



**UADY**  
FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA

**INSATISFACCIÓN CORPORAL Y CONDUCTAS  
ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE  
NUTRICIÓN Y REHABILITACIÓN: UNA INTERVENCIÓN  
COGNITIVO CONDUCTUAL**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL  
ÁREA DE CLÍNICA PARA ADULTOS**

**PRESENTA  
LIC. EN PSIC. MARIANA AGUILAR VARGAS**

**DIRECTOR  
MTRO. JORGE ISAAC MANUEL ORTEGA**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO**

**SEPTIEMBRE 2016**

## CONTENIDO

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	9
Objetivos.....	11
Capítulo 1. Antecedentes.....	12
1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	12
1.1.1. Anorexia.....	12
1.1.2. Bulimia.....	14
1.1.3. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado...	15
1.2. Sintomatología subclínica y conductas alimentarias de riesgo (CAR).....	17
1.3. Factores de riesgo.....	21
1.4. Grupos vulnerables.....	22
1.5. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.....	25
Capítulo 2. Método.....	28
2.1. Pregunta de investigación.....	28
2.2. Variables.....	28
2.3. Participantes.....	29
2.4. Tipo de estudio.....	30
2.5. Instrumentos.....	31
2.6. Procedimiento.....	32
2.7. Intervención.....	33

Capítulo 3. Resultados.....	37
3.1. Descripciones cuantitativas.....	37
3.2. Descripciones cualitativas.....	43
3.3. Valoraciones grupales.....	57
3.4. Comparación pretest-postest.....	59
Capítulo 4. Discusión.....	63
4.1. Interpretación y análisis de los resultados.....	63
4.1.1. Prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del primer año de la carrera de nutrición y rehabilitación.....	63
4.1.2. Muestra de la intervención.....	65
4.1.3. Resultados de la intervención.....	67
4.2. Conclusiones.....	70
4.3. Limitaciones y sugerencias.....	72
Referencias.....	74
Anexo 1.....	79
Anexo 2.....	97
Anexo 3.....	136

## ÍNDICE DE TABLAS

### TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de rehabilitación y nutrición.....	41
Tabla 2. Participantes de la intervención con sus respectivas puntuaciones de los instrumentos..	43
Tabla 3. Puntuaciones pretest-postest de los participantes de la intervención.....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

### FIGURAS

Figura 1. Sujetos que superaron el punto de corte del Cuestionario de Imagen corporal (BSQ) de rehabilitación. ....	38
Figura 2. Sujetos que superaron el punto de corte del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) de nutrición. ....	38
Figura 3. Sujetos que superaron el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) de ambas carreras. ....	39
Figura 4. Sujetos que superaron los puntos de corte del Test de Bulimia (Bulit) de ambas carreras. ....	40
Figura 5. Comparación entre puntuaciones de pretest-postest del BSQ .....	59
Figura 6. Comparación entre puntuaciones de pretest-postest del EAT-40 .....	60
Figura 7. Comparaciones entre puntuaciones de pretest-postest del Bulit.....	61

## RESUMEN

La insatisfacción corporal constituye un factor de riesgo predominante para la presencia de conductas alimentarias de riesgo y el posible desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Si bien estas problemáticas pueden presentarse en cualquier sector de la población, existen ciertos grupos de riesgo como los estudiantes de nutrición quienes teóricamente son más propensos a presentar estas características. Es por ello que en el presente trabajo se pretendió medir la prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de primer año de la carrera de nutrición y rehabilitación de una universidad pública. Asimismo, se desarrolló una intervención grupal con enfoque Cognitivo-Conductual para determinar la eficacia del mismo en la disminución de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes identificados con tales características. Los resultados arrojaron una presencia importante de insatisfacción corporal patológica y conductas de riesgo en ambos grupos así como una disminución de los mismos después de la aplicación de la intervención. Del mismo modo, se apreció una mayor aceptación de la figura corporal de los participantes así como mayor flexibilidad acerca de ideas rígidas en relación con los estándares de belleza dominantes.

## INTRODUCCIÓN

### Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son trastornos de etiopatogenia multideterminada que a partir de las últimas décadas ha representado un verdadero problema de salud pública debido al aumento en el número de pacientes así como en las consecuencias que estos trastornos acarrearán a la salud y al bienestar de quienes los padecen. Los factores socioculturales que pueden originarlas así como sus graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales, representan hoy en día una importante alarma social (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

No obstante, desde hace dos décadas aproximadamente, ha surgido en la literatura el establecimiento de los llamados síndromes parciales, subclínicos o atípicos de los trastornos de la conducta alimentaria, conformados por alteraciones de la imagen corporal así como tipos de nutrición que no son totalmente compatibles con las categorías más comunes—anorexia y bulimia nerviosa—que tienen un efecto negativo en la vida de las personas quienes la presentan, pudiendo interferir en el correcto desarrollo de sus esferas laboral, académica, social, salud, entre otras. Dentro de las conductas alimentarias de riesgo que representan síndromes parciales, se encuentran los métodos para controlar el peso tales como el ejercicio excesivo, el vómito autoinducido, realización de dietas, consumo de laxantes, diuréticos, masticación y devolución del alimento sin digerirlo, así como atracones menos frecuentes a los establecidos para el trastorno (Behar, 2008).

Sin bien no todas las personas quienes presenten características de TCA desarrollarán un cuadro clínico completo de los mismos, es común que los síndromes parciales inician con una restricción alimentaria cuyo objetivo es experimentar un control sobre el peso y la alimentación, generando señales de alarma a los que se les debe prestar especial atención: fluctuaciones en el peso corporal, cambios en el estado de ánimo, rutinas rígidas de alimentación y ejercicio físico, preocupación sobrevalorada acerca del peso y la figura corporal, entre otras (Behar, 2008).

Por otro lado, algunas investigaciones como las de Chávez-Rosales, Camacho, Maya y Márquez (2012) y Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008), presentan evidencia que sugiere que los estudiantes universitarios de la carrera de nutrición, pueden posicionarse como un grupo vulnerable a manifestar características de estos síndromes parciales e insatisfacción con el cuerpo. En el primer estudio realizado en el estado de México en una muestra de 182 estudiantes de nutrición, se encontró que un 8,8% de ellos presentaban sintomatología de TCA y la variable insatisfacción corporal se manifestó significativamente en 33,51% de la muestra, exhibiéndose no solo en los alumnos con sintomatología sino también en los que no la presentaban. En el segundo, realizado en el estado de Yucatán igualmente en estudiantes de la carrera de nutrición, se encontró que la preocupación por la comida, la restricción alimentaria, la motivación por adelgazar, el atracón y los sentimientos negativos después del atracón, están presentes en los estudiantes y son muy semejantes entre varones y mujeres.

Es por ello que en el presente trabajo, se pretende intervenir con esta población ya que se encuentran en riesgo de manifestar conductas nocivas para su salud que finalmente pudieran desembocar en el desarrollo de un TCA.

## Justificación

En los últimos años, es sabido que los TCA están estableciéndose como un verdadero fenómeno social en todos los sentidos, al observarse un incremento de la prevalencia en la población, lo que representa un problema real de salud pública. Cifras internacionales, muestran que la anorexia nerviosa (AN) tiene una prevalencia de 0,5 a 1% y la bulimia nerviosa (BN) 0,9 a 4,1% en la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes, mientras que un 5 a 13% adicional sufren de síndromes parciales de los TCA (OMS, 2004). Otros estudios realizados en diversos países, demuestran también mayores incidencias actuales de los trastornos que en décadas anteriores. En el Reino Unido, la incidencia para AN en el año 2000 fue de 4,7 por 100,000 habitantes y de 4,2 por 100,000 habitantes en el año 1993 (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). En España, mujeres de entre 12 a 21 años tienen una prevalencia de 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los trastornos alimentarios no especificados. En el caso de los varones, se obtuvo una prevalencia total de 0,27 a 0,90%.

Otros datos internacionales, consideran que aproximadamente de 25 a 33% de los pacientes diagnosticados con bulimia o anorexia nerviosa, desarrollan un trastorno crónico. Asimismo, los TCA muestran altos niveles de comorbilidad con otros trastornos tales como abuso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad, etc. (OMS, 2004).

Muchos factores pudieron haber intervenido en este aumento de la prevalencia de los TCA o síndromes parciales de los mismos alrededor del mundo. Entre ellos se puede considerar la tendencia actual a realizar dietas, la mayor divulgación y conocimiento acerca de estas

patologías a través de los medios de comunicación, los problemas de desarrollo propios de las etapas de la adolescencia y la adultez temprana, y el hecho de que los profesionales de la salud, psiquiatras, psicólogos clínicos y equipos de atención primaria, tienen más herramientas y conocimientos para la detección temprana de estos trastornos (Instituto Nacional de la Salud, 2000).

Estudios relacionados con TCA, revelan que existe una mayor prevalencia en la presencia de características o síntomas aislados, en comparación con la prevalencia del desarrollo de la sintomatología que cumple con los criterios para el diagnóstico del trastorno (Hernández y Laviada, 2014). Debido a lo anterior, se resalta la importancia de la detección temprana de conductas asociadas, tales como la restricción alimentaria, el ejercicio excesivo, conductas purgativas, etc., que al ser relativamente habituales representan un daño potencial en la salud física y mental de quienes las practican.

Asimismo, sería beneficioso que dentro de las políticas públicas se consideraran a este tipo de conductas no solo como indicadores de la presencia o ausencia de un trastorno, si no como patrones que afectan el estilo de vida saludable. Por último, se considera conveniente encaminar la intervención en el tratamiento de dichas conductas, que aún no se encuentran consolidadas en intensidad y frecuencia, con el objetivo de prevenir el desarrollo del trastorno y trabajar en vías de prácticas saludables.

## Objetivos

### Objetivo General

Evaluar una intervención psicoterapéutica con un enfoque Cognitivo-Conductual para disminuir la insatisfacción con la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición y rehabilitación identificados con sintomatología subclínica de TCA.

### Objetivos específicos

- Establecer la prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del primer año de la carrera de nutrición y rehabilitación de una universidad pública.
- Identificar estudiantes de la licenciatura en nutrición y rehabilitación que presenten sintomatología subclínica de TCA para formar la muestra de la intervención.
- Diseñar e implementar una intervención Cognitivo Conductual grupal en estudiantes identificados con sintomatología subclínica de TCA.
- Comprobar si existe una disminución en la insatisfacción con la imagen corporal y en las conductas alimentarias de riesgo posterior a la aplicación de la intervención psicoterapéutica en los sujetos identificados con sintomatología subclínica de TCA

## CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

### 1.1 Trastornos de la conducta alimentaria

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario que genera una modificación en el consumo o en la absorción de los alimentos provocando un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

Si bien no todos los TCA y de la ingesta de alimentos se encuentran directamente relacionados con la preocupación acerca de la figura y el peso corporal, el presente trabajo tiene como interés aquellos trastornos en cuyo origen se encuentra el miedo a ganar peso o la evitación al aumento del mismo. Los criterios diagnósticos para cada uno de estos trastornos se describen a continuación:

#### 1.1.1 Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Por peso significativamente bajo, se define un peso inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

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

Es importante especificar si es:

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

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

La gravedad del trastorno se determina con el índice de masa corporal del sujeto al momento del diagnóstico: leve ( $IMC \leq 17 \text{ kg/m}^2$ ), moderado ( $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ ), grave ( $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ ) y extremo ( $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ ).

Una de las características principales de este trastorno, es que los individuos que lo padecen tienen un intenso miedo a engordar que por lo general, no se alivia ni con la pérdida de peso. De hecho, es muy común que las personas con anorexia no reconozcan su intenso miedo a ganar peso e incluso esta preocupación puede aumentar si el sujeto experimenta pérdida de peso. Asimismo, la percepción y la importancia del peso corporal y la constitución se encuentran distorsionadas en estos sujetos. Algunos creen que tienen sobrepeso en general y otros se

focalizan en algunas partes del cuerpo como el abdomen, nalgas, muslos, considerando que son “demasiado gordos”. Para estimar su talla o peso corporal, es habitual pesarse con frecuencia, medir partes del cuerpo o mirarse al espejo para observar las zonas que más les desagrada.

### 1.1.2 Bulimia nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones; un atracón se caracteriza por: 1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de no poder dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

La gravedad del trastorno— leve (1-3), moderado (4-7), grave (8-13), extremo (14 o más)— se determina por el número de episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Una característica fundamental de este trastorno es la presencia de los episodios de atracones, los cuales suelen producirse lo más discretamente posible, normalmente a escondidas y continúan hasta que el individuo percibe una incomodidad e incluso hasta dolor. Algunos antecedentes más frecuentes de los episodios se relacionan con factores estresantes interpersonales, restricción de la dieta, sentimientos negativos acerca del peso corporal, aburrimiento, etc. Al inicio del curso del trastorno, los atracones cumplen la función de minimizar los factores que precipitaron el episodio, sin embargo a largo plazo, provoca una autoevaluación negativa y disforia. Otra de las particularidades del trastorno se relaciona con los comportamientos compensatorios, siendo el más frecuente el vómito autoinducido. No obstante, es común que se utilicen varios métodos para compensar los atracones y reducir el miedo a ganar peso, tales como la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos, enemas, ayunar uno o más días, realizar ejercicio excesivo u otras menos comunes como tomar hormona tiroidea o reducir la cantidad de insulina en pacientes diabéticos para restringir el metabolismo de los alimentos consumidos durante los atracones.

### 1.1.3 Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Esta clasificación diagnóstica se utiliza para denominar manifestaciones en las que predominan los síntomas característicos de un TCA o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no se cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los TCA o de la ingesta de alimentos. No obstante, se hace uso de esta categoría cuando el clínico opta por designar el motivo específico por el que la manifestación no cumple con los criterios establecidos. Algunos ejemplos de manifestaciones que se pueden

nombrar con esta designación y que principalmente se enfocan en la preocupación acerca del peso corporal, son los siguientes:

- Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de haber perdido peso significativamente, se encuentra dentro o por encima del intervalo normal.
- Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados se presentan, en promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno por purgas: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución corporal (vómito autoinducido, uso inadecuado de laxantes, diuréticos, u otros métodos) en ausencia de atracones.

Asimismo, se hace uso de la categoría diagnóstica Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado, cuando el clínico decide no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un TCA, principalmente porque no existe suficiente información para realizar un diagnóstico más preciso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Si bien en México, la información relativa a la prevalencia real de los TCA aún es escasa, se han hecho algunos intentos por medir la presencia de estos trastornos en la población. Uno de ellos es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el año 2001, la cual arrojó una prevalencia del 1,8% y 0,6% de bulimia nerviosa en hombres y mujeres

respectivamente, sin embargo no se reportaron casos de anorexia nerviosa dentro de la muestra seleccionada (Medina-Mora et al., 2003).

En otro estudio, se midió la prevalencia de TCA en una muestra de 1483 estudiantes de instituciones educativas públicas y privadas de la zona metropolitana de la ciudad de México; en la muestra de mujeres se encontró prevalencias de 0,4% para anorexia nerviosa, 1,1% para bulimia nerviosa y 5,6% para TCA no especificados; en el caso de los hombres, un 0,1% corresponde a bulimia nerviosa y 0,9% a los TCA no especificados (Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004).

## 1.2 Sintomatología subclínica y conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Es una realidad que los estudios de prevalencia de TCA han demostrado que estas manifestaciones tienen menor presencia en la población nacional y mundial en comparación con otros trastornos que afectan de manera más aguda la salud mental. No obstante, también se ha demostrado que en la actualidad los TCA representan un foco de atención creciente. Asimismo, estudios en comunidad demuestran que las manifestaciones parciales o subclínicas de los TCA están ganando cada vez más presencia (Unikel y Gómez, 1999), sobre todo porque las prácticas de alimentación restrictiva y la preocupación acerca del peso son conductas ampliamente conocidas y aceptadas por la sociedad en nuestros días, especialmente en la población femenina. Es por ello que en años recientes, ha habido una preocupación por investigar estas actitudes alimentarias anormales como un modo de detectar a la población en riesgo de padecer un TCA o que presente signos y síntomas relacionados con éstos y tomar las medidas pertinentes para su prevención (Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004).

El origen de estas manifestaciones, se fundamenta en la hipótesis del continuo de los TCA, considerando en un extremo la conducta alimentaria normal y en el otro los síndromes completos de los trastornos. Quienes proponen esta hipótesis del continuo, señalan que muchos trastornos se encuentran distribuidos en la población en general por lo que la cuestión no es identificar la presencia o ausencia de un trastorno en una persona, si no evaluar qué tanto del mismo manifiesta (Shisslak, Crago y Estes, 1994).

En este sentido, Unikel y Gomez (1999) corroboraron la existencia de un continuo cuantitativo de menor a mayor riesgo en cuanto a la presencia de la sobreestimación del peso corporal, la insatisfacción y preocupación por la figura y la presencia de conductas alimentarias de riesgo tipo restrictivo y purgativo obtenidas de poblaciones generales, en riesgo y clínicas. A partir de ello se observó un porcentaje importante de mujeres sin diagnóstico de TCA haciendo uso de métodos restrictivos o de purga como formas de controlar o reducir el peso corporal, lo cual indica la existencia de prácticas habituales con cada vez mayor aceptación social dirigidas a la búsqueda de una figura corporal delgada, similar a los modelos fomentados por los medios de comunicación social. Se podría decir entonces que estas manifestaciones parciales de TCA se encuentran dentro de este continuo relacionado con el nivel de “gravedad” del trastorno, por lo que es importante que se conceptualicen desde una perspectiva dimensional más que categórica.

Si bien no se ha llegado a un consenso en cuanto a la denominación de este tipo de características—conductas alimentarias de riesgo, síndromes parciales, cuadros subclínicos, conductas alimentarias anormales—todas intentan definir aquellas manifestaciones similares en forma más no en frecuencia ni intensidad a los criterios diagnósticos establecidos para los TCA (Shisslak, Crago y Estes, 1995). En lo sucesivo, se hará referencia a conductas alimentarias de

riesgo (CAR) para denominar a este tipo de manifestaciones. Estas pueden incluir atracones, seguimiento de dietas restrictivas, uso incorrecto o abuso de diuréticos, medicamentos y/o laxantes, práctica de ayunos y vómito autoinducido, todos ellos orientados a controlar el peso, disminuir o evitar el aumento del mismo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011).

En México, se ha indagado la prevalencia de las CAR a través de diversos estudios. Uno de los más representativos es el realizado por Barriguete-Meléndez et al., quienes a través de un cuestionario incluido en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) encontraron prevalencia significativa de conductas alimentarias anormales dentro de la población adolescente mexicana, reflejando que la manifestación más frecuente es el intenso miedo a ganar peso (6,9% en hombres y 14,8% en mujeres). Otros comportamientos frecuentes son la pérdida de control durante la ingesta, ejercicio excesivo y ayuno, factores predisponentes importantes para el desarrollo de un trastorno alimentario que deben tomarse en cuenta al diseñar estrategias de prevención.

En otro estudio realizado por Hernández y Laviada (2014) se incluyeron 862 estudiantes sin diagnóstico de TCA de siete escuelas preparatorias de la ciudad de Mérida, México. A través de la aplicación de un cuestionario, se observó la presencia de vómito autoinducido, ayuno de 24 horas, ejercicio excesivo, uso de diuréticos o laxantes, todas ellas para evitar el aumento de peso y presentes después de algún episodio de sobre ingesta compulsiva. Asimismo, se identificó la influencia de la importancia del peso y la figura corporal en la manera en la que se definen a sí mismas como el principal factor de riesgo. Con un promedio de edad de 16,5 años, del total de las participantes el 4,3% manifestó inducirse el vómito por lo menos una vez a la semana durante los últimos tres meses y el 9,6% reportaron realizar ayuno durante 24 horas o más por lo menos

una vez a la semana durante los últimos tres meses. También, el 22,5% afirmó que el peso y la figura corporal fueron de los principales factores que definieron la forma en la que se sentían sobre sí mismas como persona.

En países desarrollados, la realización de dietas restringidas es una conducta tan común que ha alcanzado niveles de prácticas normativas, por lo que seguir estos regímenes con el objetivo de perder peso se ha convertido en un fenómeno aceptado y promovido por la sociedad. Esta creciente apertura ante esta práctica se refleja en una mayor cantidad de gente involucrándose en la realización de dietas sin una adecuada supervisión profesional y sin tomar en cuenta los riesgos que esto implica para la salud (León, Gómez-Peresmitré y Platas, 2008).

Shisslak, Crago y Estes (1994), han revisado estudios longitudinales que evalúan personas en riesgo de padecer o con trastornos alimentarios y han encontrado evidencia señalando que las personas que normalmente hacen dietas muy probablemente se conviertan en dietistas patológicos, que dietistas patológicos pueden progresar a un síndrome parcial o completo de TCA así como que muchos de los diagnosticados con síndromes parciales eventualmente desarrollan síndromes completos de TCA. Así mismo sucede con el ejercicio excesivo, ya que se ha encontrado que un aumento desmesurado en la actividad física al menos un año antes del diagnóstico de mujeres con anorexia, demuestra que esta CAR puede ser un antecedente significativo para el desarrollo del desorden y debería considerarse como un signo temprano de preocupación sobre quienes la practican (Davis, Blackmore, Katzman y Fox, 2005).

Las CAR así como los cuadros subparciales de los TCA pueden llegar a resultar igual de dañinos que los cuadros completos de los trastornos; las conductas purgativas, los atracones, la

restricción alimentaria, el ejercicio excesivo entre otras conductas pueden representar un perjuicio importante para la salud y son generadoras de ansiedad. Aunque de manera regular empiezan a aparecer gradualmente, es posible que con el tiempo puedan desarrollarse en cuadros más profundos, con complicaciones más severas y pronósticos menos esperanzadores (Sloan, Mizes y Epstein, 2005).

### 1.3 Factores de riesgo

Shiltz, citado en Unikel y Gómez-Peresmitré (2004), propone la consideración de aspectos individuales, psicosociales y socioculturales como factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. Entre los factores individuales se encuentran las experiencias de abuso sexual, la insatisfacción con la figura y el peso corporal, la práctica constante de la restricción alimentaria así como algunas experiencias de vida que puedan resultar traumáticas tales como la pérdida de un ser querido, la separación de los padres, el distanciamiento o ruptura de una relación estrecha, etc. Por otro lado, los factores psicosociales más importantes son la presencia de trastornos afectivos, tanto en el individuo como en los familiares más cercanos; rasgos de personalidad que busquen aprobación y la dificultad en la expresión de sentimientos intensos como la ira; baja autoestima; evitación en el enfrentamiento de conflictos; patrones de pensamiento rígidos, incluyendo maneras inflexibles de ver a uno mismo, a los demás y al mundo así como una búsqueda constante del perfeccionismo; sensación de ausencia de autocontrol que se traduce en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria y búsqueda de la identidad. Por último, dentro de los factores socioculturales se incluyen los ideales culturales y predominantes de belleza así como las actitudes que la familia cercana tiene acerca de la figura y el peso corporal; la escasa definición de los límites y roles familiares, la disfuncionalidad y el maltrato emocional; la

influencia de las opiniones del grupo de pares; el involucramiento en algunas actividades que enfatizan el bajo peso y las críticas con respecto al peso y la figura.

A pesar que existe una gran variedad de factores de riesgo para el inicio de una o más CAR y eventualmente desarrollar un TCA, el índice de masa corporal (IMC) y la insatisfacción con la figura y el peso corporal como resultado de la interiorización de los estándares de belleza y delgadez, parecen ser de los factores que presentan mayores correlaciones con la presencia de CAR (Bilukha y Utermohlen, 2002). Es por ello que uno de los principales focos de atención en los programas preventivos deberá ser el trabajo con la insatisfacción de la imagen corporal a través del entendimiento de sus participantes acerca de cómo los factores socioculturales intervienen en la formación de la propia imagen corporal así como en el análisis crítico de las normas sociales que principalmente valoran (Neumark-Sztainer, 1996).

#### 1.4 Grupos vulnerables

Diversos estudios han demostrado que existen poblaciones cuya vulnerabilidad a desarrollar un TCA es mayor debido en parte a la disciplina en la que se desenvuelven, tales como el deporte estético, el modelaje, la actuación y la danza, probablemente debido a que la estética y/o el rendimiento en el desempeño se encuentran directamente relacionados con el peso y/o la figura (Alcocer, 2012). En un estudio realizado en el Centro de Alto Rendimiento del Estado de Yucatán (CARD), se identificó la prevalencia de TCA en adolescentes; si bien ningún deportista cumplió con los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia nerviosa, se encontró un 0,054% de presencia de trastornos alimenticios no especificados y un 15% de los participantes fueron considerados como sujetos con riesgo de desarrollar un TCA (Noh, 2007). En otro estudio

cuyo objetivo era determinar la prevalencia de TCA y su asociación entre éstos y la insatisfacción corporal en estudiantes de danza del Centro Estatal de Bellas Artes de Mérida, México, se encontró que un 11% de las alumnas presentan insatisfacción con la imagen corporal así como que un 13% manifiesta tener un TCA completo.

Por otro lado, estudios evaluando la prevalencia de TCA y/o sintomatología subclínica en estudiantes de nutrición han arrojado resultados convincentes para creer que estos estudiantes son un grupo con vulnerabilidad a desarrollar algún TCA. Chávez-Rosales, Camacho, Maya y Márquez (2012), analizaron la presencia de conductas alimentarias y sintomatología de TCA en una muestra de 182 estudiantes de nutrición de una universidad pública del Estado de México. Los resultados mostraron que un 8,8% de los estudiantes presentaban sintomatología de TCA y que la variable insatisfacción corporal se manifestó significativamente en 33,51% de la muestra, exhibiéndose no solo en los alumnos con sintomatología sino también en los que no la presentaban. Asimismo, se pudo señalar que la ansiedad percibida por la imagen corporal e influencia de los modelos estéticos corporales y situación social sobre el modelo de delgadez contribuyó para la manifestación de indicadores psicológicos de los TCA en los estudiantes.

En otro estudio realizado por Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008), se identificó la relación entre la restricción alimentaria y otras conductas de riesgo propias de los TCA en estudiantes de nutrición de una universidad pública del Estado de Yucatán, mostrando que la preocupación por la comida, la restricción alimentaria, la motivación por adelgazar, el atracón y los sentimientos negativos después del atracón están presentes y son muy semejantes entre varones y mujeres. En este y otros estudios en los que se han estudiado insatisfacción corporal y CAR en estudiantes de nutrición, se presume que los resultados pueden relacionarse

con las siguientes causas: la presión sociocultural hacia la motivación por tener un cuerpo delgado debido a la naturaleza de la profesión, ya que es deseable que los nutricionistas representen lo que predicán; involucrarse en esta profesión para obtener información y habilidades suficientes para manejar y/o tratar de resolver un trastorno alimentario ya existente; los ideales de belleza predicados por los medios de comunicación que afectan a hombres y mujeres por igual.

Se podría señalar entonces que este grupo profesional al formar parte de una sociedad influenciada socioculturalmente por el modelo estético corporal, muestra un riesgo de manifestar CAR y sintomatología de TCA a pesar que en su formación académica obtiene el conocimiento teórico relacionado con estas psicopatologías. Es así que el profesional de la nutrición, se enfrenta al cumplimiento de la exigencia a personificar la imagen de la delgadez, que al no obtenerla, podría generar mayor preocupación por el peso, la imagen corporal y la alimentación. Estos elementos al interrelacionarse con diversos factores, pueden lograr detonar en el profesional, ciertas CAR y sintomatología de TCA(Chávez-Rosales, Camacho, Maya y Márquez, 2012).

Si bien, los estudiantes de rehabilitación no son considerados teóricamente como un grupo vulnerable ante los TCA, se consideró en este estudio tomarlos como un punto de referencia para comparar ciertas medidas entre ambas licenciaturas, sobre todo, por ser profesiones que comparten la salud como un área en común.

### 1.5 Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

En una revisión meta-analítica realizada por Stice y Shaw (2004), se analizaron diversos factores que son determinantes en el éxito de los programas enfocados a la prevención de los TCA. Resultados indican que los programas selectivos dirigidos a grupos con alto riesgo producen efectos más profundos en comparación con los programas universales dirigidos a muestras no seleccionadas. Se observa que el malestar subjetivo que caracteriza a los individuos con alto riesgo motiva a los participantes a comprometerse de una manera más efectiva en el programa preventivo, lo que promueve mejores efectos de la intervención y mayores beneficios en los participantes. En cuanto al formato del programa, se encontró que las intervenciones efectivas dan mejores resultados cuando están diseñadas para ser interactivas más que didácticas, suponiendo que un formato participativo ayuda a los asistentes a comprometerse con el contenido, lo que facilita la adquisición de los conceptos y habilidades que promuevan el cambio comportamental y actitudinal buscado.

Asimismo, se arrojó que los programas preventivos de TCA han tenido mejores resultados cuando las intervenciones están dirigidas a una población mayor a 15 años, enfocadas a muestras de participantes mujeres así como estar constituidas por múltiples sesiones. También es importante incluir contenido relacionado con intervenciones cognitivas dirigidas a modificar actitudes maladaptativas tales como la internalización de la idealización de la delgadez o la insatisfacción corporal así como intervenciones comportamentales que modifiquen conductas inadaptadas como los atracones o la restricción alimentaria.

Ejemplo de ello es un estudio realizado por Barr et al.(2006) para medir la efectividad de una intervención estructurada Cognitivo Conductual con formato de internet y combinado con un grupo de discusión en línea con una duración de 8 semanas en participantes universitarias de entre 18 y 30 años quienes se encontraban en alto riesgo de desarrollar un TCA y presentaban un IMC de entre 18 y 32. Los resultados arrojaron una reducción en las preocupaciones acerca del peso y la imagen corporal lo cual se asoció con un decremento en el inicio de algún TCA en por lo menos un subgrupo (mujeres con elevado IMC). No obstante, el subgrupo de participantes que resultaron tener mayores preocupaciones acerca del peso y la figura en la línea base, un IMC menor a 25y no presentaban comportamientos compensatorios reflejaron los menores efectos de la intervención, lo cual sugiere que las intervenciones son más efectivas cuando las participantes se encuentran enfrentándose a problemas de control de peso por lo que la información les puede resultar de mayor relevancia y utilidad.

Otro estudio realizado en la ciudad de México, evaluó la eficacia de un tratamiento preventivo de la terapia Cognitivo Conductual con orientación nutricional en mujeres con CAR con el objetivo de disminuir o eliminar tales conductas. En el programa, se incluyó un material para la intervención que incluía contenidos cognitivos-conductuales así como formatos de trabajo acerca del plan semanal de alimentación, diarios de alimentación, registros de pensamientos, identificación de sentimientos, ejercicio de resolución de problemas, modificación de creencias centrales y cuestionario para la prevención de recaídas. La intervención cognitivo-conductual constó de 4 fases: psicoeducación, incluyendo información relacionada con las CAR; reestructuración cognitiva, es decir, modificación de distorsiones cognitivas relacionadas con las CAR, autoestima e imagen corporal; resolución de problemas y mejores herramientas de

afrontamiento; y prevención de recaídas. Los resultados arrojaron que efectivamente hubo una disminución en la insatisfacción y la distorsión corporal así como en las CAR (conducta alimentaria compulsiva y dieta restrictiva) al reestructurar sus pensamientos negativos hacia la comida y modificando sus hábitos alimentarios, lo que se reflejó en que al final de la intervención, más de la mitad de las participantes se encontraba con un IMC dentro de lo normal (De la Vega Morales y Gómez-Peresmitré, 2012).

De manera general, se puede observar que en los últimos años ha habido un interés creciente por diseñar tratamientos preventivos que puedan atacar y reducir los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar un TCA en la población en general así como en grupos de alto riesgo. A pesar que se ha demostrado en investigaciones a nivel internacional que los TCA son dificultades características de países desarrollados, también se ha observado en investigaciones realizadas en países en vías de desarrollo, incluyendo México, indicadores cada vez más prominentes de la presencia de estas patologías en estos países así como de conductas de riesgo para llegar a ellas, especialmente por mujeres jóvenes y adolescentes sin importar el nivel socioeconómico o regiones geográficas de pertenencia. Es por ello que se sugiere la necesidad de generar mayor conocimiento científico dirigido a encontrar estrategias de prevención y tratamientos adecuados para los requerimientos de nuestra población (Unikel y Gómez, 1999).

## CAPÍTULO 2. MÉTODO

### 2.1 Pregunta de investigación

¿Resulta efectiva una intervención Cognitivo Conductual para reducir insatisfacción con la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en un grupo de estudiantes identificados con tales características?

### 2.2 Variables

#### 2.2.1 Variables dependientes

- Insatisfacción con la imagen corporal
  - Conceptual: preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Rosen, 1990).
  - Operacional: puntuación igual o superior al punto de corte del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ: Body Shape Questionnaire creado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987) validado en población mexicana por Vázquez, Galán, Álvarez y Mancilla, 2004.
- Conductas alimentarias de riesgo
  - Conceptual: manifestaciones similares en forma más no en frecuencia ni intensidad a los criterios diagnósticos establecidos para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estas pueden incluir atracones, seguimiento de dietas restrictivas, uso incorrecto o abuso de diuréticos, medicamentos y/o laxantes, práctica de ayunos y vómito autoinducido, todos ellos orientados a controlar el

peso, disminuir o evitar el aumento del mismo (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011).

- Operacional: Puntuaciones obtenidas en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, Eating Attitudes Test, de Garner y Garfinkel, 1979) validado en población mexicana (Álvarez, 2000; Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré, 2002; Saucedo, 2004) y del Test de Bulimia (Bulit, Bulimia Test de Smith y Thelen, 1984), también validado para población mexicana (Álvarez, 2000; Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000).

### 2.2.2 Variables independientes

- Intervención cognitivo conductual
  - Conceptual: intervención psicoterapéutica preventiva con un enfoque Cognitivo-Conductual para disminuir las conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal en estudiantes de nutrición y rehabilitación identificados con sintomatología subclínica de TCA.
  - Operacional: El haber participado en la intervención psicoterapéutica.

### 2.3 Participantes

Los instrumentos de cribado fueron aplicados a estudiantes, hombres y mujeres de primer año de las licenciaturas de nutrición y rehabilitación. Ellos pertenecen a cinco grupos, dos de rehabilitación y tres de nutrición, contando con un total de 95 sujetos. Tres de ellos fueron

excluidos por no haber respondido correctamente alguno de los instrumentos, por lo que se contó con 92 sujetos en total.

Los participantes que conformaron la muestra para la intervención, fueron aquellos que superaron el punto de corte de cualquiera de los tres instrumentos aplicados, una vez que se corroboró que manifestaban conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal pero que no presentaban un diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria, lo cual se logró a través de una entrevista clínica individual.

Si bien los estudiantes de nutrición fueron el grupo de especial interés en esta investigación por considerarse un grupo vulnerable, se tomaron en cuenta los estudiantes de rehabilitación como punto de comparación y se consideraron para la intervención por cuestiones éticas por haber superado los puntos de corte.

#### 2.4 Tipo de estudio

Positivista con métodos mixtos, usando un diseño experimental incrustado. Para la fase cuantitativa, se realizó un pre test-post test utilizando instrumentos que miden conductas alimentarias de riesgo así como insatisfacción con la imagen corporal. Asimismo, el pre test sirvió como método de selección de la muestra que participó en la intervención. Por otro lado, se pretendió a lo largo de la misma, recolectar datos cualitativos que aportaron evidencias acerca de las experiencias o cambios vividos por los participantes durante el tratamiento. Esto se hizo a través del análisis de diarios y registros que formaron parte de las actividades de la intervención.

#### 2.5 Instrumentos y/o materiales

Las conductas alimentarias de riesgo se midieron con los siguientes instrumentos:

- El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, Eating Attitude Test, Garner y Garfinkel, 1979), es un cuestionario que consta de 40 reactivos, con seis opciones de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre, el cual fue diseñado para detectar síntomas de trastorno alimentario con un punto de corte internacional igual o mayor a 30. Ha sido validado para mujeres (Álvarez, 2000; Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré, 2002) y hombres mexicanos con un punto de corte de 28 (Saucedo, 2004). Del análisis de sus componentes principales se derivaron siete factores: 1) motivación para adelgazar, 2) evitación de comida engordante, 3) preocupación por la comida, 4) presión social percibida, 5) obsesiones y compulsiones, 6) patrones y estilos alimentarios estereotipados, 7) conductas compensatorias. Las respuestas son valoradas en una escala de 4 puntos (0 a 3), existen reactivos directos e inversos; cuando los reactivos son directos el valor de 0 se aplica para las respuestas nunca, casi nunca y algunas veces; el valor de 1 a bastantes veces, 2 a casi siempre y 3 a siempre. En los reactivos inversos, el valor de 0 se aplica a siempre, casi siempre y bastantes veces, el 1 a algunas veces, el 2 a casi nunca y el 3 a nunca.
- El Test de Bulimia (Bulit, Bulimia Test, Smith y Thelen, 1984), es un instrumento que consta de 36 reactivos con cinco opciones de respuesta a, b, c, d y e; fue elaborado con el propósito de detectar los síntomas de la bulimia nerviosa en la población general. Su punto de corte internacional es igual o mayor a 102. Ha sido validado para población mexicana femenina con un punto de corte de 85 (Álvarez, 2000; Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000) y del análisis de sus componentes principales se determinaron tres

factores: 1) sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación, 2) sentimientos negativos después de una sobreingesta y 3) vómito y uso de laxantes y/o diuréticos. Las respuestas son valoradas en una escala de 5 puntos (1 a 5) e incluye reactivos directos e inversos.

La insatisfacción con la imagen corporal se midió con el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, Body Shape Questionnaire de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Evalúa la insatisfacción con el peso e imagen corporal mediante 34 preguntas con 6 opciones de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre. Su punto de corte internacional es igual a 105 y para población mexicana de 110. Este cuestionario fue validado en México por Vázquez, Galán, Álvarez y Mancilla(2004) y contempla dos factores: 1) malestar normativo, que se refiere al malestar con la forma del cuerpo que se considera normal y que no provoca riesgo para la salud, y malestar patológico que es aquel que provoca la aparición de conductas poco saludables (ayuno, vómito, uso de laxantes, diuréticos, etc.) y que ponen en riesgo la salud y la vida. Todas sus preguntas son directas por lo que se asigna el valor de 0 a las opciones nunca, casi nunca y algunas veces y 1 a bastantes veces, 2 a casi siempre y 3 a siempre.

## 2.6 Procedimiento

Para la selección de la muestra, se consideraron 92 estudiantes de primer año de las licenciaturas en nutrición y rehabilitación de una universidad pública de la ciudad de Mérida, México, a quienes se les aplicaron los instrumentos de cribado anteriormente descritos. De todos ellos, 22 superaron los puntos de corte de cualquiera de los instrumentos, por lo que fueron invitados a participar en la intervención; quienes aceptaron, continuaron a una siguiente fase en la

que se les hizo una entrevista individual para tener un acercamiento con la naturaleza de su relación con su imagen corporal y conocer acerca de sus contextos familiares, culturales y sociales. Se planteó que quienes a través de la entrevista individual, se observase manifestaciones de algún trastorno de la conducta alimentaria, se canalizarían para su correspondiente diagnóstico y tratamiento, pudiendo participar paralelamente en esta intervención. No obstante, no fue el caso de ninguno de los participantes.

Antes de realizar la entrevista, se les explicó de manera detallada el objetivo de la intervención, su justificación, beneficios, procedimiento y riesgos asociados para que decidieran participar de un modo libre e informado. Una vez aclarado las dudas, se procedió a firmar un formato de consentimiento informado (véase anexo 3).

Ya establecida la muestra, se llevó a cabo la intervención de corte Cognitivo-Conductual constituida por 11 sesiones presenciales y grupales en las que se trabajaron temas relacionados con la preocupación por poseer un cuerpo delgado, insatisfacción con la figura corporal, la delgadez como un valor dominante, entre otros. Al finalizar la intervención, se realizó un post test de los tres instrumentos, así como el análisis de documentos producidos por los participantes a lo largo de las sesiones, para poder determinar la eficacia del tratamiento.

## 2.7 Intervención

La presente intervención contiene diversas estrategias adaptadas y contenido teórico de la Intervención en Imagen Corporal de Thomas Cash (1997) y de la unidad de Modelo Estético Femenino, de una intervención creada por Raich, Sánchez y López en el 2008. A continuación, se

presentan los objetivos de cada una de las sesiones y se desarrollan cada una con mayor amplitud en los apéndices (véase anexo1):

#### Objetivos de la intervención

- Disminución de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo en los participantes.
- Brindar herramientas y estrategias para que los participantes trabajen en vías de mejorar su imagen corporal y tener un estilo de vida más saludable con respecto a su cuerpo.

#### Objetivos por sesión

- Sesión 1

Promover la integración grupal y sensibilizar acerca de los problemas con la imagen corporal.

- Sesión 2

Identificar fortalezas y vulnerabilidades en los participantes en relación con su imagen corporal.

- Sesión 3

Sensibilizarse con la identificación de situaciones y pensamientos generadores de malestar.

Concientizar acerca del efecto que tiene los estándares de belleza y la cultura en los problemas con la imagen corporal.

- Sesión 4

Concientizar acerca de las causas históricas y actuales de sus conflictos con la imagen corporal.

Introducir el ABC (situaciones, pensamientos, consecuencias).

- Sesión 5

Trabajar en ABC personales relacionados con la insatisfacción corporal.

Identificar la relación existente entre situaciones, pensamientos y emociones.

- Sesión 6

Identificar ideas irracionales y distorsiones cognitivas en relación con la insatisfacción con la imagen corporal.

Iniciar con el cuestionamiento de las ideas irracionales.

- Sesión 7

Trabajar en el cuestionamiento de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas.

Empezar a generar pensamientos alternativos y afirmaciones más saludables en relación con su imagen corporal.

- Sesión 8

Profundizar en el cuestionamiento de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas.

Continuar generando pensamientos alternativos y afirmaciones más saludables en relación con su imagen corporal.

- Sesión 9

Que los participantes inicien a cuestionarse entre sí mismos.

Profundizar en la estrategia para generar pensamientos alternativos y afirmaciones más saludables en relación con su imagen corporal.

- Sesión 10

Enfatizar en la práctica del diálogo socrático y de hábitos cognitivos más saludables.

- Sesión 11

Trabajar en técnicas de prevención de recaídas.

Revisar estrategias que resalten y refuercen las características positivas de la imagen corporal.

## CAPÍTULO 3. RESULTADOS

### 3.1 Descripciones cuantitativas

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), el Test de Bulimia (Bulit) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), cuyo objetivo principal era establecer la prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de primer año de la carrera de nutrición y rehabilitación de una universidad pública, así como identificar a los posibles participantes de la intervención. Los instrumentos de cribado fueron aplicados a un total de 92 estudiantes, pertenecientes a tres grupos de nutrición y dos de rehabilitación.

El Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), fue aquel que arrojó la mayor cantidad de puntuaciones por arriba del punto de corte del instrumento, es decir, de los 92 estudiantes evaluados, 16 fueron los que obtuvieron puntuaciones superiores a 110. Este instrumento identificó aquellos sujetos que manifiestan insatisfacción con el peso e imagen corporal como un malestar patológico, el cual puede provocar la aparición de conductas poco saludables (ayuno, vómito, uso de laxantes, diuréticos, etc.) y que pueden poner en riesgo su salud y su vida. De la carrera de rehabilitación, se identificaron cinco sujetos, cuyas puntuaciones se muestran a continuación:

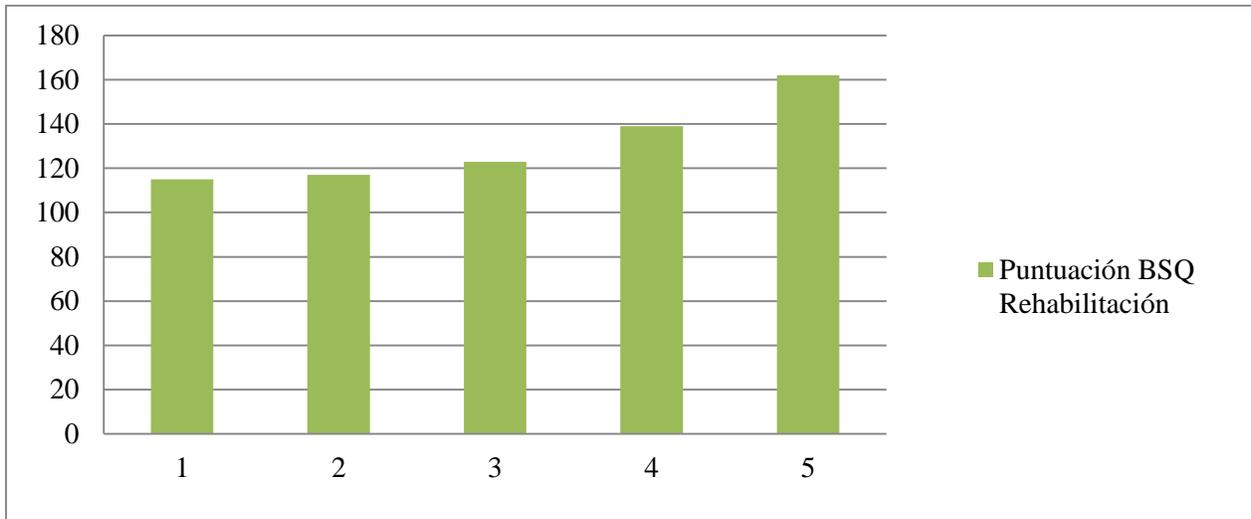


Figura 1 Sujetos que superaron el punto de corte del Cuestionario de Imagen corporal (BSQ) de rehabilitación.

De los estudiantes de los grupos de nutrición, 11 sujetos fueron los que tuvieron puntuaciones mayores a 110, siendo el menor puntaje de 113 y el mayor de 164. En la siguiente figura, se muestran las puntuaciones obtenidas para el instrumento:

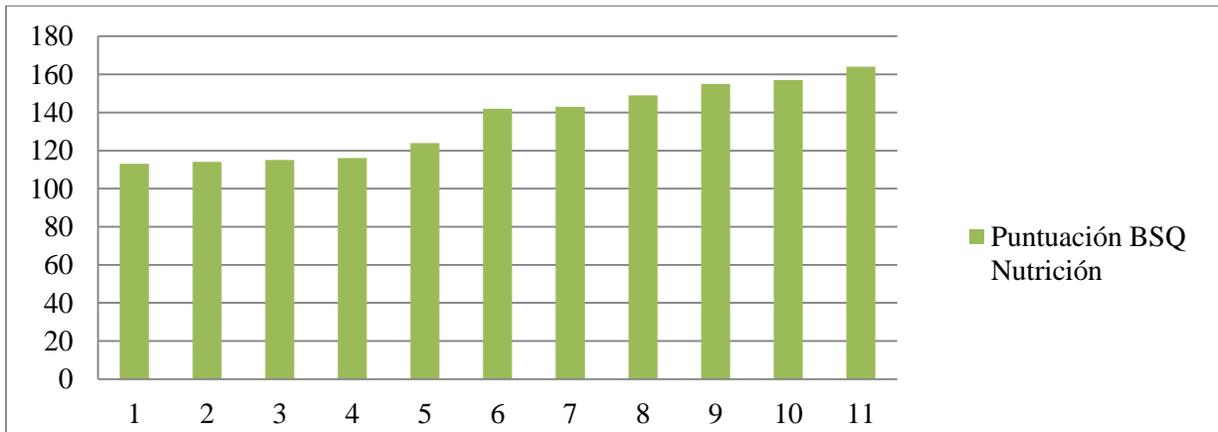


Figura 2. Sujetos que superaron el punto de corte del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) de nutrición.

Asimismo, se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el cual mide síntomas y preocupaciones características de los TCA, siendo éstas las conductas bulímicas, imagen corporal

con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, restricción alimentaria, uso del vómito autoinducido como un método para el control de peso, ingesta a escondidas y la presión social percibida al aumentar de peso.

Del total de los alumnos evaluados de ambas carreras, fueron nueve los que superaron el punto de corte de la prueba (28), cuatro pertenecientes a rehabilitación y cinco a nutrición.

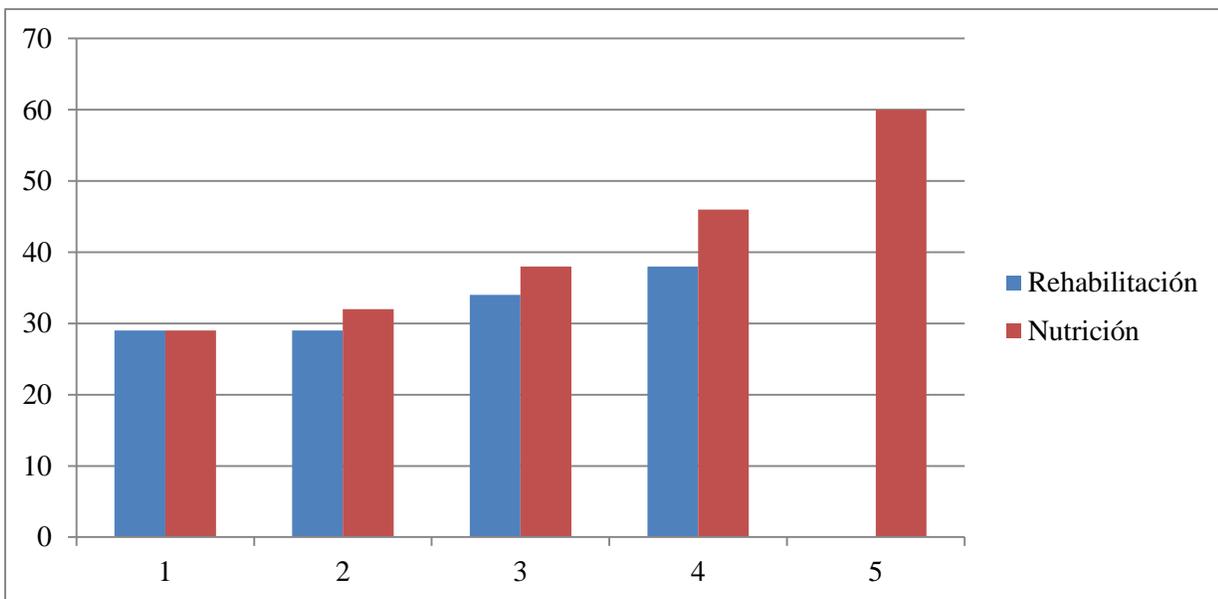


Figura 3. Sujetos que superaron el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) de ambas carreras.

Si bien, el número de sujetos que superaron los puntos de corte de esta prueba son similares entre ambas carreras, se puede observar que las puntuaciones de los estudiantes de nutrición tienden a ser mayores que los obtenidos por los de rehabilitación.

Por último, se presentan los sujetos que obtuvieron puntuaciones superiores al punto de corte de 85 para el Test de Bulimia (Bulit), el cual mide síntomas relacionados con la sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación, los sentimientos negativos

experimentados después de haber tenido un episodio de sobreingesta así como el uso del vómito autoinducido y laxantes y/o diuréticos como métodos para controlar el peso.

En relación con este instrumento, de los 92 estudiantes evaluados, cinco superaron los puntos de corte, siendo uno de rehabilitación y cuatro de nutrición. En la siguiente figura, se muestran las puntuaciones obtenidas por los estudiantes:

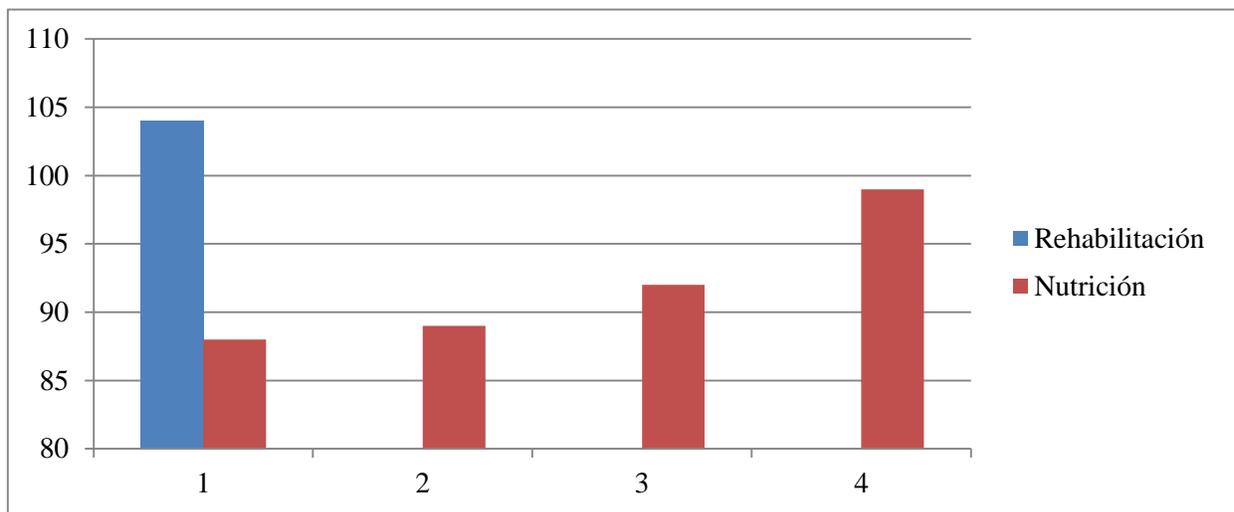


Figura 4. Sujetos que superaron los puntos de corte del Test de Bulimia (Bulit) de ambas carreras.

Tomando en cuenta el total de sujetos evaluados de ambas carreras y para determinar una prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal y presencia de conductas alimentarias de riesgo, se puede mencionar que 20 de los sujetos (21,73%) superaron el punto de corte de por lo menos uno de los tres instrumentos aplicados; de éstos, 16 tuvieron puntuaciones significativas en el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), representando un 17,39% de la muestra, nueve rebasaron el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), siendo un 9,78% y cinco del Test de Bulimia (Bulit), con un 5,43%.

Considerando a los estudiantes por carrera, se observó que el 5,43% de los estudiantes de rehabilitación manifiestan insatisfacción con su cuerpo, 4,34% presentan algún tipo de conducta alimentaria de riesgo y un 1,08% manifiesta algún síntoma característico de bulimia.

En relación con los estudiantes de nutrición, se encontró que un 11,95% se encuentra insatisfecho con su cuerpo de una manera significativa, el 5,43% manifiesta la presencia de una o más conductas alimentarias de riesgo y el 4,34% presenta síntomas bulímicos (ver tabla 1)

Tabla 1. Prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de rehabilitación y nutrición.

Folio	Rehabilitación			Folio	Nutrición		
	BSQ: 110	EAT: 28	BULIT: 85		BSQ: 110	EAT: 28	BULIT: 85
1	139	38		8	143		
2	117			9	155	60	
3	123			10	142	29	88
4	115	29	104	11		32	
5		29		12	114		92
6		34		13	124		
7	162			14	149	46	
				15	113	38	
				16	115		
				17	157		
				18	116		
				19	164		99
				20			89
	5,43%	4,34%	1,08%		11,95%	5,43%	4,34%
Total: 20 (21,73%)	BSQ: 16 (17,39%)	EAT: 9 (9,78%)	BULIT: 5 (5,43%)				

Para comparar las diferencias entre ambos grupos, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de sexo y licenciatura. Es decir, la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo no fueron características de ningún grupo perteneciente a esta muestra.

Por otro lado, para conformar al grupo que formaría parte de la intervención, fueron invitados los 20 estudiantes que superaron alguno de los puntos de corte de los instrumentos aplicados. Esto se hizo a través de reuniones en sus aulas, en las cuales se les proyectó una presentación en Power Point con los objetivos del taller y las temáticas que se discutirían a lo largo de las sesiones. Asimismo, se les dio la oportunidad de aclarar sus dudas y por último, quienes se interesaron en participar fueron agendados para llevar a cabo una entrevista individual. En los siguientes días, 12 estudiantes fueron evaluados a través de una entrevista semiestructurada para tener un acercamiento más profundo con cada uno de ellos, conocer su relación con su imagen corporal, sus hábitos y conductas alimentarias, así como explorar acerca de sus contextos sociales y familiares. Antes de iniciar la entrevista, se les presentó el formato de confidencialidad, el cual incluye el objetivo de la intervención, su justificación, beneficios, procedimiento y riesgos asociados y se realizaron las firmas correspondientes.

De los 12 estudiantes evaluados, fueron seis quienes finalmente asistieron de manera constante a las sesiones grupales; es importante puntualizar que todos los participantes pertenecen a la carrera de nutrición. A continuación, se presenta una tabla con los sujetos identificados por sus iniciales y sus correspondientes puntuaciones de los instrumentos aplicados:

Tabla 2. Participantes de la intervención con sus respectivas puntuaciones de los instrumentos

Participante	Puntuación BSQ (110)	Puntuación EAT-40 (28)	Puntuación Bult (85)
R	143	23	72
F	142	29	88
K	114	25	92
D	124	27	59
S	93	13	89
M	61	16	72

Como se muestra en la tabla, el participante M no puntuó significativamente en ninguno de los instrumentos, sin embargo, quiso participar de manera voluntaria, por lo que se le consideró para la intervención.

### 3.2 Descripciones cualitativas

La intervención tuvo lugar una vez por semana durante 11 semanas. Durante cada encuentro, cada participante tuvo la oportunidad de compartir experiencias personales, sociales y familiares enfocadas principalmente a problemáticas con su imagen corporal así como a conductas y hábitos alimentarios. Asimismo, se fueron presentando discusiones acerca de temáticas relacionadas con los estándares de belleza a través del tiempo y las culturas, el papel de la delgadez en la figura del nutriólogo así como el trabajo en estrategias propias del enfoque Cognitivo-Conductual tales como la identificación de pensamientos, emociones y acciones que refuerzan una relación negativa con la imagen corporal, el diálogo socrático, la reestructuración cognitiva, entre otros.

A continuación, se presenta una descripción de cómo fue el proceso de cada uno de los participantes, desde la conceptualización de los casos individuales a través de la entrevista hasta los cambios que se fueron observando a lo largo del trabajo terapéutico.

Sujeto R

Conceptualización del caso

La entrevista con R inició al preguntarle acerca de su relación con su imagen corporal; él menciona que es muy buena pues le gusta mucho su cuerpo, se esfuerza por mantenerlo en forma y le gusta presumirlo a otras personas usando camisas pegadas a sus músculos. Comenta que se encuentra muy relacionado con el mundo del *fitness* pues disfruta de ir al gimnasio y consume productos que le ayudan a mejorar su condición corporal como licuados de proteínas. Admite que esta influencia la ha tenido de su madre, quien desde joven ha cuidado mucho su cuerpo, ha ido al nutriólogo y ha hecho ejercicio siempre. Asimismo, esta tendencia a hacer ejercicio ha surgido como un modo de alejarse de las influencias de la familia del padre, ya que varios de sus tíos, incluyendo su padre en algún momento del pasado, tuvieron sobrepeso y es algo que no quiere para sí mismo.

Como se fue desarrollando la entrevista, R fue demostrando que la buena relación que tiene con su imagen corporal no era necesariamente como la describió al principio, ya que fue compartiendo que generalmente define un cierto número de visitas al gimnasio a la semana y cuando no lo cumple se siente culpable y trata de reponerlo a como dé lugar, incluso deja de cumplir con obligaciones en la escuela o en casa por alcanzar su meta. También menciona que durante su rutina de ejercicio, constantemente se está mirando al espejo y si deja de ejercitarse

por unas cuantas semanas, piensa que su cuerpo adelgaza significativamente y que todo el esfuerzo que ha hecho antes se ha perdido. Mencionó que le gustaba su cuerpo actual sin embargo no está satisfecho pues aún le falta hacer músculo.

### Intervención

Desde la primera sesión, R se mostró como una persona con gran apertura y actitud de cooperación, por lo que le fue sencillo reconocer que había aspectos de su imagen con las que estaba insatisfecho. Desde el inicio del proceso pudo trabajar con fluidez la identificación de pensamientos, emociones y conductas que refuerza la imagen corporal negativa, como en el siguiente ejemplo: “cuando veo a alguna chica bonita que no conozco y me quiero acercar a hablarle, pienso que no soy lo suficiente, seguro hay hombres más guapos que yo, más atractivos, tratando de conocerla por lo que experimento miedo a que me rechace y termino por no intentarlo, me alejo”.

Un momento importante en su avance fue el reconocimiento de los orígenes de sus conflictos con su imagen corporal, al observar como factores principales experiencias significativas de la infancia como el tener sobrepeso y el divorcio de su padres, así como la devoción que le tiene a los cuerpos de moda como el de *Zac Efron* y el compararse constantemente con los mismos.

R puntualizó en varias ocasiones que para él, la manera en la que las otras personas se ven físicamente no es importante y no las juzga por este aspecto, por lo que fue un argumento crucial para debatir sus ideas rígidas sobre sí mismo y modificar sus conductas limitantes.

R se destacó por engancharse mucho con la estrategia de cuestionar las ideas rígidas, incluso tuvo un papel fundamental en el grupo al cuestionar constantemente las ideas rígidas de sus compañeros, lo cual le ayudó a flexibilizar sus percepciones acerca de sí mismo.

Al finalizar el proceso, se notaron cambios importantes en sus cogniciones, emociones y conductas, ya que reconocía que si por ejemplo, no iba al gimnasio en lo absoluto durante la semana, su cuerpo no cambiaba significativamente y se sentía mucho menos afectado por otras personas a las que consideraba más atractivas que él pues aprendió a reconocer sus características físicas y de personalidad como igual de valiosas que las de los demás.

Sujeto F

Conceptualización del caso

F desde el inicio reconoció que tiene una imagen corporal distorsionada ya que a veces se siente de cierta manera y cuando se mira al espejo se ve de otra que le desagrada. Considera estar insatisfecha con su cuerpo por lo que realiza deporte a un nivel ya profesional seis días a la semana. Admite que los problemas con su imagen corporal se enfocan principalmente en la insatisfacción que siente por su peso y por su altura, ya que se considera una persona bastante más alta que el resto de la gente con la que convive. Estas incomodidades afectan en gran medida las decisiones que toma en su vida, tales como sus hábitos alimentarios, la manera en la que se viste, lo que hace durante su tiempo libre, etc. En cuanto a su régimen alimentario, comenta que es muy limitado ya que normalmente no consume azúcares, bebidas embotelladas, frituras y carne como una forma de mantener su peso. No obstante, comparte que cuando siente mucho

estrés y ansiedad puede comer galletas (uno o dos paquetes) hasta sentirse muy llena, lo cual tiende a contrarrestar haciendo 3- 4 horas de su deporte al día siguiente.

En cuanto a las influencias familiares, comenta que sus conflictos iniciaron desde temprana edad pues su hermano mayor siempre le ha criticado sus características físicas. Asimismo, según su relato, la madre tiene obesidad mórbida y le frustra mucho que no se preocupe por su salud.

Una de sus conductas defensivas más destacadas es el usar ropa holgada, nunca usar zapatos altos y evitar salir con sus amigos cuando no se siente bien con su físico. Por último, admite haber padecido bulimia entre los 14 y 15 años, con presencia de uso de vómito, abuso de laxantes (hasta 10 pastillas en un día), ayuno, restricción alimentaria y ejercicio excesivo. Actualmente, comenta que no recurre a ninguno de estos métodos para el control de su peso más que una alimentación desde su punto de vista saludable y la práctica de su deporte.

### Intervención

F desde el inicio del proceso fue abierta con sus compañeros y les compartió la insatisfacción que tenía con su cuerpo, especialmente con su altura y lo oprimida que se sentía al tener que cumplir con los estándares de belleza que estipula la sociedad para sentirse aceptada. Este último fue un tema muy importante para ella y se pudo notar que de la discusión acerca de los estándares de belleza a través de la historia y las culturas, pudo sacar aprendizajes significativos, como que se sentía muy afectada por las imágenes de belleza que promueven los medios de comunicación o la estandarización de la ropa que es muy pequeña y corta. En este punto empezó a ser consciente de que algunas de sus características se alejan de los estereotipos

de belleza y se sentía afectada precisamente por su afán de perseguir estos ideales que impone la sociedad.

La revisión de las distorsiones cognitivas fue una estrategia importante para F, ya que constantemente se incomodaba por pensar que las otras personas notaran sus defectos, no obstante, al discutir que la lectura de la mente es algo imposible, pudo reconocer que las percepciones negativas surgen de sí misma y no de los demás.

Si bien a F le costó trabajo cuestionarse y generar pensamientos alternativos más saludables, contó con la ayuda de sus compañeros quienes constantemente le cuestionaban sus ideas rígidas que compartía ante el grupo, lo cual le ayudó a acostumbrarse poco a poco a preguntarse si sus percepciones pudieran estar equivocadas. Al final del proceso, se observó una actitud de mayor apertura y flexibilidad, como en el siguiente ejemplo: “el fin de semana usé tacones, lo cual es algo que nunca antes había hecho. Me sentí con la confianza de hacerlo porque pensé que quizás sería incómodo, pero podría funcionar. Al principio experimenté cierto miedo e incertidumbre pero poco a poco me fui sintiendo más cómoda y finalmente me gustó la experiencia”. También comenta haber incorporado carne a su régimen alimentario y sentirse más cómoda consigo misma pues sus características diferentes la hacían sentir única.

Sujeto K

Conceptualización de caso

K considera que tiene una relación con su imagen corporal bastante inestable, pues hay ocasiones en las que va al gimnasio y se siente muy bien consigo mismo y otras en las que se

siente muy desanimado con su físico y se aísla, no sale, no quiere ver a nadie, se mira al espejo y se ve muy mal.

Considera que sus problemas con la imagen corporal iniciaron desde una edad muy temprana pues comenta que nació con una ligera mal formación en los huesos del rostro lo cual le ha generado problemas con el habla. Comparte que en la escuela sus compañeros lo molestaban y los adultos, entre ellos sus padres y maestros, lo trataban diferente, por lo que él no solo se consideró diferente, si no deficiente a los demás, sobre todo en contextos sociales.

De las situaciones que más le generan ansiedad es exponer en clase, pues considera que todo aquel que lo ve piensa que es un tonto y que lo que hace está mal, que no se le entiende al hablar.

### Intervención

K mostró estar muy consciente acerca del impacto que le genera en su vida la insatisfacción que tiene con su rostro, especialmente con su boca y la manera en la que habla, ya que ha afectado mucho su confianza e interfiere en sus relaciones familiares, escolares y sociales.

Para K fue muy sencillo identificar situaciones, pensamientos, emociones y conductas que reforzaran negativamente su imagen corporal, ya que al día se podía sentir incómodo un gran número de veces, incluso reconocía que en ocasiones se sentía mal durante todo el día.

Uno de sus primeros aprendizajes significativos se dio al explorar los orígenes de su insatisfacción corporal, ya que observó que sus inseguridades con el habla venían de la atención

exagerada que recibió de sus padres y maestros, quienes lo trataban como una persona con discapacidad, por lo que desde pequeño generó una seguridad mínima al momento de relacionarse con las personas que percibía diferentes a él.

Una de las estrategias que más le funcionó fue el estar consciente al momento de estar ante situaciones que le generaban inseguridad, ya que para él fue fácil observar cómo sus pensamientos distorsionados se iban presentando y la manera en la que influían en su estado de ánimo y en su conducta. Asimismo, cuando se revisó el tema de las distorsiones cognitivas, fue muy franco al aceptar que se identificaba con cada una de ellas y tuvo una gran apertura para cuestionar las mismas a lo largo de las sesiones.

En la parte final del proceso, menciona que se siente más seguro al aceptar invitaciones de sus compañeros para salir y ha disminuido algunas conductas como el mirarse al espejo tantas veces para confirmar como se ve. También mencionó que a pesar que aún se enfrentaba a situaciones que le generaban incomodidad, ya se sentía más capaz al momento de lidiar con ellas pues podía detenerse a pensar cómo pudo haber cuestionado sus pensamientos distorsionados y así mejorar para la próxima situación, “gracias a eso puedo sentirme mejor y continuar adelante cuando una situación negativa intente dominarme”.

Sujeto D

Conceptualización de caso

Al inicio de la entrevista, D comentó estar bastante satisfecha con su cuerpo, sin embargo, poco a poco fue destacando algunos aspectos de su cuerpo que le eran desagradables,

especialmente sus brazos. Comparte que cuando era pequeña estaba un poco pasada de peso, luego en la adolescencia adelgazó de forma natural y empezó a bailar jazz, lo cual le hizo bajar aún más de peso. Actualmente ha subido algunos kilos porque dejó de bailar por un tiempo y reconoció que ha sentido incomodidad al mirar sus fotos de años atrás.

En cuanto a su familia, comenta que constantemente la critican por su cuerpo, incluso cuando era muy delgada le decía que estaba demasiado delgada y ahora que ha ganado peso, le dicen que está gorda. Estos comentarios vienen principalmente de su madre y sus tías y considera que es algo que le afecta bastante. Asimismo, recibe bastante presión por parte de su maestro de jazz quien constantemente le enfatiza que una bailarina no puede ser gorda pues se ve mal, sobre todo ella que está estudiando nutrición.

### Intervención

A lo largo del proceso, le fue un tanto difícil a D cambiar las ideas que tenía acerca de la delgadez, pues era algo verdaderamente valorado. Al principio hubo un poco de resistencia durante las discusiones de los estándares de belleza, no obstante, uno de sus aprendizajes más significativos fue el reconocer cómo su entorno familiar le afectaba negativamente sobre la manera en la que valoraba su cuerpo. Asimismo, se dio cuenta del impacto que tiene los medios de comunicación sobre su percepción acerca de la delgadez, principalmente de las imágenes de mujeres bellas y delgadas que se promueven constantemente en las redes sociales. En general, pudo ser consciente de la manera en la que los eventos del exterior ya sea críticas, comentarios, imágenes de cuerpos ideales, etc. le afectan de un modo negativo sobre su estado de ánimo, su percepción de sí misma y sus conductas.

Cuando en las sesiones se inició con el cuestionamiento de ideas rígidas, fue algo difícil para D creer del todo que éstas podrían estar distorsionadas, por lo que le costó trabajo la práctica de esta estrategia. No obstante, cada vez que presentaba alguna situación que le incomodara, sus compañeros constantemente le cuestionaban si lo que estaba pensando pudiera tener otra explicación, por lo que poco a poco se fue acostumbrando a flexibilizar su pensamiento. Al final de las sesiones, le resultó más sencillo incluso cuestionar y buscar pensamientos alternativos para sus situaciones y la de sus compañeros.

A pesar del avance que demostró D a lo largo del proceso, parece ser que aún se le dificulta lidiar con el efecto que tiene su familia sobre su percepción y contrarrestar ciertas ideas muy arraigadas como el hecho de que los nutriólogos deben ser personas delgadas por su profesión o que las bailarinas se ven mejor cuando son delgadas. No obstante, pareció comprender bien la relación entre pensamientos, emociones y conductas y se esforzó en la práctica para generar pensamientos alternativos más flexibles y saludables.

Sujeto S

Conceptualización de caso

S considera que tiene una relación con su imagen corporal con altos y bajos. Actualmente se siente más segura de sí misma en relación con su cuerpo, no obstante, aún se siente insatisfecha con varios aspectos de su imagen. Comenta que sus piernas y su altura son algo que le incomodan, y quisiera tener el peso que tenía hace un par de años. Durante ese tiempo, terminó con una pareja significativa, lo cual le afectó mucho en su seguridad y tuvo un período bulímico en el que presentó restricción alimentaria, vómito autoinducido y ejercicio excesivo, ya que pensó

que quizás su cuerpo era el responsable de dicha ruptura y tuvo una disminución de peso importante.

Al momento de la entrevista, aseguró ya no presentar estas conductas, no obstante, la preocupación por su peso y su imagen siguen afectándole a pesar que está consciente de muchas de sus virtudes y contar con el apoyo de su familia, especialmente su madre quien conoce sus problemáticas y la ayuda a sentirse más segura en momentos de debilidad.

Algunas de sus conductas evitativas es rechazar invitaciones a salir cuando se siente incómoda con su imagen, mirarse muchas veces al espejo y usar ropa holgada y zapatos altos para estilizar su figura.

#### Intervención

Durante toda la intervención, S mostró una actitud de apertura a reflexionar acerca de sus experiencias y a cooperar interviniendo con sus compañeros. Un primer aprendizaje importante se dio al explorar los orígenes de sus conflictos con la imagen corporal, y menciona que desde pequeña disfrutaba de hacer cosas que se alejaban de los estereotipos de género socioculturalmente dominantes, como usar shorts para jugar fútbol con sus hermanos o no sentir ningún interés por el maquillaje, por ejemplo. Menciona que constantemente recibía críticas de sus compañeras por lo que sintió que debía apegarse más a lo femenino. El darse cuenta de lo anterior le hizo estar consciente de que muchas de sus problemáticas con su imagen corporal yacen en la exigencia de ser aceptada por sus personas cercanas, tal y como sucedió con una pareja que tuvo hace unos años.

Un momento crucial fue la revisión de las distorsiones cognitivas pues se identificó con todas ellas, lo cual le permitió tener la apertura suficiente de cuestionar sus pensamientos y buscar percepciones alternativas que le ayudaron a disfrutar más de su cuerpo, de momentos agradables con sus amigos, su familia y a sentirse más segura con su forma de ser.

A pesar de sus avances, S comentó en las últimas sesiones que aún le cuesta trabajo renunciar a la idea de adelgazar, ya que era algo que seguía siendo importante en su percepción y en sus decisiones. De hecho, en un momento comentó que los pensamientos que le provocaban vomitar años atrás aún se encuentran latentes y le preocupaban. Esta situación fue muy significativa dentro del grupo, ya que sus compañeros escucharon empáticamente, la entendieron y le cuestionaron algunas ideas que estaban generándole malestar. Se destacó la importancia de comunicar sus temores a sus personas significativas y buscar ayuda en momentos de más vulnerabilidad. Por ello, uno de sus aprendizajes más significativos fue el practicar dentro de las últimas sesiones la comunicación asertiva y retomar algunas experiencias del pasado en las que pudo haber externado de manera más adecuada sus necesidades. Al finalizar el proceso, reflexionó lo siguiente: “puedo darme cuenta que aún tengo muchas ideas distorsionadas y podría cambiar en todo aspecto. Sería bueno preocuparme menos y aceptarme más, realmente sé que no estoy del todo bien pero estoy segura que el esfuerzo y la valentía no es en vano, pero si es necesario que me tenga que esforzar más lo voy a hacer. Lo que más me ayudó fue externar cómo me sentía, asimismo creo que puedo ser más objetiva y no dejarme llevar tanto por mis emociones. Quiero trabajar más en mi inteligencia emocional”.

Sujeto M

Conceptualización de caso

M no fue invitado a participar en la intervención ya que no puntuó significativo en ninguno de los instrumentos, no obstante, se interesó por el tema y quiso participar en la intervención de forma totalmente voluntaria.

Definió su relación con su imagen corporal como buena, sin embargo, últimamente estuvo subiendo de peso porque dejó de hacer ejercicio, por lo que se ha sentido un poco incómodo con ciertas partes de su cuerpo, como su estómago y pectorales, que es donde más se nota cuando gana peso.

Comentó que durante la primaria y secundaria tuvo sobre peso. Reconoció que cuando era más pequeño no le interesaba en absoluto su físico, fue hasta la adolescencia que se sintió muy vulnerable ya que una chica terminó su relación con él porque le confesó que su cuerpo no le era atractivo. Esta experiencia le marcó mucho y decidió bajar de peso. Esto sucedió a los 15 años y durante unos 6 meses, menciona que perdió alrededor de 20 kilos, haciendo dieta, ejercicio e incluso saltándose comidas. No obstante, admite que a pesar de haber perdido tanto peso aún se sentía incómodo con su cuerpo puesto que nunca se percibió delgado

Las principales conductas que desatan su insatisfacción son mirarse al espejo y probarse ropa que antes le quedaba más holgada.

## Intervención

M inició su proceso escuchando las situaciones que sus compañeros compartían y observando cómo sus percepciones definían su manera de sentir y actuar. Esto le facilitó el poder identificar situaciones y pensamientos que le generaban malestar con respecto a su cuerpo. Al hablar de los orígenes de sus problemáticas, reconoció que le afectó mucho las experiencias con su cuerpo en el pasado y las percepciones que las demás personas pudieron tener del mismo, incluso admite que en el presente aún le afecta lo que los demás puedan opinar acerca de su cuerpo o sus decisiones.

A lo largo de las sesiones, aprendió a cuestionarse ideas rígidas que eran incluso ajenas a la imagen corporal, como por ejemplo su auto exigencia por alcanzar la perfección académica, por lo que pudo generar pensamientos alternativos que valoraban más el esfuerzo y aprendizaje que las calificaciones que obtuvo al final del semestre.

Una de las problemáticas que más le afectaban, era el pensar en situaciones que le provocaban temor de enfrentar, por lo que una estrategia útil fue el considerar de manera imaginaria el peor escenario posible, lo cual le ayudó a lidiar de manera previa con las posibles consecuencias negativas y a sentirse más seguro de sus decisiones.

En la última sesión, se trabajaron estrategias para mantener los logros alcanzados e incrementar el disfrute del cuerpo, lo cual fue muy útil para M pues comentó que algunas de ellas ya las aplicaba en su vida diaria como mirarse al espejo, decirse que se ve bien y que tiene un cuerpo agradable. Reconoció que este tipo de estrategias le funciona bien y estaría dispuesto a incluirlas en su vida para ampliar su seguridad.

### 3.3 Valoraciones grupales

#### Cambios percibidos

Uno de los cambios más notorios por los participantes fue la percepción diferente que tienen de sí mismos y de sus cuerpos. Experimentaron una mayor aceptación de su apariencia y una creciente valoración de sus virtudes. Asimismo, se percibieron más cuestionadores de las situaciones que en otro momento, les hubiera generado malestar. Por último, se sintieron más capaces de generar pensamientos más positivos acerca de su persona y dejar de asumir como verdad las percepciones y valoraciones negativas de los demás.

#### Aprendizajes

Los aprendizajes obtenidos se relacionan con las estrategias trabajadas durante las sesiones. Una de las más valoradas fue el reconocer cómo los pensamientos rígidos afectan directamente al estado de ánimo de una manera negativa. Por otro lado, la discusión acerca de los estándares de belleza ofreció la oportunidad de cuestionar muchas ideas que parecían estar inamovibles pero que resultaron ser tan relativas que permitieron modificar normas que los participantes tenían acerca de cómo debería ser un cuerpo masculino y femenino.

La revisión de las distorsiones cognitivas también fue un aprendizaje significativo, así como el dialogar consigo mismos para poder generar pensamientos más saludables y flexibles acerca de sus cuerpos y sus características personales.

Asimismo, aprendieron a reconocer que tienen virtudes que les hacen ser personas únicas, que poseer ciertas características que se alejan de los estándares de belleza dominantes o cierta complexión no determina la valía personal e incluso a sentirse seguros de sí mismos en momentos de vulnerabilidad.

### Áreas de oportunidad

Uno de los aspectos que más afectan a los participantes es el aceptar como realidad lo que creen que amigos, familiares y otras personas en general piensan de ellos mismos. Es por ello que quisieran trabajar aún más en cuestionar sus pensamientos acerca de las críticas y comentarios que reciben de los demás. Más específicamente, se trata de enfocarse en disminuir la presencia de distorsiones cognitivas como la *lectura de la mente* e incrementar su seguridad.

### Observaciones del proceso grupal

Los participantes comentaron que el proceso representó una oportunidad para trabajar aspectos de su imagen corporal que nunca se habían atrevido a explorar. El hecho de que haya sido en un contexto grupal, les ayudó a estar conscientes que tenían vivencias en común y se pudieron identificar fácilmente con las problemáticas que cada uno de ellos compartía a lo largo de las sesiones. La escucha empática y el interés que cada uno mostró por las experiencias de los otros fue un aspecto clave para el avance personal. Asimismo, mencionaron que el trabajo con los conceptos teóricos fue de gran interés pues se presentaron de manera clara y fue muy útil aterrizarlos con situaciones a las que se enfrentaban en su vida cotidiana.

### 3.4 Comparación pretest-postest

Al terminar la intervención, se realizó una segunda aplicación del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Test de Bulimia (Bulit) para observar si hubo algún decremento en las puntuaciones de los participantes obtenidas en el pretest.

La segunda aplicación se llevó a cabo dos semanas después de haber concluido las 11 sesiones de la intervención.

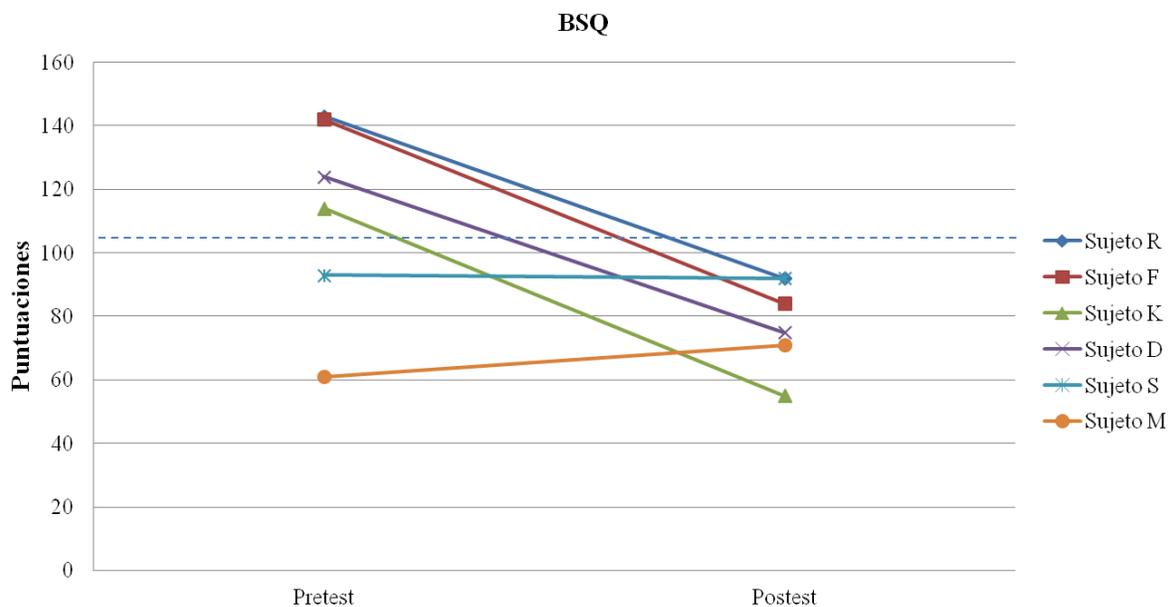


Figura 5. Comparación entre puntuaciones de pretest-postest del BSQ

En cuanto a la insatisfacción corporal, se puede notar una disminución en las puntuaciones en la mayoría de los participantes, a excepción del sujeto M quien incrementó de 61 a 71. Se puede observar que otra puntuación que no tuvo un cambio importante fue la del sujeto S, quien solamente bajó un punto en la segunda aplicación. No obstante, el resto de los

participantes tuvieron un decremento notorio en sus puntuaciones, incluso yendo por debajo del punto de corte del instrumento.

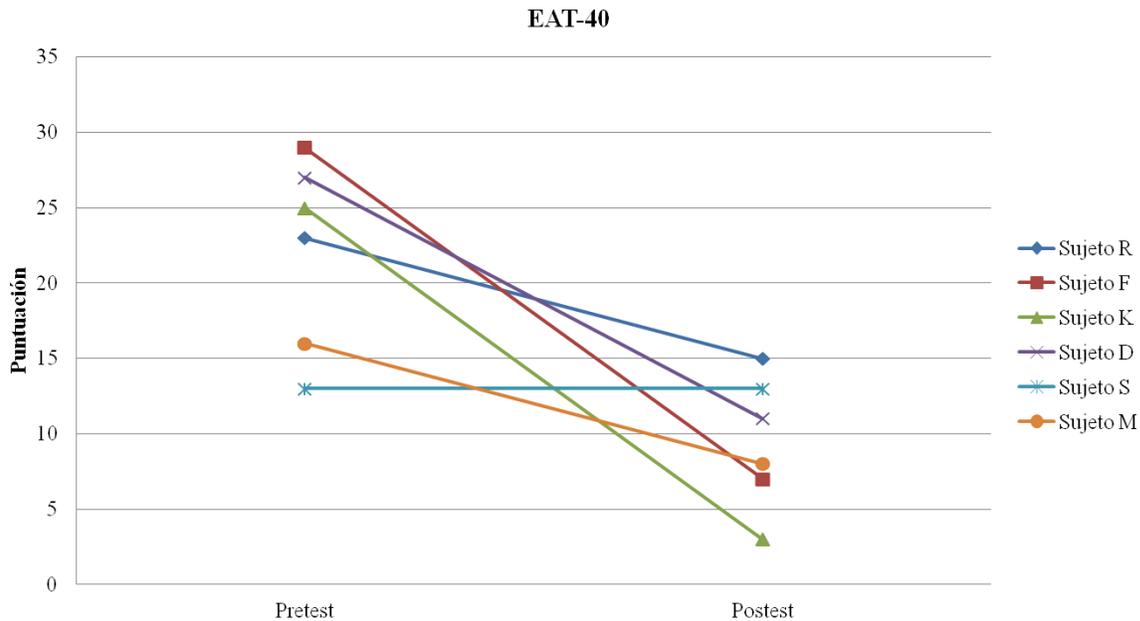


Figura 6. Comparación entre puntuaciones de pretest-postest del EAT-40

Como se puede observar en la figura seis, cinco de los seis participantes obtuvieron puntuaciones notablemente inferiores para el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en la segunda aplicación, a excepción del sujeto S que se mantuvo con la misma puntuación que obtuvo durante la primera. La única persona que había obtenido una calificación por arriba del punto de corte durante el pretest (F), logró decrementarla por debajo del mismo después de haber participado en la intervención.

Por último, se presentan las puntuaciones obtenidas para el Test de Bulimia (Bulit), representadas en la siguiente figura:

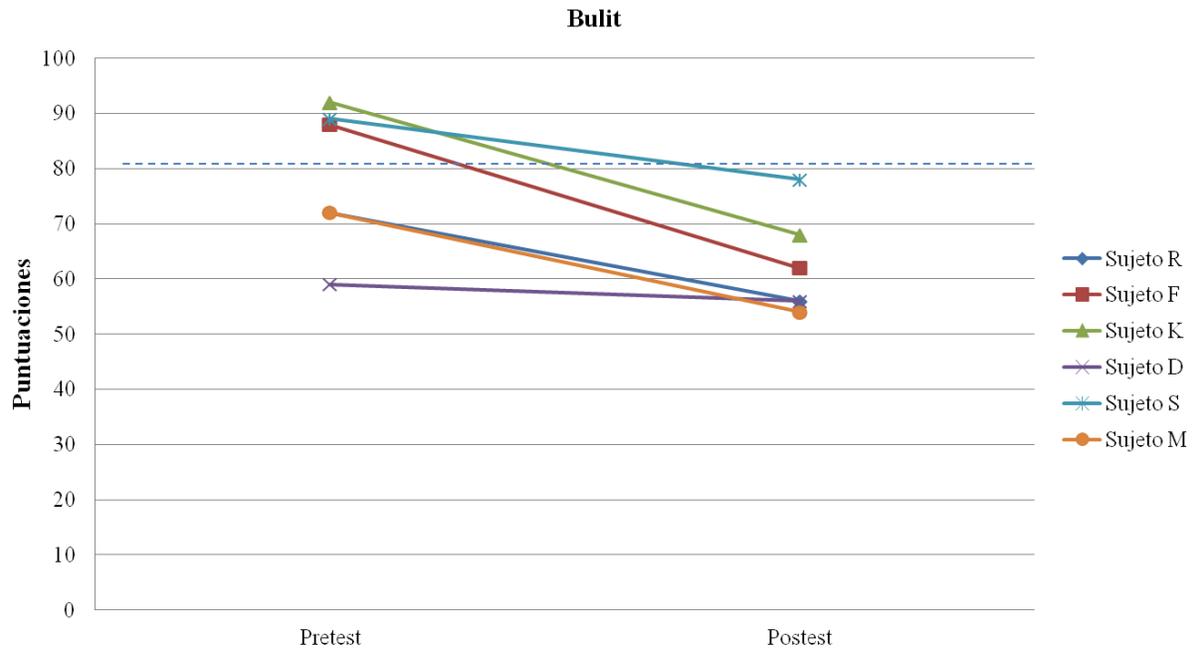


Figura 7. Comparaciones entre puntuaciones de pretest-postest del Bulit

Para este instrumento, los seis participantes obtuvieron menores puntuaciones para la segunda aplicación. Esto quiere decir que hubo una disminución en las conductas relacionadas con la bulimia una vez que los sujetos participaron en la intervención. Asimismo, los tres de ellos que habían superado el punto de corte del instrumento, obtuvieron puntuaciones que los situaron por debajo del mismo.

Para finalizar, se presenta a continuación una tabla en donde se puede apreciar los cambios en las puntuaciones de los instrumentos aplicados a cada sujeto antes y después de haber participado en la intervención.

Tabla 3. Puntuaciones pretest-postest de los participantes de la intervención

Participante	Puntuación BSQ (110)		Puntuación EAT-40 (28)		Puntuación Bulit (85)	
R	143	92	23	15	72	56
F	142	84	29	7	88	62
K	114	55	25	3	92	68
D	124	75	27	11	59	56
S	93	92	13	13	89	78
M	61	71	16	8	72	56

## CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

### 4.1 Interpretación y análisis de los resultados

En el siguiente apartado, se revisan los resultados de la intervención en imagen corporal, la cual fue implementada en seis participantes pertenecientes a la carrera de nutrición de una universidad pública. Las sesiones se llevaron a cabo semanalmente durante 11 semanas con una duración de aproximadamente hora y media. Asimismo, se toma en cuenta información recopilada de las entrevistas individuales que se hicieron previas a la intervención, las cuales, buscaban explorar la relación de los participantes con su imagen corporal así como sus contextos sociales, personales y familiares que pudieran influir en dicha relación.

#### 4.1.1 Prevalencia de insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del primer año de la carrera de nutrición y rehabilitación

Los resultados cuantitativos obtenidos después de la aplicación de los instrumentos de cribado, muestran que existe presencia de sintomatología de TCA en un 21,73% de la muestra para este estudio. Asimismo, se puede identificar al factor insatisfacción corporal en un 17,39% de los estudiantes evaluados, incluso en algunos estudiantes que no manifestaban conductas alimentarias de riesgo. Estos datos pueden ser comparados con otros estudios como el de Chávez-Rosales, Camacho, Maya y Márquez (2012) en el que se identificó un 8,8% de sintomatología de TCA en su muestra de estudiantes de nutrición y al factor insatisfacción corporal presente significativamente en un 33,51%. Como se puede observar, si bien la insatisfacción corporal se manifestó en menor medida en el presente estudio, el porcentaje de sintomatología de TCA presente en los estudiantes parece representar una cifra relevante. Esto quiere decir que los

sujetos evaluados para esta investigación, presentan principalmente insatisfacción con su cuerpo a tal nivel que constituye un factor de riesgo significativo para el inicio de un TCA con todas sus características diagnósticas.

La insatisfacción corporal que estos estudiantes manifiestan, implica pensamientos, emociones y conductas que son generados por el malestar percibido con la figura, tales como la preocupación por engordar, culpabilidad por haber ingerido ciertos alimentos y/o una gran cantidad de los mismos, compararse con otras personas con mejores cuerpos que los de uno mismo o con modelos estéticos representados en revistas, televisión, etc. e incluso evitar situaciones en las que las otras personas pudieran notar el propio cuerpo, como por ejemplo, vestidores comunes, piscinas, etc. Asimismo, esta insatisfacción va acompañada de conductas de riesgo que forman parte de la sintomatología de TCA, tales como la restricción alimentaria, la realización constante de dietas, el comer de manera incontrolada hasta el punto de estar totalmente lleno, contar las kilocalorías que contienen los alimentos que se ingieren, tener ganas de o vomitar después de las comidas, ganar o perder mucho peso en corto tiempo así como el uso ocasional de diuréticos y/o laxantes, entre otros.

En cuanto a las diferencias buscadas entre grupos de licenciatura y sexo, no se encontró ninguna discrepancia significativa entre estos, lo cual sugiere que tanto la insatisfacción corporal como las conductas alimentarias de riesgo son bastante similares entre los estudiantes de nutrición y rehabilitación, así como entre hombres y mujeres. Estos datos coinciden con lo observado en el estudio realizado por Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008), en el que la preocupación por la comida, la restricción alimentaria, la motivación por adelgazar, el atracón

y los sentimientos negativos después del atracón están presentes y son muy semejantes entre varones y mujeres estudiantes de nutrición.

Si bien en este estudio no se puede considerar a los estudiantes de nutrición como un grupo exclusivamente vulnerable a desarrollar algún TCA, ya que los estudiantes de rehabilitación también presentaron insatisfacción corporal y síntomas de TCA, ambos grupos constituyen un sector de riesgo relacionado con disciplinas pertenecientes al área de la salud.

#### 4.1.2 Muestra de la intervención

Como se puntualizó anteriormente, la presencia de insatisfacción corporal y conductas de riesgo se presentaron por igual en ambas licenciaturas. No obstante, una vez hecha la invitación para participar en la intervención, solo los estudiantes de nutrición se interesaron por trabajar en estos temas. A lo largo de la sesión, se pudo notar este interés al comprometerse en el trabajo durante las sesiones y al compartir experiencias, pensamientos y emociones negativas que percibían de sus cuerpos. Esta tendencia de los estudiantes de nutrición por interesarse más que los de rehabilitación, podría explicarse por los conflictos que los participantes verdaderamente estaban viviendo con su imagen corporal al momento de la invitación, ya que se ha comprobado que los individuos que experimentan malestar subjetivo con sus cuerpos, suelen comprometerse de una manera más efectiva en los programas preventivos, lo que promueve mejores efectos de la intervención y mayores beneficios en los participantes (Stice y Shaw, 2004). Asimismo, los participantes identificados al ser considerados de alto riesgo, probablemente estaban enfrentándose a problemas de control de peso por lo que la información pudo resultarles de mayor relevancia y utilidad (Barr et. al., 2006).

Los problemas con la imagen corporal de los participantes fueron notorios desde el primer contacto que se tuvo con ellos a través de la entrevista inicial, en la que se les pidió definieran cómo era la relación con su cuerpo y se observó que todos mantenían una relación negativa e inestable al reconocer partes de sus cuerpos con los que se sentían insatisfechos e incluso llegaban a detestar.

Por otro lado, se pudo observar algunos factores familiares, sociales y personales que tienden a estar presentes en la vida de los participantes, sin embargo, no todos los comparten. En el aspecto familiar, se puede identificar un ambiente en el que los modelos estéticos dominantes se reconocen como un valor importante, se critica si se aumenta de peso y se refuerza si el cuerpo es similar a dichos estándares corporales. Asimismo, hay una influencia sobre el cuidado del cuerpo y la alimentación y a la realización de alguna actividad física. Este factor se nota claramente reflejado en los participantes ya que todos realizan alguna actividad física constante, incluso uno de ellos a nivel profesional.

Otro factor destacado fue el haber tenido sobre peso en la infancia y la adolescencia, lo cual se conjuga con experiencias desagradables por parte de sus pares, como el recibir críticas, comentarios negativos e incluso algunas situaciones de rechazo. Por último, dos de los participantes reconocieron haber tenido hace algunos años, períodos bulímicos y anoréxicos, en los que se presentaron predominantemente el abuso de laxantes, inducción al vómito, restricción alimentaria y realización de ejercicio excesivo, no obstante, al momento de la entrevista, aseguraron no manifestar ninguna de esas conductas. Tomar en cuenta estos aspectos resulta relevante al momento de la identificación de personas que pudieran estar en riesgo de desarrollar

o recaer en un TCA o bien para considerarlos en el diseño de las intervenciones que vayan de acuerdo con las características de los participantes.

#### 4.1.3 Resultados de la intervención

La disminución de las puntuaciones de los instrumentos aplicados en el postest, coinciden con las mejorías observadas por la terapeuta y manifestadas por los participantes durante y al finalizar la intervención. De los elementos teóricos que se consideran tuvieron mayor impacto para la generación de estos resultados, se destaca la revisión de los orígenes individuales de los conflictos con la imagen corporal, ya que los participantes se dieron cuenta que sus problemáticas con el cuerpo se ven influidas por diversos factores sociales, familiares y de personalidad. Especialmente, se pudieron dar cuenta de la manera en la que se fue gestando la relación con su imagen corporal actual y cómo sus familias y la sociedad en la que viven, son agentes cruciales que moldean sus percepciones. Del mismo modo, les ayudó a reconocer que su relación podía ser modificable de una manera positiva y les brindó la fortaleza para intentar generar los cambios necesarios.

Asimismo, la discusión de los estándares de belleza dominantes propuestos por las sociedades occidentales y perpetuados en los medios de comunicación a través de las redes sociales, el cine, la televisión, revistas, entre muchas otras, fue una intervención de vital importancia para empezar a generar cambios en las cogniciones. El cuestionar estos estándares y observar la manera en la que éstos han cambiado a lo largo de la historia y las culturas, les permitió observar que estas pautas no son reglas que deben cumplirse, que existe una gran

diversidad en cuanto a formas de ser del cuerpo y que estos estándares de belleza ideales y en muchas ocasiones inalcanzables generan malestar en la medida en la que se exigen adoptarlos.

Otra estrategia fundamental fue el identificar en sus experiencias de la vida diaria, sus pensamientos, emociones y conductas relacionadas con su imagen corporal negativa. El hecho de estar experimentando en ese momento problemas con su imagen corporal, les permitió tener muchas oportunidades de observar cómo sus ideas rígidas y distorsiones cognitivas influían negativamente en sus estados de ánimo y en la percepción de sus cuerpos y sus características personales.

El trabajo en la comunicación asertiva también fue un aspecto importante para la motivación al cambio, ya que se pudo observar a través de sus experiencias, que muchos de sus malestares recaían en no saber cómo interpretar y expresar sus emociones al recibir comentarios negativos o insensibles de otras personas con las que conviven diariamente. Durante la revisión de este tema, aprendieron a reconocer las emociones generadas a partir de estos comentarios negativos y a expresar de un modo asertivo sus pensamientos, formas de sentir y necesidades al respecto.

En cuanto al proceso grupal, un elemento que propició un efecto positivo para los avances de los participantes, fue el hecho de compartir de manera colectiva sus experiencias, emociones, e incluso sus distorsiones, ya que les permitió hacerse conscientes de sus problemáticas y todos se pudieron identificar con las vivencias del otro. Incluso en las últimas sesiones, ellos mismos tomaron el papel de cuestionar sus ideas rígidas y de generar entre todos pensamientos alternativos saludables para cada situación.

Es relevante mencionar que uno de los seis participantes mostró una reducida fluctuación en sus resultados cuantitativos; dicha persona compartió haber experimentado episodios bulímicos con restricción alimentaria hace algunos años y durante las últimas sesiones expresó ante el grupo su preocupación por tener de nuevo ciertos pensamientos similares a los que la motivaban a manifestar la sintomatología del trastorno, sin embargo, expresó que su comportamiento se había mantenido estable. Si bien esta participante mostró siempre una actitud de cooperación y de apertura para comprender los aspectos teóricos trabajados y cuestionar sus ideas rígidas y distorsiones cognitivas, pareciera que le cuesta más trabajo realizar modificaciones en el aspecto emocional, ya que está plenamente consciente de sus problemáticas con su imagen corporal, pero aún se requiere un trabajo más profundo para concretar cambios realistas. Asimismo, es importante mencionar que esta participante fue la que registró el mayor número de inasistencias a lo largo del proceso, por lo que quizás este sea un factor determinante de sus resultados.

Por último, cabe mencionar que solamente uno de los participantes tuvo un aumento en el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) para la segunda aplicación, no obstante, tomando en cuenta el análisis cualitativo de su proceso y sus resultados, es quien menos malestar subjetivo percibía al momento de la intervención y se notó involucrado y avanzando durante las sesiones, además que para los otros dos instrumentos disminuyeron sus puntuaciones. Por lo tanto, dicho aumento podría deberse a factores externos durante el posttest, tales como la falta de concentración o a la deseabilidad social al momento de contestar el mismo instrumento en la primera aplicación.

## 4.2 Conclusiones

El número de estudiantes que presentan insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo tanto del área de nutrición como de rehabilitación, hace evidente que esta es una problemática más relevante de lo que pudiera parecer. Asimismo, es indudable que la atención en la identificación de personas que estén experimentando un malestar subjetivo con su cuerpo y en la prevención del desarrollo de TCA, son necesidades que requiere cubrirse con cada vez mayor fuerza entre los estudiantes del área de la salud.

Por otro lado, si bien todos los estudiantes identificados con estas características fueron invitados a participar en la intervención, los que se interesaron en el proceso pertenecían a la carrera de nutrición, quienes manifestaron desde la entrevista inicial experimentar insatisfacción con su cuerpo y conductas alimentarias de riesgo. Esto podría significar que esta profesión verdaderamente representa un grupo vulnerable a experimentar insatisfacción corporal y a desarrollar algún TCA. Lo anterior concuerda con otras conclusiones que expresan que estas manifestaciones se relacionan con la presión sociocultural que se tiene sobre el nutriólogo por que posea un cuerpo delgado ya que se relaciona erróneamente con su calidad y eficiencia como profesional.

En relación con los resultados obtenidos durante y al finalizar la intervención, se constató que los participantes experimentaron cambios en su manera de percibir su imagen corporal, ya que se dieron cuenta que es un aspecto de su persona construido a lo largo del tiempo por influencias sociales, familiares, culturales y de personalidad y que es perfectamente modificable para alcanzar un mayor bienestar con su cuerpo. Asimismo, se permitieron cuestionar las normas

sociales que imponen estándares de belleza ideales, lo cual les dotó de la oportunidad de flexibilizar sus estándares individuales por los que se evalúan a sí mismo y a los demás. Esto dio pie a que se sintieran más libres siendo como son y a aceptar de un modo más gentil sus características físicas y las de los demás.

Del mismo modo, se notaron con mayor confianza y seguridad al afrontar situaciones que con anterioridad les generaban mucha ansiedad, tales como exponer frente a la clase, salir con sus amigos y usar ropa que mostrara sus cuerpos o estar en situaciones en las que podrían exponer sus cuerpos como ir a una fiesta de piscina, por ejemplo. También disminuyeron conductas que fungían como reforzadores de una imagen corporal negativa, como mirarse constantemente al espejo a cualquier oportunidad para revisar si algo estaba mal con su figura o pesarse frecuentemente.

Es importante recalcar que el abordaje Cognitivo-Conductual empleado en esta intervención, fue de gran utilidad ya que esta problemática se basa mucho en las percepciones distorsionadas acerca de cómo debería ser el mundo en cuestiones de estándares de belleza y por lo tanto, cómo debería ser uno mismo y los demás en relación con estos estándares. Esta intervención, les brindó la oportunidad de cuestionar todas estas ideas generadoras de malestar y de crear nuevas cogniciones más flexibles, saludables y positivas acerca de sus características físicas individuales. Asimismo, el cuestionar distorsiones cognitivas como por ejemplo, el hecho de creer que otras personas hablaban mal de ellos por sus características negativas o el limitarse a no realizar ciertas actividades por no tener un peso o una estatura determinada, les permitió desenvolverse de una manera más segura con su entorno y de tener interacciones sociales más positivas.

En síntesis, el programa implementado para este estudio incluye estrategias efectivas para el mejoramiento de la relación con la imagen corporal así como para la disminución de conductas alimentarias de riesgo y sintomatología de TCA. Asimismo, el éxito obtenido a través de esta experiencia clínica, sugiere que la intervención grupal provee de condiciones óptimas para el intercambio de experiencias significativas entre los participantes promoviendo así la reflexión y el trabajo individual.

#### 4.3 Limitaciones y sugerencias

Uno de los factores que más afectaron al proceso de una manera limitante, fue que al ser los participantes estudiantes universitarios, estuvieron sujetos a cambios de horarios y a responsabilidades propias de su carrera, por lo que en ocasiones fue difícil organizarse en cuestiones de tiempos y espacios. Asimismo, por cuestiones de cargas académicas pesadas o por otros factores personales, hubo algunas inasistencias por parte de algunos participantes, concluyendo que tuvieron un promedio de dos ausencias a lo largo del proceso. Si bien se intentó compensar esas faltas enviando la información trabajada durante la sesión vía correo electrónico y realizando resúmenes de lo acontecido al iniciar las sesiones, pudieron perderse de experiencias y aprendizajes significativos que solo se daban durante las discusiones grupales.

Otra limitante del estudio se relaciona con la falta de una evaluación de seguimiento para corroborar que los cambios alcanzados posterior a la intervención se mantuvieran, por lo que el alcance de este estudio no es suficiente para observar si el mejoramiento de la relación con la imagen corporal y la disminución de las conductas alimentarias de riesgo en los participantes, representan cambios duraderos a lo largo del tiempo.

Algunas sugerencias que se plantean para ampliar el conocimiento sobre estas problemáticas así como para trabajar de una mejor manera con esta población, son las siguientes:

Sería útil realizar estudios de prevalencia de insatisfacción corporal y sintomatología de TCA de una manera más profunda y tomando en cuenta no solo a estudiantes del área de nutrición y rehabilitación, si no a otras aquellas relacionadas con la salud como la medicina, ya que existe un estigma sociocultural que exige a los profesionales de la salud a predicar con el ejemplo, lo que entre otras cosas implica poseer figuras y comportamientos que no representan necesariamente a una persona saludable, como lo es el poseer un cuerpo esbelto.

Asimismo, sería importante establecer este tipo de intervenciones como la propuesta en esta investigación como un acompañamiento complementario, e incluso obligatorio a la formación profesional de los estudiantes de nutrición, ya que es esperado que desde que empiecen a ofrecer sus servicios como nutriólogos a la sociedad, muy probablemente se encuentren con pacientes que padezcan algún TCA y/u obesidad, por lo que es de vital importancia que trabajen en desarrollar una salud mental óptima para trabajar con este tipo de problemáticas.

Por último, se sugiere continuar con el trabajo en la detección de conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal como un medio para la prevención de los TCA y en el fomento de estilos de vida más saludables enfocadas en el disfrute y aceptación de la imagen corporal.

## REFERENCIAS

- Alcocer, A. (2012). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y su asociación con insatisfacción corporal en estudiantes de danza del centro estatal de Bellas Artes de Yucatán. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Altamirano, M., Vizmanos, B., y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- Álvarez, G. L. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, G.L., Mancilla, J.M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Álvarez, G.L., Vázquez, R., Mancilla, J.M. y Gómez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). España: Editorial Médica Panamericana.
- Barr, C., Bryson, S., Luce, K., Cunning, D., Celio, A., Abascal, L., Rockwell, R., Dev, P., Winzelberg, A. y Wilfley, D. (2006). Prevention of Eating Disorders in at-risk college-aged women. *Archives Of General Psychiatry*, 63(8), 881-888.
- Barrigute-Meléndez, J., Unikel-Santoncini, C., Aguilar-Salinas, C., Córdoba-Villalobos, J., Shamah, T., Barquera, S., Rivera, J. y Hernández-Ávila, M. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública de México*, 51(4), S638-S644.

- Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: una alerta para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 136(12), 1589-1598.
- Bilukha, O. y Utermohlen, V. (2002). Internalization of Western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review*, 10(2), 120-137. doi:10.1002/erv.431
- Cash, T. (1997). *The Body Image Workbook*. USA: New Harbinger Workbooks.
- Chávez-Rosales, E., Camacho, E., Maya, M. y Márquez, O. (2012). Conductas alimentarias y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 29-37.
- Cruz, R., Ávila, M., Cortés, M., Vázquez, R. y Mancilla J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.
- Davis C, Blackmore, E., Katzman, D. y Fox, J. (2005). Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: A case-control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychological Medicine*, 35 (3), 377-386.
- De la Vega Morales, R. y Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 22(2), 225-234.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Estados Unidos: DDB.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. (No. Guía de práctica clínica: AATRM Núm. 2006/05-01). Madrid: España.

- Hernández, V. y Laviada, H. (2014). Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Biomédica*, 25(1), 17-21.
- Instituto Nacional de la Salud. (2000). Trastornos del comportamiento alimentario. Recuperado de [http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Trastorno\\_alimentario.pdf](http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Trastorno_alimentario.pdf)
- León, R., Gómez-Peresmitré, G. y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- Lora-Cortez, C. y Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Neumark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. *Journal Of School Health*, 66(2), 64-71. doi:10.1111/j.1746-1561.1996.tb07912.x
- Noh, L. (2007). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes deportistas del Centro de Alto Rendimiento Deportivo del Estado de Yucatán. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Yucatán, México.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Raich, R., Sánchez, D. y López, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación: cómo formar alumnos críticos en educación secundaria. Barcelona: Grao.
- Rosen, J.C. (1990). "Body image disturbance in eating disorders", en Cash, T. y Pruzinsky, T. (eds) *Body image: Development, Deviance, and Change* (pp. 188-210), Nueva York: Guildford Press.
- Saucedo, I.A. (2004). Consistencia interna validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *The International Journal Of Eating Disorders*, 18(3), 209-219.
- Sloan, D., Mizes, J. y Epstein, E. (2005). Empirical classification of eating disorders. *Eating Behavior*, 6(53), 53-62.
- Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206-227.
- Unikel, C. y Gómez, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología conductual*, 7 (3), pp.417-429.
- Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27(1), 38-49.

Vázquez, R., Galán, J., Alvarez, G. L., & Mancilla, J. M. (2004, Septiembre). Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas. Documento presentado en XII Congreso Mexicano de Psicología, Guanajuato, México.

Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. y Mancilla, J. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.

Velasquez, L. (Enero, 2014). How do you define yourself? Lizzie Velasquez at TEDx AustinWoman [Video]. Recuperado de <http://tedxtalks.ted.com/video/How-do-you-define-yourself-Lizz;search%3Alizzie%20velasquez>

## ANEXOS

## Anexo 1

## Intervención en la Imagen Corporal

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
1	Promover la integración grupal y sensibilizar acerca de los problemas con la imagen corporal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación de los objetivos del taller y normas generales.</li> <li>2. Actividad de integración: a cada participante se le dará una tarjeta con la mitad de un refrán. Cada quien deberá actuar sin hablar la parte de la frase que le tocó hasta que ambas partes del refrán se encuentren y se formen en pareja. Posteriormente, se les pedirá que intercambien en pareja dos historias, una relacionada con una parte de su cuerpo que les guste y la otra con una que les disguste. En plenaria, un miembro de la pareja compartirá el nombre de la otra persona y las dos historias o situaciones contadas.</li> <li>3. A través de textos en los que se plasman</li> </ol>	<p>10 min</p> <p>20-30 min</p> <p>20 min</p>	<p>Ninguno (oral).</p> <p>Tarjetas con refranes.</p> <p>Material de apoyo (textos).</p>

		<p>testimonios de personas que a pesar de haber realizado cambios en su cuerpo aún no se sienten satisfechas con los mismos, se discutirá entre todos los participantes qué podrían estar pensando las personas en estos casos y cuál podría ser su principal problema. A partir de ello se propondrá la cuestión de qué es lo más importante, si cambiar el exterior o cambiar la percepción que se tiene del mismo.</p> <p>4. Una vez introducido el tema, cada participante expondrá las expectativas que tienen acerca de su propio trabajo en el proceso.</p> <p>5. Conclusiones generales.</p>	<p>15 min</p> <p>10 min</p>	
--	--	--	-----------------------------	--

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
2	Identificar fortalezas y vulnerabilidades en los participantes en relación con su imagen corporal.	<p>1. Bienvenida y breve resumen de lo trabajado en la sesión anterior. Introducción de la carpeta de trabajo.</p> <p>2. Con el objetivo de identificar lo que gusta o disgusta de los cuerpos de los participantes, se les pedirá que hagan un dibujo de su cuerpo y señalen con un color determinado las partes que consideran les generan insatisfacción así como las que son de su agrado con otro color.</p> <p>Posteriormente se les pedirá que hagan otro dibujo de cómo sería su cuerpo si pudiera ser diferente al que actualmente tienen. Voluntariamente, se les pedirá a los participantes que compartan lo trabajado con el resto del grupo.</p> <p>3. De manera individual, se indicará que piensen acerca de experiencias pasadas en las que hayan percibido sentimientos negativos en cuanto a su apariencia y</p>	<p>5 min</p> <p>30 min</p> <p>15 min</p>	<p>Carpeta de trabajo.</p> <p>Hojas en blanco.</p> <p>Plumas.</p> <p>Colores.</p> <p>Lápices.</p> <p>Borradores.</p> <p>Tajadores.</p>

		<p>enlistar por lo menos 5 situaciones, escenarios o contextos que identifiquen como generadores de malestar (Ej. probarse ropa, convivir con personas más atractivas que ellos, sentirse llenos después de comer, etc.).</p> <p>4. Tomando en cuenta las situaciones que ya establecieron como generadoras de malestar, se les indicará que traten de recordar cada una de ellas y definir qué pensamientos pudieron estar teniendo en ese momento sobre la situación, los demás o sí mismos. Retroalimentación voluntaria de ambas actividades.</p> <p>5. Escribir aprendizajes de las actividades en la carpeta de trabajo.</p> <p>6. La asignación consiste en observar en su vida cotidiana situaciones que generen malestar y sus pensamientos correspondientes, de tal modo que incremente la lista que iniciaron durante la sesión.</p>	<p>25 min</p> <p>10 min</p> <p>5 min</p>	
--	--	---	--	--

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
3	<p>Sensibilizarse con la identificación de situaciones y pensamientos generadores de malestar.</p> <p>Concientizar acerca del efecto que tiene los estándares de belleza y la cultura en los problemas con la imagen corporal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar la asignación de situaciones que generan malestar y sus pensamientos correspondientes. Cada uno irá compartiendo sus experiencias hasta que hayan compartido por lo menos dos por persona.</li> <li>2. Exposición acerca de los cambios en los estándares de belleza tanto de hombres como mujeres a lo largo del tiempo y a través de diferentes culturas.</li> <li>3. Discusión e intercambio de opiniones acerca del material expuesto.</li> <li>4. Asignación “Frente al espejo”, para la semana. La actividad consiste en mirarse al espejo de cuerpo completo, en un espacio a solas y sin interrupciones y registrar todos los pensamientos y sentimientos que aparezcan al mirar sus reflejos. La duración es flexible, pero lo suficiente como para reunir una variedad de</li> </ol>	<p>20 min</p> <p>25 min</p> <p>25 min</p> <p>5 min</p>	<p>Carpeta de trabajo</p> <p>Proyector</p> <p>Computadora</p> <p>Presentación en Power Point</p>

		percepciones sobre su imagen corporal. 5. Para terminar, se les pedirá que escriban las reflexiones que surgieron durante la sesión y que la compartan con el grupo.	15 min	
--	--	---	--------	--

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
4	<p>Concientizar acerca de las causas históricas y actuales de sus conflictos con la imagen corporal.</p> <p>Introducir el ABC (situaciones, pensamientos, consecuencias).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para iniciar la sesión, se revisará la asignación de la actividad “Frente al espejo”, compartiendo lo que observaron, qué pensaron y qué sintieron con respecto a su reflejo.</li> <li>2. Se revisará un material de power point que explica las causas históricas y actuales de los problemas con su imagen corporal. Entre las causas históricas se encuentran la socialización a través de la cultura, las experiencias interpersonales y las características de personalidad. Las actuales se refieren a todas aquellas situaciones, pensamientos, emociones y acciones que refuerzan una relación negativa con la imagen corporal.</li> <li>3. Una vez visto el material, se les pedirá retomen lo escrito para la actividad de “frente al espejo” y traten de identificar los elementos vistos en sus discursos de</li> </ol>	<p>15 min</p> <p>15 min</p> <p>25 min</p>	<p>Carpeta de trabajo</p> <p>Computadora Proyector Presentación en Power Point</p> <p>Carpeta de trabajo</p>

		<p>tal modo que puedan comprender de qué forma se ha creado la percepción actual que tienen de sí mismos. Cada participante tendrá la oportunidad de compartir sus reflexiones.</p> <p>4. Se proyectará un video de una chica quien luchó mucho tiempo con la aceptación de su imagen corporal (Velasquez, 2014). Esto servirá para enfatizar la importancia en el factor cognitivo de la insatisfacción corporal.</p> <p>5. A continuación, se les pedirá que escriban las reflexiones que surgieron durante la sesión y la compartan con el grupo.</p> <p>6. Explicación del ABC (acontecimientos, pensamientos, emociones) a través de ejemplos, primeramente neutrales y posteriormente relacionados con la insatisfacción corporal y asignación de registros de ABC para la casa.</p>	<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p>	<p>Computadora Proyector Video</p> <p>Carpeta de trabajo Plumas</p> <p>Formatos</p>
--	--	--	---	---

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
5	<p>Trabajar en ABC personales relacionados con la insatisfacción corporal.</p> <p>Identificar la relación existente entre situaciones, pensamientos y emociones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gran parte de la sesión se enfocará en revisar todos los registros ABC de cada participante, compartiendo uno por uno, una situación, pensamiento y emoción que hayan experimentado a lo largo de la semana, hasta terminar con todas las experiencias. Paralelamente, la facilitadora irá registrando en un rotafolio, los pensamientos que vayan surgiendo de los relatos.</li> <li>2. Retroalimentación de la actividad y reflexiones personales de aprendizajes.</li> <li>3. Asignación de continuar con los registros de ABC.</li> </ol>	<p>60 min</p> <p>20 min</p> <p>10 min</p>	<p>Carpeta de trabajo</p> <p>Rotafolio</p> <p>Plumones</p> <p>Formatos</p>

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
6	<p>Identificar ideas irracionales y distorsiones cognitivas en relación con la insatisfacción con la imagen corporal.</p> <p>Iniciar con el cuestionamiento de las ideas irracionales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para iniciar la sesión, se revisará la asignación de registros de ABC, por lo que cada uno de los participantes compartirá una situación, pensamiento y emoción que hayan experimentado a lo largo de la semana. La facilitadora, empezará a cuestionar las ideas rígidas que vayan surgiendo en los relatos de los participantes.</li> <li>2. Con el apoyo de un texto, se revisará de manera grupal las principales distorsiones cognitivas relacionadas con la insatisfacción corporal (Cash, 1997); cada una de ellas se compararán con los pensamientos encontrados en los registros y se discutirá porqué son afirmaciones falsas.</li> <li>3. Retroalimentación oral de la actividad y reflexiones personales de aprendizajes.</li> <li>4. Asignación de registro de ABC</li> </ol>	<p>30 min</p> <p>40 min</p> <p>20 min</p> <p>5 min</p>	<p>Carpeta de trabajo</p> <p>Material de apoyo (texto)</p> <p>Formatos</p>

		agregando el elemento D (disputar los pensamientos o distorsiones cognitivas).		
--	--	--	--	--

Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
7	<p>Trabajar en el cuestionamiento de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas.</p> <p>Empezar a generar pensamientos alternativos y afirmaciones más saludables en relación con su imagen corporal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gran parte de la sesión se centrará en revisar los registros de ABCD y en la discusión de las ideas que vayan surgiendo a través del diálogo socrático (Ellis y Dryden, 1989) y el intercambio de opiniones y cuestionamientos entre los participantes.</li> <li>2. Se les pedirá realicen sus reflexiones acerca de la sesión y las compartan con el grupo.</li> <li>3. La asignación consistirá en continuar con los registros de ABCD.</li> </ol>	<p>65 min</p> <p>20 min</p> <p>5 min</p>	<p>Carpeta de trabajo</p> <p>Carpeta de trabajo</p> <p>Plumas</p> <p>Formatos</p>



Sesión	Objetivo	Actividades	Tiempo	Materiales
9	Que los participantes inicien a cuestionarse entre sí mismos. Profundizar en la estrategia para generar pensamientos alternativos.	<p>1. Revisión de experiencias, pensamientos y emociones de cada uno de los participantes que representen conflictos en su vida diaria con su imagen corporal. En esta ocasión se propiciará que el diálogo socrático y la creación de pensamientos alternativos se hagan mayormente entre los participantes.</p> <p>Se introducirán a la discusión algunos temas relevantes como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionamiento de los estándares de belleza</li> <li>• Cuestionamiento de algunas conductas alimentarias de riesgo.</li> </ul> <p>2. Se les pedirá realicen sus reflexiones de la sesión y la compartan con el grupo.</p> <p>3. La asignación consistirá en continuar trabajando con el formato de pensamientos alternativos.</p>	<p>65 min</p> <p>20 min</p> <p>5 min</p>	<p>Carpeta de trabajo</p> <p>Carpeta de trabajo</p> <p>Plumas</p> <p>Formatos</p>





		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir una carta al cuerpo</li> <li>• Afirmaciones cara cara frente al espejo</li> <li>• Celebra una característica</li> <li>• Me convierto</li> <li>• Mejorar la imagen corporal a través de logros y placeres.</li> </ul> <p>Del mismo modo que la actividad anterior, se les pedirá que comenten qué podrían planificar para llevar a cabo cada una de las estrategias y qué efectos podrían tener sobre su relación con su cuerpo.</p> <p>2. Como reflexión final, se les pedirá evalúen su proceso al contestar las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomando en cuenta el momento en que iniciaste este proceso hasta hoy, ¿qué cambios notas en tu persona?</li> <li>• ¿Cuál o cuáles fueron tus aprendizajes más importantes?</li> <li>• ¿Qué descubriste acerca de ti?</li> </ul>	20 min	<p>Formato con preguntas</p> <p>Plumas</p>
--	--	--	--------	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué te hace falta trabajar aún más?</li> <li>• Del taller, ¿qué te gustó? ¿qué no? ¿Qué hizo falta?</li> </ul> <p>3. Por último, se dará espacio para comentarios finales.</p>	<p>10 min</p>	
--	--	---	---------------	--

Anexo 2  
Relatorías

Viernes 8 de abril de 2016

Sesión 1

La sesión dio inicio a la 1:15 pm puesto que se esperó unos minutos a que llegaran todos los participantes, no obstante 3 de ellos no asistieron por lo que se tuvo un total de 5 asistentes, 2 hombres y 3 mujeres.

La sesión comenzó con la bienvenida y el agradecimiento por haber asistido así como con la presentación de los objetivos del taller. Posteriormente, se habló de la importancia de tener un ambiente propicio dentro del grupo para que cada uno pueda sentirse con la libertad de expresar sus opiniones y experiencias, por lo que les pedí que mencionaran pautas de comportamiento o normas que se esperan todos los participantes cumplan.

**R** mencionó que él se considera una persona muy abierta y platicadora, por lo que esperaba que todos los demás compartan y platicuen de manera fluida acerca de sus experiencias. A esto, les retroalimenté que sería deseable más no es posible obligar a nadie a comunicar algo que no desea, pues cada quien tiene sus ritmos y tiempos, no obstante, se quedó como una de las normas, tratar de tener una actitud de apertura y participación.

**K** mencionó que también sería importante mantener el respeto ante los comentarios de los demás, sin risas innecesarias ni actitudes irónicas. Por último, **F** comentó que es necesaria la confidencialidad, lo cual reforcé como algo vital para el buen funcionamiento del grupo.

Seguidamente, se realizó la dinámica de los refranes, en la cual yo participé puesto que eran número impar. Consistió en tener un papel con la mitad de un refrán por lo que todos sin hablar tuvieron que actuar para encontrar a su pareja. Esta actividad sirvió para romper el hielo pues se observaron risas y una actitud más relajada, así como para continuar con la siguiente instrucción. Se les pidió que pensarán en dos historias o experiencias que involucraran una parte del cuerpo que les disguste y otra que les guste y se la compartieran a su pareja. La intención era que un miembro de la pareja presentara al otro y contara ante el grupo sus experiencias, no obstante, decidieron que ellos mismos querían compartir sus historias.

**R** inició comentando que no hay nada que le disguste de su cuerpo por lo que mencionó que cuando se encuentra en el gimnasio y termina sus rutinas, se observa en el espejo para admirar como se ven sus músculos. Luego mencionó que si pensó en que no le gustan sus “pompas” porque no tiene, y lo nota porque algunos amigos se lo dicen de broma, pero sabe que es verdad.

**D** continuó compartiendo, mencionando que lo que no le gusta de su cuerpo son sus brazos. Recuerda haber visto una foto hace unos meses de su cuerpo actual y se impactó al notar lo gordos que estaban sus brazos, a comparación de su cuerpo hace algún tiempo cuando era más delgado. Dice que su familia, primos y tías, le hacen notar que ya está pasada de peso. Por el contrario, menciona que su cabello es la parte que más le gusta, puesto que es lacio y de color negro.

**K** habló de lo que más le disgusta, haciendo referencia a su boca puesto que desde pequeño ha tenido dificultades con los huesos de su cara y problemas al hablar por la misma razón, lo cual le ha afectado mucho en sus habilidades sociales desde hace mucho tiempo. En cuanto a lo que le gusta, menciona que sus ojos y en general los ojos de las personas, pues considera que ahí es donde la gente transmite su honestidad y emociones.

**F** comenta que su parte favorita son sus pantorrillas, puesto que las trabaja mucho en su deporte. En cuanto a lo que no le gusta, menciona que su altura ha sido su problema principal por mucho tiempo, refiriéndose a una ocasión en la que fue a comprar pantalones y se sintió muy mal porque nunca encontró uno que le quedara bien de largo.

**Da** comenta que la parte que más le gusta de sí misma son sus ojos, pues gente le ha dicho que son grandes, muy bonitos y expresivos. Por el contrario, menciona que lo que menos le gusta son sus piernas, pues las considera bastante gruesas. Estas ideas son reforzadas por su hermano quien siempre la está molestando con eso.

Posterior a esta actividad, les presenté dos textos de comentarios de personas que han hecho en blogs de dietas y operaciones, en los que se observa una clara insatisfacción con su cuerpo y la presencia de conductas alimentarias de riesgo como dietas, inducción al vómito e intervenciones quirúrgicas. A partir de ello, se platicó acerca de los pensamientos y sentimientos que estas personas pudieran estar experimentando. Una de ellas era una bailarina de ballet, y **R** comentó su experiencia con conocidas que son muy delgadas por la presión social de cumplir con este estándar. **D** habló también de la influencia que puede tener la familia para tener este tipo de

insatisfacciones puesto que una de sus primas cayó en la anorexia porque su mamá la motivaba a que bajara de peso y la reforzaba cada vez que perdía kilos, hasta que en una ocasión se desmayó y su doctor le explicó a la madre que la chica estuvo a punto de morir.

F habló de lo que vive constantemente dentro de una sociedad que mantiene estándares para muchas cosas y que uno tiene que limitarse bajo ese sistema si no quiere ser rechazado. En este aspecto, se habló de las ventajas y desventajas de cubrir los estándares y otras alternativas de acción aparte de solo obedecerlas y ser infeliz.

La reflexión final giró en torno a este último punto, al plantearles ¿Qué es más saludable y práctico emocionalmente, cambiar nuestro exterior a expensas de los estándares y aceptación de los demás o cambiar la percepción acerca de uno mismo?

Finalmente, cada quien habló de sus propias expectativas a lo largo del proceso; una idea general fue la de poder aprender a aceptarse a uno mismo. Seguidamente se realizó la despedida y se acordó vernos la siguiente sesión.

Viernes 15 de abril de 2016

## Sesión 2

Para esta sesión solo asistió **Da**, por lo que decidí trabajar con ella las actividades planeadas. Para la primera actividad, se trabajó a mayor profundidad aquellas partes del cuerpo que son de su agrado y las que no, por lo que le pedí dibujara su cuerpo de la manera más completa posible y posteriormente, utilizara dos colores diferentes para señalar todas las partes del cuerpo dentro de dos categorías: de agrado y desagrado. Como siguiente actividad, le pedí que dibujara su cuerpo ideal, independientemente que sea muy distinto o similar al cuerpo que percibe como real. Esta segunda parte la realizó de una manera más ágil pues le tomó menos tiempo que el primer dibujo. Al explicar sus resultados, mencionó que en general le gustaría que su cuerpo sea más delgado, sobre todo sus piernas, caderas, cintura y torso. En cuanto a su nariz, le desagrada mucho un lunar que tiene por lo que en su dibujo su nariz era diferente. También dibujó un cabello más largo y abundante.

En la siguiente actividad, hablamos acerca de situaciones, contextos e incluso personas que parecen activar o detonar sentimientos de tristeza, molestia, frustración e insatisfacción y la importancia de identificar la mayor cantidad de ellos. Para esto, le mencioné algunos ejemplos como cuando invierte mucho tiempo en arreglarse y nadie le dice nada, o cuando tiene un nuevo corte de cabello, se prueba ropa e incluso si aplicara el caso, la pareja la viera sin ropa o alguien tocara las partes de su cuerpo que no le agradan. **Da** se identificó con algunas de estas situaciones, y agregó algunas otras, como cuando se toma una foto y la publica en las redes sociales, no deja de pensar que fue un error porque se ve fea y todas las demás personas suben fotos bonitas de sí mismos. Comenta que en varias ocasiones ha terminado borrando las fotos que aparentemente le gustan al principio porque después de un rato no le satisfacen. También una situación muy común es cuando va a salir y se cambia varias veces puesto que al mirarse al espejo no le satisface como se ve.

Después de haber identificado varias situaciones, pasamos a la parte de los pensamientos. Para ello, hablamos que con seguridad tenemos ciertos pensamientos rondado por nuestra cabeza cuando nos enfrentamos a estas situaciones detonadoras. A veces no es tan sencillo notarlos, por lo que ella misma recurrió a las situaciones que ya había mencionado y recordó que pensamientos pudo haber tenido en esos momentos. Al terminar su lista, comentó que el pensamiento más

recurrente es “estoy enorme”, que lo tiene casi cada vez que se mira al espejo. Otros pensamientos son: “todas mis amigas están flacas menos yo”.

En cuanto a su reflexión, comentó que considera le fue más difícil darse cuenta de las partes de su cuerpo que si le gustaban porque normalmente está más pendiente de las cosas que le disgustan. Comenta que le sorprendió percatarse de lo que piensa, aunque considera que cree no son buenos pensamientos, eso es lo que piensa de sí misma. Y por último, considera que lo más sencillo fue dibujar su cuerpo ideal pues es algo que tiene muy claro.

Como primera asignación, le sugerí que estuviera más pendiente de lo que vive al día a día para poder extender la lista de situaciones y pensamientos que quizás no pudo recuperar al momento de la sesión.

En relación con los chicos faltantes, les envíe por correo las actividades que realicé con **Da** durante la sesión y se comprometieron a trabajarlo durante la semana.

Viernes 22 de abril de 2016

### Sesión 3

Con el objetivo de no perder el trabajo con los chicos que no asistieron a la sesión pasada, les envié las actividades para que realizaran en casa. No obstante, ninguno de ellos elaboró lo asignado. A pesar de ello, empezaron a trabajar en lo que iniciaba la sesión, por lo que decidí iniciar con dos de esas actividades las cuales eran importantes.

Comenzamos hablando acerca de ciertas situaciones que provocan inseguridad o la misma insatisfacción corporal, como el verse en una fotografía, notar su reflejo en el espejo, estar con poca ropa ante su pareja, salir a la calle despeinados o sin maquillaje, etc. posteriormente, se les dio tiempo para crear una lista con la mayor cantidad de situaciones activadoras que pudieran identificar.

Después de las situaciones, hablamos acerca de ciertos pensamientos que se presentan cuando están viviendo esas situaciones, quizás puedan ser automáticos o imperceptibles, pero con seguridad aparecen. Por ello, les pedí de nuevo, una lista de pensamientos vinculados a esas situaciones que identificaron con anterioridad.

**R** habló de cuando mira sus colmillos, puesto que no le gustan para nada. En su pensamiento, encontró “son feos, son como los de mi tío y no quiero parecerme a él, la gente los está mirando”. Otra situación es cuando ve a alguna chica bonita que no conoce y se quiere acercar a hablarle, piensa “no soy lo suficiente, seguro hay hombres más guapos que yo, más atractivos, tratando de conocerla,” por lo que experimenta miedo a que lo rechace y termina por no intentarlo, se aleja. Por último, menciona la situación de cuando ve a personas con mejor cuerpo que el suyo, piensa “todo el año y 6 meses que he ido al gimnasio, no sirve para nada, no veo resultado, me hace falta más, a lo mejor lo hace mejor que yo o tiene mejores genes que yo”.

**K** habló también del miedo al rechazo y que ha notado que constantemente se lleva las manos a la cara como una forma de cubrirla. Al preguntarle cuando fue la última vez que le sucedió, mencionó que el mismo día durante clase, sintió que alguien lo estaba mirando y pensó “me veo mal, soy un tonto, me están viendo y van a ver lo que soy de verdad, no soy nada”, reconoce que tiene pensamientos muy extremistas y extraños. Otra situación es cuando se compara con otras personas, recordó que fue a un restaurante con unos amigos y le pasó que estaba platicando con un señor que estaba ahí y notó que éste ya no quería platicar e inició la conversación con otra

persona por lo que pensó “seguro es por mi boca, por cómo me veo, por mis dientes”. Igual menciona una situación que según él le pasa a diario, que no se le entiende cuando habla, cuando alguien le dice “¿qué? No te entiendo” piensa “es por mi boca, porque me veo raro”.

**F** compartió que cuando está con gente más grande o más chica que ella pero que se ven más jóvenes, piensa “siempre me veo más grande que todos, parezco vieja, no debería, no es normal”. También habló de cuando observa las pasarelas o las revistas, piensa “tengo la altura, pero nunca voy a tener ese cuerpo, malditas, son superficiales”. Por último, menciona que cuando se hace cambios en el cabello, la gente le dice que no se ve bien y ya se ha hecho muchas cosas y piensa “mi cabello nunca me va a quedar bien, siempre va a ser un caos”, por eso siempre usa una cola baja.

Al final de sus intervenciones, enfatice la importancia de empezar a notar el vínculo entre las cosas que viven y los pensamientos o percepciones que tienen acerca de tales experiencias, lo cual determina en gran medida la forma de reaccionar, tanto emocional como conductual.

Posteriormente, revisamos el tema de los estándares de belleza a través del tiempo y de diferentes culturas. Al cuestionar que pensaban acerca de la evolución de las figuras tanto masculinas como femeninas en diversos contextos, **R** mencionó que las personas se moldean de acuerdo a lo que viven en su sociedad, como por ejemplo, ahora está muy de moda el cuerpo de Zac Efron, sin embargo, no todo el mundo se rige por ese estándar puesto que hay otros tipos de cuerpo. **K** mencionó que no cree que debamos de dejarnos llevar por lo que los medios de comunicación predicán, ya que nos empezamos a juzgar a través de lo que muestran.

Seguidamente, comentaron que no solo el cuerpo tiene cambios según los momentos, sino también la moda es algo cambiante e incluso a veces ridícula. Para este punto, comenté que los estándares del cuerpo y la moda en efecto son cambiantes, y son dañinos en medida en la que los adoptamos y permitamos que rijan nuestras vidas al querer alcanzarlos. **K** continuó diciendo que son cosas que queremos y cuando no las obtenemos, nos empieza a afectar. También les expresé que el hecho de que algunas pautas sean valoradas en una sociedad como bellas o buenas, no garantiza que éstas sean saludables para las personas, como por ejemplo, las granjas de engorda en Mauritania, en donde alimentan en exceso a las mujeres desde edades muy tempranas puesto que esta característica es sinónimo de alto estatus y belleza. Del mismo modo, en nuestra sociedad se venera la delgadez, que para muchos ojos puede parecer saludable pero no se

garantiza que esto lo sea, sobre todo porque hay muchas prácticas para buscar la delgadez que son peligrosas pero socialmente aceptables.

A continuación, se les asignó una tarea durante la semana, la cual consiste en mirarse al espejo y describir lo que ven, lo que piensan y lo que sienten al observar su reflejo. Por último, les pedí escribieran alguna reflexión relacionada con lo trabajado en la sesión. **R** comentó que lo que escribió ya lo había expresado durante la sesión; **F** mencionó “la sociedad a lo largo del tiempo ha ido manejando diferentes tipos de perfección en relación al cuerpo, siendo estos tan variables, no es posible confiar en estos estándares, ya que no son con bases fundamentadas. En si la pregunta es la misma, ¿hay que seguir lo que la sociedad estipula? A ciencia cierta no, ya que no es algo descrito, ni una norma, son solo ideas que se tomaron y plasmaron, esa idea bien puede cambiar de un momento a otro y va a ser totalmente diferente”.

**K** expresó: “toda la vida he pensado en esto, pero al final no me lleva a nada. Tal vez puedo pensar que puedo vencer este miedo que tengo, por ejemplo el de los celos o cualquier otro más, de mi autoestima por ejemplo, pero nunca he buscado como que la raíz, creo que es importante hablar de ese blanco que originó todo lo demás y eso es lo que yo siento que estamos encontrando, como que esa base o ese blanco de todos los problemas y eso es lo que yo siento que estamos comenzando a enfrentar. Yo siento que estoy pensando en cosas que antes no había pensado... [**Terapeuta**] ¿Cómo qué?... [**K**] como dejar salir ese miedo, en que me dijiste hace rato que lo diga, como que se me ilumina un poco más el pensamiento, creo que es algo así. Me refiero también a analizar esas partes, en cualquier situación sentimos ese miedo, pero no sabemos por qué viene y solamente nos sentimos mal, digo ¿por qué me pasa esto? Soy el peor del mundo, pero pues como que ya ahora, puedo enfrentar tal vez por qué viene ese pensamiento y eso es algo que creo nunca había hecho en mi vida, pensar en el por qué lo estoy sintiendo”.

Lunes 2 de mayo de 2016

#### Sesión 4

En esta sesión, asistieron 5 participantes. Se inició con la revisión de la asignación de la sesión pasada, la cual consistía en mirarse al espejo y describir lo que veían, lo que pensaban y sentían al observar su reflejo.

**R** comenta que al ver su cuerpo pensó en que le agrada puesto que es mejor de lo que era antes, pero aún le falta mucho trabajo por hacer. Comparte las emociones de “motivación”, y de envidia, al pensar en otras personas cuyas figuras son mejores a la suya.

**D** comenta que a raíz que ha estado yendo al nutriólogo, ha tenido un cambio en su actitud hacia su cuerpo, por lo que al verse en el espejo, tiene pensamientos positivos, de verse bonita y sentir motivación.

**K** menciona que al verse, observa un cuerpo irregular y desproporcionado, unas piernas muy largas, lo que le hace sentir indiferencia, desagrado y envidia hacia otros. Cuando lo ve, piensa en que no tiene lo que quiere pero que en cualquier momento puede cambiar porque hace ejercicio.

**S** menciona “cuando me veo en el espejo, todo depende como esté vestida. Si es ropa ancha, no se ven mis defectos, sin maquillaje me veo como niño. Cuando me veo después de unos días de no hacer ejercicio, no me gusta cómo me veo. No me gusta mi altura, la talla que tengo, mis piernas, mis cachetes...siento rechazo de mi misma, creo que ya se volvió parte de mí y constantemente me digo no te rechaces, la gente te va a aceptar como eres y si no ekis”. Yo amo mucho a la gente que está cerca de mí y no me pongo a ver sus defectos y sé que ellos tampoco se van a poner a ver mis defectos. En general, además de rechazo siento frustración, inconformidad, que a veces no soy yo porque mi cuerpo cambió de lo que era antes, a veces también motivación para seguir”.

**F** dice “veo una persona muy alta para ser mujer, desgarbada, con su cabello hecho un caos. Me fijo mucho en mis extremidades, muy anchas. Pienso que todo se puede corregir pero me causa mucha ansiedad, que todos se van a fijar en cada detalle que tengo. Percibo mucha ansiedad y frustración y hasta cierto modo motivación”.

Posterior a este ejercicio, platicamos acerca de las causas históricas y actuales que generan y perpetúan la mala relación con la imagen corporal, desde la socialización a través de la cultura, las experiencias interpersonales desde la infancia, las características de personalidad y las

cogniciones y situaciones de hoy en día que refuerzan las creencias que se fueron creando a lo largo del crecimiento de las personas. Una vez presentado este contenido, les pedí que retomaran la experiencia del espejo, lo que se dicen actualmente acerca de sus cuerpos y trataran de identificar los elementos que fundamentan la relación con su imagen corporal.

**R** comparte “yo de pequeño era gordito, y pues en la escuela me molestaban pero no le daba importancia. Luego me fijé que mi mamá siempre se cuidaba, mis papás se divorciaron y mi papá se fue a Guadalajara, cuando regresó ya había empezado a ir al gimnasio, su cuerpo cambió y yo lo noté y creo que eso ha influido mucho. Toda la vida he hecho deporte porque mi mamá y mi abuelo me decían que no podía no hacer algún deporte pero en un momento preferí dejarlo y hacer abdominales en mi casa.

Como ya te había dicho, yo no me fijo en el exterior de los demás, pero yo sí sé que pienso de mí, que no me veo bien, si fuera delgado, atlético y musculoso, tendría todo a mis pies.

Creo que la cultura, las imágenes, los íconos me han afectado. En características personales, si he tenido autoestima baja, me sentía mal por ser gordito.

En las causas actuales, me pasa por ejemplo cuando veo a alguien, digamos Zac Efron, interpreto que no me veo como él, lo que he hecho no ha servido de mucho. O cuando estoy lleno, me siento incómodo y que todos me ven y reaccionó ante eso”.

**S** menciona “en cuanto a experiencias interpersonales, me acuerdo que mi abuelita me dijo “ya estás gordita” y en ese tiempo dejé de hacer ejercicio, entonces relacioné que dejar de hacer ejercicio significa estar gorda. De amigos, recibía muchos comentarios positivos; de socialización por la cultura, yo me ponía cómoda con shorts para jugar fútbol con mis hermanos y mis amigas me decían cosas negativas por lo que me di cuenta que me veía muy varonil o con las películas de princesas o amor, aprendí que si eres mujer con cabello largo, eres bonita y te aceptan. No me gusta seguir a la corriente pero si lo he hecho, por buscar aceptación hago ciertas cosas, como maquillarme y antes no me gustaba, ahora soy todo eso. También recuerdo que en la primaria dos maestras les dijeron a mis papás que tenía mucha inseguridad y lo creí.

En cuanto a las causas actuales tengo como ejemplo cuando salgo con mis amigos, como mis amigas tienen una altura estándar de mujer pues me pongo tacones para sentirme normal o aceptada o que no digan que estoy chaparra y al hacerlo, me siento más segura”.

**K** dice “yo creo que todo vienen de mi infancia, tener ciertos problemas al hablar es lo que llevó a mi baja autoestima corporal. Empecé a ser negativo, depresivo. Me hicieron creer que era algo psicológico, que era inseguro. Desde niño iba al psicólogo y me empecé a sentir seguro y mi problema no cambiaba. Mis padres creían que me ayudaban al no hablarme, o completaban las frases y no me ayudaba, me evadían. La comparación con mi hermano me afectó mucho. En cuanto a la socialización creo que mucho tuvo que ver los maestros que me decían que algo estaba mal en mí.”.

**D**continúa “yo creo que mi familia siempre ha dicho que los gordos están feos, y esa perspectiva tengo. Ahora que ya subí de peso digo, *estoy gorda por lo que estoy fea y tengo que bajar*. Mi maestro de jazz también dice: eres una bailarina, y si estás gorda no bailas bien y te ves mal en el escenario, entonces pienso que si estoy gorda me voy a ver fea en el escenario. En cuanto a la cultura, siento que en las redes sociales está el bombardeo de las mujeres con cuerpos perfectos y delgados y todas dicen: quiero tener ese cuerpo y ese es el perfecto, todos deberíamos ser así o si no pasamos desapercibidos.

Mi familia siempre está buscando defectos y como era flaca antes, todos se dan cuenta.

En cuanto al ejemplo, cuando mi familia me dice que estoy gorda, pienso que si estoy gorda y por lo tanto fea, lo cual me hace sentir triste y lloro”.

**F** comenta “en cuanto experiencias interpersonales hay varias, desde críticas de mi hermano, amigos y profesores. Recuerdo un bailable en 4to de primaria que me salió mal un paso y la maestra me dijo que nunca me sale bien las cosas porque estoy muy gorda y descoordino todo lo que se hace. En cuanto a la socialización, pues con todo lo que se bombardea, el cuerpo perfecto, la altura perfecta, los medios de comunicación, la estandarización de la ropa que usualmente es muy corta, los estándares de belleza que dicen que hay que estar maquillada. También los estándares de belleza en el deporte que practico, el porcentaje de masa, de peso, usualmente las esgrimistas no son muy altas y yo soy alta.

De características personales, desde chiquita he tenido baja autoestima, cuando quiero defenderme se me quiebra la voz y quiero llorar.

*No me gusta mi altura, me siento torpe, e interpreto que me miran raro, que no puedo hacer las cosas bien por lo mismo, lo cual es estresante, me frustra mucho y me enoja. Me siento más cómoda cuando estoy con personas más altas que yo.*

**K**, al escuchar el relato de **F**, se identifica y le comenta “cuando todos están en bolita, siento que les da flojera mirarme, su primera reacción es típica, piensan que soy muy alto y me ven como si fuera muy posesivo y en realidad no, soy lo mismo que tu pero alto”.

En relación a lo que se hablaba, les compartí lo difícil o imposible que puede ser tratar de controlar las situaciones o el contexto para sentir un bienestar. **S** reafirmó este comentario con un ejemplo, de cuando iba al gimnasio y se sentía mal porque todos estarían más musculosos, lo cual es un contexto imposible de modificar, y reflexionó acerca de lo cansado que es buscar espacios de acuerdo a su comodidad y se ha dado cuenta que es bueno salir de su zona de confort porque los resultados no son tan malos como espera.

Posteriormente, les proyecté un video de una mujer llamada Lizzie Velásques, quien fue denominada “la mujer más fea del mundo” en las redes sociales, quien después de mucho sufrimiento decidió cambiar la perspectiva de sus condiciones de vida. Al terminar, compartieron sus reflexiones al respecto de la sesión.

**R**: “no importa el aspecto de la persona, lo que importa es como seas y es lo que más vale. Si yo no tengo tales cosas puedo compensar con ser buena persona. Lo único que puedo pensar es en por qué me fijo tanto en mi físico, hay personas que no tienen buena salud ni mucho tiempo de vida y nosotros que tenemos todo, nos preocupamos por cosas que pasan a segundo plano”.

**D**: “me di cuenta de cómo el entorno nos afecta. Vemos a las mujeres delgadas en el *face* y decimos *ay ekis* pero luego te pones a pensar ¿de verdad la sociedad ve a las personas bonitas, flacas? y cómo tu familia te afecta con comentarios. Más adelante, cuando sea mamá o papá, que cosas vamos a transmitir. Por eso es importante que yo sea más flexible, que tenga sensibilidad al ver las cosas. Aprendí que todo, mucho o poco, afecta los pensamientos”.

**F**: ¿Por qué nuestra condición nos va a limitar? ¿Por qué hacemos caso a las críticas? ¿Y si las dejáramos pasar? ¿Las situaciones y la sociedad nos van a definir? Las personas tenemos la capacidad de sacudirse y seguir adelante, ignorando los comentarios que tienen contra su persona. Las personas son crueles con lo que con consideran diferente y atacan sin pensar en las consecuencias. Algo que hay que entender es que las críticas y comentarios, no pueden regir la vida y el rumbo. Las personas persiguen la perfección y se preocupan por encajar en los

estereotipos. Siento que las personas deberían de enfocarse en aceptarse, en lugar de buscar la aceptación, ya que al buscarla, podemos perder nuestra propia identidad”.

**K:** saber identificar que lo que me pasa ahora es algo que es afectado por la sociedad y la cultura, que las relaciones intervienen y que todo parte de las características de mi persona y las necesidades que tenía desde niño. Hoy en día todo eso me hace actuar de distinta manera ante diversas situaciones, que activan mis emociones y mis reacciones.

Me siento como una cueva en mi vida que siempre la evado y nunca paso. Y al saber lo que nos mostraste en las diapositivas, es como si yo cargara con las herramientas, con una lámpara o una pistola para matar a los demonios o monstruos que salgan, para que pueda pasar la cueva sin miedo, con valentía”.

En cuanto al video, siento como si cada persona ya tuviera un destino marcado y que trata simplemente de encontrar ese sentido, que te hace definirte tal y como eres. Ella encontró el sentido que le hacía valer en su vida, lo cual determina como actúa y como enfrenta las cosas”.

**S:** me pude percatar que nuestra percepción es solo eso, no es la misma que las personas que nos rodean y a pesar de la percepción de las personas, tenemos que encontrar lo que nos define. Muchas veces me dejé llevar por la corriente, incluso en este mismo momento, pero he decidido no dejarme llevar, ser quien soy y demostrar lo que me gusta, sin afectar a los demás pero tampoco hacer de mi vida una meta de agradar a los demás.

No estoy muy de acuerdo con la oradora, porque siento que no debemos hacer las cosas en función de demostrarle a la gente, si no que encontremos otro motivo para seguir, incluso superarnos, o por alguna fuerza divina. Lo que hay que intentar es a ser inteligentes emocionalmente, obvio como seres humanos nos va a afectar muchas cosas, muchas situaciones, pero no hay que dejar que eso nos afecte pero tampoco volvernos de piedra, buscar un equilibrio en la vida y ese propósito del por qué estamos acá”.

Por último, se marcó la asignación de registros de ABC.

Viernes 6 de mayo de 2016

### Sesión 5

En esta sesión, se incorporó un participante al proceso. Por tal motivo, la primera actividad realizada fue un resumen que los demás participantes hicieron y expresaron sus opiniones acerca de las temáticas y actividades vistas, así como si ha habido algún cambio en sus perspectivas.

Algunas de estas son las siguientes:

**K:** “muchas personas tenemos la costumbre de basar nuestras ideas en lo que vemos en la televisión y en los medios de comunicación. ¿Por qué permitimos que lo que vemos en la televisión lo definamos como correcto cuando puede que se nos sea imposible ser lo que estamos viendo o por otros factores no lo podemos tener y nos deprimimos?

Yo me miraba en el espejo y me sentía mal, pero no sabía porque. Ahora ya tengo las herramientas para poder descubrir de qué se trata, puedo detenerme a pensar un poquito que es lo que me está afectando, ¿Será que desde niño tengo el problema, o es mi familia? Tal vez no lo sepa completamente, pero ya me detengo a pensar y creo que eso es un buen avance”.

**D:** “yo me he dado cuenta que la parte interpersonal me afecta mucho, creo que sus palabras me generan muchos de los pensamientos negativos hacia mí”.

**F:** “hay cosas que no van a cambiar de la noche a la mañana o nunca cambiarán, como mi altura y la edad que aparento. Ya me está empezando a dar risa porque yo sé qué edad tengo”.

**Da:** “en cuanto a los estereotipos me di cuenta que siempre va a cambiar, por lo que aunque cumplas con el estereotipo, si no te aceptas no va a servir de nada”.

La siguiente actividad consistió en revisar los registros de situaciones, pensamientos y emociones que quedaron como asignación a lo largo de la semana. Se habló, uno por uno, acerca de todas las situaciones registradas por cada participante.

**F:**

1. Me preguntaron mi edad y dijeron que parecía de más de 25. Pensé *no estoy tan grande, siempre lo dicen por mi altura*, sentí *tristeza, ansiedad y resignación*.
2. El maestro me felicitó por mi fuerza y velocidad, pensé *mi altura tiene sus ventajas, ¿se estará burlando?*, sentí *felicidad y motivación*.

3. Mi hermano criticó mi cabello, pensé *tiene razón en que mi cabello es un asco, no tiene forma, es un idiota por fastidiarme*, sentí *inseguridad, ansiedad, estrés, inconformidad*, reaccioné *peinándome y tratando de arreglarlo*.
4. Estaba en el camión y había gente de pie al igual que yo, pensé *todos me están observando, soy demasiado alta y no me gusta destacar por eso*, sentí *ansiedad, incomodidad y estrés. Me encorvé para quedar a la altura de los demás*.

**D:**

1. Mi mamá me dijo que me veía flaca, pensé *me veo bonita*, sentí *felicidad, le sonreí y la abracé*.
2. Mi maestro de jazz dijo que si no bajábamos de peso no íbamos a poder bailar, pensé *obviamente lo dijo por mí*, me sentí *triste y me senté a pensar en cómo bajar de peso*.
3. Al inicio de la universidad me salieron muchos granos, pensé *estoy muy fea, que todos me veían y decían que asco*, me sentí *muy triste y para cubrirlo me maquillaba un montón*.

**M:**

1. Me molestaron cuando estaba estudiando, pensé *nada es tan importante como para que me interrumpen, no debió haberlo hecho*, sentí *enojo, furia, fui grosero*.
2. Me puse el pantalón de la escuela y mi mamá me dijo que ya quedé gordo, pensé *me están viendo gordo aunque yo creo que no*, sentí *preocupación y me empecé a observar en el espejo*.
3. Me vi al espejo, pensé *me veo guapoy un poco mamey* y me sentí *bien*.
4. Regresando de vacaciones de navidad me probé mi uniforme y me apretaba, pensé *ya subí de peso, me va a ver la gente y van a pensar que me veo choncho*. Sentí *incomodidad y metía la panza*.

**K:**

1. Di un discurso ante varias personas, pensé *salió horrible, todos me están viendo extraño*, sentí *miedo, enfado, desesperación, no podía levantar la mirada, me quedé callado cuando terminé, serio*.
2. Una amiga me dijo cosas bonitas, pensé *puede ser verdad que me veo bien pero quizás no dure mucho el sentirme así*, me sentí *bien, pero no totalmente feliz porque no me lo termino de creer*.

3. Cuando me apeno, pienso *me están viendo, ¿por qué no cambias, por qué no se te quita?, no me veo bien, se ve mal que quede rojo, no me gusta mi sonrisa, no me siento hombre, una persona que se apena no es hombre, me siento gay, afeminado.* Reacciono con vergüenza, llevándome la mano a la boca, bajo la mirada y dejo de hablar.

**R:**

1. Me atasqué de comida (3/4 de pizza), pensé *estoy gordo, flácido, aguadito, necesito hacer cardio, no debí haberlo comido, sentí tristeza, decepción, después deje de comer hasta el día siguiente.*
2. Me dijeron que me hace falta pierna, pensé *es verdad que me hace falta entrenar pierna, estoy disparejo, soy un dorito, debería entrenar más, sentí decepción.*
3. Me dijeron que ya se nota que estoy yendo al gimnasio, pensé *tengo buen cuerpo, sentí motivación y felicidad.*

**Da:**

1. Iba a salir y cuando terminé de arreglarme no me gustó como me veía, pensé *mejor no voy, me veo mal, sentí enojo.* Luego llegué al lugar y todos me dijeron que me veía bien, pensé *ellos me ven bien y yo no, fui a verme al espejo y pensé me veo mal, me veo gorda sentí tristeza y enojo.*
2. Mi tía me dijo que ya estoy más flaca, pensé *quizás sea verdad, sentí alegría.*
3. Me puse un vestido que hace mucho no me ponía y creí que no me iba a cerrar pero sí cerró, pensé *no estoy tan gorda como creo estar, me sentí un poco mal porque no puedo ver las cosas objetivamente pero bien a la vez.*

A continuación, se les pidió hicieran la reflexión de la actividad:

**D:** “Creo que los pensamientos son reales ya que me afectan en como poder percibir las cosas y como verlas de forma positiva o negativa. De acuerdo a mi estado de ánimo, los pensamientos dejan esa espinita. Pero igual pude notar que en ocasiones solo a nosotros se nos ocurren esos pensamientos y pensamos que los demás piensan así”.

**K:** “Me sentí muy apenado de hablar de lo que no me gusta pero me doy cuenta que no soy el único que pasa por eso, todos tienen un mundo en su cabeza y nadie se da cuenta al momento de hablar. Es padre poder reconocer lo que no nos gusta y poder hablarlo”.

**Da:** “Los pensamientos influyen mucho, en cómo me siento y lo que voy a hacer, entonces es importante saber si son reales o no, si la gente los ve o no, porque de todos modos la que se afecta soy yo”.

**R:** “Siento que a veces exageramos las situaciones y creamos una imagen ficticia de nosotros, una imagen que no es real, exageramos nuestros defectos cuando hay personas que ni los notan. Eso está mal porque deberíamos saber afrontar nuestros defectos y aceptarlos tal cual son y no avergonzarnos de ellos”.

**F:** “Me di cuenta que en ocasiones dramatizamos las cosas, yo lo hago, sé que la gente no se va a estar fijando en mi persona para descubrir mis defectos, ni siquiera me conocen. En diversas situaciones llego a sentir que el universo conspira en mi contra cuando me sucede algo o creo que me suceden. Reflexioné que no es necesario hostigarnos creyendo u observando situaciones imaginarias, que solo me van a estar perjudicando a la larga. Podemos ser nuestros propios enemigos al dejar libres a los pensamientos negativos e inseguridades”.

**M:** “Al inicio de la actividad me sentí bien realizándola. Me di cuenta de cómo influye mucho lo que te puedan decir, puede afectar mucho tus pensamientos, en tu estado de ánimo y en tu personalidad”.

Por último, se asignó continuar con los registros ABC.

Lunes 16 de mayo de 2016

## Sesión 6

La sesión de hoy inició con la revisión de los registros de ABC; los pensamientos que cada participante mencionaba continuaron siendo registrados en un documento para tener una condensación de los mismos y estuvieran accesibles para retomarlos posteriormente. Algunos de los registros son los siguientes:

### **R:**

1. Me topé a una amiga que hace tiempo no veía y me dijo que estoy más “mamey”, pensé *tengo buen cuerpo y estoy mejorando, me sentí muy bien.*
2. Hace un mes que no iba al gimnasio y fui al de la escuela, cuando me vi pensé *todo este mes que no he ido arruinó todo, estoy gordo, flácido, sentí decepción y dejé de entrenar.*
3. Mi hermanito bajó en la madrugada y se preparó un frappé, pensé *¿por qué él puede comer todo lo que quiera y sigue delgado y yo no?, si yo lo hiciera sería un pecado, engordo.* Me sentí *molesto* y le dije cosas, que va a quedar gordo.

Al haber ocurrido estas situaciones durante la misma semana, se reflexionó acerca de si en realidad el cuerpo es capaz de modificarse en tan corto tiempo de manera significativa, por lo que es más probable que el cambio de emociones se deba más a la percepción que al cambio en el cuerpo.

### **D:**

1. M me dijo que tengo la frente muy grande, me visualicé como una chica que conozco que está muy frentona, *seguro me veo muy fea, me sentí rara, me preocupé porque se notara.*

Seguidamente, **K** quiso comentar lo siguiente: estuve pensando que realmente no recuerdo que la gente me dijera cosas como “tus piernas son muy flacas” o algo así de manera directa, creo que es más por sus reacciones. Esto de notar las reacciones me pasa más cuando estoy nervioso, lo cual me ocurre casi todo el tiempo. Cuando hablo con alguien yo creo que la gente se da cuenta cuando me pongo nervioso y pienso, *seguramente me veo mal, no me veo como hombre, relaciono el tener miedo como algo femenino, me veo débil.*

**[Terapeuta]** ¿Qué piensas de los hombres que se ven femeninos?... **[K]** no quiero ser así, está fuera de mi rol... **[terapeuta]** ¿Y los que están fuera de su rol qué son?... **[K]** no sé, no lo he pensado. Creo que ese pensamiento no me afecta tanto como el de “me veo mal”... **[terapeuta]**

¿para ti qué es verse bien?... [K] lo que yo quiero, que no me vean nervioso, no estar moviendo la boca a cada rato, que sonría normal sin mover mucho los labios. Creo que es algo muy difícil pero si me gustaría aprender a vivir con ello. Cuando pasa esto me siento *ansioso, decepcionado de mí porque no tengo lo que quisiera y reacciono con un instinto de huida.*

En este punto introduje el tema de las ideas irracionales, las cuales, generan sentimientos intensos como la ansiedad, la decepción, la culpa y provocan reacciones que obstaculizan que las personas alcancen sus objetivos, como el instinto de huida mencionado por K. también, enfatice en la importancia de empezar a cuestionar tales ideas, ya que están teniendo un efecto negativo en sus vidas. Después, los participantes continuaron compartiendo sus experiencias.

**M:**

1. Últimamente, cuando pienso que no he estado haciendo ejercicio, siento que estoy flácido y me siento mal.
2. Cada vez que voy a casa de mis tías me siento mal cuando las veo porque están súper gordas, pienso que están mal, no se ven sanas, me siento incómodo cuando estoy con ellas [terapeuta] ¿crees que hay algún pensamiento que te incomode que se relacione con su aspecto físico pero que no tenga que ver con su salud?... [M] si, que están terribles, no tienen forma, se ven feas.

**R** menciona: a mí me pasa eso también, estaba en la plaza de la tecnología y vi a una señora muy gorda que se sentó en una banquita con dos paninis y un refresco de litro y pensé *¿no se dará cuenta que se ve mal que esté gordita en exceso y que le puede causar problemas a su salud? No hace nada por cambiar esa situación, le sigue valiendo. No es atractivo, siento que se ve mal...*[terapeuta] ¿hay alguien más que piense así?... [F] creo que algunas personas que padecen obesidad mórbida no siempre son así porque lo busquen, a veces interfiere mucho el factor psicológico y que situaciones han pasado en la vida, como la depresión... [terapeuta] en efecto eso sucede, por lo que no podemos asegurar que esta persona no está haciendo nada para cambiar su condición y de ser así, podríamos comprobar que la realidad no solo es una.

**F** continuó compartiendo sus experiencias:

1. Hace semana y media me midieron y crecí dos centímetros, pensé que *ya no quiero seguir creciendo, me voy a sentir más incómoda con mi cuerpo, está mal que una mujer crezca tanto, sentí pánico, ansiedad y estrés, empecé a tartamudear.*

2. Fui a un curso de maquillaje y la maestra me dijo que mis labios son muy bonitos porque no necesitan tantas cosas para resaltarlos, pensé que *mis labios son bonitos, tienen el grosor adecuado para considerarlos atractivos, sentí felicidad y sonreí.*

**S:**

1. Expuse y no salió como esperaba, pensé que *tengo déficit de atención, mi memoria la perdí, me falta seguridad y sentí frustración.*

En la siguiente actividad, se introdujo el tema de las distorsiones cognitivas. Cada participante leyó un tipo de distorsión hasta revisarlas todas y por cada una de ellas, se buscaron ejemplos y opiniones acerca de si los participantes se identificaban o no con ellas.

Para la distorsión de la *lupa magnificadora*, **K** menciona que se identifica mucho, puesto que centra su atención en su sonrisa y no importa que del resto se vea bien, se siente mal porque su sonrisa lo arruina todo.

Para *lectura de la mente*, **F** menciona que en la preparatoria se cortó el cabello y como nadie le dijo nada pensó que estuvo mal lo que hizo. Por otro lado, **K** comenta que cree que es algo muy común con el Facebook o Instagram, cuando sube una foto y no recibe muchos likes o comentarios, termina no gustándole lo que subió y si por el contrario, recibe algún comentario positivo, reafirma que estuvo bien lo que hizo y cree que a los demás les gustó.

Para la distorsión de *predecir la desgracia*, **F** comenta que suele ser agresiva con las personas que tiene confianza y ha creído que nunca va a congeniar bien con la gente por su manera de comportarse.

En la distorsión *belleza limitada*, **K** comparte que le ha pasado que cuando no hace ejercicio no se da permiso de ir a hablar con un grupo de personas. **F** vive algo similar, pues menciona que cuando regresa a su ciudad natal, no se permite salir con sus amigas hasta que baje de peso.

Al terminar de revisar las distorsiones, enfatice la importancia de empezar a cuestionarlas. **S** comentó que en efecto son cuestionables y son irreales, puesto que ella rechazaba muchas invitaciones a salir porque no se sentía bien consigo misma pero empezó a cuestionarse y a darse cuenta que su forma de pensar la estaba limitando a hacer cosas que realmente disfruta.

Como asignación, continuó el registro de ABC acompañado de la columna D, relacionada con el cuestionamiento de los pensamientos.

Viernes 27 de mayo de 2016

## Sesión 7

La presente sesión se centró en profundizar en el cuestionamiento de los pensamientos que los participantes comúnmente tienen acerca de su imagen corporal para iniciar con la reestructuración cognitiva.

Al iniciar la plática, les pedí compartieran situaciones que les acontecieron a lo largo de la semana, con sus respectivos pensamientos y consecuencias conductuales y emocionales.

**F** mencionó que fue con la rehabilitadora y le indico que una pierna estaba más corta que la otra, lo cual generó diferentes sentimientos, por una parte alegría porque eso quiere decir que está entrenando de una manera eficiente pero se preocupó porque las demás personas lo notaran, de hecho cuando terminó su cita, mencionó que puso su mochila sobre sus piernas para que no se notara.

**K** compartió que estaba sentado y **D** le dijo que si le podía ayudar en algo porque veía su cara de decepcionado, sin embargo él realmente se sentía alegre. Le pregunté de qué manera intentó cuestionarse este pensamiento y menciona que para empezar el hecho de que se sintiera bien era una evidencia que no estaba decepcionado y quizás la percepción de **D** fue precisa. Además, se resaltó la presencia de la distorsión cognitiva de leer la mente, lo cual es algo imposible. Al generar pensamientos alternativos, **K** mencionó “puede ser que **D** se haya sentido decepcionada o triste por alguna razón y lo reflejó en mí o que también mi cara es de esta forma, cansada y no quiere decir que esté sintiendo lo que aparentemente está reflejando”.

**S** compartió una situación que le sucedió con **K** la noche anterior, en la cual ella le mandó información por whatsapp y él le contestó “muy seco” según su percepción. Inicialmente pensó que algo hizo mal pues percibió rechazo, sin embargo, posteriormente comenzó a generar pensamientos alternativos como “quizás se llenó su bandeja de mensajes o se le apagó el celular y solo contestó rapidísimo”, lo cual le tranquilizó. Asimismo, le pasó durante la mañana que se despidió de él y percibió que le respondió de nuevo “muy seco”, sin embargo pensó, “quizás esté preocupado por su calificación, está pensando en otras cosas”, por lo que reflexionó “normalmente pienso que la gente piensa cosas negativas hacia mí, pero me he dado cuenta que probablemente solo sea mi percepción y la gente puede tener miles de justificaciones de por qué actúan como lo hacen”. Posteriormente, **K** explicó lo que le sucedió por lo cual respondió tan

tarde, lo que reforzó el hecho que no es una cuestión de rechazo, si no que a veces suceden cosas que son difíciles de controlar.

Después, **R** comentó que **K** le dijo que se metieran a la piscina de la escuela y él no quiso porque no se quería quitar la camisa ya que se sentía flácido porque no hizo ejercicio durante la semana. Al cuestionarle su flexibilidad al evaluar a otros pero su rigidez al evaluarse a sí mismo, menciona que cree que a las mujeres no les atrae los hombres que no son musculosos, idea que fue rebatida con mi opinión y la de sus compañeras. **S** continuó este argumento comentando que le sorprende como lo que se considera atractivo varía ampliamente de persona a persona, ya que a una amiga suya le gusta los cuerpos muy musculosos pero a ella le gustan más los cuerpos esbeltos. **F** mencionó que tampoco a ella le gustan los cuerpos musculosos pues cree que es excesivo y la gente que lo tiene se centra demasiado en eso.

**R** contestó a este argumento compartiendo que cree que cada quien tiene su centro, y que a él, el gimnasio le ha ayudado a ser constante y disciplinado. De acuerdo con esto, les compartí que el fijarse metas y el esforzarse es algo muy bueno y valioso, a pesar de ello, **R** mantiene ciertas ideas que los limitan, como en este caso, a no quitarse la camisa para meterse a una piscina y sentirse mal y avergonzado por su cuerpo, lo cual está obstaculizando el disfrute de sus actividades cotidianas. Al pedirle que generara pensamientos alternativos ante esta situación, mencionó “a lo mejor estoy viendo una perspectiva que no es, tal vez lo estoy imaginando, hay personas que están peor que yo, a pesar de todo si se notan los cambios en mi cuerpo”.

**F** continuó la conversación al compartir que el fin de semana usó tacones, lo cual es algo que nunca antes había hecho. Al preguntarle que pensamiento le permitió sentirse con la confianza de hacerlo, comenta que se dijo “quizás sea incómodo, pero puede funcionar”, y que al principio experimentó cierto miedo e incertidumbre pero poco a poco se fue sintiendo más cómoda y finalmente le gustó la experiencia.

Posteriormente le pregunté a **D** como se encontraba y si tenía alguna experiencia para compartir, a lo que respondió que el día anterior le habían comentado que se veía más delgada y se sintió bien por ello, al cuestionarle el porqué de su satisfacción, menciona que así es como quiere estar, ya que está estudiando una carrera que no le permite ser gorda. A partir de este comentario, iniciamos una discusión acerca de la figura del nutriólogo, **S** prosiguió diciendo que sí es algo que tiene que hacer ya que es importante que sean profesionales saludables y que además tengan

una imagen acorde a lo que predicán. **M** menciona que cree que la imagen del nutriólogo se ha estigmatizado mucho, pues así como los médicos, los hay obesos y no tienen nada que ver con lo bien que hacen su trabajo. **R** comenta que la gente se deja llevar mucho por las apariencias, así como los aditivos que se le adhieren a la comida para verse apetitosa, así la buena imagen del nutriólogo sirve para atraer clientes, no obstante no se relaciona con la cantidad o calidad de conocimientos que tenga la persona. Al final, se concluyó que los nutriólogos no necesariamente tienen que ser delgados para ser buenos profesionales, sin embargo, es algo deseable para tener una buena presentación.

Continuando con las situaciones, **M** compartió que recientemente vio a un compañero de la preparatoria y le dijo que le sorprendía que estuviera estudiando nutrición, lo cual le alegró puesto que cree que la mayoría de la gente que lo conoció en esta etapa no pensaría cosas positivas de él. Al preguntarle qué hubiera pasado si esta persona le hubiera dado un comentario negativo, respondió que se sentiría mal por lo que enfatizó en la importancia de trabajar en los pensamientos más que en las situaciones. Para eso, le pedí generara pensamientos que le permitieran sentirse estable independientemente del comentario que recibió, contestando “me está yendo bien, me siento bien con lo que estoy haciendo, es lo que yo quiero y me gusta mucho”.

Antes de terminar con las intervenciones, **S** compartió una situación que le preocupa, ya que a pesar de los grandes cambios que observa en su pensamiento y en su forma de ser (se siente una persona más fuerte y menos vulnerable ante las críticas de los demás), aún tiene problemas en casa puesto que su familia le hace ver que está obsesionada con su aspecto físico pues quisiera tener el cuerpo que tenía hace algunos años, el cual era más delgado y bien formado. Esta situación le preocupa mucho porque su familia es su círculo más importante y se siente muy mal cuando le hacen estas observaciones. La respuesta ante este comentario fue [terapeuta] “debe ser realmente pesado intentar alcanzar estándares del pasado...quizás sería más útil poder comprender que los seres humanos cambiamos todo el tiempo y es importante intentar aceptar como es uno en el presente”. También se reflexionó acerca de la intensidad y frecuencia en la que comúnmente uno se juzga y se critica y lo diferente que se actúa con los seres queridos y personas cercanas.

Por último, en la parte de las reflexiones finales, se mencionó lo siguiente:

**K:** “creo que entender esta situación y adentrarme mejor a lo que siento y por qué lo siento es complicado pero pienso que es importante comenzar a hacer esas preguntas, de si eso que yo veo como una realidad, en verdad es real, para así quitarme algunas presiones de encima y ser un poco más libre... [terapeuta] ¿cómo crees que será tu desempeño más adelante con respecto a lo que comentas?...[K] he avanzado mucho, si puedo meterle ganas, he estado peor emocionalmente, súper más inestable y he avanzado bastante, siento que sí puedo pues me da confianza que haya logrado muchas cosas, que haya mejorado en lo personal a lo largo de mi vida”.

**R:** “el aspecto físico no es todo, me fijo en lo que está encima de mí y casi nunca me fijo en lo que he llegado, si yo no me fijo en el físico de las personas, quizás los otros tampoco se fijan en mi físico. Siempre que tengo un pensamiento malo debo preguntarme por qué es malo este pensamiento y es importante que haga algo con ese pensamiento y cuestionarme si es real”.

**S:** “esta sesión me ayudó mucho a entender la perspectiva que cada uno tiene de sí mismo, me ayudó a reflexionar acerca de lo que pienso de mí y lo que las otras personas piensan de mí misma, y a preguntarme que tanto dejaré que me afecte y repercuta en mi persona. Está muy bien tener metas y objetivos trazados sin embargo hay que reflexionar qué va a pasar cuando lo logre”.

**D:** “habías mencionado que hay algunos pensamientos o perspectivas de nosotros que se ven afectados por los comentarios de los demás, y yo creo que sí cambio mucho mis pensamientos; un día digo, me veo bien, me siento bien, puedo ponerme blusa de tirantes pero cuando alguien me dice algo digo que ya no me vuelvo a poner esto, me veo gorda, etc., entonces creo que si siento que todos se fijan en cómo me veo ahora”.

**F:** “pienso que nos formamos conforme a las situaciones y aspectos negativos, a mí me pasa, ya que tiendo a centrarme en aspectos de mí que no me agradan. En ocasiones siento que las personas observan detenidamente esas zonas en particular, que observan y critican mi altura, es algo complicado, pero tratar de adaptarme y aceptar mi cuerpo y esa zona es algo que poco a poco voy logrando para mi beneficio y comodidad. Me figuro lo que los demás piensan de mí, y llega afectarme hasta cierto punto pero no comprendo por qué sigo prestando atención si sé que lo que creo que dicen no es verdad, son simples figuraciones mías. Es mejor que me preocupe solo por mí y mi sentir”.

En esta parte, hice énfasis en lo importante de la práctica para modificar los pensamientos rígidos y empezar a internalizar los pensamientos más flexibles, por lo que es entendible que aún afecten los comentarios de los demás.

**M:** “siento que muchas veces me juzgo a mí mismo por aspectos que no me agradan o que los demás me critican. Siento que muchas veces me fijó mucho en el pasado y pues esos aspectos perjudican mucho mi percepción. Igual ante lo que pasan los demás, muchas veces comentarios de terceros no me afectarían tanto si tuviera pensamientos positivos hacia mi mismos”.

Viernes 3 de junio de 2016

## Sesión 8

En esta sesión asistieron solamente **S** y **K**. Iniciaron comentando algunas reflexiones con respecto a la sesión pasada; **K** mencionó “siento que sí me estoy cuestionando más cuando estoy afuera, como por automático me acuerdo de lo que hemos visto acá y sí trato de cuestionarme cuando me siento mal y sí me ha funcionado...me gustó lo que dijiste acerca de que reestructurar nuestros pensamientos es una habilidad, mientras lo vas practicando te vas adaptando, es como si tuvieras una especie de armadura y está padre practicarlo”. Posteriormente compartió una experiencia que le sucedió en la semana:

**[K]** siento que los maestros me ven como si yo fuera un flojo, y estaba en clase de inglés y levanté la mano porque tenía una duda y cuando la maestra me miró, sentí que pensó “tu ni si quiera vienes a clase y faltas”, sentí que me miraba como si yo no supiera nada, que me veo como un tonto, me costaba trabajo mirarla a los ojos y hablar con ella, sentía miedo al hablar, de no llenar sus expectativas, siento que todos me miraban. En ese momento me acordé de lo que hemos trabajado y empecé a generar pensamientos alternativos, como “quizás la maestra se siente mal, a lo mejor ella se siente insegura o tuvo un mal día, aunque me viera así ella no me conoce, no sabe lo que hago y no tiene razón para juzgarme”. El efecto que tuvo en mí fue que me sentí bien, pude continuar con mi duda, la pude mirar a los ojos con seguridad, sonreí, me sentí alegre. Al terminar, reconocí este esfuerzo como un gran logro y hablé acerca de la gente que en efecto puede estar mirando de ciertas formas, puesto que también tienen percepciones y prejuicios, no obstante es importante cuestionarse más cosas como que el hecho que alguien nos mire mal no nos convierte en malas personas, los seres humanos tenemos infinidad de cualidades, no solamente un aspecto nos define.

**S** compartió una experiencia en la que no pudo llegar a una cita con un maestro por que le robaron el celular. Al preguntarle qué pensamientos alternativos podría generar para que sus emociones sean racionales, menciona “no fue culpa mía, traté de cumplir con mi responsabilidad, le puede pasar a cualquiera”...sin embargo sí me siento mal porque seguro piensa que son una irresponsable, ya no va a querer darme asesorías... **[terapeuta]** ahí estás utilizando la distorsión de adivinar el pensamiento y sabemos que es imposible que tu sepas lo que él está pensando... **[S]** si es verdad, no lo puedo saber, quizás sea importante que yo le comente la situación para ver

si puede entender... [terapeuta] ¿y si a pesar de que le expliques no entendiera y pensara que tú eres una irresponsable?...[S] pensaría que ya cumplí con decirle lo que sucedió, no como una excusa y ya está en él creer lo que quiera...[terapeuta] si aplicaras ese pensamiento, ¿cuál crees que sería el efecto en ti?...[S] probablemente tranquilidad y alivio.

Posteriormente **K** preguntó si las percepciones o formas de pensar definen con quienes se llevan las personas ya que en el otro salón muchos se critican y no se llevan entre ellos, esta conversación llevó a hablar de cómo cuando uno es más flexible tiende a ser más tolerante y probablemente con mayor apertura a convivir y relacionarse con personas que sean o tengan opiniones diferentes a la de uno mismo.

**K** continuó planteando una situación con su madre que le incomoda mucho ya que cuando se viste normalmente lo critica diciendo “oye está muy fea tu camisa, muy arrugada” y tiene la percepción que a su madre no le gusta se ve la ropa sobre el cuerpo de **K**, más que cómo se ve la ropa en sí. Comenta que si se sentía seguro de sí mismo antes del comentario, posteriormente duda, cambia su percepción y empieza a verse mal por lo que se cambia de ropa. [Terapeuta] ¿Qué podrías decirte para evitar que cambiara tu estado de ánimo?... [K] pues que mi madre no sabe a dónde voy, quizás se imagina que voy a algún lugar formal, ella creció en otros tiempos, tal vez le recuerda a mi papá, creo que después de eso sí me sentiría más tranquilo, aunque también creo que sería bueno acostumbrarme porque quizás mi mamá no va a cambiar. Tomando en cuenta este comentario, intervine al plantear que en muchas o en la gran mayoría de las ocasiones, es útil asumir que las cosas no van a cambiar como un modo de obligarnos a modificar la estructura del pensamiento, más que las situaciones que nos rodean.

Seguidamente, **S** al escuchar la situación de **K**, compartió algo similar que le pasó hace un año, cuando quería salir al parque con sus amigos y se puso una falda larga. Su madre, al asumir que lo hizo porque no quería mostrar sus piernas, la quería obligar a cambiarse, lo cual desembocó en una gran pelea. Por ello, hablamos un poco acerca de la preocupación de los padres pues en ocasiones anteriores **S** había expresado que se sentía mal con su cuerpo, por lo que la reacción de su madre fue totalmente esperada. Asimismo, introduje el tema de la asertividad, pues hubo una falta de comunicación importante, ya que **S** reconoció que no expresó de manera adecuada sus necesidades, lo cual quizás hubiera suavizado en gran medida la situación. A partir de ello,

generaron entre los dos participantes, pensamientos y acciones alternativas que **S** pudo haber implementado para manejar de una mejor manera la situación.

**K** continuó compartiendo que en una ocasión su madre le criticó la ropa y a pesar que lo estuvo pensando mucho tiempo, al final no se cambió. Posteriormente su madre le dijo que se había equivocado pues le parecía que se veía bien, por lo que él se dio cuenta que la percepción de su madre fue cambiante y que quizás no sea bueno que confíe en ella todo el tiempo. Después, quiso comentar otra situación que le sucedió la noche anterior:

[**K**] Me peleé con mi padre, sentí que lo ofendí, le dije cosas feas, levanto mucho la voz...creo que me molesto porque cuando digo algo siento que no me escuchan, siempre trato de buscar una solución y cuando la digo como que me evaden, por eso creo que cuando respondo grito y lastimo a las personas...siento que mi palabra no vale nada, tal vez no me entienden o por el problema que yo tenía de niño, siento que por eso no me hacen caso... [**terapeuta**] ¿Qué tan real es que nunca te escuchan?... [**K**] creo que no del todo, de un año para acá creo que me escuchan más, porque he demostrado ser responsable y que mis opiniones valen, ahí creo que se rompe la regla... [**terapeuta**] ¿qué ideas rígidas crees que tienes que te hacen reaccionar así?... [**K**] quizás que yo tengo que ser responsable por todos, el que estabiliza y busca soluciones, pero ahora entiendo que no tiene porqué ser así, si pienso eso, me ayudaría a controlar mis emociones...tengo mucho qué pensar.

Por último, a modo de reflexión, **S** compartió:

“En esta sesión pude percatarme acerca de las percepciones que tengo de las personas que me rodean, que muchas veces me impacta mucho el qué dirán y lo que hago es alejarme en lugar de enfrentarme, entonces es ahí donde se van gestando pensamientos negativos que aluden a las actitudes de los demás en relación a mi persona. Sería bueno que esto no me afecte y lo primero que quisiera hacer es enfrentarme a ello. También me di cuenta que he mejorado mucho mi forma de pensar y esto me ayuda a mejorar mi actitud. Para finalizar, creo que sería bueno trabajar en mi empatía con los demás”.

**K**: “siento que es necesario platicar acerca de esas situaciones que me ocurren, porque acá podemos ayudarnos entre todos para poder cuestionarme bien acerca de los problemas que yo tengo. Aprendí que he estado desarrollando poco a poco esta habilidad, que así como puede ayudarme a mantenerme estable, puede ayudarme a potenciarme y a ser más efectivo en diversas

actividades. También es importante que a lo largo de mi vida, me cuestione muchas cosas que yo pienso de los demás, lo cual me ayudará a mantenerme en control y a no ser tan juzgador”.

Para terminar, se les asignó que trabajen en la semana en el formato de registros de pensamientos alternativos.

Lunes 6 de junio de 2016

## Sesión 9

Esta sesión inició con **K** platicándole a sus compañeros el logro que tuvo la semana pasada con la situación que se presentó con su maestra, les explicó qué sentimientos tuvo al inicio, la manera en la que cuestionó sus pensamientos y el efecto que tuvo en él haber generado pensamientos alternativos. Asimismo, **S** compartió la experiencia que tuvo con su profesor, así como también los pensamientos alternativos que generó y sus efectos.

Para continuar revisando situaciones y debatiendo ideas rígidas, **F** compartió una experiencia en la que se sintió desanimada y rechazada porque durante una competencia, percibió que una autoridad importante de su deporte, piensa que ella no cumplía con las expectativas para ser de sus favoritas por lo que pidió a sus demás compañeros que cuestionaran todo lo que **F** estuvo pensando. **R** dijo “bueno, y ¿qué tiene que no le simpatice, total ya estás ahí? y eso probablemente demuestre que eres buena”, **D** mencionó “quizás solo así sea su cara de serio y sea un maestro exigente, pero no quiere decir que te rechace”, **S** dijo “quizás solo quiere saber hasta donde puedes llegar”. **F** comentó que todos tenían razón pues asumió muchas cosas que a ciencia cierta no podía saber, sin embargo en el momento de la situación, si le costó mucho trabajo cuestionar todo lo que pensaba por lo que **K** le compartió que efectivamente es difícil, pero si todos lograran dominar esta habilidad a través de la práctica puede ser muy útil en momentos que generan mucho estrés, les puede mantener estables y hacerles sentir bien.

Seguidamente, **M** comentó la siguiente situación:

No les he dicho a mis padres que reprobé y seguro cuando lo haga se van a decepcionar de mí. Tampoco lo quiero decir por mis hermanos, ya que me van a reclamar que mis padres me dan todo y no salgo bien en la escuela. [**Terapeuta**] ¿Qué es lo peor que podría pasar si les dices?...[**M**] pues creo que no mucho, de hecho decirles sería ya soltar un peso de encima, no creo que me reprendan mucho, no sería tan fuerte, quizás primero me pregunten qué pasó y quizás lo van a entender...[**terapeuta**] pues no parecer ser tan catastrófico como pensabas. Quizás la decepción es más sobre ti mismo... ¿qué diálogos tendrías contigo mismo que te hagan sentir más tranquilo?... [**M**] pues que salí bien, aunque haya reprobado me fue bien, pasé la materia más difícil y al fin y al cabo si aprendí mucho, también que puedo mejorar mi promedio con el acompañamiento. **R** continuó con el mismo tema al compartir que cuando supo que había

reprobado una segunda materia, se sintió tan estresado y triste que dejó de entrenar, actividad que estaba haciendo en ese momento. Por ello, entre todos generamos pensamientos alternativos que pudieron haberle servido para continuar con su entrenamiento; algunos de ellos fueron “en este momento no puedo solucionar nada, no solo yo estoy en esta situación, acepto la responsabilidad y aprenderé a hacerlo mejor la siguiente ocasión”, etc.

Para cuestionar un poco el tema de los estándares de belleza de ciertas partes del cuerpo, retomé una situación de D, en la que un compañero suyo le dijo que su frente era grande. **D** pensó que al tener la frente grande se veía fea, por lo que pedí que entre todos los participantes cuestionaran esta idea, algunos comentarios fueron los siguientes: “no le podemos gustar a todo el mundo, a algunas personas les gustan otras que tienen frente grande, ¿quién da las medidas de qué es una frente grande?, a veces es ventaja para ponerse fleco, hace que se vea más larga la cara, ¿qué criterios toman las demás personas para criticar alguna parte de nuestro cuerpo?”. Seguidamente **K** preguntó “¿Es una cuestión de resignación?... [**S**] yo creo que más que resignación, es de aceptación pues creo que genera tranquilidad al contrario la resignación es forzarnos y puede ser costoso emocionalmente.

Posteriormente **S** quiso compartir una preocupación ya que al siguiente día iría a su cita con la nutrióloga y un día anterior se pesó y vio que solo había bajado 550 gr pues durante la semana de su cumpleaños no siguió la dieta al pie de la letra. Al reconocerle que fue flexible pues se permitió comer cosas diferentes, menciona que a pesar de ello se sintió decepcionada de sí misma, por lo que empezamos a hablar de las ideas rígidas de las dietas y lo contraproducente que es no permitirse salirse del régimen por una comida o dos y sentirse mal por ello. **F** compartió que ella no comió carne durante dos años y lo hizo, sin embargo reconoció que no pasó nada, solo fue una experiencia diferente y solo pensó “voy a intentar algo nuevo, salirme de la rutina, no creo que pase nada”.

Por cuestiones de tiempo no pudieron compartir las reflexiones de la sesión, lo cual quedó para la siguiente y se les asignó que continuaran con el formato para generar pensamientos alternativos.

15 de junio de 2016

## Sesión 10

La sesión inició revisando una vez más situaciones difíciles de la vida cotidiana de los participantes en los que hayan intentado cuestionarse ideas rígidas y generarse pensamientos alternativos más saludables.

**F** compartió haber estado entrenando a unos chicos y uno de ellos le preguntó su edad, ella respondió “¿cuántos crees?” y le contestaron una edad mayor. Menciona que se sintió mal pues de nuevo le dijeron que se veía mayor, sin embargo, **R** le preguntó por qué si no le gusta que le digan que se ve mayor tiende a jugar a adivinar con los otros y que le parecía que se pone en esa situación a propósito, por lo que hablamos acerca de este mecanismo que algunas personas utilizan para reforzar las ideas rígidas que tienen sobre sí mismos. Posteriormente, entre todos generaron pensamientos alternativos que le pudieron haber servido a **F** para manejar la situación, tales como “no hay que tomarlo en serio pues no es mi edad real, se puede equivocar como cualquier persona, que me hayan dicho que soy mayor no quiere decir que me vea más vieja, a lo mejor me ven con más experiencia, o me tienen respeto”, etc. y reconoció que se sentiría más relajada, menos tensa y tendría menos pensamientos negativos.

Después de una breve discusión acerca de si la altura está comúnmente relacionada con la edad, **R** comentó que el día anterior había visto a una amiga en el cine y le dijo que se veía más chaparrito; comparte que al inicio se sintió mal pues lo creyó pero al cuestionar esa idea, pensó en que se ha medido y realmente no ha cambiado su altura, quizás porque se ha estado anchando su espalda por el ejercicio, pareciera que su altura ha cambiado pero no es real. A partir de ello resalté la importancia de tomar en cuenta evidencia objetiva y medible para tratar de contrarrestar algunas ideas rígidas o exageradas que se perciben como reales.

**M** siguió con otra situación que le generó temor pues por una confusión de horarios pidió que se moviera el horario de una clase en la que todos sus demás compañeros asistían, por lo que antes de ir a la escuela tenía mucho miedo pues aseguraba que le iban a reclamar sus compañeros. Sin embargo, antes de ir, menciona que cuestionó sus temores y generó algunos pensamientos alternativos como “lo más probable es que no solo sea para mi beneficio, si no el de la mayoría” e incluso cuando una compañera lo culpó ya que según ella debido al cambio de clase no había

estudiado, él se dijo a sí mismo “no es mi responsabilidad que ella no haya estudiado, así que no me voy a sentir mal”.

Continuando con las situaciones, **S** compartió que estaba con su madre en su cuarto y tuvo una discusión pues tiene ropa que le dejó de venir hace tiempo con la intención de algún día volver a usarla. Ella se sintió incomprendida por su madre hasta que esta última le dijo que lo único que quiere es que **S** se acepte a sí misma, lo cual le tranquilizó. También mencionó que años atrás durante un período depresivo, tuvo una significativa pérdida de peso porque restringió su alimentación de manera importante y vomitaba con regularidad, comenta que actualmente en que está haciendo una dieta, le están volviendo esos pensamientos que la motivan a vomitar. También comentó que en el salón tuvo que hacer un trabajo con un equipo que no sabía nada y se desesperó mucho porque creyó que por que va desarreglada a la escuela, o no le cae bien a los demás, nadie la eligió. Igualmente menciona que no entendía el ejercicio por lo que piensa que ya se volvió muy tonta pues en la prepa le iba mucho mejor. Para iniciar la conversación, le pregunté a sus compañeros que opinaban del relato de **S**; **R** dice que no entiende porque se siente sola o rechazada porque él es su amigo y muchas otras personas están ahí para ella y opina que le da demasiada importancia a cosas que le abruma y se ahoga en un vaso con agua. En cuanto a la parte académica, hablamos acerca de empezar a cuestionar incluso lo que para cada uno significa la inteligencia o la manera en la que los maestros nos dicen como aprender, ya que la memoria es solamente una parte del intelecto, que su desempeño puede estar determinado por muchos factores, entre ellos la complejidad del material y no porque algunos maestros impongan aprenderse las cosas de memoria quiere decir que es el único o el mejor método de aprendizaje. En cuanto a lo referente a sus conflictos con el cuerpo y la alimentación, **R** le sugirió que tomara en cuenta que salirse del régimen por una ocasión no hace la diferencia en el peso y le preguntó si le dijo a su nutrióloga que se duerme a altas horas de la noche y que tuvo una experiencia con conflictos en la alimentación en el pasado, a lo que **S** respondió que no puesto que no le dio confianza la nutrióloga. **K** continuó compartiendo que le preocupa el comportamiento de **S** y cree que a él le sucede lo mismo cuando habla: “no está mal anhelar quedar de una forma, desearlo con tanta fuerza, creo que lo malo es la manera en la que te afecta, porque te aferras mucho a esa idea, por eso yo lo comparo con cómo me siento cuando hablo. Es como cuando tú me decías ¿cómo sabes que no te ves bien?, entonces yo te digo ahora, ¿quién define que no te ves bien?

¿Cómo sabes que no te ves como en realidad quieres? Los espejos son muy engañosos, yo la verdad ya trato de no verme porque por ahora no me siento con la fortaleza de vencer a mi pensamiento, porque si me veo en el espejo voy a decir que me veo mal, y me voy a decepcionar, sé que ahora no tengo la fuerza para combatirlo pero eso es lo que estamos intentando hacer aquí y quizás llegue un punto en el que me voy a sentir capaz”.

Para adentrarnos a este tema, hablamos de las conductas de evitación y lo importante que es dejar de realizarlas en esta parte del proceso en el que aún no se sienten con la fuerza necesaria para vencer sus percepciones distorsionadas así como de la conveniencia de aplicar estas estrategias de cuestionar los estándares de belleza y de reestructuración del pensamiento para evitar volver a esas conductas alimentarias de riesgo de las que habla **S**.

Asimismo, profundizamos un poco en las conductas alimentarias de riesgo, como el vómito, el uso de laxantes y diuréticos así como la dieta restrictiva y las consecuencias negativas de practicarlas.

**S** continuó compartiendo: tienes razón acerca de lo de ser consciente, estuve pensando en las razones que me hicieron volver a pensarlo, el origen o lo que desborda, no puedo recordar la sensación porque fue horrible y el sentimiento de impotencia por esa forma o adicción a bajar de peso, porque alguien me hacía sentir mal o porque quería ser aceptada por alguien. Ahora no está eso y pienso que la dieta es buena, sí restringe pero como bastante, sin embargo yo creo que parte de lo que me afectó fue la presión de no cumplir con la nutrióloga. También mis ideas rígidas, el ser tan perfeccionista y tratar de no volver a comer como antes. No creo volver a eso pero puede pasar que tenga otros comportamientos, y esos pensamientos están ahí y yo tengo que dialogar conmigo y decirme que no pasa nada, que me tranquilice, repercute la ansiedad y el estrés, pero al final sé que si puedo y que no solo sería bueno preocuparme sino ocuparme.

**F**: ¿qué pensaste que decidiste iniciar a vomitar?... [**S**] pues cuando veía a esta persona (una ex pareja) me ponía muy nerviosa y me daban ganas de vomitar y al hacerlo sentía un alivio y relacioné la sensación con algo bueno y luego dije “eso lo voy a utilizar para que me pueda aceptar, tal vez es mi cuerpo”. Después de un tiempo me sentí muy mal por hacerlo pero ya tenía temor de subir de peso, se combinaron muchas cosas y tienes que tener la voluntad para salir de eso y que hay personas que te apoyan.

**D:** ¿pero por qué te sientes rechazada?... **[S]** pues creo que es más conmigo la presión, yo no me acepto... **[R]** ¿y si llegas a tu meta qué va a pasar? ¿no crees que es un pensamiento rígido?...**[S]** No lo sé, si lo he pensado, no quiero llegar a esos extremos, pero en realidad quiero bajar de peso porque es una meta, aunque la gente no lo entienda.

Seguidamente varios compañeros le comentaron que si no se acepta tal cual es, probablemente sea difícil que se sienta satisfecha cuando llegue a su meta, pues quizás sea una cuestión de perfección inalcanzable y que realmente tiene muchas características positivas que la hacen ser una persona valiosa, lo cual tiene nada o poco que ver con la apariencia. Yo continué resaltando el hecho de que sus compañeros y amigos la quieren y la valoran por sus cualidades humanas así como ella lo hace con los demás, por lo que no hay razón por la cual ella tenga que juzgarse a sí misma de una forma tan dura. Al terminar esta conversación, **S** agradece los comentarios de todos y reconoce que tiene muchas cosas que pensar y cambiar.

Antes de terminar, **K** quiso compartir que en clase, pasó al frente a contestar preguntas de sus compañeros y dijo que podía sentir la mirada de todos, por lo que empezó a sentirse como un tonto, pero desde el inicio, se cuestionó todo lo que estaba pensando y continuó respondiendo las preguntas correctamente, lo cual le hizo sentir muy orgulloso. Posteriormente, le preguntó a unas compañeras cómo creyeron que lo hizo y le dijeron que parecía un sabelotodo, lo cual le hizo sentir mucho mejor. Le retroalimenté el gran logro que es poder cuestionar desde el inicio los pensamientos distorsionados que va teniendo y poder modificarlos al momento para sentirse fuerte y capaz de continuar con la actividad. Asimismo, puntalicé que el hecho de preguntar a los demás que opinan de su ejecución, puede tener repercusiones ya que las percepciones de los otros pueden ser diferentes y por lo tanto, contraproducentes, por lo que les sugerí que eviten preguntar con la intención de confirmar sus pensamientos, por lo menos hasta que sientan dominio sobre las estrategias de reestructuración del pensamiento.

Por último, compartieron sus reflexiones:

**K:** aunque estoy mejorando al momento de enfrentarme a situaciones, aún hay algunas en las que no sé qué hacer, pero luego las recuerdo y puedo detenerme a pensar como pude haberme cuestionado y así mejorar para la próxima situación. Gracias a eso puedo sentirme mejor y continuar adelante cuando una situación negativa intente dominarme. Además, me doy cuenta cuando mis compañeros comparten sus situaciones, que las personas tienen muchas y diferentes

percepciones, aunque físicamente no lo parezca. El permitirme dialogar con mis compañeros me ayuda a encontrar pensamientos alternativos ante situaciones que les pasan a ellos pero también me pueden pasar a mí.

**R:** pude observar más a fondo los problemas de mis compañeros, darme cuenta que algunos pensamientos que ellos tienen los tengo o los he tenido. Me gusta poder ayudarlos y al mismo tiempo, ayudarme a mí mismo con sus experiencias.

**F:** en ocasiones me predispongo a malos pensamientos y propicio una serie de negativas respecto a mí. Creo que sería bueno mejorar mi actitud ante mi edad y ante ciertas situaciones que me pasan. Quiero actuar y pensar con mejor perspectiva.

**D:** en esta actividad siento que coincidí con varios puntos con los demás, y creo que el retroalimentar si lo que pienso es real o no, me ayudan a clarificar mis pensamientos. También noté que cuando me pasa algo negativo, puedo pensar posteriormente en pensamientos alternativos para ver la situación de un modo positivo, por lo que es muy importante detenernos y analizar.

**M:** reconozco que mi pensamiento influye en la percepción que tengo de muchas cosas, a veces de manera negativa y eso me provoca ansiedad porque también pienso que esas cosas negativas los demás lo piensan de mí. He descubierto que mantener pensamientos positivos es una buena estrategia para sentirme bien y no dejarme llevar por cosas absurdas. Tener un buen equilibrio.

**S:** puedo darme cuenta que aún tengo muchas ideas distorsionadas y podría cambiar en todo aspecto. Sería bueno preocuparme menos y aceptarme, realmente sé que no estoy del todo bien pero estoy segura que el esfuerzo y la valentía no es en vano, pero si es necesario que me tenga que esforzar más lo voy a hacer. Lo que más me ayudó fue externar cómo me sentía, asimismo creo que puedo ser más objetiva y no dejarme llevar tanto por mis emociones. Quiero trabajar más en mi inteligencia emocional.

Viernes 24 de junio de 2016

## Sesión 11

En la sesión de hoy se revisó un texto que contenía estrategias para preservar los logros alcanzados, incluyendo tomar en cuenta actitudes de estancamiento, solución de problemas, comunicación asertiva para lidiar con personas provocativas y cómo sobrevivir a ataques sorpresa.

**R** inició comentando que le ha pasado mucho lo de lidiar con la “gente bonita”, que cree que mucha gente es mala onda porque son guapos y cuando los conoce se da cuenta que son personas agradables, por lo que cree que es importante darse la oportunidad de relacionarse con la gente independientemente de su apariencia. **D** continuó platicando acerca de las personas insensibles y que identificaba a una prima que en muchas ocasiones se refiere a sí misma y a **D** como “gordas”, por lo que entre todos tratamos de hipotetizar por qué se expresa de ese modo, a lo que concluimos que quizás como ella en realidad tiene sobre peso puede que se siente sola o sus amistades son insensibles con ella. **D** reconoció que el tratar de entender por qué su prima se expresa de esa forma, le ayudará a sentirse menos incómoda cuando hace esos comentarios.

Al preguntar si alguien más tenía experiencias con este tipo de personas, **M** menciona que en muchas ocasiones, cuando él le pregunta a sus amigas cómo se ve, ellas le dicen “horrible, muy feo”, y la explicación que **M** le da a su forma de responder es que quizás ellas creen que es gracioso molestarlo. Les platiqué que en algunas ocasiones, las personas insensibles devalúan la apariencia del otro porque tienen temor de ser abandonados o que la persona entable otras relaciones significativas, lo cual tuvo mucho sentido para **K** pues recuerda que en la preparatoria, una amiga suya le decía que algunas chicas no eran de su tipo o que nadie le iba a hacer caso. Luego **K** se dio cuenta que esta persona le daba estos comentarios porque tenía temor a que él se alejara de ella. En ese momento de la conversación, **K** comenta que se molestó por tener este recuerdo, por lo que les compartí que la idea no es generar rencor hacia estas personas, si no de generar empatía al tratar de entender las razones por las cuales son insensibles, pensando que también ellos pueden tener déficits o inseguridades, y así reducir la incomodidad que surge a partir de estos comentarios insensibles.

Continuamos con el tema de la asertividad y revisamos los pasos para generar un plan de comunicación asertiva. Al plantear una situación que pudiese utilizarse como ejemplo, retomé

una experiencia que **K** comentó la sesión anterior, en la que su madre constantemente le critica cuando se está vistiendo. Al preguntarle qué le diría si tuviera la oportunidad de confrontarla, mencionó “creo que en vez de complicarme con mis pensamientos, podría dialogarlo con ella y decirle, oye mamá cuando me dices que me veo como un mamarracho, de verdad siento que me veo mal y no me gusta que me lo digas y le pediría que si tiene algún comentario, que se espere a que yo termine la actividad para la cual me vestí”. **K** continuó con otra situación en la que su hermano continuamente le ordena hacer cosas de un modo agresivo o mandón, lo cual le hace sentir como un tonto y le molesta porque cree que su hermano quiere tener el papel de autoridad y comenta, “podría decirle: si tu no me das una orden de esta forma yo podría anticiparme a ayudarte, porque me doy cuenta cuando necesitas algo...cuando lo haces me siento como un tonto... si me pides las cosas de una manera tranquila, yo lo haría bien y no tendríamos que pelear. Creo que decirle eso, en vez de reprocharle como siempre lo hago, podría solucionar muchas cosas”.

Siguiendo con la asertividad, mencioné que a pesar de aplicar todos los pasos del plan, en ocasiones no funciona por muchas razones, no obstante, es más probable solucionar algún problema si expresamos lo que sentimos de un modo tranquilo y acertado. **D** reconoció que a ella le cuesta mucho trabajo ser tranquila, pues la gran mayoría de las veces se expresa de un modo agresivo con la intención de ofender al otro, por lo que hablamos de lo poco que sirve ser agresivo para resolver situaciones y las consecuencias negativas que provoca en la calidad de las relaciones sociales. Para finalizar con este material, platicamos acerca de las estrategias que se pueden utilizar ante los ataques sorpresa.

Posteriormente, se revisó otro texto de acciones positivas para mejorar la relación con el cuerpo. Al leer la actividad “afirmaciones cara a cara”, se mencionó como ejemplo la frase “no necesito tener una complexión perfecta para gustarme”, por lo que **R** comentó: esa frase me recuerda al comercial de AXE (desodorante) que dice “quién necesita tener buen cuerpo cuando tienes la nariz, quien necesita tener la nariz, cuando tienes el traje y así...” y me hace pensar que realmente no tenemos que tener todo el paquete completo para ser felices y todos tenemos ciertas cualidades que nos hacen valiosos. **M** compartió que él aplica esa estrategia en su vida diaria, se mira al espejo y se dice que se ve bien, que su cuerpo es agradable, y reconoce que le funciona bien, aunque a veces tiene algunos bajones.

Luego platicamos acerca de la estrategia “me convierto”, con la cual **D** se identificó pues constantemente finge tener un corte de cabello que no tiene y lo experimenta como real. Al cuestionarle el por qué no decide cortarse el cabello, les platiqué que es totalmente válido hacer ciertas modificaciones en el cuerpo para mejorar la relación con la imagen corporal y si tienen la oportunidad de experimentarlo, sería bueno que lo hicieran, siempre y cuando no represente un esfuerzo desmedido. Por último, revisamos las estrategias para percibir dominio y placer.

Para terminar, les pedí respondieran una serie de preguntas como parte de la reflexión final, la cual evaluaba los cambios que notaron en su persona tomando en cuenta el inicio y el final del proceso, los aprendizajes y descubrimientos más importantes, las áreas de oportunidad y sus opiniones acerca de lo que les gustó o no del proceso.

Anexo 3

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD UNIVERSITARIA DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTE TALLER

Como parte de un trabajo de tesis para alcanzar el título de Psicología Aplicada en Clínica para Adultos, te invito a participar en la intervención “Alcanzando nuestro bienestar corporal”. Antes de decidir participar, es importante que conozcas y comprendas lo que implica formar parte de este trabajo, proceso conocido como consentimiento informado. Siéntete con la absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto.

**Justificación.** En la actualidad, los medios de comunicación, entre otros muchos factores, nos bombardean con imágenes y ejemplos de cómo debería ser un cuerpo perfecto, admirable, atractivo y deseable, estándares que con dificultad se pueden alcanzar puesto que requieren esfuerzos extremos que pueden poner en riesgo nuestra salud tanto física como mental. Así como las creencias relacionadas con el cuerpo, existen muchos otros valores o ideas que no necesariamente son beneficiosos para nuestro desarrollo personal, por lo que es importante aprender a cuestionarlos y modificarlos para poder alcanzar el mayor nivel de bienestar posible.

**Objetivo del taller.** Es por ello que el objetivo del presente taller es el de brindar herramientas y estrategias para que los participantes trabajen en vías de mejorar su bienestar corporal y tener un estilo de vida más saludable con respecto a su cuerpo.

**Beneficios del taller.** Al tener un espacio de trabajo individual y grupal, cada participante tendrá la oportunidad de observar sus propias ideas y las de los demás y si resultasen ser generadoras de malestar, sustituirlas por una forma de pensar más flexible, dirigidas a promover bienestar.

**Procedimiento.** Tu participación consistirá en asistir a una entrevista individual como una primera fase del proceso previo al taller. Posteriormente, se requerirá que asistas a las 10 sesiones del taller, procurando tener una actitud de respeto por las opiniones de los demás, cooperación y

compromiso con tu propio proceso y el de tus compañeros. Cada sesión tendrá una duración de hora y media y el horario y frecuencia serán convenidos por los participantes. Las sesiones se realizarán en la Unidad Universitaria de Enfermedades Cardiometaabólicas.

**Riesgos asociados.** No existe ningún riesgo que pueda afectar tu salud.

### **Aceptación**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la información anterior y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Estoy de acuerdo en participar en esta intervención.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador:

He explicado al sr. (ita). \_\_\_\_\_ el objetivo y los procedimientos de este trabajo, así como los beneficios y riesgos que implica su participación. Asimismo, he respondido a sus dudas y acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha