la pena vivir.
<p>Balance existencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización más alta de sentido. • Actitud positiva hacia el propio éxito.
<p>Metas y tareas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene conceptos definidos acerca de lo que quisiera llegar a ser y en que le gustaría triunfar. • Quiere ser alguien en la vida y tener un buen trabajo. • Su interés más fuerte son sus estudios y en ellos encuentra su realización, le gustaría tener una profesión (“ser una gran doctora). • Tiene la esperanza de transformar en un hecho positivo un propósito fallido o una desgracia. • Lo que más desea es que su vida sea perfecta. • El mejor estímulo son las personas que la quieren.

<p>Intereses y compromisos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una especialidad que le interesa notablemente sobre la que quisiera aprender. • Goza con experiencias de determinada clase (la música y bailar). • No cree tener una misión religiosa o política. • Espera dar lo mejor de ella y ser una buena persona con los demás.
<p>Flexibilidad axiológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para la paciente, una persona feliz es aquella que logra sellar compromisos entre sus inclinaciones y las circunstancias que lo obligan. Cumple con sus obligaciones obedientemente, aunque sin gusto, y cuando es posible se dedica a sus ambiciones privadas. • Considera que las razones por las que una persona sufre son por aferrarse a una tarea que eligió como meta, a pesar de los constantes fracasos y de la renuncia a muchas cosas, logrando pocos beneficios.
<p>Sentido en el entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prefiere una vida agradable, pacífica, sin grandes dificultades, con suficiente sostén financiero. • Se siente bien, solamente en el refugio de su hogar. • Tiene compromisos y relaciones con una o más personas, el cumplimiento de los cuales le da satisfacción.

Sentido de vida	
Sentido del momento	La anorexia le está dando la atención y el amor que busca.
Sentido último	Espera que los demás la recuerden como una buena amiga.
Sentido del dolor	La pertenencia y unión con su familia.
Sentido del amor	El enojo con sus padres es algo que impide vivir una relación de amor con ellos y consigo misma.
Sentido de los valores	Jerarquización de valores de acuerdo a la imagen y apariencia, dándole mayor importancia al conformismo, totalitarismo, consumismo.

En cuanto al eje de sentido de vida se encontró que la paciente no tiene un sentido de vida definido, su actitud ante la vida a veces es contradictoria, pero esto demuestra que **M**, tiene recursos para enfrentar las adversidades y darle un significado a su vida y a su enfermedad. Aunque en este momento se siente insatisfecha, puede reconocer que ésta tiene valor y tiene metas que le gustaría cumplir. Considera que tiene una actitud evasiva y que no la está llevando a conseguir sus metas, pero también sabe que es responsable de su propia felicidad. El cambio de actitud (aunque no definitivo) y las mejoras que se presentaron, posiblemente tienen que ver con los resultados del proceso psicoterapéutico.

Eje. Familia

Eje temático: FAMILIA

<p>Datos generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M es una hija esperada, aunque el padre deseaba que fuera niño. • Es la mayor de 4 hermanos. • Es una familia con indicadores de disfuncionalidad. • No se sintió apoyada por sus padres para hacer ejercicio y una dieta saludable, por lo que prefirió dejar de comer.
<p>Actitud de la paciente ante su familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La define como la de “los simpsons” • Quisiera que fuera más “familiar” (unida). • Siente que desempeña el rol de “enojona, aburrida y poco interesante” dentro de su familia. • Para su familia es “una persona más”.
<p>Relación con la Madre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es más apegada a la figura materna. • Su madre es una persona que ejerce una actitud dominante. • Cree que las madres deben cuidar a sus hijos. • La relación que tiene con su mamá menciona que es “más o menos” porque su mamá es muy estresante. • Lo que le gusta de ella es que a veces es comprensible. • Y le disgusta que se estrese mucho. • Enojo latente con ella.

<p>Relación con el Padre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enojo manifiesto con su padre. • Se vive poco querida por él aunque también reconoce que le demuestra su amor con sus acciones. • Lo define como una persona bipolar. • Le gustaría que fuera cariñoso y no la dejara en segundo lugar, que fuera diferente con sus hermanos, su mamá y con ella, y no tomara alcohol. • Con su papá menciona que su relación también es “término medio” porque no es muy comprensible. • De él le gusta que intente darles un buen futuro.
<p>Relaciones Interpersonales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su relación con los demás generalmente no es satisfactoria. • Se siente poco amada y buscada. • Es desconfiada y teme a lo que los demás piensen de ella. • Se vive como una persona independiente y autónoma en sus relaciones. • Casi siempre tiene una actitud amigable, de aceptación sin juzgar. • Se relaciona bien con personas de ambos sexos. • Valora más lo que las personas son, que lo que tienen. • Le gusta ser tomada en cuenta por los demás. • La sexualidad es un aspecto que le causa ansiedad. • No tiene novio, considera que es una pérdida de tiempo.

En esta área se encontró que la familia de **M**, tiene problemas de funcionalidad, la comunicación, el control y los recursos son de los principales indicadores de esto.

La relación de la paciente con sus padres la define como “más o menos”, es más apegada a su madre y existe un enojo consciente con su padre. Con su madre existió un rechazo manifiesto cuando estuvo embarazada.

Le gustaría que fueran más unidos, que su papá les diera preferencia ante su familia de origen y que su mamá fuera menos “estresante”.

Sus relaciones interpersonales son poco satisfactorias, es desconfiada y le preocupa lo que piensen los demás de ella.

Eje 4. Autoestima

Eje. AUTOESTIMA	
Resultados de pruebas proyectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Es una persona que tiene una buena adecuación a su género y rol sexual, le da importancia a la feminidad, presenta rasgos infantiles, histéricos. • Es introvertida, espectadora y pasiva. • Tiene el deseo de figurar y ser importante. • Es egocéntrica, puede ser dependiente, manipuladora y chantajista. • Se describe como bipolar, su estado de ánimo cambia de estar enojada, triste, feliz, etc.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Se describe como trabajadora, auténtica, leal, congruente y cooperativa. • Menciona que puede ser tan buena como el mejor de su actividad, puede ser creativa sin dificultades. • Se considera una persona modesta. • Piensa que cuida activamente su salud.
Áreas de oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Es insegura y le falta confianza en sí misma. • Es indecisa. • No siente que tiene el control de su vida. • Se describe como antipática, desagradecida, pesimista y pasiva.

- Se siente poco atractiva e incómoda respecto a su imagen física.
- No sabe cuáles son sus principales virtudes y no cree tener talentos.
- Siente que nunca he tenido habilidad para estudiar y aprender algo bien.
- No realiza sus metas con facilidad y no le gusta lo que hace, se siente insatisfecha.
- Siente que no es su mejor amiga y si volviera a nacer no sería como hasta ahora.
- Le cuesta trabajo aceptar sus errores sin que la hiera que la critiquen por ellos
- No se siente feliz y plenamente a gusto consigo misma.
- No siente merecer lo mejor para satisfacer sus necesidades.

En este eje se encontró que la paciente tiene una autoestima baja, esto se puede observar en la cantidad de áreas de oportunidad que son más en comparación con los recursos. Es insegura, le preocupa su imagen corporal y no se siente satisfecha con su cuerpo.

No se siente feliz ni plenamente a gusto consigo misma, mencionó que no sabe cuáles son sus virtudes y cualidades, tampoco se siente merecedora de satisfacer sus necesidades.

3.2 Análisis general

Con la aplicación de las diferentes herramientas que se utilizaron en la investigación, se obtuvieron los siguientes resultados:

La paciente supo que tenía anorexia cuando la llevaron con el doctor, por medio de una plática. Sus hábitos alimenticios eran poco saludables. Para ella la comida es muy importante pero hay una que “no sirve porque hace daño”.

La paciente fue referida a psicoterapia por la nutrióloga por presentar síntomas de anorexia y bulimia. No comía, tomaba mucha agua, masticaba chicle (para no comer), cuenta las calorías de los alimentos, escondía la comida, su hermana Al la encontró tirando la comida y su mamá la escuchaba vomitar. Sus padres comenzaron a notar que tenía las “facciones sumidas y el color de piel amarillo”.

Las consecuencias que comenzó a notar fueron que le faltaba el aire al respirar, el cabello se le empezó a caer y los dientes se le empezaron a romper.

Siempre siente tristeza, culpa, coraje, soledad y ganas de llorar.

Su padecimiento ha afectado su calidad de vida: a veces tiene problemas para conciliar el sueño, vive con estrés, frustración, coraje y envidia. Pocas veces puede disfrutar igual de los alimentos, antojos, sus gustos para comer y beber.

A veces percibe amor, apoyo, solidaridad en sus seres queridos. Nunca ha sentido rechazo por parte de su familia, amigos ni en la escuela por su enfermedad. Perder la confianza de sus padres es lo más difícil a lo que se ha enfrentado.

En las vacaciones de verano comenzó a ir a clases de zumba con sus tías, la paciente comenzó a notar que ella era la única que no bajaba de peso, además de que en su salón hay dos grupos, el de los flacos y el de los gordos al que dice que no quiere pertenecer. En una revista leyó que las personas con anorexia llegan a bajar hasta 3 kilos por semana. Cuando ella dejó de comer la gente notaba que estaba

bajando de peso y esto la hacía sentir bien aunque no le gustaban los síntomas negativos.

El día de hoy piensa que la anorexia es “un escape y una solución a perder peso y abrirle una puerta a la muerte”.

Es una persona con rasgos histéricos, con deseo de figurar y ser importante presenta inmadurez emocional y egocentrismo, puede ser dependiente, manipuladora y chantajista. Es ansiosa y le falta confianza en sí misma.

Tiende a ser introvertida, espectadora y pasiva.

Si la paciente tuviera que describirse diría que es bipolar, su estado de ánimo cambia de estar enojada, triste, feliz, etc. Considera que su autoestima es “termino medio”. No se siente una persona atractiva en general, no cree tener una personalidad interesante y se siente incómoda respecto a su imagen física. No sabe cuáles son sus principales virtudes, no se considera una persona optimista.

Menciona que no realiza sus metas con facilidad y no le gusta lo que hace, cree que no da lo mejor de ella.

Se siente poco amada y buscada por los demás, especialmente por su familia.

Su familia presenta indicadores de disfuncionalidad, aspectos como la comunicación y el control tienen más bajos puntajes.

Su madre fue sometida a una operación de la columna y está en tratamiento porque “le dan depresiones”, su padre es alcohólico, su hermana Al es alérgica a los lácteos y No Jr. fue diagnosticado con hiperactividad con déficit de atención

A **M**, le gustaría que su familia fuera más unida.

Considera que la vida es significativa pero también cree que llega a ser aburrida. Su actitud ante la vida es evasiva. Acepta que su estilo de vida no la está llevando a lograr sus metas y necesita cambiar su forma de ser con los demás.

Le gustaría ser considerada una buena amiga, quiere ser feliz y tener una vida perfecta.

Su meta es tener una profesión. La motiva ser alguien en la vida y tener un buen trabajo en un futuro. Actualmente su interés más fuerte son sus estudios con lo que busca tener un trabajo bien pagado que la lleve al éxito y a tener lo que quiere. Lo que más la impulsa a estudiar es su familia.

Sabe que es responsable de su propia felicidad y desarrollo.

Cree que la falta de sentido de vida es un factor que desencadena la anorexia, porque no se tiene una meta. Hasta este momento, el aprendizaje que le ha dejado la enfermedad es que es importante la salud y alimentarse saludablemente y que no dejando de comer va a tener una bonita figura.

El logotest se aplicó en las últimas sesiones de la investigación, en donde se pudo observar que el proceso psicoterapéutico le estaba ayudando a redefinir su situación, trabajando con los aspectos que existen detrás de la anorexia, expresó el enojo hacia sus padres y la necesidad que tiene de sentirse aprobada por ellos.

M, es una persona que tiene recursos para hacer de su enfermedad una experiencia significativa cambiando el rumbo de su vida.

En la familia, se encontró que sus miembros, tienen dificultad para expresar sus emociones y encuentran en las enfermedades una manera para hacerlo, aunque la dinámica tiene indicadores de disfuncionalidad también tienen recursos, uno de ellos es el interés por ayudar a su hija a salir de su enfermedad.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

Con la investigación realizada, se concluyó que la anorexia, sí puede ser una opción ante la pérdida de sentido de vida, los factores que se encontraron para esta pérdida se encuentran relacionados con la familia y el sentido del amor. Es en la misma familia en donde se aprenden los valores y estos son los que sirven como marco de referencia para darle sentido a la vida. En la familia, se aprendió a buscar la valía como personas en aspectos superficiales, a dar mayor importancia a la apariencia, a lo exterior, aunque para esto se sacrifique la propia vida.

Rollo May (1978) compartía la visión de que, la enfermedad más relevante de estos tiempos es el vacío existencial, “el individuo basa su existencia en el materialismo, hedonismo, permisividad, relativismo, dinero, poder, fama, acumulación de bienes”. A veces el vacío se intenta llenar de poder, dinero, placer, pero el vacío existencial no se puede llenar con cosas materiales, sino espirituales.

En la enfermedad se encuentra un medio para comunicar las emociones y necesidades que no se pueden expresar por miedo a poner en duda la unión de sus miembros y se prefiere ver hacia afuera antes de voltear hacia el interior.

La relación que existe entre el sentido de vida y la anorexia es que a mayor grado de pérdida de sentido de vida, los síntomas de la enfermedad serán más graves.

Cuando se centra en la enfermedad, dando mayor importancia, en lugar de buscar la solución en las raíces más profundas, se pierde la oportunidad de encontrar en el vacío existencial un agente movilizador para llenar de sentido la propia existencia, trascendiendo la enfermedad y responsabilizándose ante la propia vida.

Cuando se puede expresar el enojo de manera adecuada esto da la oportunidad de la reconciliación y la redefinición de la relación. Y es importante sanar las relaciones en la familia porque son los primeros lazos de amor de una persona y siguiendo la filosofía de Viktor Frankl, la meta del hombre es el amor.

Lafarga (2004) considera que, la persona en su condición de ser libre “Puede escoger entre la construcción de sí mismo en armonía con los demás, el propio deterioro o el daño a los otros”. Para ejercer esta libertad, debe asumir la responsabilidad de la propia vida, esto significa, “reconocer y aceptar conscientemente las propias necesidades, sentimientos, significados, experiencia, historia, recursos, limitaciones y errores, así como la calidad de persona diferente, única e irrepetible”.

CAPÍTULO V. DISCUSIONES

Los trastornos de alimentación, son enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan a través de la conducta alimentaria; sin embargo, incluyen factores psicológicos y emocionales entre los que prevalece una alteración o distorsión de la imagen corporal, gran temor a subir de peso y la autoestima está sujeta a la percepción de una buena imagen corporal. Están acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia.

Costin (2002) menciona que los trastornos alimenticios son un esfuerzo por enfrentar, comunicar, defenderse e incluso resolver problemas, en el caso estudiado se encontró que en la familia existe este patrón de no saber comunicar sus sentimientos y necesidades.

No se buscó hacer un diagnóstico de la enfermedad de la paciente, sin embargo de la teoría revisada se encontró que tiene, “anorexia nerviosa atípica”, pues no presentó amenorrea ni una pérdida excesiva de peso. Según los tipos de anorexia propuestos por Carolyn Costin (2002), es una anorexia nerviosa de tipo compulsivo-purgativo o bulímica, pues recurre al vómito para perder peso. Según las etapas de Casper y Davids (Lemus, 2008), se encuentra entre la primera y segunda fase; la primera se caracteriza por factores precipitantes, meses o incluso años antes de empezar la pérdida de peso, ponen a prueba la débil autoestima de la persona, junto con sentimientos de poco poder y soledad. Más preocupados por sí mismos y más conscientes de su desarrollo físico y apariencia; mientras que en la segunda fase se sienten aliviados y más felices una vez que han podido sistemática y exitosamente reducir su consumo de alimento y bajar de peso. Existe un miedo irracional a la comida. No se sienten anormalmente delgados y consecuentemente no hay necesidad de subir de peso.

Siguiendo la afirmación de Lemus (2008), que menciona que es importante comprender que la enfermedad se gesta mucho tiempo atrás por varias causas y que el factor precipitante fue solo un disparador, se considera que, aunque se habló que los factores desencadenantes fueron la presión social, su salón de clases y la presión de sus tías por no bajar de peso; la enfermedad se gestó mucho tiempo atrás, probablemente durante el embarazo de la madre, razón por la que la paciente expresó sentir rechazo por esta y su nueva hermana, cumpliendo con esto el patrón de la anorexia de rechazo por la madre y por la feminidad.

El papel que tuvieron los factores culturales en el desarrollo de la anorexia fue proporcionar a M información de cómo poder bajar de peso.

En las personas que presentan un trastorno alimenticio, frecuentemente se encuentra una autoestima con sentimiento de poca valía y sensación de vacío, existe la necesidad de distracción, pensamiento dicotómico, búsqueda de perfección y deseo de ser especial, necesidad de control y de poder, además de presentar dificultades para expresar sentimientos (Costin, 2002). Estos indicadores se encontraron en la paciente, quien mostró ser insegura, no conocer sus cualidades ni virtudes y expresando su deseo de tener una vida perfecta.

Los desordenes de la alimentación, reflejan que los hombres y las mujeres tienen problemas para sentirse felices, vitales, dueños de la situación y satisfechos con sus imperfecciones, que no son más que parte del mundo real (Catherine Steiner-Adair en Bruch, 2002).

Salvador Minuchin (Lemus, 2008) señala que la negativa a comer es una forma de autoafirmación contra su propio convencimiento de que siempre y constantemente han cedido y han hecho lo que los demás querían, y que también en el futuro se le obligará a que siga cediendo, **M**, expresó su enojo por ser la encargada de cuidar a sus hermanos.

Los síntomas de los trastornos alimentarios pueden ser una expresión y una defensa contra los sentimientos y las necesidades que no han encontrado otra vía de salida.

El vómito puede ser la metáfora de un sentimiento de cólera reprimido que no se ha podido expresar. Es un intento de expulsar de su cuerpo toda la rabia y la cólera. Con frecuencia, es una expresión bajo la que se ocultan estados afectivos dolorosos, tales como el sentimiento de impotencia, una fuerte inseguridad personal o una dependencia excesiva de la persona contra la que se dirige, la paciente expresa enojo hacia su figura paterna pero se considera que el enojo real es con su madre. Muchas de las investigaciones del tema, apuntan a que la madre tiene relación con el origen, especialmente su actitud y carácter intervienen en el curso de la enfermedad.

Para Bruch, en las familias de los pacientes con anorexia existen conflictos y tensiones a menudo latentes y ocultas dentro de la dinámica familiar. La anorexia en una familia, puede servir para desviar cualquier tensión y cualquier peligro de conflicto, canalizándolos en torno a la preocupación por la enfermedad. Las pacientes ocupan en las familias un lugar en medio de sus padres, esto se comprobó cuando ella menciona que interviene en sus conflictos.

Otro patrón observado en la familia es el rechazo al padre, probablemente aprendido de la madre, la paciente lo expresa justificándolo con que su padre tiene preferencia por su familia de origen dejándolos a ella, a su mamá y hermanos en segundo lugar. La paciente también mencionó que su mamá “se deprimía” cuando su papá le pedía cuentas de dinero, cosa que no hace con sus tíos. Su hermana Al, presenta alergia a la leche y sus derivados, productos que el señor vende. En la familia todos, a excepción de la hermana menor An, tienen alguna enfermedad, como medio de comunicación de los afectos que no se hablan.

En la necesidad del deseo de sentido, el hombre no sólo aspira a encontrar y realizar un sentido, sino también a encontrarse con otro ser humano. Ambas cosas, la realización de un sentido y el encuentro humano, ofrecen al hombre un fundamento para la felicidad y el placer. “Lo que el cerebro necesita para funcionar normalmente es un contacto continuo y lleno de sentido con el mundo exterior”.

El sentido de una situación determinada, puede descubrirse o aclararse con la ayuda de los valores. Para Frankl, el vacío existencial surge cuando la persona se pierde en sentidos que no corresponden a las necesidades naturales del hombre.

El sentido de vida, está relacionado con la jerarquía de valores que se enfocan a los valores superficiales que le dan mayor importancia a la imagen, al cuerpo. La tendencia a darle mayor importancia a lo físico es por dejar de ver en su interior.

“El hombre solo vuelve sobre sí mismo, solo reflexiona sobre sí mismo cuando no encuentra sentido capaz de hacer la vida digna de vivirse”. No hay un sustento para vivir, porque no hay amor por sí misma. Siguiendo la postura de Lafarga (2008), menciona que, cuando la persona no se siente amada, incondicionalmente busca otros recursos para obtener este amor como por ejemplo una enfermedad, en este caso la anorexia. Por su parte, Alonso (2006) señala que, la causa principal de toda enfermedad es la incapacidad para crear relaciones profundas de amor.

Rodríguez (2005) señala que, el sentido de vida es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. “Sin este soporte interno es más probable que la psique se vuelva más frágil, y por consiguiente, tenga más probabilidades de enfermar”.

Fabry (2005) menciona que el hallazgo del sentido se da cuando un ser humano descubre una verdad sobre sí mismo, toma conciencia sobre las alternativas de elección, actúa responsablemente, experimenta su unicidad, trasciende sus intereses a través del amor y del servicio, transforma el dolor y el sufrimiento en oportunidad.

La búsqueda de sentido de vida es un proceso continuo, pues este va cambiando, no es algo estable ni predeterminado. Lo que se considera arriesgado es cuando la persona se queda “contemplando” las carencias de su vida y no se responsabiliza de su existencia. Al quedarse estancado se le presenta la opción de la anorexia, que no es una pérdida de apetito sino con un apetito que no pueden explicar (Jaramillo, 2011) y Alonso (2006) afirma: “El hombre está hambriento de algo y no sabe qué es”.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La primera limitación que se presentó para llevar a cabo este proyecto de investigación, fue encontrar a una paciente con diagnóstico de anorexia, por la dificultad de aceptación de la enfermedad por parte de la paciente y en ocasiones de la familia.

Durante el proceso de investigación, en la aplicación de pruebas, la paciente mostraba cierta resistencia a trabajar con la co-facilitadora, a pesar de haber aceptado colaborar para la investigación.

La paciente dejó de asistir a las citas durante un mes (diciembre), por lo que retrasó la aplicación de pruebas.

La información habla de casos de anorexia extremos, por lo que fue difícil de cumplir todos los criterios.

Otra limitación fue la aplicación del Logo-test por los criterios de validez y evaluación, además de que se consideró más oportuno postergar su aplicación para no correr el riesgo de que la paciente se sintiera confrontada y no regresara. Esta no fue una buena decisión porque se cree que el proceso psicoterapéutico estaba siendo efectivo.

Referencias Bibliográficas

- Aceituno Solís, J. (2004, 21 de febrero). La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. Revista PsicologíaCientífica.com, disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-23-1-la-importancia-del-analisis-funcional-en-la-etilogia-de-la-html>
- Alonso, N. (2006). Educación emocional para la familia. Encuentro de esencias. México: Producciones educación aplicada.
- Arrañaga, M. (2008). La relación mente-cuerpo como reflejo de nuestra libertad En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano: Prometeo no.55 La libertad 2008.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV.TR. Barcelona: Masson.
- Bonilla, W. (2004). Guía para la elaboración de investigación Social. México: Universidad Autónoma de Zacatecas-UVAQ.
- Bucay, J. (2004). El camino del encuentro. México: Océano
- Bucay, J. (2009). Las tres preguntas. México: Océano
- Bruch, H. (2002). La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa. Editorial Paidós.
- Calcagno, M. (2011). Análisis bioenergético. Disponible en: <http://psicopag.galeon.com/abio.htm>
- Codina, A. (2009).El autoconocimiento. Primera aptitud de la inteligencia emocional Disponible en: http://www.degerencia.com/articulo/autoconocimiento_amplitud_de_la_inteligencia_emocional.
- Contreras Colín, A. (2008). “Anorexia nerviosa en adolescentes mexicanas: un punto de vista psicoanalítico” disponible en www.encuentropsicoanalitico.com / Publicaciones / Artículos
- Costin, C. (2002) Título Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. México: Diana.
- Chernin, K. (1981), La Obsesión: Reflexiones de la Tiranía de la Delgadez
- Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia; lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.

- Desarrollo Humano Integral. Autoconocimiento autoestima y sistema de valores. Universidad de León. México
- Eating Disorders México, © 1999-2008 disponible en: <http://www.eatingdisordersmexico.com/trastalim.html>
- Espejel Arco, E. (1997). Manual para la escala de funcionamiento familiar. México.
- Fabry, J. (2001) Señales del camino hacia el sentido: descubriendo lo que realmente importa. México: LAG
- Fabry, J. (2005) La búsqueda de significado. México: LAG
- Flores Herrera, E. (2011). El vacío existencial: reflejo de la sociedad posmoderna. Disponible en <http://www.logoforo.com/el-vacio-existencial-reflejo-de-la-sociedad-posmoderna/>
- Frager, R.; Fadiman, J. (2001) Teorías de la personalidad. (2da. Ed). Alfaomega-Oxford.
- Frankl, V. (1991) La voluntad de sentido. Barcelona. Herder
- Frankl, V. (1997) Ante el vacío existencial. Barcelona: Herder
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós.
- Frankl, V. (2001) En el principio era el sentido. México: Paidós
- Frankl, V. (2003) Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia. Barcelona. Herder
- Frankl, V. (2004) El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder
- Frankl, V. (2006) El hombre doliente. Barcelona. Herder
- Fréchette, L. (2002). Algunos aspectos fundamentales del análisis bioenergético. Disponible en: <http://www.bioenergeticsaab.com/pdf/AlgunosAspectosFundamentales.pdf>
- González- Arratia, Balcácaz, Gurrola (2003). Antología investigación cualitativa. México: UAEM
- Guzmán, A., Martínez, F., y Sandoval, R. Anorexia y percepción social. Revista científica electrónica de psicología icsa-uaeh No.4
- Disponible en <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No.4-14.pdf>
- Hellinger, B. (2001) Ordenes del amor. Barcelona: Herder
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P (2006) Metodología de la Investigación. Madrid: McGraw-Hill.

- *Herrero, C. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria 1. Mujer y medios de comunicación: riesgos para la salud. Disponible en: www.tcasevilla.com/.../mujer_y_medios_de_comunicacion_riesgos*
- *Jaramillo Rico, J. (2011) Con apetito de nada. Disponible en: <http://juanpablojaramillopsi.com/2011/08/15/anorexia-con-apetito-de-nada/>*
- *Jardón, P. (2010). Las reglas de la vida. En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano. Prometeo no. 58. Siento, luego existo.*
- *Kaplan, J. (1996). "Anorexia nerviosa. Una búsqueda femenina de la perfección", en *Adolescencia El adiós a la infancia*, 2ª ed., México, Paidós*
- *Kriz, J. (1997). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu editores.*
- *Lafarga Corona, J. (2004). Alternativa vital: desarrollo o violencia. En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano. Prometeo no.38. Agresión y violencia.*
- *Lafarga Corona, J. (2008). Liberación o manipulación. El amor que genera libertad. En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano. Prometeo no. 55 La libertad.*
- *Lafarga Corona, J. (2008) Opción por la libertad. En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano. Prometeo no. 55 La libertad.*
- *Lemus, M. (2008). Anorexia Nervosa. Detecta a tiempo. Salva una vida. México.*
- *Ligia. (2007). Anorexia nerviosa: II. Factores de riesgo. Disponible en: <http://psicoloquio.wordpress.com/2007/09/22/anorexia-nerviosa-ii-factores-de-riesgo/>*
- *Lofrano, V. (1996). Personalidad y trastornos alimentarios. Argentina: Punto límite.*
- *Lukas, E. (2004). Logoterapia, la búsqueda de sentido. Barcelona: Paidós*
- *Lukas, E. (2007). El sentido del momento. Barcelona: Paidós*
- *May, R. (1978). *El dilema existencial del hombre moderno*. Barcelona: Ed. Paidós.*
- *Menéndez Álvarez, I. (2011). Alimentación y los afectos. Clase 4 Diplomado en Trastornos de alimentación. Instituto de Psicoterapia Humanista. Morelia.*
- *Moreno, S. (2010). Vivir saludablemente y enfoque corporal. En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano. Prometeo no.58 Siento, luego existo.*

- Núñez Partido, A. (2010). Integración cuerpo, emoción y mente: el enfoque bioenergético de A. Lowen. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/33794512/El-enfoque-bioenergetico-de-Alexander-Lowen-Autor-Antonio-Nunez>.
- Ogden, J. (2005). Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios. Ediciones Morata S.L.
- Onnis, L. (1990) Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos. España: Paidós
- Padilla Velázquez, T., González Olivares, M. (2002) Aportaciones de la psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de una paciente con desórdenes de la alimentación. Ed. Aletheia.
- Papalia, D. (2005). Desarrollo Humano. Novena edición. México: Mc Graw Hill.
- Peter, R. (2007) El miedo de amarnos. Disponible en www.terapiadelaimperfeccion.com/El%20miedo%20AA.htm
- Plaza, J. F. (2010) Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista Icono14 [en línea] 1 de Octubre de 2010, Año 8, Vol. Especial.* pp. 62-83. Recuperado en <http://www.icono14.net>
- Portuondo, J. (1997). La Figura Humana: Test Proyectivo De Karen Machover. Biblioteca Nueva.
- Quintanilla, A.; Illanes, L.; Flores, M.; Rebodello, M. (2008). La libertad mirada desde la responsabilidad. En revista mexicana trimestral de psicología humanista y desarrollo humano. Prometeo no. 55 La libertad.
- Raich, R. (1994). Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios. Madrid Pirámide
- Ramos Miravet, M. Terapia Familiar. Clase 11 Intervención con las familias. Diplomado en trastornos de Alimentación. Instituto de Psicoterapia Humanista. Morelia.
- Rausch, C. (1996) La esclavitud de las dietas. Editorial Paidós.
- Resines Ortiz, R. Qué es la autoestima. Disponible en: http://www.acropolix.com/Educacion/edu_autoestima.htm
- Rincón Gallardo, L. (2001). "El abrazo que lleva al amor". México: Ed. Pax.
- Ritter, M. (2008) Aprendiendo a decir adiós. México: De bolsillo.
- Rivas Lacayo, R. (2010) Saber Crecer, Resiliencia y Espiritualidad. Disponible en <http://www.logoforo.com/saber-crecer-resiliencia-y-espiritualidad-resumen-del-libro-de-rivas-lacayo/>

- Rodríguez, C. (2002) Tesina: La imagen corporal distorsionada en los pacientes con un trastorno de alimentación. Morelia, Mich.
- Rodríguez, M. (2005). *Sentido de la Vida y Salud Mental*. Acontecimiento, Revista de pensamiento personalista y comunitario del Instituto Emmanuel Mounier, No. 74, 2005/1, Año XXI.
- Salomón Padres, A. (2011). El concepto de Autoestima desde la Logoterapia. Disponible en <http://www.logoforo.com/el-concepto-de-autoestima-desde-la-logoterapia/>
- Satir, V. (1985) Psicoterapia familiar conjunta. México, DF: Prensa Médica, 1985.
- Satir, V (2005). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax
- Toro y Villardel, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Rocca
- Toro, J. (1999). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Ulrich, G. (2010) La eficacia del análisis bioenergético como método de psicoterapia. Disponible en: [www.habitate.info/lecturas/Eficacia del AB.pdf](http://www.habitate.info/lecturas/Eficacia_del_AB.pdf).
- Vigo de Hernández, M. (2011) Autoestima. Sentimiento de inferioridad y superioridad. Disponible en <http://www.logoforo.com/autoestima-sentimiento-de-inferioridad-y-superioridad/>.
- Zambrano, L. (2011). SABERNOS IMPERFECTOS ES TERAPIA.
- http://www.logotherapy-research.com/lukas_logotest.htm
- <http://www.robertexto.com/archivo16/psicodiagn.htm>
- <http://www.terapiabioenergetica.com>

ANEXOS

- Entrevista inicial. Ficha psicológica para adolescentes
- Historia del desarrollo
- Test de siluetas
- Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo

Claudia Unikel-Santoncini y cols.

- Test ¿Cómo calificarías tu autoestima?
- Test de Evaluación de Calidad de Vida
- Encuesta
- Test de Frases Incompletas
- Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel
- Logotest de Elisabeth Lukas
- Cuestionario ¿Quién soy?
- Amor y desarrollo
- Familiograma



CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL

"SANTA FE"

FICHA PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

Escolaridad:

Dirección:

Religión:

Nivel socioeconómico:

Fuente y fidelidad de la información:

Referencia:

Fecha de la entrevista:

Fecha de entrega:

Persona que hace la entrevista:

Terapeuta asignado:

- II. DESCRIPCIÓN DEL SUJETO.
 - Física:
 - Impresión:
- III. MOTIVO DE CONSULTA.
 - Manifiesto:
 - Latente:
- IV. PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL.
- V. FACTOR DESENCADENANTE.
- VI. ÁREA FAMILIAR (FAMILIA DE ORIGEN).
- VII. DESARROLLO.
- VIII. ÁREA ESCOLAR.
- IX. ÁREA LABORAL.
- X. ÁREA SOCIAL (RELACIONES INTERPERSONALES).
- XI. ÁREA SEXUAL.
- XII. VIDA MARITAL.
- XIII. FARMACODEPENDENCIA.
- XIV. COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.
- XV. COMENTARIOS ADICIONALES.
- XVI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.



CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL

“SANTA FE”

HISTORIA DEL DESARROLLO

Este cuestionario tiene la finalidad de recabar información sobre la historia del desarrollo de su hijo (a), conteste con la mayor precisión y sinceridad que le sea posible.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del menor _____ Género M () F ()
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____
 Escolaridad _____ Escuela _____
 Nombre del padre _____ Edad _____
 Ocupación _____ Escolaridad _____
 Domicilio _____
 Teléfono _____
 Nombre de la madre _____ Edad _____
 Ocupación _____ Escolaridad _____
 Domicilio _____
 Teléfono _____
 ¿Qué persona o institución remitió el niño a terapia? _____
 Explique el porque _____
 Explique cuáles son las expectativas del tratamiento _____

II. CONCEPCIÓN Y EMBARAZO

1. Al enterarse la madre embarazada del paciente. ¿la situación de la familia era?
 Estable () Inestable () Satisfactoria ()
2. ¿Había planeado tener a ese niño (a)?
3. ¿Cuál era la disposición de tener al niño tanto el padre como de la madre?
4. ¿Cuál sexo preferían que fuera?
5. ¿El embarazo llegó a término?
6. ¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo?
7. ¿Tuvo vómitos? () ¿Sangrado? () ¿Nerviosismo? ()
8. ¿Aumento de peso exagerado?
9. ¿Qué problemas tuvo durante el embarazo?

III. NACIMIENTO

10. ¿Cómo fue el parto? Espontáneo () Inducido () Cesárea ()
11. ¿Se utilizó anestesia? ¿Qué tipo de anestesia?
12. ¿Se utilizaron fórceps?

13. Describa sus recuerdos a cerca del parto
14. ¿Cuántas horas duró el trabajo de parto?
15. ¿Hubo complicaciones?
16. ¿Cuánto pesó el niño (a) al nacer? ¿Nació normal?
¿Nació morado? ¿Respiró pronto?
¿Qué complicaciones hubo?
17. ¿En qué hospital nació?
18. ¿Cuál fue la primera reacción o impresión de la madre al ver al niño?

IV. ALIMENTACIÓN

19. ¿Se le alimentó del pecho () o con biberón ()? Explique la razón de su elección
20. ¿Cuándo se le empezaron a dar otros alimentos?
21. ¿Cuándo se le retiró el pecho definitivamente?
22. ¿Cuál fue la reacción del niño cuando le quitaron el pecho?
23. ¿Hubo cólicos? No () Si () ¿Qué tan frecuentes?
24. ¿Padeció alergias a alimentos?
25. Indique si tuvo otras complicaciones en el área alimenticia
26. ¿Cuándo se le quitó definitivamente el último biberón?
27. Explique cómo era y ha sido el apetito del menor hasta el presente
28. ¿Fue o ha sido necesario forzar la alimentación?
29. ¿Fue o ha sido inquieto al dormir?
30. ¿A qué edad durmió por primera vez sin interrupciones durante toda la noche?
31. ¿Es sonámbulo o ha sido? ¿A qué edades?
32. ¿Ha presentado o presenta resistencias para ir a la cama?
33. ¿Habla durante el sueño?
34. ¿Se despierta gritando? ¿Dice porque?
35. ¿Dice tener pesadillas?
36. ¿Con quién ha dormido durante las primeras edades? ¿En la misma cama?
¿Ha tenido o tiene miedo de dormir solo?

V. ENTRENAMIENTO DE ESFÍNTERES

37. ¿Cuándo empezó a educarlo para que fuera al baño?
38. ¿En cuánto tiempo lo logró?
39. ¿Qué métodos se usaron para esta educación?
40. ¿Cómo reaccionó el a esta educación?
41. ¿Se sigue orinando en la cama? Si () No () Explique
42. Una vez que aprendió, ¿volvió en ocasiones a hacerse en la cama o en los pantalones?
Explique

VI. LENGUAJE HABLADO

43. ¿A qué edad empezó a tratar de darse a entender?
44. ¿A qué edad dijo palabras por primera vez? ¿Qué palabras?
45. ¿A qué edad notaron que tartamudeaba?
46. ¿A qué edad dijo frases o logró unir palabras?

VII. DESARROLLO MOTOR

XI. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

85. ¿Le gusta al menor abrazar a su madre desde los primeros meses?
86. ¿A otras personas? ¿Respondía con gusto cuando sus padres se acercaban o se abrazaban? ¿A qué edad se sonrió por primera vez? ¿A qué edad se notó que la sonrisa hacia la madre era más intensa y diferente?
87. ¿A qué edad se notó que mostraba reacción de miedo frente a los extraños?
88. ¿Qué tan intensamente expresaba sus sentimientos cuando era pequeño?
89. ¿Y en la actualidad?
90. ¿Cómo fue reaccionando a diferentes edades cuando se le negaba algo o no se le daba gusto en algo?
91. ¿Qué tan frecuente presentaba berrinches?
92. ¿Presenta berrinches en la actualidad?
93. ¿Se golpeaba la cabeza contra la pared o el piso?
94. ¿Lo hace actualmente?
95. ¿Cómo describe el carácter del menor en la actualidad? (estable, berrinchudo, mal humorado, afectuoso, reservado, alegre, etc.)

XII. PATRONES DE JUEGO

96. ¿Qué juguetes preferidos ha tenido en las diferentes edades?
97. ¿Qué juguetes le llaman la atención en la actualidad?
98. ¿Qué cosas o actividades le interesan?
99. ¿Le gustan los animales?
100. ¿Ha mostrado crueldad hacia algún animal?

XIII. DISCIPLINA

101. En las diferentes edades ¿Quién ha sido el responsable de la conducta del menor?
102. ¿Quién ha impuesto las ordenes?
103. ¿Cómo se hacen los padres obedecer?
104. ¿Qué castigos utilizan?
105. ¿Cómo reacciona el menor cuando se le castiga?

XIV. RELACIONES

106. ¿Quién se relaciona con el menor en forma más cercana?
107. ¿Cómo se relaciona el menor con sus padres?
108. ¿Cómo se relaciona el menor con los abuelos?
109. ¿Cómo se relaciona el menor con sus hermanos y hermanas?
110. ¿Ha tenido nana el menor? ¿Cómo se relacionó o se relaciona con ella?
111. ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relacionó o se relaciona con ellos?
112. ¿Tiene un mejor amigo? ¿Tiene o ha tenido amigo imaginario? ¿Hasta qué edad?
113. ¿En qué actividades escolares participa?
114. ¿En qué actividades sociales participa?
115. ¿En qué actividades religiosas participa?

XV. EVENTOS SIGNIFICATIVOS

116. ¿Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor?
117. Separaciones de personas importantes
118. ¿Están o han estado separados los padres? ¿Desde cuándo y por qué?
119. ¿Cómo reaccionó el menor ante estos eventos?
120. ¿Ha habido defunciones importantes en la familia? ¿De quiénes?
121. ¿Qué efectos tuvieron en el menor?
122. ¿Quiénes viven en la misma casa del menor? De sus nombres, edades y parentesco.

Nombre	Edad	Parentesco

123. Nombre de la persona que está llenando este cuestionario y su parentesco con el paciente.

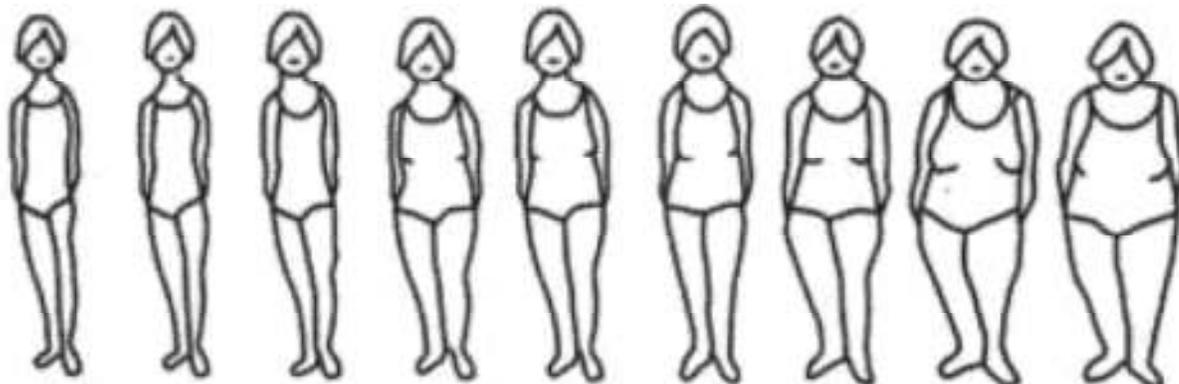
124. Fecha actual:

125. Observaciones o comentarios adicionales

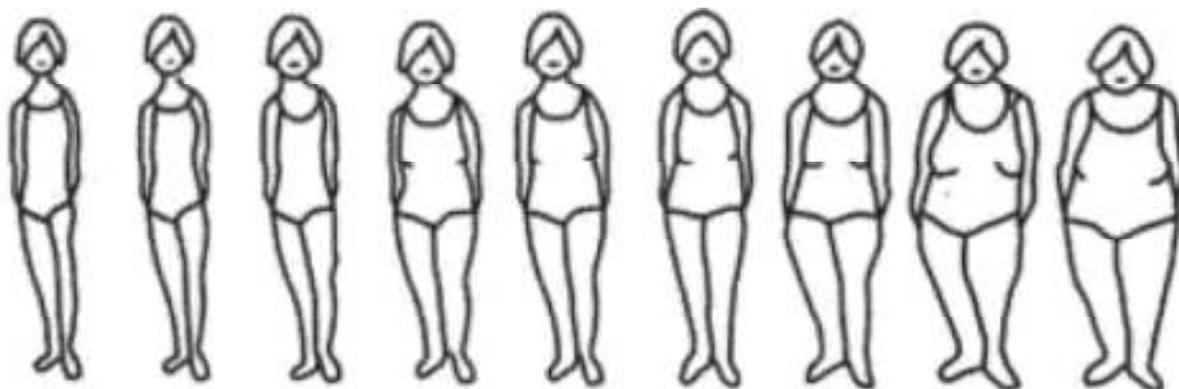
GRACIAS

TEST DE SILUETAS

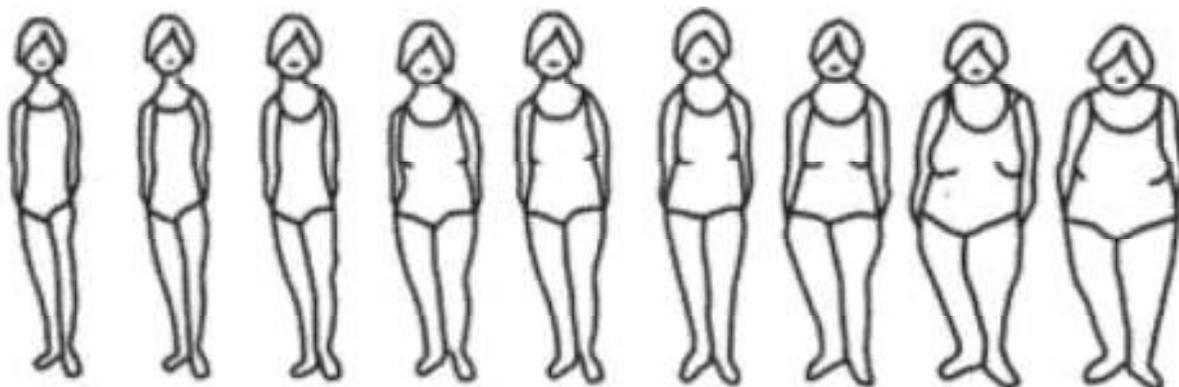
Elige de cada hilera la silueta que consideres es la que mejor te representa según la indicación.



¿Cómo me veo?



¿Cómo ven?



¿Cuál es mi ideal?

Cuestionario ¿Cómo calificarías tu nivel de autoestima?

Nombre:

Edad:

Instrucciones: Contesta sólo sí o no a cada pregunta, basándote en tu realidad. Si cumples parcialmente con uno de los planteamientos, orienta tu respuesta a la letra B.

1. Me siento atractivo (a) (no necesariamente en el aspecto físico sino en general).
 - a. Si
 - b. No
2. Creo que tengo una personalidad interesante.
 - a. Si
 - b. No
3. Tengo mucha seguridad en mi misma (o).
 - a. Si
 - b. No
4. Mi relación con los demás es generalmente satisfactoria.
 - a. Si
 - b. No
5. Sinceramente pienso que puedo ser tan bueno como el mejor de mi actividad.
 - a. Si
 - b. No
6. Me siento cómodo respecto de mi imagen física.
 - a. Si
 - b. No
7. Siento que doy buena impresión en general.
 - a. Si
 - b. No
8. Si alguien me elogia acepto con gusto y me alegro en el fondo.
 - a. Si
 - b. No
9. Me es fácil relacionarme con personas atractivas del sexo opuesto.
 - a. Si
 - b. No
10. Puedo tratar con extraños con toda seguridad en mí misma (o).
 - a. Si
 - b. No
11. Siento que realmente soy mi mejor amigo (a).
 - a. Si
 - b. No
12. Si volviese a nacer sería exactamente como he sido hasta ahora.
 - a. Si
 - b. No
13. Admito mis errores y no me hiere que me critiquen por ellos.
 - a. Si
 - b. No
14. Siento que nadie es más que yo como persona.
 - a. Si
 - b. No
15. Casi siempre tengo una actitud amigable con los demás; los acepto sin juzgarlos.
 - a. Si
 - b. No

16. Siento que tengo control de mi vida.
 - a. Si
 - b. No
17. Realizo mis metas con facilidad.
 - a. Si
 - b. No
18. Sé cuáles son mis principales virtudes.
 - a. Si
 - b. No
19. Me gusta lo que hago.
 - a. Si
 - b. No
20. Me siento feliz y plenamente a gusto conmigo misma (o).
 - a. Si
 - b. No
21. Cuido activamente mi salud.
 - a. Si
 - b. No
22. Puedo ser creativo sin dificultad alguna.
 - a. Si
 - b. No
23. Me considero muy optimista.
 - a. Si
 - b. No
24. Doy lo mejor de mí mismo.
 - a. Si
 - b. No
25. Siento merecer, como todos los seres humanos, lo mejor posible para satisfacer mis necesidades.
 - a. Si
 - b. No

Cualquier pregunta respondida con la opción B puede indicar un área de oportunidad de revisar el concepto de autoestima. No existen términos medios para las respuestas pues el hecho de que haya alguna falta en los comportamientos descritos quiere decir que probablemente exista un factor negativo para la autoestima. A mayor cantidad de letras B elegidas, más urgente será procurar superarte en esta área.

Encuesta

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Escolaridad:

1. ¿Cuándo supiste que tenías anorexia?
2. ¿Cómo lo supiste?
3. ¿Cómo eran tus hábitos alimenticios?
4. ¿Qué significado tenía para ti la comida?
5. ¿Qué te motivaba a no comer?
6. ¿Qué consecuencias en tu salud comenzaste a notar?
7. ¿Has estado hospitalizada o en tratamiento?
8. ¿Crees que el tratamiento que recibes es apropiado?
9. ¿Qué fue lo más difícil a lo que te enfrentas al padecer anorexia?
10. ¿Qué ha facilitado la superación o un avance en el tratamiento?
11. ¿Cuándo estés totalmente recuperada, qué otros problemas pueden aparecer?
12. ¿Cuál es tu postura hoy sobre la anorexia?

Familia

13. ¿Qué rol desempeñas en tu familia?
14. ¿Cómo es la relación con tu mamá?
15. ¿Qué te gusta de tu mamá?
16. ¿Qué te disgusta de tu mamá?
17. ¿Cómo es la relación con tu papá?
18. ¿Qué te gusta de tu papá?
19. ¿Qué te disgusta de tu papá?
20. ¿Cuál fue su reacción ante tu enfermedad?
21. ¿Has sentido su apoyo en el tratamiento? ¿Cómo te lo han demostrado?

Autoestima

22. Actualmente, ¿te sientes cómoda respecto a tu imagen física?
23. ¿Sientes que tienes control de tu vida?
24. ¿Sientes que te conoces?
25. ¿Qué es lo que te gusta más de ti?
26. ¿Qué es lo que no te gusta de ti?
27. ¿Consideras que tener baja autoestima fue una causa para padecer anorexia?

Sentido de vida

28. ¿Qué te motiva a seguir viviendo?
29. ¿Qué esperas de la vida?
30. Si hicieran una película de tu vida, ¿Qué título le pondrías?
31. ¿Qué escribirían los demás en tu epitafio?
32. ¿Qué escribirías tú?
33. ¿Crees que la falta de sentido de vida es un factor que desencadena la anorexia?
34. ¿Qué aprendizaje te ha dejado la enfermedad?
35. ¿Cuál considero que es mi actitud promedio ante la vida? (Ej. Optimista, negativa, evasiva, de juicio o crítica, retadora, de víctima, constructiva....)
36. ¿Con qué tipo de actitud tiendo a responder en situaciones difíciles?
37. ¿En qué actitudes me descubro repitiendo actitudes de mis padres?
38. ¿Qué actitudes me gustaría modificar?
39. Me sentiré satisfecho conmigo el día de mi muerte si he logrado dar
40. Me sentiré satisfecho conmigo mismo el día de mi muerte si he logrado ser:
41. Me sentiré pleno el día de mi muerte si he recibido de la vida y de los demás:
42. Si me quedara un año de vida lo dedicaría a:
43. Reflexiona si tu estilo de vida actual te está llevando a lograr todo lo anterior. Qué tendrías que cambiar:

Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo

Claudia Unikel-Santoncini y cols.

Nombre:

Edad:

En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (dos veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)
1. Me ha preocupado engordar.				
1. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
2. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
3. He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso.				
4. He hecho ayunos (dejar de comer por más de 12 horas) para bajar de peso.				
5. He hecho dietas para bajar de peso.				
6. He hecho ejercicio para bajar de peso				
7. He utilizado pastillas para tratar de bajar de peso.				
8. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.				
9. He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.				

Evaluación de Calidad de Vida

Este cuestionario tiene el objeto de conocerte mejor y así poderte ayudar, tus respuestas serán estrictamente confidenciales, contesta por favor con toda honestidad.

1. La información que tienes sobre tu enfermedad y sobre el tratamiento es:
 - a) Muy poca o nula
 - b) Insuficiente
 - c) Aceptable
 - d) Completa
 - e) Muy completa

2. ¿Tienes problemas para conciliar el sueño?
 - a) Muy poca o nula
 - b) Poco
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

3. ¿Percibes amor, apoyo, solidaridad en tus seres queridos (familiares)?
 - a) Casi nunca o nunca
 - b) Pocas veces
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

4. ¿Te sientes físicamente tan atractivo como antes?
 - a) Casi nunca o nunca
 - b) Pocas veces
 - c) De vez en cuando
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

5. ¿Sientes tristeza, culpa y/o coraje?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) Casi nunca o nunca

6. ¿Sientes tristeza, soledad y/ o ganas de llorar?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) Casi nunca o nunca

7. ¿Has vivido o vives con estrés, frustración, coraje y/o envidia?
 - a) Si, muy frecuente
 - b) Frecuente
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) No, o casi nunca

8. ¿Vives ahora con miedo, coraje o resentimiento?
- a) Si, muy frecuente
 - b) Frecuente
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) No, o casi nunca
9. ¿Sientes rechazo por tu pareja, familia y/o amigos?
- a) Si, muy frecuente
 - b) Frecuente
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) No, o casi nunca
10. ¿Sientes rechazo en tu escuela?
- a) Si, muy frecuente
 - b) Frecuente
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) No, o casi nunca
11. ¿Te preocupan los problemas económicos y otros problemas que puedes ocasionar a tus seres queridos?
- a) Muchísimo
 - b) Mucho
 - c) Regular
 - d) Poco
 - e) Muy poco o nada
12. Ahora que te enfermaste ¿Puedes disfrutar igual de tus alimentos, tus antojos, tus gustos para comer y beber, y tienes suficiente apetito?
- a) No, o casi nunca
 - b) Pocas veces
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
13. ¿Han cambiado tus relaciones sexuales?
- a) Muchísimo
 - b) Mucho
 - c) Regular
 - d) Poco
 - e) Muy poco o nada
14. ¿Crees que la enfermedad te afecta o te afecta económicamente?
- a) Muchísimo
 - b) Mucho
 - c) Regular
 - d) Poco
 - e) Muy poco o nada
15. ¿Te preocupa cómo te ves, cómo te sientes y/o cómo te tratan?
- a) Muchísimo
 - b) Mucho

- c) Regular
- d) Poco
- e) Muy poco o nada

16. ¿Te preocupa el dolor, el sufrimiento y/o efectos del tratamiento?

- a) Muchísimo
- b) Mucho
- c) Regular
- d) Poco
- e) Muy poco o nada

17. ¿Crees que todo volverá a ser como antes?

- a) No
- b) No totalmente
- c) No estoy segura
- d) Espero que si
- e) Si

18. ¿Estás lista para empezar el tratamiento?

- a) No
- b) No sé
- c) Más o menos
- d) Casi
- e) Si

19. ¿Confías en ti para ganarle la batalla a la enfermedad?

- a) No
- b) No sé
- c) Más o menos
- d) Creo que si
- e) Definitivamente si

20. ¿Confías en el personal y en el tratamiento?

- a) No
- b) No sé
- c) Más o menos
- d) Si
- e) Definitivamente si

TEST DE FRASES INCOMPLETAS

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Grado de estudios:

1. Me hubiera gustado que mi padre
2. Sentí que necesitaba a los demás cuando
3. Pienso que las relaciones sexuales
4. Ante una situación desconocida yo
5. Quisiera que me familia
6. Cada vez que algo sale mal
7. La gente supone que yo
8. Cuando tengo que tratar con publico yo
9. Me gustaría que mi madre
10. Yo siempre evitaría
11. Lo que más deseo
12. Mi esposo
13. Creo que tengo habilidad para
14. Lo que más me gusta
15. La mayoría de los maestros
16. Con los estudios yo busco
17. Cuando pienso en la escuela yo
18. Si mi padre solamente
19. Me gusta estar en un grupo que
20. Lo que más me gusta de lo sexual es
21. Me llevo a desconcertar cuando
22. Me gusta mi familia aunque
23. Cuando no me toman en cuenta
24. Cuando estoy en un grupo
25. Me molesta la gente que
26. Yo quisiera que mi padre
27. Mi mayor preocupación
28. Me siento feliz cuando
29. Me gustaría que mi esposo
30. Lo que más se me facilita
31. Siento que lo que más me estimula
32. Las personas que tienen autoridad
33. Lo que más me impulsa a estudiar
34. Me gusta donde estudio pero
35. Pienso que mi padre
36. Conviene juntarse con los demás cuando

37. Temo que las relaciones sexuales
38. En situaciones de emergencia lo mejor
39. Para mi familia soy
40. Creo que el mejor estímulo
41. Si tuviera que describirme a mi misma diría
42. Cuando hablo con extraños
43. Las madres deben
44. Una situación en la que no quisiera verme
45. Mi meta es
46. Me gusta mi novio
47. En comparación a los demás yo
48. Algo que me he permitido conseguir
49. Si fuera jefe
50. Se trabaja para
51. Un defecto frecuente en las escuelas
52. Si por algo me acuerdo de mi padre es porque
53. Lo que él buscaba en sus amigos era
54. Me relaciono mejor con las personas del sexo
55. Frente al peligro
56. Creo que mi familia
57. Cuando veo que todo mi esfuerzo había sido inútil
58. Siento que siempre estoy
59. La mayoría de la gente
60. Me gusta mi madre aunque
61. Algún día perderé el miedo a
62. Me gustaría llegar a ser
63. La mayoría de los esposos
64. Nunca he tenido habilidad para
65. Mi interés más fuerte hasta hoy ha sido
66. Siento y mi papá
67. Algún día mi trabajo
68. Busco en mi familia
69. Busco en la escuela

Cuestionario ¿Quién soy?

Considera las siguientes opciones y analiza lo que piensas, no lo que deberías pensar o lo que te gustaría pensar, sino lo que piensas realmente.

En la hoja de respuestas marca con una A si tu respuesta corresponde a la afirmación del lado izquierdo o una E si corresponde a la afirmación del lado derecho. Si tiende más a la izquierda pero no completamente elige una B. si tu respuesta tiende más hacia la segunda alternativa, marca una D; o una C si piensas que tu postura se encuentra justo en el medio.

I. ¿Cómo soy yo?

1. Noble/malicioso
2. Compasivo/insensible
3. Generoso/egoísta
4. Responsable/irresponsable
5. Trabajador/flojo
6. Capaz de decidir/ indeciso
7. Auténtico/falso
8. Me intereso en los demás/ me intereso principalmente en mi mismo
9. Leal/desleal
10. Talentoso/sin talentos
11. Superior a la mayoría/inferior a la mayoría
12. Inteligente/tonto
13. Con un gran potencial/sin potencial
14. Con control sobre la vida/sin control sobre la vida
15. Atractivo/feo
16. Amable/antipático
17. Agradecido/desagradecido
18. Cálido/frío
19. Profundo/superficial
20. Interesado/aburrido
21. Atractivo/pasivo
22. Congruente/incongruente
23. Independiente/dependiente
24. Importante para los demás/sin importancia
25. Amado por muchos/amado por pocos
26. Valorado por lo que soy/valorado por lo que puedo dar
27. Cooperativo/no cooperativo
28. Muy buscado por los demás/poco buscado

II. ¿Cómo son los demás?

29. Esencialmente buenos/esencialmente malos
30. Pacíficos/hostiles
31. Confiables/sospechosos
32. Amorosos/egoístas
33. Generosos/avaros
34. Preocupados por los demás/sólo por ellos mismos
35. Honestos/deshonestos
36. Compasivos/desconsiderados
37. Leales/desleales
38. Simulares a mí/ muy diferentes a mí

39. Responsables/irresponsables
40. Cálidos/fríos
41. Amables/apáticos
42. Colaboradores/competidores
43. Equilibrados/desequilibrados
44. Sufren y están necesitados/no tienen dolor ni necesidad alguna
45. Auténticos/falsos
46. Congruentes/incongruentes

III. ¿Cómo es la vida?

47. Una experiencia de placentera/una lucha constante
48. Importante/sin importancia
49. Bella/fea
50. Segura/amenazante
51. Una aventura/una prueba de resistencia
52. Satisfactoria/insatisfactoria
53. Desafiante/frustrante
54. Significativa/sin significado
55. Demasiado corta/demasiado larga
56. Excitante/aburrida
57. Un tiempo para crecer/para sobrevivir
58. Cambiante y nueva/repetitiva
59. Un tiempo de dar/de obtener
60. No me la perdería por nada/ lástima que estoy en esto
61. Espero el mañana con alegría/le temo al mañana
62. El tiempo es valioso/sin valor
63. La vejez se puede disfrutar/es una etapa horrible
64. El sufrimiento ayuda a crecer/hay que evitarlo a toda costo
65. La muerte es un principio/una tragedia
66. Disfruto mucho la naturaleza/no me llama la atención
67. El sistema solar es asombroso/me parece irrelevante
68. Me interesa y me preocupa la ecología/en absoluto
69. Me agrada observar las estrellas/no me llama la atención
70. Las estaciones son hermosas/son un fastidio
71. El mundo animal es interesante/me parece irrelevante

IV. ¿Quién es Dios?

72. Un padre-madre/un tirano-capataz
73. Un ser que ama incondicionalmente/ama de manera condicionada
74. Perdonador/juez implacable
75. Se ocupa de mi/no se ocupa en absoluto
76. Cercano/distante e indiferente
77. Tranquilizador/atemorizante
78. Protector/abandonador
79. Cálido/frío
80. Comprensivo/intolerante

Respuestas

Pregunta	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					

49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Cuestionario “Amor y desarrollo”

Después de leer y reflexionar sobre los puntos que a continuación se presentan, encierra en un círculo el número que más se acerque a tu manera de ser y de actuar, en base a la siguiente escala:

1. Siempre tiendo a ser así
2. Casi siempre soy así
3. Con frecuencia soy así
4. Rara vez soy así
5. Nunca soy así

Primera parte:

1. Soy una persona posesiva en mis relaciones interpersonales significativas	1	2	3	4	5
2. Necesito y me gusta ser el centro de atención.	1	2	3	4	5
3. Tiendo a ser celosa en mis relaciones interpersonales significativas	1	2	3	4	5
4. Tiendo a depender de aquellos a quienes amo	1	2	3	4	5
5. Vivo con miedo de perder el amor de quienes me son significativos	1	2	3	4	5
6. Me es muy fácil enamorarme	1	2	3	4	5
7. Le doy un valor exagerado a los detalles y muestras de amor	1	2	3	4	5
8. Tiendo a fomentar la dependencia de aquellos a los que amo	1	2	3	4	5
9. Cuando estoy enamorada me olvido de los demás no me importa nada, ni nadie	1	2	3	4	5
10. Tiendo a ser exigente y demandante en mis relaciones interpersonales	1	2	3	4	5
11. Tiendo a presentar lo mejor de mí, y no lo que soy integralmente, para conquistar el amor de los demás	1	2	3	4	5
12. De alguna manera los demás acaban por hacer lo que yo quiero	1	2	3	4	5
13. Espero que quien me ame me haga feliz	1	2	3	4	5
14. Tiendo a cuidar mucho mis relaciones por temor al rechazo	1	2	3	4	5
15. Me cuesta trabajo ser feliz sin la cercanía física de aquel o aquellos a quienes amo	1	2	3	4	5

16. Tiendo a centrarme más en mi que en los demás	1	2	3	4	5
17. Me cuesta trabajo perdonar	1	2	3	4	5
18. Me es difícil relacionarme y amar a quienes no piensan y actúan como yo espero que lo hagan	1	2	3	4	5
19. Me es muy fácil relacionarme y amar a quienes me colocan en un pedestal	1	2	3	4	5
20. Exijo a quienes amo un compromiso que yo no estoy dispuesta a cumplir	1	2	3	4	5

Segunda parte:

1. Tiendo a amar a las personas por lo que son, Más que por lo que puedan darme u ofrecer	1	2	3	4	5
2. Respeto la libertad de las personas a quienes Amo y actuó en congruencia con esto	1	2	3	4	5
3. Me experimento como un ser libre en mis Relaciones interpersonales	1	2	3	4	5
4. Asumo mi compromiso responsable en mis Relaciones interpersonales	1	2	3	4	5
5. Me vivo como una persona independiente; Autónoma en mis relaciones significativas	1	2	3	4	5
6. El encuentro con el tu me permite descubrirme Y encontrarme conmigo misma	1	2	3	4	5
7. Puedo sentir la presencia de quienes amo a Pesar de la distancia física	1	2	3	4	5
8. Soy congruente con la idea de que la única persona Responsable de mi propia felicidad y desarrollo Soy yo misma	1	2	3	4	5
9. Tiendo a valorar más lo que las personas son, Que lo que tienen	1	2	3	4	5
10. Gozo de la presencia y existencia de aquellos A quienes amo, sin vivir la angustia por una Posible pérdida	1	2	3	4	5
11. El amor me lleva a trascender las fronteras del Egoísmo y el egocentrismo en mi vida diaria	1	2	3	4	5
12. Vivo una sana interdependencia en mis Relaciones con otros	1	2	3	4	5
13. Puedo amar sin esperar recibir	1	2	3	4	5

14. Soy capaz de perdonar a quienes me lastiman	1	2	3	4	5
15. Asumo mi responsabilidad en los conflictos que Surgen en mis relaciones	1	2	3	4	5
16. Confió plenamente en aquellos a quienes amo	1	2	3	4	5
17. El amor me permite trascender el dolor y el sufrimiento	1	2	3	4	5
18. Puedo gozar de las muestras de amor que doy Y recibo, sabiendo que el amor va más allá de ellas	1	2	3	4	5
19. Tiendo a ser quien soy realmente en mis Relaciones significativas	1	2	3	4	5
20. Me siento con libertad de solicitar lo que Necesito, sin exigirlo o imponerlo	1	2	3	4	5

Tercera parte. Anota verdadero o falso en las siguientes afirmaciones

- 1. El amor a sí mismo es primitivo, egocéntrico o narcisista.
- 2. El amo es algo que se aprende en la vida.
- 3. El amor verdadero es ciego
- 4. En las relaciones de pareja el amor va perdiendo fuerza y encanto a lo largo del tiempo.
- 5. En la medida que me dan, doy. En la medida en que me aman, amo.
- 6. Cada relación amorosa es única, irrepetible e insustituible.
- 7. Amar esencialmente implica la sublimación de las necesidades básicas bio-psico-sociales.
- 8. El amor transpersonal es posible cuando se trasciende las dimensiones biológica, psicológica y social.

Logo- Test (de Elisabeth S. Lukas)

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Escolaridad:

CONSIGNA DEL LOGOTEST

El test que va a realizar no es una prueba de inteligencia ó capacidad, pues no implica respuestas verdaderas ó falsas. Tampoco es un procedimiento para determinar un tipo de personalidad. Aquí se trata de la actitud interna que tiene hacia la propia vida y hacia la vida en general.

I) PARTE 1 (CONTENIDO DE SENTIDO) Léanse las siguientes afirmaciones. Si hay entre ellas algo que coincida con su persona hasta tal punto que podría provenir de usted mismo, escriba <Sí>. Si encuentra algunas que son exactamente lo contrario de su propia opinión, escriba <No>. Puede dejar libremente el casillero si le cuesta decidirse.

1. Si soy honesto, prefiero una vida agradable, pacífica, sin grandes dificultades, con suficiente sostén financiero.

2. Tengo conceptos definidos acerca de lo que quisiera llegar a ser y en que me gustaría triunfar y trato con todas mis fuerzas de concretar estas ideas.

3. Me siento buen solamente en el refugio de mi hogar, en el circulo de la familia y quisiera hace lo posible para procurarles una base igual a los hijos.

4. En mi trabajo profesional que realizo en la actualidad o para el que me estoy preparando, encuentro mi realización.

5. Tengo compromisos y relaciones con una o más personas, el cumplimiento de los cuales me da satisfacción.

6. Existe una especialidad que me interesa notablemente sobre la que quisiera aprender cada vez más y de la cual me ocupo en cuanto tengo tiempo.

7. Gozo con experiencias de determinada clase (placer en el arte, contemplación de la naturaleza) u no quisiera verme privado de ellas.

8. Creo firmemente en una misión religiosa o política (o una misión de servicio para el progreso= y me pongo a su disposición.

9. Mi vida se halla oscurecida por la necesidad, la preocupación, pero me estoy esforzando por mejorar esta situación.

II) PARTE 2 (SINTOMAS DE FRUSTRACION EXISTENCIAL) Marque, por favor, con qué frecuencia tuvo las siguientes experiencias y trata de ser sincero:

1. Sentimientos de rabia porque pensó que todo lo que realizó hasta ahora fue inútil
- | | | |
|----------|------------------|-------|
| A menudo | De vez en cuando | Nunca |
|----------|------------------|-------|

2. El deseo de volver a ser niño y comenzar de nuevo

A menudo	De vez en cuando	Nunca
----------	------------------	-------

3. Ha observado que trata de hacer su vida más llena de contenido de lo que realmente es para sí mismo y para los demás.

A menudo	De vez en cuando	Nunca
----------	------------------	-------

4. La aversión de cargarse con pensamientos profundos y eventualmente incómodos sobre su actividad.

A menudo	De vez en cuando	Nunca
----------	------------------	-------

5. La esperanza de transformar en un hecho positivo un propósito fallido o una desgracia, poniendo todo su esfuerzo.

A menudo	De vez en cuando	Nunca
----------	------------------	-------

6. Un impulso de desasosiego que se apodera de ti contrariando su buen juicio, y que atrae una torturante falta de interés en todo lo que se le brinda.

A menudo	De vez en cuando	Nunca
----------	------------------	-------

7. El pensamiento de que, ante la muerte, tendría que admitir que no valió la pena vivir.

A menudo De vez en cuando Nunca

III) PARTE 3 (CASOS PROPUESTOS Y PROPIO)

1. A continuación se presentan tres casos:

- a) Una mujer tiene mucho éxito en su vida. Aquello que siempre deseaba no lo pudo lograr en cambio, con el tiempo, se procuró una buena posición y puede esperar un futuro sin sobresaltos.
- b) Una mujer se empeñó en una tarea que eligió como meta. A pesar de constantes fracasos todavía se aferra a ella. Por esa causa ha debido renunciar a muchas cosas y ha logrado muy poco beneficio.
- c) Una mujer logro sellar compromisos entre sus inclinaciones y las circunstancias que lo coaccionaban. Cumple con sus obligaciones mansamente aunque sin gusto, pero mientras tanto, cuando es posible se dedica a sus ambiciones privadas.

2. Preguntas sobre los tres casos

¿Cuál de estas mujeres era más feliz?

¿Cuál de estas mujeres sufre más?

3. Describe su propio caso en pocas frases poniendo lo que siempre has buscado, lo que has alcanzado y qué actitud tienes hacia ello.

FAMILIOGRAMA
FAMILIA CH. V.

