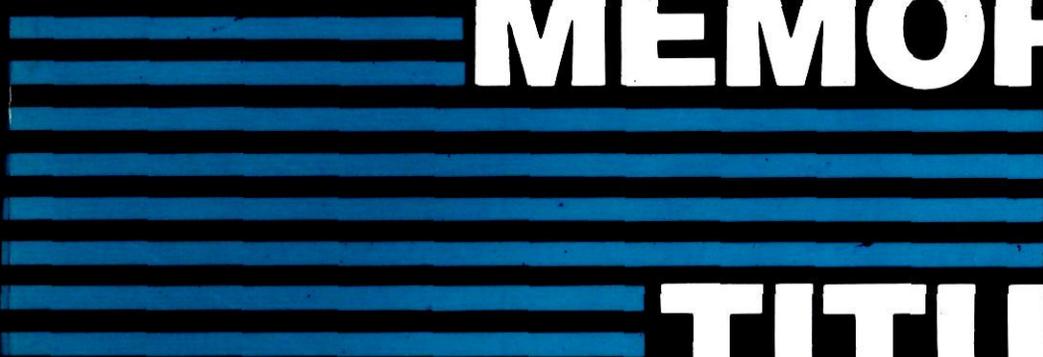


ME.PSI
(35)
2000
c.0



MEMORIA DE TITULO

UNIVERSIDAD
GABRIELA MISTRAL

LA UNIVERSIDAD PRIVADA AUTONOMA MAS ANTIGUA

ME.PSI
(35)
2000

M3037
c.o

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL
Departamento de Psicología

Memoria para optar al título de Psicólogo:

“ Efectos en la aplicación de Psicoterapia grupal sobre la autoestima de pacientes con trastornos alimentarios.”



Alumna/ Autora:
Carmen Ximena Montero C.

Profesor Patrocinante:
Dr. Pedro Eva Condemarín

Asesor metodológico:
Ps. Iván Armijo.

Santiago, Octubre del 2000

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	4
	1.Descripción Clínica de la anorexia nerviosa.....	4
	2.Definición y Criterios Diagnósticos de Anorexia y Bulimia Nerviosa.....	5
	3.Descripción Clínica de la Bulimia Nerviosa.....	8
III.	ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	11
	1.Factores Biológicos.....	12
	2.Factores psicológicos.....	14
	2.1Aproximación Psicodinámica.....	14
	2.2Propuesta Modelo Cognitivo- Conductual.....	16
	3.Factores Familiares.....	21
	3.1Enfoque Sistémico.....	22
	4.Factores Socioculturales.....	25
	5.Características Psicológicas de la paciente con Anorexia Nerviosa.....	26
	6.Características Psicológicas de la paciente con Bulimia Nerviosa.....	28
IV.	TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	31
V.	AUTOESTIMA Y TRASTORNO ALIMENTARIO.....	39
VI.	PSICOTERAPIA GRUPAL.VENTAJAS.....	50
VII.	TERAPIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES.....	57
VIII.	TERAPIA GRUPAL Y AUTOESTIMA	70



IX.	OBJETIVOS.....	77
1.	Objetivo General.....	77
2.	Objetivos específicos.....	77
X.	HIPOTESIS.....	78
1.	Hipótesis General.....	78
2.	Hipótesis Específicas.....	78
XI.	METODOLOGIA.....	79
1.	Diseño.....	79
2.	Población.....	79
3.	Muestra.....	79
4.	Instrumento.....	82
5.	Procedimiento.....	85
XII.	DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.....	91
XIII.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	99
XIV.	CONCLUSIONES.....	111
XV.	BIBLIOGRAFIA.....	118

XVI.	ANEXOS.....	124
1.	Escala de autoconcepto de Tennessee.....	124
2.	Taller de Psicoterapia Grupal.....	139
3.	Protocolo de entrevista utilizado como pauta de selección de las pacientes.....	153

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGIA

EXAMEN DE TITULO (Defensa de Memoria)

Fecha

20

Agosto

2001

Hora

14:30

Nombre de
la Memoria

Efectos en la aplicación de Psicoterapia grupal sobre la autoestima de pacientes con trastornos alimentarios

Alumnos

Carmen Ximena
Montero

Comisión
Evaluadora

Pedro Eva: 5.8
Iván Armijo: 6.0

Nota Final de
la Memoria

5.9

EVALUACION DE MEMORIA DE TITULO

I. IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA	EFFECTOS EN LA APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA GRUPAL SOBRE LA AUTOESTIMA DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS
AUTOR(ES)	CARMEN XIMENA MONTERO
PROFESOR EVALUADOR	IVAN ARMIJO R.
FECHA DE EVALUACIÓN	jueves, 25 de enero de 2001

II. CONTENIDOS

	Evaluación						
	<i>Marque donde corresponde</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
2.1. Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.3. Logro de los objetivos planteados en la investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4. Metodología general utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5. Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Conclusiones y reflexiones finales presentadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ASPECTOS FORMALES

	Evaluación						
	<i>Marque donde corresponde</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
3.1. Capacidad de integración y síntesis teórica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Coherencia interna del trabajo presentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Estilo de redacción (Precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.4. Grado de corrección ortográfica y de puntuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.5. Presentación formal de la bibliografía consultada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

IV. SINTESIS DE EVALUACIÓN Y COMENTARIOS

Se presenta un trabajo orientado a la formulación y evaluación técnica del uso de una técnica grupal en el tratamiento de trastorno alimentario. El problema está bien definido y la documentación teórica es clara y ordenada. La revisión abarca los temas de importancias en relación con los temas involucrados en la memoria, si bien me parece un tanto excesiva la revisión de modelos teóricos que finalmente no son incluidos en la discusión de resultados. Los resultados obtenidos son bastante positivos a la luz de las hipótesis planteadas, si bien la presentación de las tablas y gráficos es confusa, y no permite corroborar en forma completa la presentación escrita de los datos. La discusión final es también adecuada y se trabaja correctamente las limitaciones de los datos obtenidos. Creo que la dimensión de posible sesgo muestral pudo analizarse más profundamente. No obstante lo anterior, se presenta un muy buen trabajo que sería muy interesante replicar

DE ACUERDO A LA INFORMACION ANTERIOR CALIFICO ESTA MEMORIA CON NOTA

6,0

Nota en palabras (seis,cero)



FIRMA EVALUADOR

INFORME EVALUACION MEMORIA DE TITULO

I IDENTIFICACION

TITULO DE LA MEMORIA : Efectos en la aplicación de psicoterapia grupal sobre la autoestima de pacientes con trastornos alimentarios.

AUTOR (ES) : Carmen Ximena Montero C.

PROFESOR EVALUADOR : Dr. Pedro Eva Condemarín

FECHA : 12 de diciembre de 2000

II CONTENIDOS

Evaluación (*)
Asigne una nota de 1 a 7 a cada aspecto presentado

2.1	Originalidad y/o relevancia de la investigación realizada	6
2.2	Fundamentación teórica, discusión bibliográfica presentada	6
2.3	Logro de los objetivos planteados en la investigación	6
2.4	Metodología general utilizada	6
2.5	Tratamiento de la información recopilada, análisis de resultados	6
2.6	Conclusiones y reflexiones finales presentadas	5

III ASPECTOS FORMALES

3.1	Capacidad de integración y síntesis teórica	5
3.2	Coherencia interna del trabajo presentado	6
3.3	Estilo de redacción (grado de precisión conceptual, lenguaje académico, etc.)	5
3.4	Grado de corrección ortográfica y de puntuación	5
3.5	Presentación formal de la bibliografía y fuentes utilizadas	5

(*) La nota final de la Memoria no tiene necesariamente que ser un promedio de estas evaluaciones parciales, dado que cada uno de los puntos detallados para los contenidos y los aspectos formales, tienen diferente ponderación para una nota global.

IV SINTESIS DE LA EVALUACION Y COMENTARIOS

La Memoria evaluada incluye la meritoria construcción de un programa de psicoterapia grupal de tiempo limitado para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por razones prácticas, el diseño no incluyó la medición de la persistencia en el tiempo de los cambios positivos observados con la terapia aplicada, dato de gran relevancia.

En lo formal, considero que hay déficits en la redacción, puntuación y presentación de la bibliografía.

De acuerdo a la información anterior califico esta Memoria con nota 5.8

Nota en palabras (cinco, ocho)



Firma Profesor evaluador

I.- INTRODUCCION

Diversas investigaciones plantean un importante aumento de los trastornos alimentarios en estas últimas dos décadas entre la población de sexo femenino en edades que fluctúan entre la pubertad, adolescencia y adultez joven. Existen muchas explicaciones para este fenómeno, siendo éstas multicausales y fuertemente relacionadas con la modificación de los patrones estéticos socialmente valorados, especialmente en la cultura occidental.

Se entiende por trastorno alimentario toda alteración de la conducta alimenticia. Dentro de los cuadros más comunes destacan la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. En ambos trastornos se aprecia una alteración de la autoestima a partir de una imagen distorsionada del cuerpo. Estos cuadros encierran una importante significación en el área de la salud mental y ambos implican en casos extremos y prolongados, un riesgo vital de la paciente.

Se ha planteado que existe una estrecha relación entre la presencia de éstos trastornos y una autoestima negativa. La paciente posee ideas sobrevaloradas sobre la imagen corporal, atribuye una excesiva importancia a su apariencia conformando esto parte de un ideal de figura que no corresponde con su imagen corporal real . La sociedad refuerza este tipo de creencia al establecer juicios valorativos que resaltan la importancia de poseer un cuerpo excesivamente esbelto, lo que es asociado por la paciente como un ideal de belleza que forma parte esencial de su autoestima.

Dada la complejidad de estas alteraciones, ya que involucran elementos biológicos, psicológicos, familiares y sociales, debe ser incorporada en su tratamiento una visión interdisciplinaria que involucre terapia farmacológica y psicológica de modalidad individual y grupal (Kleifield, 1996).

Generalmente la forma de intervención individual es la más usada y los motivos obedecen a distintas causas como la inexistencia del trabajo psicoterapéutico en grupos debido al desconocimiento de las ventajas de la modalidad grupal y falta de formación de especialistas en el tratamiento integral de este tipo de alteraciones. La modalidad más utilizada corresponde al tratamiento farmacológico en combinación con psicoterapia individual de orientación cognitivo conductual.

Es importante considerar la relevancia que encierra la relación interpersonal de la paciente con otras semejantes que posean problemas similares, el efecto terapéutico que posee el grupo en sí mismo y los puntos en común que presentan las pacientes a la hora de valorarse de manera negativa. En este sentido la autoestima negativa es una variable capaz de originar y mantener este tipo de trastornos y por lo mismo puede ser reaprendida y modificada ayudando a la recuperación de la paciente.

Se ha comprobado que en el tratamiento psicoterapéutico de variables psicológicas como la autoestima, es más eficiente y recomendable la modalidad grupal en la medida que ayuda a la paciente a confrontar sus vivencias con las del grupo, a desarrollar nuevos recursos en común y en la búsqueda de soluciones respaldada por un grupo que posee su mismo problema. La modalidad grupal permite tomar conciencia de la existencia de otros miembros que padecen afecciones similares. El cambio en una persona del grupo estimula al progresivo cambio en los demás miembros del grupo, siguiendo una ley de equilibrio que es semejante a la de un sistema que tiende a la homeostásis (Bruch, 1988; Milicic, 1994; Kleifield, 1996).

La relevancia del estudio se explica en la medida que la modalidad de tratamiento grupal para este tipo de pacientes es relativamente desconocida en nuestro país .Otra de las razones por la que me parece importante estudiar estas patologías es que en Chile existen pocas investigaciones realizadas con poblaciones representativas

de nuestra realidad y debido a ello, generalizamos los datos encontrados por autores extranjeros a nuestra población. Por esto pretendo con esta investigación abrir un nuevo campo de estudio, con la finalidad que las futuras investigaciones cuenten con información nacional que sirva de base para el estudio de estas alteraciones. También con ella pretendo motivar a los distintos especialistas y personas que estén en contacto con pacientes que presenten Anorexia o Bulimia Nerviosa a que elaboren programas educativos de prevención y detección de estos trastornos y programas de tratamiento más eficaces, considerando la importancia que posee la intervención de la modalidad psicoterapéutica grupal.

El objetivo principal de esta investigación es diseñar un taller de psicoterapia grupal para la estimulación y desarrollo de la autoestima destinado a pacientes mujeres que sufran Anorexia y Bulimia Nerviosa o Trastorno Mixto de la Alimentación. La eficacia de este taller es evaluada a partir de un instrumento que será descrito con posterioridad. Para esto se compara al grupo sometido a terapia de grupo y farmacológica antes y después de la aplicación del taller y posteriormente al grupo intervenido con un grupo de control.

El enfoque teórico que guía el diseño del taller corresponde a los planteamientos de las terapias cognitivas- conductuales y específicamente a las terapias cognitivas- semánticas. La elección de esta modalidad terapéutica se basa en la visión integrativa que ofrece este enfoque.

Al diseñar y proponer este taller de psicoterapia grupal pretendo contribuir especialmente al ámbito de la atención pública e incentivar a estudios posteriores que hasta hoy son escasos dentro de nuestro país.

II.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Se define por trastorno alimentario toda alteración de la conducta alimenticia, dentro de los cuadros que se dan con mayor frecuencia están la Anorexia, Bulimia Nerviosa y el tipo mixto. Procederé a definir por separado el cuadro de la Anorexia Nerviosa del de la Bulimia Nerviosa, dando a conocer sus correspondientes descripciones clínicas y criterios diagnósticos con el objetivo de mostrar una visión más clara de estas patologías.

1.- **Descripción Clínica de la Anorexia Nerviosa**

El término de Anorexia Nerviosa se define por la negación de la paciente a mantener su peso dentro de los límites normales y por tener un intenso miedo a engordar frente al cual la persona comienza a hacer dietas estrictas, ejercicios extenuantes y a tener otras conductas para prevenir el aumento de peso.

En la literatura revisada se describe que la Anorexia Nerviosa comienza *generalmente en la pubertad* y que su aparición se relaciona con situaciones de vida estresantes para la persona, como por ejemplo pérdidas significativas y cambios vitales importantes (Toro y Vilardell, 1987).

Es importante destacar que la restricción alimenticia obedece al miedo que la persona tiene a subir de peso y no a una disminución real del apetito (Behar, 1988).

Estas pacientes no tienen noción de la enfermedad, ya que a pesar de haber perdido mucho peso corporal, niegan que están enfermas y son incapaces de vivenciar el cuadro como patológico y peligroso.

Su vida afectiva y social se ve afectada, ya que la persona comienza a aislarse tanto de sus familiares como de sus amistades; su deseo sexual se ve notablemente disminuído. Sólo su rendimiento laboral o estudiantil se conserva, sin embargo, en las etapas posteriores de la enfermedad también este aspecto se ve afectado (Garfinkel y Garner, 1989).

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por una alteración de la autoestima de la paciente, la que es negativa y acompañada de una distorsión en la estimación y aceptación de su imagen corporal. El severo adelgazamiento autoimpuesto se asocia a trastornos cognitivos y afectivos en la percepción que la paciente posee de sí misma (Vanderyken y Meerman,1988).

2.- Definición y criterios diagnósticos de Anorexia y Bulimia Nerviosa

A partir de la bibliografía revisada, se ha podido corroborar que todos los autores consideran a este trastorno como un síndrome con síntomas y signos característicos que la diferencian de otras patologías. La mayoría de los investigadores

han intentado definir criterios diagnósticos objetivos para esta patología, lo que conduce a que en la actualidad, la anorexia nerviosa sea definida sindromáticamente en función de varios criterios diagnósticos que son construcciones estadísticas elaboradas a partir de observaciones clínicas.

Me parece relevante incluir en esta investigación solamente los criterios diagnóstico propuestos por el DSM-IV(American Psychiatric Association,1994) ya que serán los utilizados para los criterios de selección de la muestra y el diagnóstico en dicha investigación.

Este manual define la Anorexia Nerviosa, utilizando los siguientes criterios diagnósticos:

1. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal. Por ejemplo, la persona se queja de que “se encuentra gorda”, o cree que alguna parte de su cuerpo se encuentra desproporcionada, incluso estando por debajo de su peso normal.
4. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos amenorrea (primaria o secundaria).

En los últimos años, los autores consideran a la Bulimia Nerviosa como un síndrome con síntomas y signos característicos que la diferencian de la Anorexia Nerviosa y de otras patologías.

El DSM-IV define a la Bulimia Nerviosa como “un trastorno cuya sintomatología esencial consiste en episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo), la percepción de falta de control sobre la ingesta durante episodios de voracidad ; vómitos autoprovocados, empleo de fármacos, laxantes y diuréticos; dietas estrictas o ayunos, ejercicios rigurosos para prevenir el aumento de peso, y una preocupación persistente por la silueta y el peso”.

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV (1994) son los siguientes :

1. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo).
2. Sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
3. La persona se empeña regularmente en provocarse vómitos; usar fármacos, laxantes, diuréticos; practicar dietas estrictas o ayunos; hacer muchos ejercicios para prevenir el aumento de peso.

4. Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.

- 5 Preocupación persistente por la silueta y el peso.

Es importante destacar el hecho que varios autores como C.Johnson y K.L Maddi (en C.Feinstein; Ad. Sorosky; 1987), Minuchin (en Neuman y Halvorson,1983) consideran a la Bulimia Nerviosa como un trastorno psicossomático.

3.- Descripción del cuadro clínico de la Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por una preocupación excesiva por la comida y una “urgencia” por comer. Las pacientes bulímicas organizan su vida en torno a la comida y a los alimentos; piensan constantemente en la comida y en la sensación que tienen de pérdida de control.

Esta situación, las lleva a ingerir grandes cantidades de alimentos, episodio que puede durar pocos minutos o extenderse en el tiempo por horas. Durante estas ingestas desproporcionadas, las pacientes ingieren alimentos dulces, de altas calorías y, generalmente, de textura suave. El alimento es consumido en forma secreta y demasiado rápido, incluso aveces sin masticarlos. Una vez iniciada la ingesta, hay dificultades para detenerla hasta que sobreviene un intenso dolor abdominal, seguido de sentimientos de culpa, vergüenza y autodesprecio, lo que las lleva a provocarse vómitos,

consumir laxantes, diuréticos y a realizar actividad física extenuante , con la intención de prevenir la subida de peso, preocupación que es persistente en estas pacientes.

Debido a esta preocupación por el peso, las pacientes manifiestan un comportamiento alimentario que fluctúa entre dietas estrictas y ayunos, períodos de alimentación normal e ingestas masivas. Este comportamiento provoca oscilaciones en el peso, pero en general este suele ser normal.

Las pacientes bulímicas manifiestan conciencia de enfermedad y se muestran preocupadas por su comportamiento alimentario anormal.

Otra característica importante que poseen estas pacientes, es su preocupación por su imagen corporal, de su apariencia física y atractivo sexual, pero no manifiestan alteración seria de la imagen corporal.

Se evidencia en estas pacientes una escasa capacidad para controlar sus impulsos, lo cual las lleva a manifestar períodos de descontrol de impulsos autodestructivos que pueden incluir conductas sexuales impulsivas, robos, automutilaciones, intentos suicidas y consumo excesivo de alcohol y drogas (Garfinkel y Garner,1980).

Otra característica importante es que las pacientes bulímicas, poseen una baja autoestima y una imagen disminuída de su propio cuerpo (Johnson, Holloway,1988).

La baja autoestima, la incorformidad con su propio cuerpo, los sentimientos de culpa, de vergüenza y el miedo al rechazo, que es otra de las características de estas

pacientes, junto con una gran necesidad de ser aprobadas por los demás, llevan a estas personas a presentar sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras. Esto último pareciera ser contradictorio, ya que estas pacientes se caracterizan por ser extrovertidas y por mantener sus actividades sociales en forma satisfactoria (Garfinkel y Garner, 1982).

Ambos cuadros, Anorexia y Bulimia Nerviosa se asemejan en el trastorno de los patrones cognitivos y afectivos diferenciándose en la conducta alimentaria y en el peso. Los planteamientos teóricos actuales consideran el tipo Mixto , donde se postula que puede existir una paciente anoréxica con sintomatología bulímica y viceversa , siendo este tipo el de mayor frecuencia (Tapia, 1996).

III.- ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La Anorexia como la Bulimia Nerviosa poseen raíces biológicas psicológicas y sociales. Se ha planteado además la posible presencia de una predisposición genética o familiar. Es frecuente relacionar este tipo de cuadros y su notable aumento con el interés de la sociedad por la esbeltez en referencia a los parámetros culturales de belleza. Al valorar y sobredimensionar la delgadez, la sociedad impone modelos que muchas veces no concuerdan con las dimensiones normales y reales del cuerpo femenino influyendo de manera nociva en la valoración negativa que la paciente posee sobre sí misma y su cuerpo (Casper,1986).

Se plantea que la sociedad actual sería en importante medida motivadora reforzadora y mantenedora de estos cuadros. Pese a existir múltiples investigaciones sobre estas patologías, se puede apreciar que entre los especialistas no existe un consenso en la comprensión de los factores asociados con la etiología y el tratamiento más adecuado para este tipo de alteraciones. En general se puede apreciar que existe coincidencia entre los autores acerca de la muticausalidad de los factores que intervienen en el origen de los trastornos alimentarios. Sin embargo, aún no se establece definitivamente cómo influyen estos diversos factores ni cual es la interacción específica de estos .

1.- Factores Biológicos: Perspectiva Biológica – Neuroendocrina

Los modelos biologicistas explican el inicio y la cronicidad de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa a través de la presencia de alteraciones en los neurotransmisores, tales como la serotonina y la dopamina. Se plantea que existiría una hipofunción serotoninérgica ya que la síntesis de este neurotransmisor se realiza a partir de los nutrientes básicos que aporta la alimentación. La disfunción serotoninérgica provocaría avidez por consumir mayor cantidad de alimentos, especialmente carbohidratos en el caso de las bulímicas (Tapia,1996).

Dentro de los factores biológicos, se han realizado estudios que han tratado de establecer la presencia de factores genéticos que influyen en el cuadro de la anorexia nerviosa . Al respecto, se han realizado investigaciones con muestras de gemelos monozigóticos y de gemelos dizigóticos . A partir de los hallazgos encontrados, se puede concluir que sólo en los gemelos monozigóticos, se aprecia claramente la influencia de los factores genéticos en la predisposición de este cuadro(Toro y Vilardell,1987).

A partir de investigaciones realizadas en las familias con un miembro con Anorexia Nerviosa, se pudo concluir que no existe una presencia significativa de Anorexia Nerviosa en los padres de los pacientes que padecen este trastorno (Toro y Vilardell, 1987).

Otro aspecto a considerar dentro de los factores biológicos, es el sexo. Se ha observado que la Anorexia Nerviosa se da con mayor frecuencia en mujeres, lo que no significa que sea exclusivamente de este sexo. Algunos autores han sugerido que la mujer puede ser más susceptible biológicamente a desarrollar este cuadro ya que se ha observado que tienen mayores fluctuaciones de apetito en relación con el estrés que los hombres (Neumann y Cols, 1983).

Diversos autores han planteado la existencia de alteraciones hipotalámicas como una posible causa orgánica de la Anorexia Nerviosa. Sin embargo, no existe ninguna evidencia exacta de si estas alteraciones son una causa o una consecuencia de esta patología (Mongil San Juan, 1986 ; Halmi, 1979 ; y Russell, 1979).

Dentro de los factores biológicos asociados con la Bulimia Nerviosa, se ha podido observar que existen algunas alteraciones biológicas asociadas con la depresión .Al respecto se ha encontrado que existe una respuesta TSH al TRH disminuída y una hiperactividad del eje hipotalámico- hipofisiario adrenal, señalado por el test de supresión de la desametarona (DST). También, se ha sugerido que existe una continúa estimulación por parte de la hipófisis (Cordero,1987).

Otras investigaciones han encontrado que las pacientes bulímicas manifiestan alteraciones del sueño REM, lo que es característico de los pacientes con desórdenes afectivos (Katz y Cols, 1984).

2. Factores Psicológicos

Con la finalidad de dar a conocer los aspectos psicológicos que influyen en la génesis de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, se hace necesario considerar los modelos teóricos que han estudiado este trastorno.

2.1 Aproximación Psicodinámica

Distintos autores plantean que los problemas específicos que conducen posteriormente a la Anorexia Nerviosa se inician en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación donde se establece el contacto entre madre e hijo. En estos casos se plantea que la madre no reaccionaría coherentemente a los estados de privación o saciedad del niño, impidiéndole con esto una correcta discriminación de sus sensaciones internas por lo que no podría aprender a diferenciar entre estar satisfecho, hambriento o sufriendo de alguna tensión (Bruch, 1978).

En distintas áreas se crean déficits a partir de lo que el niño no podrá desarrollar de la experiencia de sí mismo con respecto al control de su cuerpo y de sus funciones . Su separación con los otros *significativos* será débil y frecuentemente se verá indefenso frente a la influencia de impulsos internos y demandas externas.

Se plantea que el hecho de comer con frecuencia está ligado a preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, como aparecen en las fantasías imaginarias de las anorécticas. Es en la lucha entre la incorporación y el

rechazo donde se encuentran a veces las bases primitivas de la anorexia nerviosa; implicando el comer la asimilación y la destrucción simultáneamente (Toro y Vilardell, 1987).

El rechazo de la ingesta sería equiparable al rechazo de las relaciones sexuales íntimas, ya que junto con la significación de la ingesta alimenticia para el natural desarrollo de los caracteres sexuales somáticos, existe la vivencia de la concepción y del embarazo como algo semejante o equivalente a la ingesta alimenticia (Schütze ; 1980).

Desde esta perspectiva los trastornos alimentarios y los síntomas asociados serían una expresión de la angustia que se origina como una manifestación de un conflicto neurótico. Plantea que la *Bulimia* manifestaría este conflicto a través del vómito, el que sería visto como un síntoma de conversión histérico. Estas teorías y dentro de ellas la psicoanalítica, interpreta esta alteración desde un significado sexual, siendo el hambre excesiva un deseo sexual inconsciente y el vómito representaría una resistencia a las ideas de embarazo y a las fantasías de incorporación .

Se plantea para ambos trastornos Anorexia y Bulimia Nerviosa la existencia de un conflicto con la oralidad y la extrema dependencia afectiva. Por este aspecto, se plantea que la autoestima de estas pacientes se determina primordialmente por la valoración de los demás, pasando a último plano la propia valoración de sí mismas (Fenichel, 1996).

En términos psicodinámicos, la Bulimia Nerviosa tiene su origen en conflictos sadomasoquistas no resueltos de la fase oral que provocan una relación ambivalente con

la madre. La fijación a esta fase del desarrollo, con los temores asociados a la pérdida de objetos, se origina en un exceso de control y de énfasis de la madre y/o del padre en la comida y en las funciones alimenticias como símbolos de amor. Este conflicto no resuelto influye sobre cada una de las siguientes fases del desarrollo, de manera que quedan sin resolver conflictos de la fase anal, edípica y conflictos evolutivos posteriores.

La fijación preedípica a la madre no resuelta contribuye a la dificultad en el desarrollo psicosexual y a la intensidad del desarrollo edípico. La Bulimia puede considerarse un resultado patológico específico de conflictos edípicos (Feinstein y Sorosky; 1988).

2.2 Propuesta del modelo Cognitivo – Conductual

Este enfoque explica la Anorexia nerviosa en términos de condicionamiento operante . En este sentido, la conducta de rechazar el alimento es aprendida debido a que recibe algún tipo de refuerzo y es mantenida por la atención que le otorga el medio (Salas ,1987).

La teoría del aprendizaje social sugiere que la negativa a comer puede ser empleada como una poderosa arma de control y manipulación intrafamiliar . Además, el modelaje pareciera jugar, en ciertos casos , un papel importante en los hermanos o en la

diada madre –hija y en familias muy preocupadas del peso y la dieta (Toro y Vilardell, 1987).

Se plantea que la Anorexia Nerviosa es una respuesta desadaptativa en cuya base está la idea irracional e irreal por parte de la paciente que sostiene que “ debe abstenerse de comer” por temor a engordar (Mahoney,1974).

Este modelo postula que para lograr explicar el desarrollo y la mantención de la Bulimia Nerviosa, se debe realizar un análisis de las relaciones funcionales que existen entre los acontecimientos previos, refuerzos positivos y negativos . Dentro de esta perspectiva teórica la dieta se sostiene debido a la presunta eficacia para evitar la gordura. El abuso de los vómitos y purgantes sirve a una función semejante, pero además, permite evitar las consecuencias negativas de un consumo excesivo de alimentos (Feinstein y Cols, 1988).

J. Rosen sostiene que las pacientes bulímicas se sobrealimentan debido a que planean vomitar a posteriori, ya que la anticipación del vómito las libera de la ansiedad que les produce el aumento de peso. Por lo tanto, una vez que la paciente aprende el vómito autoinducido, éste se convierte en una fuerza impulsora (Feinstein y Cols,1988).

Para G. Russell (1979), la Bulimia Nerviosa se conceptualiza como un ciclo de autopertuación que involucra una interacción entre mecanismos psicológicos y fisiológicos. Dicho autor elabora un modelo que es el siguiente:

1.- La insatisfacción con el propio cuerpo generalmente acompañada con baja autoestima y en algunos casos, con graves problemas de personalidad, conduce a un sistema de creencias organizado que se traduce en dietas estrictas y en pérdida de peso .

2.- La pérdida de peso y un peso sostenido inferior a lo normal, producen respuestas fisiológicas que se reflejan en el incremento de hambre, preocupaciones por la comida y ataque de sobrealimentación destinados a retornar al organismo a un peso saludable o a un nivel de peso determinado constitucionalmente.

3.- Los factores cognitivos y/o emocionales determinan si se desencadena la alimentación compulsiva o si esta puede ser evitada. Por ejemplo, la transgresión aún mínima de la dieta rígidamente preescrita, lleva a la conclusión de que no puede entregarse al impulso de comer, puesto que el autocontrol perfecto ha desaparecido y la angustia puede interferir con los procesos de autocontrol cognitivo requeridos para sostener la dieta ante un apetito intenso.

4.- La confianza en el vómito autoinducido perpetúa el desorden, ya que mantiene el peso en un nivel bajo y disminuye la ansiedad que se asocia con la idea de que el consumo de alimentos engorda.

El tratamiento cognitivo- conductual para la Anorexia Nerviosa está basado en dos suposiciones sobre este desorden. La primera de ellas es que la Anorexia se desarrolla a partir de experiencias adversas, las que frecuentemente

están asociadas con transiciones del desarrollo y eventos vitales estresantes . Las pacientes generan conductas evitativas ineficaces y poco apropiadas en distintas áreas. Estas áreas incluyen las transiciones del desarrollo junto a las expectativas ligadas a éstas , tales como, miedo a la maduración, a la autonomía a separarse de los padres, comienzo de una relación de pololeo y temor al inicio de la vida sexual .

El surgimiento de la Anorexia se encuentra ligado también con sentimientos de inutilidad, de desvalimiento, y con la presencia de una escasa autoestima. Presentan generalmente relaciones disfuncionales con los miembros de su familia y con sus pares, esto se relaciona con una marcada tendencia a la evitación social y una gran desconfianza en el establecimiento de vínculos interpersonales (Kleifield,1996).

Se plantea que la preocupación por la comida y el peso invaden de tal manera a las pacientes que se inundan de ansiedad, miedo y depresión . La conducta de no comer aparece como un gran refuerzo, siendo éste funcional tanto a nivel interpersonal como emocional ya que permite a la paciente tener un control de su peso, de su imagen y de sí misma lo que mantiene su autoestima en niveles relativamente aceptables . Esto las hace sentir capaces de controlar sus emociones y deseos, al verse esbeltas se autoengañan creyendo que serán socialmente aceptadas y valoradas, lo que contribuye a ser un elemento regulador de la autoestima .Por esto la condición anoréctica provee a la paciente de un aumento importante de su autoestima (Kleifield, 1996).

Cuando la paciente restringe la ingesta, junto al descenso del peso, existen una serie de sensaciones de competencia, confianza y control. Lo que ellas intentan es demostrarse a sí mismas es su capacidad de autocontrol. Esta sensación de autocontrol va aumentando después y a través de comportamientos fuertemente regulados a los que se someten con la intención de disminuir su nivel de ansiedad. Finalmente la paciente que sufre este tipo de alteración, termina valorando su extrema delgadez como un valor y una virtud inigualable (Kleifield, 1996).

La segunda suposición que postula este modelo sobre la Anorexia Nerviosa se relaciona con la restricción de la comida y con los rituales evitativos al alimento. Estos rituales llegan luego a ser independientes del motivo que los haya provocado, llegando a constituirse en hábitos. La restricción extrema de la ingesta suele ser el fin de un proceso que comenzó como una dieta o como una disminución no intencional de peso.

La paciente anoréctica siente cada vez mayor necesidad de disminuir de peso y para esto restringen progresivamente la ingesta. La falta de alimento les provoca hambre, con lo que el pensamiento acerca de la comida comienza a hacerse constante. Esto la termina por convencer que realmente necesita del control anoréctico (no comer), porque sin el actuarían de acuerdo a sus impulsos lo que la llevaría a lucir obesa. La solución que adoptan es redoblar sus esfuerzos para aliviar estos miedos. Se conforma con esto un círculo vicioso entre el temor a engordar y la evitación del alimento (Kleifield, 1996).

3 Factores Familiares

A partir de una serie de estudios, se ha podido observar que existen características que son comunes entre las familias con un miembro que padece Anorexia o Bulimia Nerviosa .

En diversas investigaciones, se han descrito personalidades parentales típicas dentro de estas familias, las madres de pacientes con Anorexia Nerviosa son descritas como dominantes, con frecuentes episodios de depresión, hiperactivas, distantes y frías . Se plantea que es común que posean rasgos característicos como fóbicos y obsesivos. También se ha visto que son de edad más avanzada que las madres de la población normal. Los padres son descritos como pasivos y retraídos. (Neuman y Halvorson, 1983).

En referencia a la incidencia de patología psiquiátrica en los padres de pacientes con Anorexia Nerviosa, se ha visto una gran frecuencia de trastornos afectivos como la depresión y trastornos maníaco- depresivos. También se ha observado que es común el excesivo consumo de alcohol y/o drogas (Toro y Villardell,1987 ; Garfinkel y Garner,1982).

Es posible observar anomalías en la ingesta de alimento en los otros miembros de la familia, como por ejemplo, Obesidad, Anorexia y Bulimia Nerviosa. Se ha visto que estas familias usan la comida para otros propósitos que no es la nutrición, por

ejemplo, la utilizan para enfrentar problemas, como un signo de amor o para mantener a la familia “ unida y feliz” (Neuman y Halvorson, 1983).

Algunos autores plantean que antes de manifestarse el cuadro, aumentan los conflictos existentes entre los miembros de la familia, de manera que el cuadro apaciguaría las dificultades familiares. También se ha observado que la pérdida de alguna persona significativa, como por ejemplo, alguno de los padres o la ausencia del padre en el hogar, gatilla la aparición del cuadro (Toro y Vilardell,1987).

En base a la bibliografía consultada, se ha observado que son escasos los estudios que han investigado acerca del entorno familiar de la paciente bulímica.

En un estudio realizado por Johnson y Cols (1985), se llegó a la conclusión que las familias con una enferma de bulimia, en comparación con las familias de las anorécticas, presentan un mayor nivel de agresividad y de conflicto; Utilizan un modo de comunicación más indirecto; existe menor apoyo y escaso compromiso entre sus miembros . Se plantea que otorgan excesiva importancia a la autonomía y al rendimiento en todas las áreas (Neuman y Cols,1983).

3.1 Propuesta del Enfoque Sistémico

A partir de una serie de estudios, se ha podido observar que existen ciertas características que son comunes entre las familias que tienen un miembro con Anorexia Nerviosa. Dentro de este enfoque esta patología es entendida dentro de un contexto de comunicación disfuncional dentro de la cual existen patrones de interacción típicos.

El síntoma anoréctico cumple la función de mantener la homeostásis familiar, ya que la enferma es definida como el único problema familiar y así sus padres dejan de lado los conflictos propios tomando una postura de protección hacia la hija (Neuman,1983).

S. Minuchin ha estudiado la organización que se da en las familias con un miembro con Anorexia Nerviosa y ha encontrado que dicha organización es similar a la que se encuentra en las familias psicósomáticas, la cual se caracteriza por : rigidez de los patrones de interacción, falta de resolución de conflictos y aglutinamiento (Kog y Cols, 1987).

M. Selvini- Palazzoli (1988) ha estudiado este trastorno de la alimentación . Dicha autora ha encontrado diversas características familiares predominantes. En general, propone que la relación de la pareja parental se caracteriza por tener una aparente unidad, la que encierra profundos problemas que no son asumidos, ya que cada padre compite por un sentido de superioridad moral . Ambos padres presentan una dificultad para asumir la dirección en la familia, ya que ninguno está preparado para asumir la responsabilidad frente a las dificultades. También plantea que en estas

familias, se forman coaliciones encubiertas donde se prohíben las alianzas abiertas entre padres e hijos y el niño es relegado al rol de aliado secreto de ambos padres. Por último, la autora destaca la poca resolución de conflicto como también el espíritu de sacrificio que existe dentro de estas familias (Garfinkel y Garner; 1982).

Al igual que en la Anorexia Nerviosa, el enfoque sistémico considera que la sintomatología bulímica es un mecanismo homeostático familiar, que les permite mantener el equilibrio y la estabilidad del sistema familiar. El síntoma bulímico permite que la familia se una en función de ayudar a la enferma con lo que se evitan los conflictos que existen en el matrimonio (Neuman y Cols ; 1983).

Sin embargo, a diferencia de la familia con una paciente anoréctica, las familias con un miembro que padece bulimia no aparenta ser una familia perfecta e integrada o que evita el conflicto a toda costa . Por el contrario, las pautas de interacción de la familia pueden ser abiertamente hostiles y manipuladoras; discuten, se acusan mutuamente, se enojan, pero son incapaces de resolver el conflicto real que existe entre ellos. Generalmente, el conflicto conyugal consiste en una falta de intimidad emocional, alcoholismo y/o depresión. Se considera a la paciente bulímica como la “oveja negra” de la familia, a pesar de sus autosacrificios para no ser considerada como tal (Feinstein y Cols, 1988).

Se ha planteado que las familias con una bulímica se caracterizan por tener pautas transgeneracionales de inestabilidad afectiva . Al respecto se considera que la bulimia está relacionada con la expresión inconsistente de los afectos por parte de los padres. Se ha observado que los miembros de estas familias son incapaces de responder a las necesidades afectivas de los otros de aceptar la individualidad de las personas que

componen la familia, en lo que respecta a sentimientos y experiencias. Por lo tanto, estas familias poseen escasa autoregulación, falta de vinculación afectiva y carencia de estructura que organice las necesidades e impulsos básicos.

Minuchin y la escuela de Filadelfia no hacen diferencia con respecto a la interacción entre la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, ya que ambas son enfermedades psicosomáticas y como tales, poseen las mismas características familiares (Neuman y Halvorson;1983).

4. Factores socio- culturales

En base a lo mencionado anteriormente, la sociedad tiene una importante influencia en la génesis de la Anorexia Nerviosa, ya que sobrevalora un cuerpo delgado al que atribuye un sinónimo de éxito y felicidad.

En referencia al influjo de los factores socio- culturales en el desarrollo de la Bulimia Nerviosa, se ha planteado que los cambios culturales que se relacionan con el movimiento feminista parecen influir sobre la conducta relacionada con la comida y el cuerpo, enfatizando la delgadez para las mujeres. La búsqueda de la delgadez surge aparentemente como un medio por el cual las mujeres pueden competir entre ellas y demostrar su capacidad de autocontrol.

En la cultura actual, tener un cuerpo esbelto se ha convertido en una ganancia muy valorada que asegura el respeto por parte de las mujeres. Esto puede resultar

agobiante para una joven que carezca de una autoestima que dependa excesivamente de la valoración social o externa (Garfinkel y Cols,1982).

Me parece importante destacar que no todas las mujeres jóvenes expuestas a este medio cultural desarrollan Bulimia Nerviosa. Por esto es importante tener en consideración que esta patología es un cuadro multideterminado por los factores antes descritos, los que están asociados a las características de personalidad de la paciente.

5. Características psicológicas de la paciente con Anorexia Nerviosa

Se han planteado características psicológicas particulares a este tipo de patologías, comenzaré describiendo rasgos comunes que presenta la paciente que padece Anorexia nerviosa. Estos planteamientos provienen de distintas investigaciones donde se ha podido observar las siguientes características de personalidad:

En un estudio realizado por Ashender y Cols (1960) diferencian a las pacientes con Anorexia nerviosa en tres grupos diferentes en relación a sus características de personalidad. Postulan un primer grupo que se caracteriza por ser histriónicas y tercas; un segundo grupo que son rígidas y perfeccionistas; y , por último, un tercer grupo que se caracteriza por ser apáticas y esquizoides (D. Smart, P.Beaumont y G. Georges,1976).

En estudios realizados acerca del perfil de personalidad de la paciente anoréxica, se evaluó a pacientes a través del cuestionario de los dieciséis factores de personalidad de R.Cattell y el Inventario de obsesiones de Leyton, obtuvieron un perfil de personalidad de dichas pacientes, las cuales se caracterizaban por ser ansiosas, introvertidas, más neuróticas y más obsesivas que la población normal (Smart, Beaumont y Georges,1976).

Existen varios autores que han estudiado los niveles de ansiedad de estas pacientes, en general las describen como muy necesitadas de atención, demandantes y poseen elevados niveles de ansiedad (G.Schutze,1980; P.Neuman,1983; D.Smart ,P.Beaumont y G. Georges,1976).

Otra característica importante en las pacientes con Anorexia Nerviosa son los síntomas depresivos, apatía y falta de energía, pese a que desarrollan una intensa actividad. Son personas persistentes que luchan por lograr sus metas y logros que son por lo general, altos. Manifiestan hiperresponsabilidad para cumplir sus obligaciones estudiantiles y laborales, postergando por éstas el amor, la salud, etc. Son pacientes muy autoexigentes y perfeccionistas (P.Neuman,1983; G. Schutze,1980; R.Behar,1988).

En general estas pacientes manifiestan una marcada disminución de su autoestima, manifiestan características hipocondríacas como también obsesivas compulsivas (R.Behar,1988).

En referencia a su sexualidad, estas pacientes manifiestan un rechazo hacia la sexualidad adulta y, por lo general, no son activas sexualmente. Se ha descrito que existe un rechazo a la femeneidad (J. Salas,1987).

Los autores coinciden en que estas pacientes manifiestan un alto grado de introversión y retraimiento social. En general, se caracterizan por ser tímidas e inhibidas. Consideran que las relaciones interpersonales que presentan las pacientes anoréxicas fluctúan entre profundas, superficiales, de intensa dependencia o de devaluación y odio. Se caracterizan por responder a las expectativas que demandan las demás, debido a la gran necesidad de aprobación de los otros, que estas pacientes poseen.

6. Características psicológicas de la paciente con Bulimia Nerviosa

En general, los investigadores han demostrado que estas pacientes poseen muchos más estados negativos que la población normal. Específicamente, se sienten más tristes, irritables y poseen mayor variabilidad del humor (C.Feinstein, A.Sorosky,1988).

Se evidencia en estas pacientes una escasa capacidad para controlar sus impulsos, lo cual lleva a estas pacientes a manifestar períodos de descontrol de impulsos autodestructivos que pueden incluir conductas sexuales impulsivas, robos,

automutilaciones, intentos suicidas y consumo excesivo de alcohol y drogas (P. Garfinkel, D.Garner,1980).

En relación al área sexual, se observa que en estas pacientes su sexualidad se encuentra conservada, manteniéndose el interés por el sexo opuesto. Al respecto se considera que muchas veces estas pacientes presentan promiscuidad sexual y presentan antecedentes de agresiones y abusos sexuales (G. Morandé y M.Carrero,1988).

Se considera que la actividad sexual manifestada por estas pacientes es indiscriminada, pero insatisfactoria, ya que serían incapaces de obtener placer de ésta (P.Garfinkel y D.Garner,1980).

Otra característica importante en estas pacientes es la baja autoestima, como también una imagen disminuída de su propio cuerpo. Presentan inconformidad con su cuerpo y miedo al rechazo . Manifiestan una gran necesidad de ser aprobadas por los demás y por ello presentan sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras (Johnson, E.Holloway,1988).

H. Pumarino y N. Vivanco (1984), la personalidad que presenta la paciente con Bulimia Nerviosa correspondería a un tipo histriónica – infantil. Plantean que son pacientes que poseen frecuentemente un escaso mundo interno, su interés estaría centrado en la apariencia y en el vestir, lo que representaría una tendencia hedonista.

La sintomatología depresiva y de ansiedad está presente en la mayoría de las pacientes bulímicas en una proporción mayor a la que se encuentra en la paciente que

sufre de anorexia nerviosa . Otra de las características predominantes son las ideas o pensamientos suicidas. Dentro de los rasgos psicopatológicos que caracterizan a la paciente bulímica son la inestabilidad afectiva. Se observa que sus afectos fluctúan entre la locuacidad y el ensimismamiento, pasan fácilmente de la risa al llanto y de la tristeza a la rabia. Presentan una conducta impulsiva, siendo la mayoría de los actos suicidas, conductas no premeditadas (Morandé, 1995).

Se ha observado que las pacientes bulímicas presentan baja tolerancia a la frustración, a la ansiedad y una pobre autoestima, estos aspectos hacen que cualquier situación en la que algo no sea como esperan, parezca un fallo irreparable que les lleva a una crisis. Poseen una tendencia marcada al perfeccionismo, una excesiva necesidad de ser aprobadas, halagadas y ser el centro de atención. Otra de sus características es que tienen una gran voracidad afectiva, suelen pedir demasiado de su entorno, sintiendo como un rechazo los límites del otro (Morandé, 1995).

Diferentes estudios revelan que son pacientes egocéntricas, que presentan una idealización marcada, ya que sustituyen su autovaloración por una imagen estándar idealizada. En la comparación entre lo que ellas son y su imagen idealizada siempre hay un fracaso, de ahí que es tan necesario ese continuo apoyo externo que le recuerde lo mucho que vale, puesto que ellas solas no saben valorar sus propios logros y éxitos parciales. Son personas que confunden sus sensaciones con sus sentimientos. Les cuesta expresar con palabras lo que sienten corporal y personalmente. Por último, se plantea que poseen una identidad lábil (Morandé,1995).

IV.- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El tratamiento actual en nuestro país para pacientes con este tipo de trastornos implica usualmente farmacoterapia, específicamente a través de la administración de antidepresivos y ansiolíticos. En algunos casos se combina la medicación con psicoterapia. En casos extremos de riesgo vital de la paciente, aparecimiento de sintomatología depresiva, ideación suicida o bien la existencia de problemas de índole medica como hipoglicemia, anemia o disminución de la presión arterial, es necesaria la hospitalización. Dichos cuadros requieren de un tratamiento integral que implica psicoterapia individual o grupal, farmacoterapia, consejería nutricional y en ocasiones terapia familiar (Jimerson, 1996) .

Raras veces en los centros de atención pública es aplicada esta visión de tratamiento, en especial la razón de ello obedece a falta de recursos económicos y a las largas listas de espera que se producen por lo mismo. Por lo general se ataca el problema hasta que remiten los síntomas y conductas manifiestas. Este debería centrarse en la superación del conflicto psicológico que subyace al cuadro, que por lo general, es el factor que origina y mantiene la alteración.

Se plantea que el tratamiento farmacológico tiene un efecto menor en pacientes anoréxicas que en bulímicas. De todos modos se recomienda tratar los síntomas especialmente depresivos y compulsivos presentes en ambos cuadros con farmacoterapia y psicoterapia siendo esta idealmente de modalidad grupal. El objetivo de la psicoterapia grupal sería tratar el conflicto psicológico que posee en común este tipo de pacientes, su escasa autoestima y sus constantes dificultades en las relaciones

interpersonales. Esta modalidad sería más eficaz en la medida que les permite resolver sus conflictos y aclarar sus formas de relación a través de los vínculos que establece con el grupo.

El apoyo de los otros miembros permite expresar los conflictos sin un temor inconsciente al castigo o rechazo interno o externo. Para este tipo de pacientes que poseen generalmente rasgos caracterológicos obsesivos, masoquistas y depresivos la terapia de grupo puede resultar especialmente adecuada y eficaz. También esta modalidad es especial para pacientes dependientes. Esta terapia les ayuda, ya que pasan rápidamente a apoyarse en la integración grupal, siendo la dependencia excesiva, evitada dentro de la terapia con el fin de elaborarla y disolverla (Florenzano, 1985).

Dentro de los enfoques más efectivos en el tratamiento psicoterapéutico de este tipo de cuadros es la reestructuración cognitiva. El objetivo primario de esta modalidad de tratamiento es ayudar al paciente a conseguir y mantener un peso y un patrón de alimentación normal, es decir, lograr un cambio conductual en la alimentación. La recuperación del peso debe considerar la restricción de la dieta como una fobia de la comida. Se utilizan métodos conductuales como la exposición gradual para aumentar en forma paulatina la cantidad de alimento consumido y se usan métodos cognitivo – conductuales para reducir la ansiedad que produce el cambio conductual. Es importante también, utilizar métodos que consideren cambios a nivel afectivo que comúnmente motivan y mantienen estas conductas (Kleifield, 1996).

Las terapias de reestructuración cognitiva han surgido como uno de los métodos más eficaces en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Dentro de estas, dos tipos

han recibido una mayor atención, la terapia racional- emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck. Estas terapias están diseñadas para ayudar al paciente a identificar, contrastar con la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales.

Los terapeutas cognitivos postulan que los sentimientos negativos son el resultado de la forma de interpretar las situaciones. La forma negativa de interpretar sus experiencias provoca la consecuencia emocional de reducir la autoestima de las pacientes y aumentar sus sentimientos de culpa y desesperanza . La reestructuración cognitiva entrena a las pacientes para que identifiquen dichos pensamientos automáticos auto-derrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas, auto-estimulantes y dirigidos a la resolución de problemas. El terapeuta pretende ayudar a la paciente a hacerse más consciente del efecto que tales pensamientos y sentimientos negativos tienen sobre su conducta y aprender a producir pensamientos, sentimientos y conductas adecuados e incompatibles con las anteriores.

Dentro de los objetivos primarios de la terapia de reestructuración cognitiva en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa es ayudar a la paciente a conseguir y mantener un patrón de alimentación y peso normal. La recuperación del peso debe ser enfocada desde dos formas patológicas separadas. Primero, en el tratamiento de la restricción dietaria como una fobia a la comida, siendo el cambio conductual en la alimentación el objetivo primero. Para esto se utilizan métodos conductuales como la exposición gradual para aumentar la cantidad de comida y métodos cognitivo-conductuales para reducir la ansiedad asociada al cambio conductual. La paciente distorsiona y sobrevalora algunas creencias (tanto positivas como negativas) sobre la

comida y el peso que apoyan y provocan comportamientos anorécticos. Estas creencias deben ser identificadas y cambiadas a través de técnicas cognitivas.

Al reconocer la conducta anoréctica como un método para detener situaciones vitales estresantes, el tratamiento debe abocarse a identificar distintas áreas de resolución fallida de problemas y estimular la utilización de nuevas estrategias de resolución de problemas . Es útil considerar que las deficiencias son típicamente relacionadas con una baja autoestima y dificultades en el área de las relaciones interpersonales (Kleifield,1996).

Posteriormente se deben definir los objetivos y métodos a utilizar a través de un programa cognitivo – conductual . Primero se sugiere hacer una lista de las motivaciones de la paciente y estimular su colaboración activa en el tratamiento. Esto debe ser puesto en evidencia desde la primera etapa del tratamiento, pero debe continuar siendo estimulado durante todo el proceso. En segundo lugar se deben introducir los pasos involucrados en la valoración y en la formulación de las fases de recuperación del peso. En tercer lugar, se discuten las técnicas para tratar las dificultades que presenta la paciente en sus relaciones interpersonales y se intensifica el trabajo en los estilos de resolución de problemas en el área social. Finalmente, se presenta una guía para prevenir una recaída (Kleifield,1996).

El razonamiento teórico que subyace a este tipo de terapia es que el afecto y la conducta de una persona están determinados fundamentalmente por la forma en que construye el mundo. En base a este planteamiento, se intenta abordar de manera integral y abarcativa los componentes que conforman la autoestima de la paciente que padece

Anorexia o Bulimia Nerviosa y los efectos que tiene la autoestima negativa sobre la conducta en general (Opazo, 1988).

Es importante actuar a nivel de la prevención de los trastornos alimentarios, generalmente el problema es detectado en el ámbito escolar, académico o laboral. Dentro de la prevención en los centros educativos se comienza por prevenir los trastornos del comportamiento alimentario intentando contribuir al desarrollo normal de las personas. Esto se realiza permitiendo la expresión de las dificultades y de los conflictos, de forma sana y ajustada a las situaciones concretas y dándoles recursos para resolverlas. Se debe evitar que la persona focalice su atención sobre la comida, el peso y el cuerpo; ya que en ocasiones esta preocupación puede estar ocultando otro tipo de conflictos. Dentro de los conflictos más comunes estarían la insatisfacción con la propia imagen, problemas de relación con las personas significativas, dificultades con los estudios, el trabajo, etc (Behar,1992).

Por lo tanto se debe tener presente la importancia del desarrollo integral de la persona, tanto físico como intelectual, afectivo, relacional, familiar. En el caso de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa el cuerpo, el trabajo y/o las tareas intelectuales se convierten en la principal preocupación.

Se han descrito señales que pueden alertar sobre el inicio de Anorexia o bulimia nerviosa y que por ende, pueden ayudar a detectar alguna anomalía (Behar,1992).

- Progresivo aislamiento de los compañeros(as), con apariencia decaída y con una pérdida de interés por las actividades en que participa.

- Excesiva preocupación por los estudios y/o trabajo, independientemente de los resultados obtenidos. Su nivel de exigencia personal no le permite disfrutar de sus logros y presenta comportamientos cada vez más extraños.
- Comportamientos extraños con la comida, cambiando sus hábitos llamativamente en relación con la misma. Puede esconder comida, tirarla y desmenuzarla obsesivamente.
- Evita ponerse ropa ajustada y mostrar partes de su cuerpo cuando eso es lo esperable en las circunstancias y estación del año.
- Manifiesta un comportamiento marcadamente más desordenado, despreocupado y errático del que solía tener.

Por último me referiré a la importancia del tratamiento farmacológico. En el caso de la Bulimia Nerviosa, el rol del tratamiento con medicamentos se ha popularizado en los últimos quince años, siendo publicadas numerosas investigaciones utilizando grupos controles con placebo, demostrándose así una respuesta significativa a los antidepresivos (Jimerson,1996).

Los factores de riesgo para el inicio y la persistencia de la sintomatología de los desórdenes alimentarios presentan dimensiones tanto biológicas como psicosociales. La influencia biológica puede contribuir a algunas desregularizaciones del ánimo o al incremento de la impulsividad o directamente afectar a los patrones del comportamiento

alimentario. De modo creciente, los tratamientos farmacológicos han podido mitigar la sintomatología de los desórdenes alimentarios a través de la modulación del hambre, de la sensación de saciedad, refuerzo alimentario o señales metabólicas (Mitchell,1990).

Los antidepresivos han demostrado ser efectivos en la disminución de los episodios de atracones en las pacientes bulímicas. Sin embargo, se ha visto que esta farmacoterapia acompañada de terapia psicológica breve, del tipo cognitivo- conductual y de modalidad grupal aumenta la efectividad en cuanto a la disminución de la frecuencia de atracones de comida (Mitchell, 1990).

La farmacoterapia está recomendada para pacientes que conjuntamente a su Bulimia Nerviosa, presentan depresión mayor o desorden de ansiedad (Jimerson,1996).

Otras sintomatologías que se reducen en la Bulimia Nerviosa a través de los antidepresivos son la obsesiva y la de ansiedad generalizada. Como en la Bulimia, los síntomas de depresión y ansiedad son relativamente comunes en las pacientes con Anorexia Nerviosa . Mucha de la sintomatología depresiva puede explicarse por una falta nutricional en las pacientes de muy bajo peso (Jimerson,1996).

El tratamiento farmacológico tiene un efecto evidentemente menor en pacientes anoréxicas que en las bulímicas nerviosas. Sin embargo, se aconseja tratar los síntomas especialmente depresivos y compulsivos a través de medicamentos en forma adjunta a la psicoterapia (Jimerson, 1996).

En conclusión, el tratamiento de los trastornos alimentarios debe tener una visión integral e interdisciplinaria, considerando siempre el contexto que rodea a la paciente. Esto significa que se debe tener en cuenta su realidad familiar, social y sus características de personalidad. Es importante considerar cuan avanzado está el cuadro, los factores que pudieron haberlo gatillado y los elementos que lo mantienen y refuerzan en cada caso particular (Kleifield,1996).

V.- AUTOESTIMA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

La autoestima es definida como la valoración positiva o negativa acerca de uno mismo, corresponde a los juicios que las personas hacen acerca de sí mismas. La autoestima es el conjunto de actitudes, juicios, sentimientos e ideas que cada persona tiene respecto de sí misma.

La autoestima es una experiencia aprendida a partir de la internalización de experiencias de estima positiva por parte de otros. Es la sensación interna de satisfacción o de insatisfacción de la persona consigo misma (Milicic,1991).

El concepto de autoestima se encuentra íntimamente ligado con el autoconcepto que tiene cada persona de sí. Existe entre autoestima y autoconcepto una interdependencia tal, que resulta difícil definir uno sin aludir al otro.

El autoconcepto se refiere a todas las percepciones que las personas tienen de sí mismas, especialmente relacionadas con aquellas percepciones que posee el sujeto acerca de su propio valor y capacidad (Quandt y Selznick,1990).

Gurney (1989), sostiene que el autoconcepto es la imagen o autorretrato que poseemos de nosotros mismos, que usamos para definirnos y para catalogar nuestras conductas. El mismo autor define la autoestima como el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben de su autoimagen (Milicic y Torretti,1995).

Coopersmith, por su parte define la autoestima como la autoevaluación que el individuo se hace y que mantiene en forma perseverante. Esta se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa (Milicic y Alcalay,1991).

A partir de estas definiciones anteriores, se podría concluir que el grado en que se valora la autoimagen y el afecto que se le tiene, conforman la autoestima. De esta manera una persona podrá presentar un mejor o peor autoconcepto y por lo tanto una autoestima más alta o más baja, producto de la sumatoria de experiencias acumuladas a lo largo de la vida.

El concepto de autoestima ha ido cobrando cada día mayor importancia para el desarrollo de las personas, dado que se relaciona con aspectos tan significativos como la seguridad personal, la calidad de las relaciones interpersonales, el sentido de responsabilidad por las propias acciones, la productividad y el logro personal . Cuando la persona posee una baja autoestima como ocurre en las pacientes que poseen trastornos alimentarios, puede ser este aspecto un freno para el logro y la satisfacción personal, al hacer que la persona se perciba como incapaz y poco importante. Puede así mismo generar dificultad para asumir riesgos por miedo al fracaso y para enfrentar las demandas que plantea la vida en general . Puede por último, disminuir la capacidad creativa, interferir negativamente en las relaciones interpersonales y producir sentimientos de ansiedad y rabia .

Las pacientes que padecen de Anorexia o Bulimia Nerviosa, como anteriormente mencionaba, poseen una escasa autoestima lo que deriva en bajos sentimientos de

eficacia personal y una seria devaluación de su autoimagen corporal (Milicic, Alcalay,1985).

Diversos autores dentro de la línea cognitiva - conductual han planteado que una de las variables que contribuye fuertemente al desarrollo de la autoestima es la autoeficacia. Esta se define como la convicción que se puede ejecutar efectivamente la conducta requerida para lograr el éxito. En las pacientes que padecen de estas patologías presentan bajas expectativas de autoeficacia , ya que no sienten que poseen las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo sus metas.

Se ha planteado que estas pacientes presentan una devaluación de su imagen personal . Presentan dificultades en su autoestima desde etapas tempranas del desarrollo lo que se refleja en sentimientos negativos en relación a sus cuerpos desde la temprana infancia.

Se ha planteado que dentro de este grupo de pacientes que padecen de Anorexia o Bulimia Nerviosa , han experimentado un proceso de socialización deficitario, siendo los mecanismos de socialización un obstáculo para el desarrollo de una identidad femenina con perspectivas más amplias que las tradicionales, lo que ha influido en un desarrollo precario de su autoestima . En la actualidad es posible apreciar una confusión o falta de claridad en la definición de los roles femeninos (Milicic y Alcalay,1991).

Desde muy temprana edad a la mujer se le inculca que su realización total llegará con el matrimonio y los hijos, pero al mismo tiempo recibe la misma educación formal que el hombre. Se valora en la mujer su atractivo físico en mayor medida que sus

capacidades . La posesión de un cuerpo atractivo y la femeneidad está condicionada al logro del matrimonio. La mujer siente una presión psicológica y una gran necesidad de canalizar sus energías a encontrar pareja, lo que dificulta la búsqueda de un proyecto personal mucho más amplio, en donde ser atractiva físicamente y cumplir con la expectativa de encontrar pareja, sea sólo una esfera dentro de su vida (Alborch,1999).

Desde otra perspectiva, se podría decir que durante el proceso de socialización a la mujer se le entregan mensajes contradictorios. Por una parte, se le explica que ser femenina significa ser sumisa y dejarse conquistar, y por otra, se le enseña a través de la educación formal, que es importante pensar y actuar en forma autónoma. Esto genera confusión respecto a las expectativas de conducta asociadas al rol femenino, lo que influiría en una baja autoestima (Milicic y Alcalay, 1991).

La subvaloración que tiene la sociedad acerca de los roles femeninos obstaculiza el desarrollo de una autoestima positiva. La sociedad tiende a producir inseguridad en la mujer al dudar abiertamente de su capacidad para desempeñarse en otras áreas.

Por otra parte, no pueden desconocerse el impacto directo que tiene en la autoestima de estas pacientes la excesiva preocupación y valoración que le otorgan al aspecto físico. Los medios de comunicación contribuyen a generar una imagen de una mujer idealizada, que se caracteriza por ser hermosa, joven, delgada y socialmente exitosa. En general, se trata de un estereotipo que se encuentra bastante alejado de la realidad promedio y que es casi imposible de alcanzar. Sin embargo, esta imagen ejerce una fuerte influencia en las mujeres, quienes asocian estas características con el logro de la felicidad. Por lo tanto, al evaluarse tan distantes de dicho “ideal” inalcanzable, surgen

consecuentemente sentimientos de desvalorización y frustración (Milicic y Alcalay,1991).

Existe consenso en que el atractivo físico es una variable altamente significativa en los estereotipos femeninos . Ussher (1989), sostiene que un tema recurrente en el discurso que afecta a la mujer es el ideal femenino arquetípico de poseer un cuerpo perfecto.

Undurruga y Antonijevich (1991), plantean que “ la mujer nace y se desarrolla bajo presión para poder gustar, agradar, y luego seducir”. Su cuerpo no es considerado como un fiel compañero que tiene un valor en sí, sino más bien como una envoltura, el cual si responde a lo que se espera de ella, le puede permitir un acceso más fácil al éxito o aquello que llamamos felicidad.

Por su parte, Ussher (1989) plantea que la mujer recibe el mensaje que su cuerpo es “su pasaporte a la felicidad “ y que a través de éste ella puede conquistar a los hombres, lo que debería ser su objetivo central.

Al hablar de autoestima, no puede eludirse su relación con la juventud y la belleza. Sin duda la valoración de la belleza y la juventud no es la misma para hombres y mujeres ; Su presencia o carencia repercuten interna y externamente de manera diferente, a pesar de la promoción que en la actualidad se realiza de la belleza masculina. La belleza sigue siendo, facultativa para los hombres y estratégica para las mujeres, cuyas “ imperfecciones” físicas les influyen más psicológicamente que a los

hombres. Esto no es de extrañar, entre otras razones porque la apariencia física de las mujeres sigue ocupando un lugar preeminente (Alborch,1999).

Para la mujer la belleza ha sido siempre ha sido siempre una meta en sí . No suele disfrutar de sí misma a través de su cuerpo, sino que se esfuerza para intentar complacer a los demás, ya que se percibe a través de los otros y depende de la aprobación de ellos su propia aprobación.

En la actualidad, la belleza no sólo se democratiza a través de la publicidad, el cine y las revistas, sino que se difunde la idea de que está al alcance de todos. Ya no se acepta la fatalidad, no es considerada como un regalo, sino que constituye algo apropiable. El cuerpo se considera como un objeto que merece un trabajo, un esfuerzo constante. Mantenerse “ bella” da lugar a demasiadas tiranías y produce víctimas, como ocurre en el caso del triste y extendido fenómeno de la anorexia y la bulimia nerviosa.

Según los especialistas, existe una marcada correlación entre la autoimagen física y la autoestima, mientras que esa correspondencia no se establece entre el atractivo físico real, es decir, cómo te ven los demás y el grado de satisfacción con uno mismo. En general los hombres tienden a mostrarse más satisfechos con su aspecto físico que las mujeres con el suyo, así como a considerarse más cerca de la imagen ideal o simplemente no se preocupan (Anderson,1991).

Estudios realizados sobre este tema concluyen que mientras las mujeres distorsionan negativamente su cuerpo, los hombres también pero en sentido positivo . No debe entonces sorprendernos, pues, que en una cultura que considera superiores a

los hombres la mayoría de ellos resulten aceptables independientemente de su físico, mientras no ocurre lo mismo en el caso de las mujeres (Alborch,1999).

Se plantea que la opinión global que las mujeres tienen de sí mismas se relaciona necesariamente con su autoimagen , por muchos esfuerzos que se hagan por modificar el aspecto físico (cirugía, dietas, etc.). Se plantea ayudar a las personas a comprender que poseen una belleza única y personal, para que de este modo puedan interiorizar el derecho a decidir lo que es bello en vez de atribuirlo a un agente colectivo externo . Si no se ha logrado solucionar esto en la infancia, se debería intentar sustituir la autoimagen mental negativa, averiguando en qué momento y por qué se formó, qué elementos hicieron creer que era inaceptable.

Modificar nuestro cuerpo podrá contribuir a congraciarnos con nosotras mismas, sobre todo si constituye una respuesta a la búsqueda de un placer personal más que una respuesta a las presiones externas (Alborch,1999).

Las evidencias descritas apoyan el planteamiento que el cuidado del cuerpo en las mujeres se encuentra focalizado en la belleza, descuidando la salud. Una de las vías por medio de las que las jóvenes manifiestan sus conflictos, es a través de un malentendido o parcializado cuidado del cuerpo. Esto último gatilla fenómenos como la Anorexia y la Bulimia como una de las patologías centrales que pueden estar relacionadas con la falta de conocimiento respecto al autocuidado corporal y/o de la salud en general.

En investigaciones orientadas a identificar áreas susceptibles de provocar conflictos en la mujer en edades que fluctúan entre la adolescencia y la adultez joven,

permiten afirmar que dentro de los aspectos ligados al cuerpo, la imagen corporal es uno de lo más preponderantes (Milicic y Alcalay,1991).

En un taller grupal realizado por N. Milicic (1987), con alumnas de enseñanza media de nivel socioeconómico medio- alto, se encontró que la preocupación central de las jóvenes está dirigida a mantener una figura de acuerdo a los cánones transmitidos principalmente a través de los medios de comunicación. Existe un fuerte énfasis en las dietas que no son siempre balanceadas ni bajo control médico. Si bien, es cierto que realizan actividades físicas que favorecen la salud, esto es un efecto secundario ya que el objetivo con el cual las jóvenes siguen programas de actividad física tiene relación directa con el cuidado de la silueta.

En el estudio mencionado con anterioridad, se observó un marcado predominio y claridad en relación a la necesidad de cuidar la belleza, y cómo hacerlo, en desmedro de la preocupación y conocimientos acerca de los cuidados necesarios para la buena salud física. En general, no existe noción entre la prevención en salud y control médico. Sólo se recurre a ellos en casos de enfermedad, desembocando en patologías tan graves como los trastornos alimentarios que requieren de un tratamiento integral . Dada la complejidad por los diversos factores que intervienen en su desarrollo, siendo el gatillante, la presencia de una autoestima negativa (Milicic y Alcalay, 1991).

Las pacientes que padecen Anorexia o Bulimia Nerviosa presentan como se describe con anterioridad una severa alteración de la autoestima , la que mantiene y motiva la aparición de estos cuadros. El control de la ingesta y el peso es un mecanismo que desarrollan con el objetivo de luchar con sus fuertes sentimientos de minusvalía, ineficacia y juicios personales negativos acerca de sí mismas y de su imagen corporal.

La autoimagen corporal corresponde a uno de los elementos que conforman la autoestima y en estas pacientes se encuentra seriamente distorsionada .

La autoimagen corporal corresponde al conjunto de percepciones y experiencias afectivas relacionadas con el propio cuerpo. Se puede definir también como la imagen mental que se forma de nuestro propio cuerpo.

Kolb (1995) define la imagen corporal a partir de dos componentes, la percepción del propio cuerpo y el concepto del cuerpo. La primera está integrada por múltiples percepciones vinculadas con el cuerpo, mientras que el concepto del cuerpo, depende de procesos psicológicos internalizados y de percepciones externas.

En estas pacientes la imagen mental que poseen de su cuerpo no concuerda con la realidad . Pese a que la imagen corporal se basa en un fenómeno biológico, abarca la visión no sólo física que se tiene de sí, sino también en elementos fisiológicos, sociológicos y psicológicos. Mientras más difícil sea la adaptación psicológica y social mayor es el interés de la joven por su cuerpo.

Las pacientes anoréxicas o bulímicas no pueden aceptarse a sí mismas y se desvalorizan por una diversidad de razones afectivas proyectando su preocupación sobre su aspecto físico (Milicic,1991).

Para estas pacientes su autoimagen corporal cobra mayor significación, ya que su cuerpo es una realidad mucho más cercana y concreta que los demás aspectos de su

personalidad. La distorsión de la imagen corporal influye en desmedro de su autoestima y valoración .

En el caso de la paciente que posee trastorno alimentario su autoimagen corporal distorsionada proviene de una serie de causas las que son multideterminadas .

Son personas sumamente perfeccionistas y autocríticas que poseen ideales de lo que ellas deberían ser sumamente distante de lo que en ocasiones la realidad les muestra. Presentan una sobrevaloración de la imagen corporal , la figura y el peso a la hora de juzgarse a sí mismas , concediéndole mayor importancia a éste factor dentro de su autoestima que a otros elementos . Son pacientes que poseen una escasa valoración de sí mismas y se sienten incapaces de controlar muchos aspectos de su vida . Por esta razón la constante preocupación por su imagen corporal y el peso las hace sentir capaces de controlar algún aspecto de su vida, dentro de éstos su alimentación, impulsos y emociones. Su autoestima depende excesivamente de la valoración externa por lo que son muy vulnerables a los juicios, opiniones y parámetros emitidos por el resto, en especial por aquello que la sociedad actual valora en forma desmedida, la posesión de un cuerpo esbelto y extremadamente delgado, lo que se ha convertido en un ideal de belleza (Dörr,1994).

Las pacientes con trastornos alimentarios poseen imágenes y conceptos distorsionados sobre sí mismas y su cuerpo debido a un sistema de creencias, pensamientos y afectos irracionales que son disfuncionales al momento de juzgarse a sí mismas. El conjunto de experiencias afectivas y cognitivas desarrollado a partir de

experiencias tempranas derivan en el aprendizaje de una autoestima negativa que magnifica las vivencias negativas por sobre las positivas, sobredimensionando las experiencias de frustración por sobre las de logro y satisfacción (Andersen,1985).

Por las razones descritas en el párrafo anterior, la paciente que posee Anorexia o Bulimia Nerviosa desarrolla y mantiene el cuadro a partir de esta variable psicológica tan importante que debe ser evaluada a la hora de realizar un tratamiento psicoterapéutico. Debe ser reconocida a través de una intervención adecuada ya que la autoestima puede ser reaprendida y estimulada .En la medida que la autoestima mejora es posible intervenir a nivel del trastorno, que debe ser considerado como una consecuencia de la baja autoestima y no como causa de ella (Jimerson,1996).

VI.- PSICOTERAPIA GRUPAL. VENTAJAS

La psicoterapia grupal puede ser definida como aquella modalidad terapéutica en la que un profesional adecuadamente entrenado utiliza la interacción de un grupo pequeño y de composición prolijamente planificada con el objetivo de mejorar o modificar síntomas, conductas o las alteraciones de la personalidad de los pacientes que conforman el grupo y que han sido específicamente seleccionados con esa finalidad. Esto implica que en forma previa al comienzo de un grupo deben determinarse la composición y organización de éste y deben ser seleccionados los integrantes a través de un estudio diagnóstico exhaustivo y una preparación de cada miembro que posteriormente conforme un grupo (Florenzano, 1984).

Dentro de las terapias psicológicas la variedad grupal ha tenido un crecimiento verdaderamente importante. Se ha visto que en comparación con la terapia individual, en un contexto grupal no sólo se pueden utilizar todos los elementos de cambio que se usan a nivel individual, sino que se pueden usar otros fenómenos propios y específicos a esta técnica. Uno de los fenómenos más importantes que se han descrito es la universalización. Esto corresponde a la toma de conciencia por parte de las personas del grupo de la existencia de sucesos comunes en la vida de cada una de ellas. Al darse cuenta que los problemas propios no son únicos y que otros enfrentan dificultades similares, se produciría un alivio emocional que sería terapéutico en sí mismo (Yalom, 1979).

Dentro de las ventajas de esta modalidad se plantea como la más importante la interacción. Esta implica extraer a la persona de su red primaria y relacionarla con otros.

Se forma un nuevo campo de interacción en el que la persona crea nuevos vínculos y compara éstos con los establecidos con otros grupos como su familia, pareja y amigos. Se da una situación de imparcialidad en cuanto a las reacciones y contribuciones de la persona así como de los demás miembros del grupo respecto de ella. La persona está obligada a darse cuenta o a defenderse de la influencia que ejercen sobre ellas sus redes primarias y la red actual (grupo psicoterapéutico). Tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros; puede ver que aquello que consideraba particular a ella es común. Se familiariza con nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de resolución de problemas que provienen de sujetos reales . En términos de aprovechamiento de recursos, esta modalidad es más económica y abarcativa en cuanto implica atender por el mismo período de tiempo a una mayor cantidad de pacientes teniendo un efecto mayor en referencia a la cualidad terapéutica que posee el grupo y su interacción por sí mismo (Florenzano,1984).

Se plantea que los elementos comunes en toda psicoterapia son la relación, catarsis, prueba de realidad y sublimación .La modalidad individual proporciona los tres primeros componentes y no aporta los dos restantes (prueba de realidad y sublimación) como parte de la situación de tratamiento. Dentro del contexto grupal varios tipos de relación pueden llevar al apoyo mutuo, a la posible descarga de la agresividad o a la mitigación de los sentimientos de culpa (Florenzano,1984).

El tratamiento de grupo se ha planteado como una de las formas más satisfactorias para que el paciente aclare sus conflictos y reconozca su forma de relacionarse con los demás a través de los vínculos que establece con el grupo (Friedman,1979).

Se sabe por lo tanto que el grupo psicoterapéutico es una modalidad que favorece la socialización efectiva y una integración más sana del paciente por medio del desarrollo de nuevos recursos adaptativos. Este tipo de terapia produce efectos positivos en la medida que lleva al paciente a tener en cuenta sentimientos ajenos, a escuchar y tolerar los puntos de vista de los demás .

Según Wagner (1980), plantea que “ tal vez lo mejor que se obtiene es la empatía. Dado que todos sus miembros navegan en el mismo bote, pueden comprender los problemas de cada uno y ofrecer simpatía y consejos que no serían valorados si proviniesen de padres o personas cercanas a su entorno inmediato.”

Dado que el grupo brinda oportunidades para la participación social, éste ofrece la ocasión para desarrollar la percepción social, una condición que es esencial para la aceptación de sí mismo. El grupo ofrece la oportunidad de ensayar distintos roles, puede ver en qué medida estos papeles se ajustan a sus capacidades y las responsabilidades que de ellos se derivan. Puede experimentar, aceptar todo lo que éste propone o rechazar las normas impuestas.

El paciente encuentra, por lo tanto, la posibilidad de experimentar lo que significa convivir con un grupo que no pertenece a su red primaria, sin que esto signifique dependencia y aceptación total de todo en cuanto éste señala. Ensaya cual es el límite que asegura la pertenencia, cual es el límite que asegura el rechazo y la marginación. También le permite desarrollar habilidades sociales, como la asertividad y probar nuevos patrones de conducta más adaptativos.

La modalidad grupal permite a la persona con baja autoestima la posibilidad de readecuarse, dado a que en general son personas que tienden al aislamiento. El grupo les proporciona una instancia positiva de confrontarse a sí mismas, pudiendo comparar sus valores, acciones, actitudes y posibilidades, así también como sus intereses y deseos para equiparar sus problemas con los de los demás (Orbach,1990)

Teniendo como objetivo la estimulación de la autoestima, la terapia grupal intenta modificar la imagen personal distorsionada que poseen las pacientes con trastornos alimentarios. Esta modalidad posee a la base el planteamiento que una imagen personal adecuada es determinante en la sensación que tiene la paciente de sus propias posibilidades de ser querida y de enfrentarse con éxito al mundo. En la medida que la paciente esté convencida de su propio valor y capacidad, tendrá más posibilidades de vencer obstáculos que se le presenten en el futuro y de salir adelante (Morandé,1995)

La participación en un grupo bien cohesionado y que funcione bien es terapéutico en sí . Aun un miembro del grupo que funcione más como expectador que como participante puede beneficiarse, observando e imitando las conductas de otros . Si además participa ayudando a los demás miembros, esta conducta altruista también lo ayuda a él mismo. Los distintos elementos recién descritos conforman el elemento de cohesión grupal . Un grupo bien cohesionado representa un medio psicosocial de aceptación en que cada miembro puede abrirse y mostrar aspectos de sí que teme, o que le avergüenzan. A través del mecanismo de identificación proyectiva cada miembro del

grupo puede relacionarse sucesivamente con los demás como si éstos fueran espejos psicológicos de su propia personalidad.

Los juicios y confrontaciones que los miembros del grupo reciben del resto de éste pueden ser especialmente útiles para el análisis de rasgos de carácter . El impacto de estas confrontaciones es tal que posibilita cambios rápidos en sujetos hasta entonces refractarios a aceptar el feedback de su familia, colaboradores de trabajo o del propio terapeuta. Lo anterior explica cómo las resistencias al cambio son enfrentadas por el proceso interactivo grupal a través de un feedback múltiple, que complementa las posibles interpretaciones transferenciales del terapeuta. Se habla así de una transferencia grupal, que reproduce los fenómenos emocionales existentes en la familia de origen, y posibilita una recapitulación correctiva de la situación del pasado familiar en el grupo (Florenzano, 1984).

Un elemento clave para el éxito de un grupo psicoterapéutico es la inclusión en éste de pacientes apropiados. Esto significa que el proceso diagnóstico y de evaluación para el ingreso al grupo debe ser realizado muy cuidadosamente . La indicación de psicoterapia de grupo no debe nunca ser por descarte, sino de tipo positivo. Algunos clínicos, sobre todo en consultorios públicos atestados de pacientes, pueden tender a ver los grupos como oportunidades para deshacerse de pacientes poco interesantes o de evolución crónica . Muchas veces estos pacientes son los menos indicados para funcionar en un grupo, y su inclusión hace fracasar la experiencia de todo el grupo. Desde este punto de vista se debe insistir en la necesidad de fijar criterios precisos de derivación a grupos. Cuando la indicación no es clara, resulta práctico que el propio

terapeuta o líder del grupo al que se hará la derivación entreviste al paciente y tome la decisión final (Florenzano,1984).

Una consideración importante para esta selección es la capacidad de interactuar en un grupo y de considerar y elaborar las consecuencias de la propia conducta en el plano interpersonal.

La capacidad del grupo de graduar la cantidad de fenómenos regresivos y de mantener la orientación hacia la situación de realidad la hace también un buen ámbito terapéutico para aquellos pacientes que tienden al aislamiento y a episodios impulsivos, es positivo incluso para pacientes con estructuras limítrofes con presencia de quiebres micropsicóticos . En estos casos es de especial importancia el descartar psicosis propiamente tales, en las cuales estarán indicados sólo grupos de apoyo como coadyudantes de otro tratamiento.

Los sujetos dependientes pueden ser ayudados por una terapia de grupo, ya que pasan rápidamente a apoyarse en la interacción grupal, siendo necesario en estos casos, evitar un exceso de dependencia y elaborarla a través de vínculos más adultos a través de la interacción grupal.

Entre las contraindicaciones de la terapia de grupo, están citados los cuadros psicóticos crónicos en fase de descompensación, pacientes con daño neurológico y aquellos que no conceptualizan sus problemas en términos interpersonales sino internos, y que por lo tanto prefieren trabajar en un plano individual. Otra contraindicación la constituyen aquellos pacientes con ideas suicidas, ya que éstas generan elevados niveles

de ansiedad en el grupo . Este centra su interacción en el paciente suicida, gastando en el tal grado de tiempo y energía que inutiliza la capacidad de centrar la atención en los problemas de los otros pacientes . Por la misma razón los pacientes excesivamente narcisistas, o con cuadros ansiosos o depresivos muy sintomáticos, son poco adecuados para comenzar su tratamiento en grupo. En estos casos puede ser necesario y más útil un período de tratamiento individual previo.

Una contraindicación relativa la constituyen los casos “ únicos” en un grupo dado (por ejemplo el único homosexual, o el único hombre , o el único con una característica física especial) (Florenzano,1984).

La terapia de grupo corresponde a la expresión de una nueva actitud ante el estudio y mejoramiento de las relaciones humanas. Este método parece ser el más adecuado para lograr un acercamiento práctico al problema fundamental de nuestro tiempo, las relaciones humanas entre la persona y su comunidad (Friedman, 1979).

VII.- TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

El presente capítulo está destinado a plantear en términos generales el enfoque o perspectiva teórica que fundamenta y guía el diseño del taller de psicoterapia grupal para la estimulación de la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios.

Uno de los motivos principales por los cuales he utilizado este modelo y no otros es que las terapias cognitivo- conductuales están diseñadas para introducirse en una serie de procedimientos diversos . Este enfoque propone un modelo de psicopatología y una teoría del cambio que integra distintas perspectivas teóricas (Opazo,1988).

En el pasado distintas escuelas de psicoterapia (psicodinámica, conductual y humanista) parecían ser rivales que poseían pocas coincidencias. En la actualidad se ha visto un esfuerzo por desarrollar un enfoque integrador y las terapias cognitivo- conductuales han estado a la vanguardia de esa labor.

Dentro de este enfoque se encuentran las terapias cognitivo -semánticas. Estas se caracterizan y definen por una variedad de procedimientos terapéuticos cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos del pensamiento del paciente y las actitudes que subyacen a estos modos de pensar o cogniciones.

El foco de este tipo de terapias está en el contenido de pensamiento que se asocia a un determinado síntoma. El contenido de pensamiento se define por el modo o la forma en que la persona ve la realidad y a sí misma y el significado que establece a lo que le sucede.

El objetivo del terapeuta es familiarizarse con el contenido y los estilos de pensamiento, con los sentimientos y las conductas del paciente. Esto con la finalidad de comprender la relación que poseen estos aspectos entre sí.

El enfoque de este tipo de terapias está orientado fenomenológicamente ya que el terapeuta intenta ver el mundo como lo ve el paciente, para poder tener una comprensión total de sus conflictos.

Para el terapeuta cognitivo el trastorno mental es fundamentalmente un desorden del pensamiento por el que el paciente distorsiona la realidad. Estos procesos del pensamiento afectan negativamente la forma que el paciente tiene de ver el mundo. Esto *lo conduce al desarrollo de emociones disfuncionales y dificultades conductuales.*

Una de las terapias cognitivas- semánticas que más eficacia ha demostrado es la terapia racional -emotiva (TRE) de Albert Ellis. El supuesto básico que esta plantea es que gran parte, sino todo, el sufrimiento emocionales se debe a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias irracionales que se encuentran a la base de determinados pensamientos y conductas. Estas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta .

En base a estos planteamientos creo importante explicar la razón y los fundamentos por los cuales creo que este tipo de terapia es la más adecuada para guiar el diseño del taller grupal para la estimulación de la autoestima . Teniendo en

consideración que la autoestima es una variable afectiva que es aprendida a partir del conjunto de experiencias interpersonales, que consiste en la serie de pensamientos, sentimientos y actitudes que tiene la persona hacia sí misma en base a estas vivencias y que por último es susceptible de ser modificada y reaprendida. Es posible realizar una reestructuración de ella a partir del cambio en los pensamientos, sentimientos y actitudes que la componen es decir, a través de la modificación de las creencias irracionales que subyacen a la autoestima negativa . Por otra parte este modelo corresponde a una modalidad orientada a modificar cambios cognitivos, afectivos y conductuales por lo que plantea una visión integral de tratamiento para este tipo de pacientes y en especial a la hora de estimular variables psicológicas (Opazo,1988).

Me parece que los objetivos de esta terapia son adecuados en la intervención terapéutica ya que estos involucran tres acciones del terapeuta :

- 1.- Determinar los eventos (la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos y que a menudo no prestamos atención) que perturban al paciente.
- 2.- A continuación debe ayudar al paciente a descubrir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que corresponden a la respuesta interna a estos eventos (el significado que atribuye a sus experiencias) y que dan origen a las emociones negativas.
- 3.- Ayudar al paciente a modificar estas pautas de pensamiento y creencias.

En resumen, la primera etapa de esta terapia corresponde a ayudar al paciente para que defina sus problemas en términos de dificultades que son posibles de solucionar . La segunda etapa corresponde a la inducción real del cambio cognitivo, emocional y conductual. La tercera etapa se centra en la consolidación, generalización y mantenimiento de los cambios de conducta y la evitación de las recaídas.

Dentro de las estrategias y técnicas terapéuticas de la línea cognitivo- conductual se agrupa una gran variedad . Diversos procedimientos como las terapias de habilidades de afrontamiento, las terapias de resolución de problemas, el entrenamiento autoinstructivo y los diversos procedimientos de auto-control .

Estos procedimientos poseen características en común, dentro de las cuales se plantean:

Las intervenciones son activas, de tiempo limitado y considerablemente estructuradas . Están diseñadas para ayudar al paciente a identificar, a hacer pruebas de realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales.

Este modelo plantea la existencia de una serie de pensamientos irracionales, describiré los tipos de pensamientos más frecuentes asociados a diversas patologías como la depresión, los trastornos ansiosos y los problemas de autoestima negativa y falta de asertividad (Opazo,1988).

Tipos de pensamientos Irracionales:

1.- Filtraje

Se toman los detalles negativos y se magnifican, mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. Cada persona posee un nivel particular por el que observa el mundo. Los mecanismos de recuerdo también pueden ser muy selectivos. Las palabras o frases clave son “ terrible, tremendo, desagradable, horroroso, no puedo resistirlo.”

2.- Pensamiento polarizado

Las cosas son blancas o negras, buenas o malas. La persona ha de ser perfecta o es una fracasada. No existe término medio.

3.- Sobregeneralización

Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia.

Si ocurre algo malo en una ocasión se esperará que ocurra una y otra vez.

4.- Interpretación del pensamiento

Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de adivinar qué sienten los demás respecto de ella. Estas presunciones son normalmente imposibles de ser sometidas a prueba. Han nacido de la intuición, las sospechas, dudas vagas, o una o dos experiencias pasadas, pero siempre son sin embargo creídas.

Las interpretaciones del pensamiento dependen de un proceso denominado proyección. Una persona imagina que la gente siente y reacciona a los pensamientos de la misma forma que ella. Por lo tanto, no se molesta en mirar o escuchar atentamente, ni se da cuenta de que realmente es diferente.

5.- Visión catastrofista

Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse “y si...” “¿y si estalla en tragedia?”. “y si me sucede a mí”.

6.- Personalización

La persona que los sufre cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás intentando determinar quién hace las cosas mejor, es más simpático(a), etc.

En el fondo lo que ocurre es que la persona considera que su valor es cuestionable. Por lo tanto continuamente se verá forzada a probar su valor como persona midiéndose a sí misma. Si esta comparación resulta positiva gozará de un momento de alivio, pero si resulta negativa se sentirá humillada.

El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

7.- Falacia de control

Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona :

a) Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, los demás son los culpables de su dolor, sus pérdidas y sus fracasos.

b) O bien, puede sentirse omnipotente y responsable de todo lo que ocurra a su alrededor. La omnipotencia depende de tres elementos:

b.1) La sensibilidad hacia las personas que le rodean.

b.2) Una creencia exagerada de su poder para saciar todas las necesidades.

b.3) La expectativa de que es ella y no los demás, la persona responsable de satisfacer estas necesidades.

8.- Falacia de justicia

La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.

Este tipo de pensamiento distorsionado se basa en la aplicación de normas legales y de los contratos a los caprichos de las relaciones entre las personas.

La justicia se evalúa subjetivamente pensando que lo que uno espera, necesita o desea de la otra persona, ésta se lo debe proporcionar.

La falacia de la justicia se expresa a menudo con frases condicionales: “ Si me quisiera me ayudaría / me acompañaría..”

9.- Culpabilidad

La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento. Esto implica que otro se convierta en el responsable de sus elecciones o decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad.

Algunas personas toman el punto de vista opuesto y se culpan a sí mismas de todos los problemas ajenos. Se acusan constantemente de ser incompetentes, insensibles, estúpidas, muy emotivas, etc.

10.- Debería

La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que se saltan estas normas le enfadan y también se siente culpable si las viola ella misma.

11.- Razonamiento Emocional

Se cree que lo que se siente tendría que ser verdadero automáticamente. Si la persona se siente como estúpida y aburrida, se considera realmente así.

Todas las cosas negativas que se sienten sobre uno mismo y los demás, deben ser verdaderas porque se sienten como verdaderas.

12.- La falacia de cambio

Una persona espera que los demás cambiarán para seguirle o para demostrarle que la quieren lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.

Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar. El resultado normal es que la otra persona se siente rechazada o cohibida y no cambia en absoluto.

El supuesto fundamental de este tipo de pensamientos es que la felicidad depende de los actos de los demás.

13.- Las etiquetas globales

Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global. El rótulo ignora toda evidencia contraria, convirtiendo la visión que la persona tiene del mundo en estereotipada y unidimensional.

14.- Tener razón

Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. La persona se pone normalmente a la defensiva ; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas, y todas sus acciones adecuadas.

Le parece imposible equivocarse y hará cualquier cosa para demostrar que tiene razón. La persona no está interesada en la posible veracidad de una opinión diferente a la suya, sino sólo de defenderla. Cada decisión que toma es justa, todo trabajo realizado está bien hecho. Nunca considera que se equivoca.

Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

15.- La falacia de la recompensa divina

La persona se comporta “correctamente” en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas.

Este tipo de pensamiento distorsionado acepta el dolor y la infelicidad porque practicar el bien será finalmente recompensado pero la persona se resiente cuando comprueba que la recompensa no llega.

Campo de aplicación del modelo Cognitivo- Conductual

Corresponde a un modelo esencialmente educativo donde se proporciona asesoramiento, se ofrecen ejercicios específicos de entrenamiento, se corrigen equivocaciones, se intenta modificar estilos erróneos, se otorga información actualizada, se demuestra interés, apoyo y aliento. Pese a todos estos factores la mayor parte de las responsabilidades recaen sobre el paciente, quien debe practicar entre las sesiones de entrenamiento (Opazo,1988).

Este tipo de terapias ha sido aplicada a nivel individual, de parejas y grupos, tanto con fines de tratamiento, como de prevención . El tratamiento con adultos ha incluido poblaciones clínicas variadas como por ejemplo, fóbicos, trastornos ansiosos,

adicciones , depresión problemas de dolor , problemas sexuales, aislamiento social, desarrollo de la asertividad y autoestima . En cada una de las aplicaciones los resultados han sido estimulantes.

Dentro de las técnicas específicas utilizadas por este tipo de terapia son los autoregistros que corresponde a que el paciente registre sus pensamientos disfuncionales durante intervalos de 15 a 30 minutos cada día entre las sesiones. Deben registrar las situaciones en las cuales estuvieron perturbados y el tipo de sentimientos y pensamientos negativos que experimentaron. En las sesiones siguientes el terapeuta trabaja con el paciente para desarrollar pensamientos y conductas adecuados, que podrá aplicar en tales situaciones y que a la vez son incompatibles con las anteriores.

Esta terapia anima al paciente a llevar a cabo asignaciones de tareas para el hogar. Esta actividad fomenta la continuidad entre las sesiones, estimula al paciente a aumentar la iniciativa personal en su propio tratamiento y facilita el desarrollo de un sentido de competencia y autoestima al irle asignando tareas en forma gradual con objetivos cada vez más complejos. Es por estas razones que considero relevante y apropiado aplicar esta terapia a pacientes que posean Anorexia o Bulimia Nerviosa, ya que el objetivo del taller será ayudarles a reconocer sus experiencias previas que por lo general distorsionan la realidad acerca de sí mismas y su propia valoración.

VIII.- TERAPIA GRUPAL Y AUTOESTIMA

De acuerdo a la literatura, la autoestima tiene gran importancia como factor central de la personalidad y ella se aprende en gran parte a partir de la internalización de experiencias de estima positiva por parte de otros, de esta manera las personas van desarrollando un nivel de autoestima el que tiene efectos o se relaciona con distintos comportamientos de la persona (Satir,1980).

Lo que el sujeto piense y sienta acerca de sí mismo dependerá en gran medida de la calidad de las experiencias que haya tenido desde su infancia.

Luego de haber revisado algunas definiciones de la autoestima con la intención de clarificar cómo es que se puede intervenir en esta variable a nivel de psicoterapia grupal, creo necesario describir cómo se forma la autoestima y alguna de las características que la hacen susceptible de modificar .

La importancia de una autoestima sana reside en el hecho de que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presenten en el trabajo, en el amor y en la diversión . Es también la base de esa serenidad que hace posible disfrutar de la vida (Branden,1987).

Pero ¿Cómo se forma la autoestima? ¿Cómo se alcanza ese estado?. De acuerdo a Rogers , citado por Valenzuela , A ,(1983) la autoestima es una experiencia aprendida,

V.Satir, (1989) al respecto señala , “no existen genes que transmitan el sentido del valor propio, esto se aprende desde el seno familiar”.

A medida que el concepto de sí mismo va emergiendo surgen dos profundas necesidades, *estima positiva de los demás y estima positiva propia (autoestima)*. Esta autoestima se va formando en las interacciones del sujeto con el medio, en particular con personas que significan algo para el niño.

El niño al nacer no tiene pasado ni experiencia de comportamiento y carece de una escala de comparación para valorarse a sí mismo. Desde los primeros días va recibiendo mensajes que le van comunicando datos en relación con el valor de su persona . Con esta información va elaborando una visión subjetiva de su cuerpo, de sus capacidades y valores. Depende de las experiencias que adquiera con las personas que lo rodean y de los mensajes que le comuniquen con respecto a su valor como persona, la autoestima que él desarrolle (Satir,1980).

La autoestima se forma fundamentalmente durante los primeros años de vida, pero continúa desarrollándose en la medida que el sujeto asimila y le da un valor a las experiencias que va teniendo. Este desarrollo está siempre regulado por tres fuentes que permiten su formación , ellas son (Soares y Soares, 1980, Citado en López E. Y Schnitzler, E,1983):

- Las respuestas que tienen hacia él las personas significativas de su medio. En los niños los otros significativos lo constituyen su familia (padres). Ellos influyen principalmente en las percepciones que tengan de sí. Los niños

juzgan y valoran su comportamiento considerando cuan bueno es su rendimiento en relación a sus padres.

- Para los adolescentes los otros más significativos lo constituyen el grupo de pares. El modo como el adolescente se ve y se valora, depende fundamentalmente del grupo y del clima o ambiente que percibe acerca de él.
- La percepción de sus propias conductas relevantes para sí como persona . En la medida que el niño reconoce conductas que le permiten satisfacer sus necesidades, estas conductas se tornan relevantes para su desarrollo y les otorga un valor.
- La internalización de sus percepciones en su conjunto.

Las personas que han sido amadas y que han tenido experiencias enriquecedoras a lo largo de su vida podrán aceptarse como son, con sus habilidades, cualidades y defectos. Por el contrario, el niño o el adulto que no recibe estímulos de valor respecto de su persona, se enjuicia a sí mismo negativamente.

Una de las características esenciales de la autoestima es que es dinámica, puede variar en su centralidad como en su contenido, dependiendo de los datos de experiencia

que se reciban y en la medida en que éstos sean discordantes en el sistema, eso puede producir cambios en las percepciones del individuo. Tomando esta característica como uno de los factores que hacen posible intervenir a nivel psicoterapéutico, se han planteado diversas razones que sostienen que la autoestima es posible de ser reaprendida y estimulada (Morandé, 1995).

Por lo general se ha comprobado que uno de los tratamientos psicoterapéuticos más adecuados cuando se quiere desarrollar y estimular la autoestima es por medio de la técnica grupal. Esto se explica por la eficacia mayor que muestra esta modalidad en aquellos pacientes que presentan defectos de carácter que comprometen al super yo, tales como una rigidez excesiva o pacientes extremadamente autoexigentes, culpógenos y autocastigadores como es el caso de las personas que poseen una baja autoestima . Para ellas la terapia individual es menos productiva y la estimulación mutua en el grupo obtiene mejores resultados . Esto se relaciona con que algunas personas vienen con la convicción de que sus problemas son únicos . Al ver que otros tienen pensamientos, emociones o conflictos similares les produce un alivio permitiéndole enfrentar situaciones que hasta ahora habían negado (Morandé,1995).

La autoestima corresponde a una variable psicológica que se desarrolla a partir de la relación de la persona con su medio y en base al significado que otorgue al conjunto de experiencias de logro y satisfacción desde su infancia hasta la actualidad. En la formación de la autoestima interviene de manera esencial el tipo de relación interpersonal que establezca, la calidad de los vínculos que posea y el sentimiento de sentirse aceptada y valorada por los demás. Implica además un sentimiento de pertenencia a un determinado grupo . A partir de la modalidad grupal, la persona

desarrolla nuevos vínculos y nuevas formas de relacionarse con los demás, en este sentido aprende de sí misma con y a través de los otros descubriendo facetas que hasta ahora son desconocidas y que sólo en grupo puede llegar a conocer (Orbach,1990).

La autoestima puede ser modificada a través de la capacidad para interactuar en un grupo y por medio de la consideración y elaboración de las consecuencias de las propias conductas en el plano interpersonal. Las consecuencias sociales de una conducta desadaptativa se hacen rápidamente aparentes en un grupo y el impacto afectivo de esta interacción hace que sea más posible que la persona cambie positivamente (Bach,1984 ; Florenzano,1984; Milicic,1994).

Dentro de los factores que aporta el grupo psicoterapéutico en la estimulación de la autoestima según Alamos, (1986) son:

-Factor afectivo: dado que el desarrollo de la autoestima dependerá del tipo de relaciones que se establezcan a lo largo de la vida, el clima afectivo adecuado que otorga el grupo, da a la persona un ambiente de seguridad psicológica.

-Comunicación verdadera: esto implica que las personas se escuchan, se apoyan, se ayudan con atención y respeto. Se mantiene una constante preocupación por el otro. Esto permite que las personas se sientan apreciadas y dignas de atención.

-Confianza: se puede construir dentro del grupo de distintas maneras tales como, evitando los mensajes mezclados (contradicción del lenguaje corporal con el

verbal) y evitando enviar mensajes suaves para cubrir sentimientos fuertes manifestando abiertamente los sentimientos, dado que la honestidad es básica para toda relación.

-El no enjuiciamiento: El hecho de ser juzgado constantemente y en exceso, crea una persona extremadamente autocrítica, insegura y descontenta consigo misma. En el grupo los juicios deben apuntar a la conducta y no a la persona propiamente tal.

-La necesidad de sentirse apreciado: las personas necesitan sentirse apreciadas y aceptadas tal cual son, el grupo desarrolla la aceptación auténtica del otro a través del trato respetuoso y dándole reconocimiento pleno.

-Respeto por los sentimientos y opiniones del otro: En el grupo se respeta la validez de los sentimientos del otro y debe demostrarse empatía y comprensión; si no, se obtendrán emociones fingidas o reprimidas. Al escuchar con respeto, se desarrolla un sentimiento de confianza y seguridad entre los miembros del grupo.

-La empatía : Es una forma de comprensión, que consiste en penetrar en el mundo del otro, ponerse en su lugar, comprendiendo sus sentimientos. El grupo no debe coincidir, ni discrepar, sino comprender sin enjuiciar. No trata de modificar los sentimientos del otro, sino que los comprende. La empatía consiste en oír con afecto, sin cuestionar lo que el paciente comunica.

En resumen, el grupo psicoterapéutico influirá en que sus miembros se sientan aceptados al compartir un sistema de aspiraciones o modalidades de vida similar y al enfrentar problemáticas comunes (Florenzano,1984).

IX.- OBJETIVOS

Objetivo General

- 1.- Evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal sobre la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar si existen diferencias en el nivel de autoestima entre el grupo de pacientes que haya participado en el taller de psicoterapia grupal con aquellas que no han participado.
- 2.- Evaluar la utilidad de la psicoterapia grupal sobre los elementos que componen la autoestima.
 - 2.1.- Evaluar la utilidad de la psicoterapia grupal sobre los elementos cognitivos que componen la autoestima.
 - 2.2.- Evaluar la utilidad de la psicoterapia grupal sobre los elementos afectivos que componen la autoestima.
 - 2.3.- Evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal sobre los elementos conductuales que componen la autoestima..
- 3.- Determinar el efecto de la terapia de grupo en la valoración de la autoimagen de las pacientes.

X HIPÓTESIS

1.- Hipótesis general

Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de autoestima de las pacientes antes de asistir al taller de psicoterapia grupal y al finalizar el taller. La psicoterapia grupal será eficaz en la estimulación de la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios.

2.- Hipótesis Específicas

- a. Las pacientes tratadas con psicoterapia grupal presentarán un mejor nivel de autoestima que las pacientes que no participaron en el taller de psicoterapia grupal.
- b. La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos que componen la autoestima.
 - b.1 La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos cognitivos que componen la autoestima.
 - b.2 La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos afectivos que componen la autoestima.
 - b.3 La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos conductuales que componen la autoestima.
- c. La terapia de grupo será efectiva en el logro de una mayor valoración de la autoimagen de las pacientes.

XI. METODOLOGÍA

1. Diseño

El estudio realizado corresponde a una investigación cuasi experimental, la que será aplicada a un grupo piloto y comparada con un grupo de control con el objetivo de evaluar la eficacia de la terapia de grupo sobre la autoestima de las pacientes que sufren de Anorexia , Bulimia Nerviosa y Trastorno Mixto de la Alimentación.

2. Población

Esta corresponde a pacientes mujeres, de edades que fluctúan entre los 14 y 25 años y que padecen de algún tipo de trastorno alimenticio (Anorexia, Bulimia o Trastorno Mixto). Que estén siendo atendidas en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

3. Muestra

La muestra obtenida fue de tipo intencional por lo que la selección de las pacientes fue realizada a partir de un conjunto de criterios prefijados, para las pacientes que poseen este tipo de patologías. La muestra quedó constituida por veinticuatro pacientes, mujeres de edades entre 14 y 25 años. Esta muestra fue obtenida de pacientes

previamente seleccionadas e indicadas por Psiquiatra y Psicóloga de la Unidad de Enlace de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

Las doce pacientes que fueron seleccionadas para formar parte del grupo piloto siguen en forma conjunta y paralela tratamiento farmacológico . La muestra del grupo de control correspondió a doce pacientes mujeres, que posean este tipo de cuadros, con edades similares (14 y 25 años) , y que estén siendo atendidas en la misma Unidad, siguiendo sólo tratamiento farmacológico. Se realiza un control de los fármacos utilizados y un control del tiempo por el que han sido administrados.

Se utilizó esta muestra debido a las siguientes razones:

-La escasa posibilidad de contactarse con estas pacientes, ya que no existe un centro especializado en trastornos de la alimentación. Por este motivo, las pacientes recurren a distintos especialistas como a diferentes centros asistenciales que no siempre guardan relación con centros de salud mental.

- Las pacientes anorécticas, bulímicas y mixtas sólo solicitan ayuda profesional en casos extremos y/o de riesgo vital .

Para la obtención de la muestra se consideraron los siguientes criterios :

Criterios de inclusión:

- Sujetos que satisfagan los criterios diagnósticos del DSM-IV, tanto para la anorexia nerviosa como para bulimia nerviosa y el trastorno mixto de la alimentación. Una razón por la que he considerado estos criterios es que son los más actualizados y utilizados en las últimas investigaciones realizadas sobre estas patologías.
- Sujetos mayores de 14 años, debido a las características de la prueba.
- Sujetos de sexo femenino, debido a que estas patologías se presentan en un 90% en mujeres. Por lo recién expuesto, se dificulta la obtención de sujetos de sexo masculino en igual número para este tipo de patologías.
- Sujetos cuyo nivel de escolaridad sea el esperado para su edad cronológica con un margen de error de aproximadamente un año y su promedio de notas sea igual o superior a 5.0.

Criterios de exclusión:

Fueron excluidas las pacientes que presentaban:

- Trastornos psicóticos.

- Trastornos orgánicos.
- Un nivel intelectual bajo los niveles normales.

Dentro de los criterios recién expuestos, no se considera el nivel socioeconómico, debido a que en la literatura revisada, no se han encontrado diferencias significativas para estos cuadros en relación a esta variable.

En conclusión, la muestra del grupo piloto se encontraba constituida por doce pacientes, cuyo rango de edad osciló entre los 14 y los 25 años, con un promedio de notas escolares de 5.5. Sus pesos fluctuaban entre los 35 y 60 kg presentando ciclos menstruales alterados (amenorrea) en el caso de las anorécticas. Tanto la alteración de la percepción corporal como el miedo a engordar eran factores comunes para todas las pacientes, al igual que la realización de dietas. Dentro de las pacientes con bulimia nerviosa y trastorno mixto, todas presentaban intenso miedo a engordar, ingestas masivas de alimentos, autoprovocación de vómitos y ciclos menstruales normales.

La muestra del grupo de control presentaba las mismas características en comparación con el grupo piloto. Una característica común en ambos grupos era una autoestima disminuida en los inicios de la investigación.

4. Descripción del instrumento

En esta investigación se utiliza la Escala de Autoconcepto de Tennessee (T.S.C.S) en su versión traducida y adaptada a Chile en 1982. El objetivo de la utilización de este

instrumento es medir el nivel de autoestima de estas pacientes. Esta escala permite captar las percepciones, sentimientos y actitudes en relación con la propia persona y el conjunto de experiencias vividas por las pacientes.

Corresponde a una escala que mide la autoestima a personas cuya edad supere los doce años, de esta manera se puede descubrir el nivel de aprecio o menosprecio que tienen las jóvenes hacia su persona, esto implica su nivel de autoestima. La utilización de este instrumento en esta investigación se fundamenta por ser la única escala o test diseñado para adolescentes y adultos con el fin de medir la autoestima y que posee una versión traducida y adaptada a nuestro país considerando edades promedio de 14 años, lo que se ajusta a las características de la edad de la muestra del presente estudio.

Esta escala posee una visión completa de los factores que conforman la autoestima, los que son contemplados de manera acabada en la medición de esta variable a través de una escala específica de autoestima dentro del test.

Esta escala fue desarrollada por William H.Fitts en el año 1965. Consta de 100 afirmaciones de tipo descriptivo que la persona utiliza para hacer un retrato de sí misma.

El T.S.C.S mide en total nueve importantes aspectos que son los siguientes : autocriticismo, aspecto físico, aspecto ético moral, aspecto familiar, aspecto social y variabilidad. Estos aspectos dan una visión global del concepto que cada persona tiene de sí misma y del nivel de autoestima que posee. Este instrumento puede ser utilizado con personas de más de doce años y con un nivel de lectura aceptable. El puntaje positivo total P.P.T es uno de los más importantes ya que refleja el nivel de autoestima.

Esta escala ha sido probada en dos oportunidades en los Estados Unidos y en Chile. Dada la escasez de instrumentos disponibles y con clara conciencia de que es preciso preparar materiales adaptados a nuestra realidad y estandarizados en Chile.

Este test entrega una visión amplia de la autoestima de la persona, por cuanto considera los siguientes aspectos del yo: el yo físico, el yo moral, el yo personal, el yo familiar y el yo social. Al mismo tiempo analiza la dinámica asociada a cada uno de ellos : a) el modo como la persona se percibe (“esto es lo que yo soy”), b) el modo como la persona se acepta o rechaza a sí misma y c) lo que la persona hace.

La prueba es individual . La persona marca su preferencia de acuerdo a una escala de cinco posibilidades en una hoja de respuestas . Cada ítem tiene un número en el cuestionario y para ese número hay cinco posibilidades en la hoja de respuestas:

- 1.-Nunca
- 2.-Rara vez
- 3.- A veces
- 4.-Casi siempre
- 5.-Siempre

La aplicación de la escala de Autoconcepto de Tennessee permite en primer lugar, obtener un perfil personal , vale decir de cada persona , lo que constituye un elemento de diagnóstico, contacto y posible indagación sobre una multitud de aspectos de su vida familiar, estudiantil, laboral y social .

Su interpretación debe hacerla una persona adiestrada y conforme a las normas pertinentes al grupo . Existe luego un nivel de análisis grupal que se obtiene promediando los puntajes . Este perfil tiene gran interés para los efectos del clima o atmósfera creada en la interacción social (Araya, Astudillo, Escalona,1984).

5. Procedimiento

Se diseñó un taller de psicoterapia grupal que tiene por objetivo estimular la autoestima de pacientes con trastornos alimentarios (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno mixto de la alimentación). Este taller tiene una modalidad semidirigida y es guiado por una terapeuta mujer . El taller consta de doce sesiones cuya duración es de 90 minutos aproximadamente.

Para realizar dicha investigación, y cumplir con los objetivos planteados, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

a) Búsqueda de información bibliográfica para el diseño del taller.

Se procedió a buscar las bases teóricas que fundamentan el diseño del taller. Se determinaron los objetivos, metodología y técnicas utilizadas los que van incluidos en el anexo.

b) Se estableció contacto con psiquiatra y psicóloga especialistas en el tratamiento de trastornos alimentarios que trabajan en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de

Chile, a las que se les solicitó su colaboración para la obtención de la muestra constituida por pacientes con el diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno mixto de la alimentación.

Una vez establecido el contacto con las especialistas y dado que éstas estaban dispuestas a cooperar, se procedió a la obtención de la información sobre cuales de las pacientes tratadas y diagnosticadas cumplían con los requisitos necesarios para constituir la muestra (Criterios de inclusión y edad). Se pidió además permiso para acceder a las fichas clínicas de cada una de las pacientes, en caso de requerir mayor información.

Después de verificar si las pacientes cumplían con los requisitos anteriormente citados, se procedió a contactar a aquellas cuyas características se adecuaban a la muestra para pedirles su colaboración. En el caso de tener una respuesta positiva, se les citó para una primera evaluación, explicándoles que este proceso de evaluación constaría de una entrevista y la aplicación de un test de autoestima, todo esto con la finalidad de aplicar un taller de terapia grupal a un grupo piloto.

c) A cada paciente, en forma individual se les citó para una entrevista, donde se realizó una entrevista dirigida , construida a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV, a fin de obtener información sobre los síntomas de la patología para comprobar si efectivamente cumplían con los requisitos planteados .A continuación durante la misma sesión , se les administraba la escala de Autoconcepto de Tennessee . Se acordó llamar a cada paciente una semana después para ver si habían sido seleccionadas para conformar el grupo piloto o de control.

d) Luego de haber evaluado a las 24 pacientes , se procedió a la corrección de la prueba psicológica.

e) Una vez obtenidos los resultados se procedió a citar a las pacientes que formaban parte del grupo piloto, con la finalidad de asistir a la primera sesión y a citar a las pacientes que formaban parte del grupo de control para una fecha posterior, con la finalidad de volver a evaluarlas para corroborar la existencia de algún avance o retroceso en su autoestima, en comparación con aquellas pacientes que asistían a terapia grupal.

f) Una vez citadas las doce pacientes que asistieron al taller, se procedió a aplicar el taller con la frecuencia de una sesión a la semana con la duración de 90 minutos aproximadamente. Los objetivos, técnicas y metodologías aplicadas son descritos en el anexo. La duración total del período de aplicación del taller correspondió a dos meses y medio. Las pacientes que conformaban el grupo piloto seguían en forma simultánea tratamiento farmacológico y las pacientes que pertenecían al grupo de control sólo se les administró terapia farmacológica.

g) Posteriormente una vez finalizado el taller, se citó en el plazo de dos semanas a las pacientes que formaron parte del grupo piloto y del grupo de control para ser evaluadas y comprobar si había alguna diferencia entre ambos grupos. La post- evaluación se efectuó de manera colectiva, estando cada grupo separado en distintas salas. Al finalizar la evaluación se les informó que pasaran a buscar un informe final sobre sus resultados en el plazo de dos semanas más. Se les aseguró que los informes serían

confidenciales y de uso estrictamente personal, siendo entregados sólo con la finalidad de hacer una devolución de información, como parte del proceso de realización de la investigación y de su participación en ella. Los informes contenían los resultados en términos cualitativos de su nivel de autoestima antes y después de la aplicación del taller y la indicación a seguir (en cuanto a continuar con terapia grupal o individual, familiar, etc) .Esto último sólo para el grupo piloto. En el caso del grupo de control se realizó un informe general para cada una de las participantes sobre su nivel de autoestima y sugerencias en cuanto a tratamientos adecuados para su tipo trastorno en particular.

h) Una vez obtenidos los resultados de la prueba psicológica aplicada en ambos grupos, se realizó un primer análisis en el cual se utilizaron todas las variables de la prueba con el objetivo de obtener mayor información . Luego se llevó a cabo un segundo análisis, en el cual se tomaron en consideración solamente aquellas variables que eran relevantes para el cumplimiento de los objetivos . Los pasos a seguir fueron los siguientes :

- 1.- Evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal sobre la autoestima de pacientes con trastornos alimentarios, evaluada a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee. Esta evaluación se llevó a cabo a través de la comparación de las diferencias de puntaje de las pacientes del grupo piloto a partir de los resultados obtenidos en la pre- evaluación y la post –evaluación y de la comparación con los puntajes del grupo de control dentro de las distintas variables relacionadas específicamente con la autoestima.

2.- Evaluar la utilidad de la psicoterapia grupal sobre los elementos que componen la autoestima:

- Elementos cognitivos, donde se procedió a considerar las variables correspondientes dentro del test que consideran estos elementos.
- Elementos afectivos, donde se procedió a considerar las variables correspondientes dentro del test que consideran estos elementos.
- Elementos conductuales, donde se procedió a evaluar las variables que se relacionan con este aspecto de la autoestima.

Esto se llevó a cabo a través de la comparación de las diferencias de puntaje del test en las variables correspondientes en la pre- evaluación y la post- evaluación de las pacientes del grupo piloto y la comparación de estos puntajes con los obtenidos por el grupo de control.

Determinar si existen diferencias en el nivel de autoestima en pacientes que hayan participado en el taller de psicoterapia grupal con aquellas que no han participado obtenidas a partir de la comparación de los puntajes obtenidos en la Escala de Autoconcepto de Tennessee por las pacientes del grupo piloto con las pacientes del grupo de control.

Determinar el efecto de la terapia de grupo en la valoración de la autoimagen de las pacientes . Esto se evaluó comparando las diferencias de puntaje de las pacientes del

grupo piloto en los resultados obtenidos en la pre- evaluación y la post- evaluación, considerando los puntajes de las variables asociadas a la medición de la autoimagen.

XII.- DESCRIPCION DE RESULTADOS

A continuación se realizará una descripción de los datos obtenidos del análisis estadístico. En primer lugar se procederá a determinar la eficacia de la psicoterapia grupal sobre la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios evaluada a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, donde serán comparadas las diferencias de puntaje en relación a la variación del nivel de autoestima comparando los resultados obtenidos antes de la aplicación del taller con los resultados obtenidos después de haber finalizado el taller, comparando los promedios pre y post test en la variable que mide el nivel de autoestima .

En segundo lugar se procederá a determinar la utilidad de la psicoterapia grupal sobre los elementos que conforman la autoestima (cognitivos, afectivos, conductuales). Esto será evaluado a través del análisis de las variables que miden estos elementos dentro del test mencionado en el párrafo anterior. La finalidad de este análisis por variable es verificar si existen diferencias significativas en los puntajes antes de aplicado el taller de psicoterapia grupal y una vez finalizado éste en el grupo piloto.

Por último se describirá el efecto de la terapia de grupo en la valoración de la autoimagen de las pacientes. Este será evaluado a partir de las diferencias de puntaje antes de la aplicación del taller y después de aplicado.

Con la finalidad de tener una visión más certera de los resultados se consideró los resultados obtenidos por el grupo de control pre y post test . El grupo de control

recibió sólo terapia farmacológica en forma paralela a la aplicación del taller de psicoterapia grupal .

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, se implementó la técnica de prueba de diferencias de promedios (t de student), con el fin de analizar las diferencias significativas de puntaje pre y post test obtenidos en la muestra del grupo piloto y comparadas estas diferencias con los resultados obtenidos por el grupo de control.

Los resultados obtenidos se detallarán en la tabla I y II.

COMPARACION DE PROMEDIOS POR VARIABLES EN GRUPO PILOTO

PRE Y POST TEST

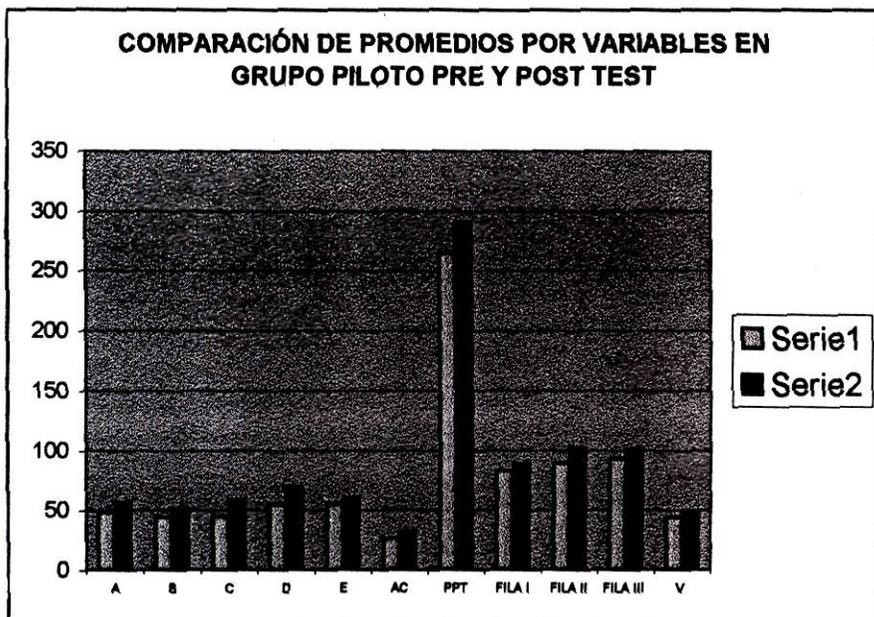
Tabla .I

Variable	Promedio 1 (Pre Test)	Promedio 2 (Post Test)	t observado
C-A	47.9	56	3.115 s
C-B	44.5	51.4	2.126 s
C-C	44.7	58.5	6.681 s
C-D	54.8	69.2	2.598 s
C-E	55.1	60.6	2.837 s
A .C	26.3	31.8	3.1781 s
P.P.T	264.8	291	2.937 s
Fila I	82.5	88.6	1.7471 s
Fila II	89.1	101.7	1.9104 s
Fila III	93.1	100.6	3.0060 s
Variabilidad	43.5	48.2	0.7969

Nivel de significación, 1% con un t teórico = 2.51

Nivel de significación, 5% con un t teórico = 1.717

A continuación se puede apreciar el siguiente gráfico:



COMPARACION DE PROMEDIOS POR VARIABLES EN GRUPO CONTROL

PRE Y POST TEST

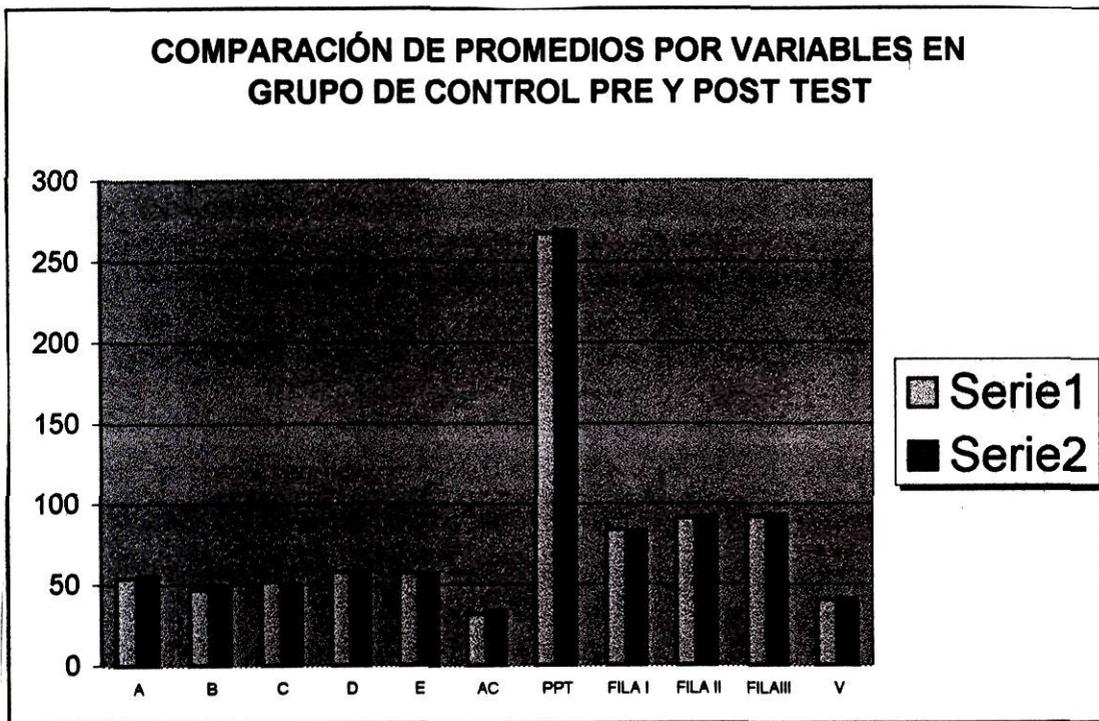
Tabla II

Variable	Promedio 1 (Pre Test)	Promedio 2 (Post Test)	T observado
C-A	54	55	0.4444
C-B	46.9	48.1	0.5164
C-C	51.8	50	0.8256
C-D	57.4	58.5	0.4801
C-E	57.1	56.4	0.3438
A .C	31.5	33.5	1.2075
P.P.T	267.4	268.9	0.1950
Fila I	84.1	83.1	0.2941
Fila II	90.9	92.1	0.2857
Fila III	92.4	93.1	0.1825
Variabilidad	40.3	40.5	0.0380

Nivel de significación, 1% con un t teórico = 2.51

Nivel de significación,5% con un t teórico = 1.717

A continuación se puede apreciar el siguiente gráfico:



Como se puede apreciar, se evidencian diferencias significativas en la tabla I donde se muestran los promedios pre y post test obtenidos por el grupo piloto. Las variables que arrojan diferencias significativas de promedios con un nivel de significación de un 1% y un 5% son:

C-A = Yo físico ; C-B = Yo moral ; C-C = Yo persona ; C-D = Yo familiar ; C-E = Yo social ; A.C = Autocrítica; P.P.T = Autoestima ; Fila I = Identidad ; Fila II = Autoaceptación ; Fila III = Conducta (nivel de significación de 5%).

En el grupo de control (Tabla II) no se observan diferencias significativas de promedios entre la aplicación pre y post test.

En la obtención de los resultados se han desarrollado las siguientes fases con respecto a la forma de tabulación que tiene el cuestionario:

- 1.- Obtención y análisis de los puntajes obtenidos por la muestra del grupo piloto y control pre y post test en las diferentes variables que comprende el cuestionario. La forma de obtención de los datos básicos de los resultados de la hoja de respuesta se describe en el anexo nº 1.
- 2.- Obtención de promedios y análisis de éstos en ambas muestras (grupo piloto y control) en las diferentes variables que comprende el cuestionario y aplicación

de la prueba t de student con el objetivo de observar posibles diferencias significativas de promedios.

3.- Análisis de los promedios obtenidos en la variable que mide Autoestima (P.P.T) en cada uno de los grupos.

4.- Análisis de los promedios en las variables que se relacionan directamente con componentes cognitivos, afectivos y conductuales que componen la autoestima dentro del cuestionario. Las variables relacionadas con la medición de cada uno de estos elementos que componen la autoestima son:

a) Elementos cognitivos: A.C = Autocrítica; Fila I = Identidad; Fila II = Autoaceptación.

b) Elementos afectivos: C-C = Yo persona; C-E = Yo social ; C-D = Yo familiar.

c) Elementos conductuales: Fila III = Conducta.

5.- Análisis de los promedios en la variable que se relaciona con la valoración de la autoimagen. En este cuestionario esta variable se mide en C-A = Yo físico.

6.- Interpretación de los resultados de acuerdo a los promedios en relación a las normas del test, tomando en referencia las normas norteamericanas descritas en el manual del cuestionario

XII.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo, se hace un análisis de los resultados obtenidos a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (T.S.C.S), expuestos en el capítulo anterior. Se intenta realizar una interpretación de los resultados obtenidos en las variables dentro del cuestionario por el grupo piloto y dar a conocer las diferencias significativas de puntaje entre la aplicación pre- test y la aplicación post test y una comparación con las diferencias de puntaje obtenidas por el grupo de control en la aplicación pre- test y post test.

Teniendo en consideración que el puntaje más importante de la escala es el P.P.T (Autoestima) se puede decir que las pacientes tratadas con psicoterapia grupal manifestaron una mejoría en esta variable comparando los resultados obtenidos antes de asistir al taller y después de haber finalizado éste.

Esto quiere decir que de encontrarse el P.P.T por debajo de la media antes de comenzar el taller pasó a ubicarse la autoestima dentro de la media al finalizar el taller. Por lo que inicialmente correspondían a pacientes con bajos puntajes y baja autoestima , al finalizar la psicoterapia de grupo su nivel de autoestima aumentó a niveles normales .

El que el grupo piloto manifestara niveles normales de autoestima al finalizar el taller se refiere a que luego de éste tendían a aceptarse, a sentir que valen, tener una mayor confianza en sí mismas y actuar de ese mismo modo. Inicialmente, sus bajos puntajes revelaban que se veían como indeseables , que a menudo se sentían angustiadas y ansiosas y que tenían poca confianza en sí mismas.

En referencia al grupo de control no hubieron diferencias significativas de promedios en esta variable . De lo que se puede decir que su nivel de autoestima no presentó variaciones entre la evaluación pre- test y post-test. Su autoestima se mantiene baja en ambas mediciones, pese a haber recibido tratamiento farmacológico.

De esto se puede decir que la hipótesis acerca de que la terapia de grupo será eficaz en la estimulación de la autoestima de las pacientes con trastornos alimentarios, sería aceptada .

Las variables relacionadas con la medición de los elementos que componen la autoestima (cognitivos, afectivos y conductuales) en el grupo piloto evidencian diferencias significativas de promedios entre la aplicación pre- test y la aplicación post-test. Se procederá analizar cada elemento por separado, considerando la variable que mide estos aspectos dentro del cuestionario.

Dentro de las variables que consideran elementos cognitivos de la autoestima se encuentran A.C, es decir el nivel de autocrítica que poseían , Fila I, que representa su identidad y Fila II, su nivel de autoaceptación .

Comparando las diferencias de promedios se puede decir que hubo variaciones dentro de los elementos cognitivos que componen la autoestima . Esto se relaciona con la visión que las pacientes tenían de sí mismas y las percepciones e ideas acerca de la realidad y de su persona . Esto involucra variaciones en las creencias acerca de sí mismas.

En relación a los puntajes obtenidos en el nivel de autocrítica, estos presentaron diferencias significativas entre la aplicación pre y post test . Inicialmente su nivel de autocrítica se encontraba bajo los niveles normales, esto significa que presentaban antes de asistir al taller de psicoterapia de grupo, una actitud defensiva y una imagen desfavorable acerca de sí mismas . En la aplicación luego de finalizado el taller sus puntajes se encuentran dentro de los niveles normales de autocrítica , lo que significa que presentan una actitud más sana hacia sí mismas, una opinión más positiva y menos descalificatoria acerca de su persona y una capacidad de autoevaluación más objetiva y menos teñida por elementos negativos, sentimientos e ideas irracionales.

En referencia a su identidad (Fila I) es decir, el componente cognitivo que se traduce en cómo se ve la paciente a sí misma, lo que ella es , manifestó variaciones entre la aplicación pre y post test. Se observaron diferencias significativas en términos estadísticos, pero de acuerdo a las normas del test los puntajes pre y post test no presentaron variaciones manteniéndose esta variable en ambas mediciones por debajo de los niveles normales. Esto quiere decir que la percepción acerca de lo que ellas son, en no varió considerablemente manteniéndose constante la propia identidad.

La manera como se perciben a sí mismas y el concepto de sí mismas no varía, de lo que se podría decir que en esta variable la hipótesis de cambio en los aspectos cognitivos que componen la autoestima estaría siendo rechazada en base a la interpretación de los resultados a nivel de las normas del test, pero no siendo así en términos estadísticos. Esto se podría explicar a partir de las distintas temáticas que

componen la identidad que pueden no estar siendo contempladas dentro del ámbito de los elementos cognitivos .

Dentro de los componentes cognitivos está la variable que mide el nivel de autoaceptación (Fila II), la que revela el nivel de satisfacción o insatisfacción de la persona consigo misma y las expectativas con respecto a sí misma . Esta variable manifestó variaciones entre la aplicación pre y post test .De arrojar puntajes que se encontraban bajo los niveles esperados antes de asistir al taller, sus puntajes pasaron a estar dentro de los niveles normales, es decir un mejor nivel de autoaceptación .Esta variación puede interpretarse a través del logro de expectativas más realistas acerca de sí mismas, un nivel de autoexigencia menor y un mayor nivel de autosatisfacción consigo mismas.

Es importante destacar que las variables autocrítica y autoaceptación manifestaron consistencia entre sí, por lo que se puede decir que hubieron variaciones en los elementos cognitivos que componen la autoestima de las pacientes .Esto se traduce en una visión más positiva acerca de si mismas, en un mayor grado de autoaceptación de su persona y un nivel positivo de autosatisfacción en referencia a sus puntajes antes de asistir al taller dentro de estas variables. La mantención de los puntajes bajos en identidad, se podría explicar por ser una variable que involucra además otros aspectos no medidos por este test y quizás no estimulados dentro del taller.

Es importante destacar que la identidad básica, es un concepto que abarca todo el ámbito de la personalidad y que no necesariamente presentará variaciones al aumentar la autoestima.

En relación a los elementos afectivos que componen la autoestima de las pacientes, las variables que dentro del cuestionario miden estos elementos se encuentran: Yo persona (C-C), Yo social (C-E) y Yo familiar (C-D).

Estas variables presentaron variaciones significativas entre la aplicación pre y post test en el grupo piloto, en el grupo de control no arrojaron variaciones significativas.

En referencia a la variable Yo persona (C-C) , los puntajes de las pacientes antes de asistir al taller evidenciaban estar bajo los niveles esperados, al finalizar el taller, se encontraban dentro de los niveles normales . Este puntaje revela el sentido que tiene el sujeto de su valor como persona, corresponde a sentirse una persona madura, adaptada e integrada a la realidad. Por lo que se evidencia que al finalizar el taller, las pacientes se valoraban más a sí mismas en términos de sentirse más satisfechas con su persona y por lo mismo, esto influyó en sentirse más adaptadas a la realidad.

En relación a la variable Yo social (C-E), las pacientes manifestaron variaciones en sus puntajes. Inicialmente éstos se encontraban bajo los niveles esperados, es decir, se sentían inadecuadas dentro del contexto social, poseían sentimientos de ineficacia en cuanto a carecer de recursos más adaptativos en sus relaciones interpersonales y se sentían inadaptadas y poco integradas en su medio social más próximo. Esta variable se

relaciona directamente con las habilidades sociales como la asertividad y variables afectivas como la autoestima . Inicialmente correspondían a personas que se sentían poco aceptadas y estimadas por el resto, es decir, que no se sentían valoradas por las demás personas.

Al finalizar el taller, sus puntajes estaban dentro de los niveles normales, lo que evidenciaba un cambio en cuanto a sentirse más adaptadas y valoradas por las demás personas y por su grupo de interacción más cercano. Esto puede relacionarse con el desarrollo de habilidades y destrezas en las relaciones interpersonales que era uno de los objetivos del taller de psicoterapia grupal. También se puede relacionar el aumento de estos puntajes con el aumento de las variables que comprenden los elementos cognitivos. Al pensar racionalmente que son personas que valen y creer que pueden ser valoradas por el resto, comienzan a sentir, en términos afectivos que pueden ser apreciadas por los demás.

En relación a la variable Yo familiar (C-D), hubieron diferencias significativas entre los puntajes de la aplicación pre y post test en el grupo piloto. Estas diferencias sólo fueron significativas en términos estadísticos, ya que de acuerdo a las normas los puntajes no variaron, manteniéndose bajo los niveles normales en ambas evaluaciones.

Estos resultados se traducen en que las pacientes al finalizar el taller reflejaban sentirse miembros no integrados totalmente dentro de sus familias. Implica sentimientos de no sentirse totalmente aceptadas y valoradas por sus familias y consideradas como un miembro negativo o problemático dentro de la familia. Esta variable corresponde a la referencia de la persona respecto a aquello que corresponde su mundo íntimo, lo que

indicaría que no hubieron cambios fundamentales en sus relaciones interpersonales más cercanas. Esta variable es importante en la mantención de una autoestima normal de las pacientes, por lo que se podría plantear que este elemento afectivo puede afectar la real estimulación de los otros a largo plazo, en la medida que la familia es el vínculo más cercano de las pacientes y su grupo de referencia más próximo. De esto se puede deducir que es necesario casi en la mayoría de los casos, combinar la terapia grupal con terapia familiar.

Las variables referidas a los elementos afectivos (lo que la paciente siente hacia sí misma) que componen la autoestima presentaron un aumento desde puntajes bajos a niveles normales . Esto se relaciona también con el aumento de los puntajes en los elementos cognitivos que componen la autoestima. Por esto se puede plantear que el cambio en la autoestima a niveles aceptables es más estable en la medida que considera cómo la persona se ve y qué piensa acerca de sí misma y los afectos, es decir, lo que siente hacia su persona.

Variables como la identidad y el yo familiar se mantienen bajo los niveles normales, es decir, no presentan variación de acuerdo a las normas del test. De esto se puede plantear que el taller no consideró totalmente dentro de sus objetivos estos aspectos, ya que se centró primordialmente en la autoestima y la estimulación de habilidades sociales.

Aunque aspectos tan importantes para la autoestima, como la identidad y las relaciones de la paciente con su familia no deben ser dejados de lado dentro de la

terapia, son elementos que al ser de contenidos o temáticas individuales, pueden ser considerados por la terapia de modalidad individual y familiar.

En referencia a los elementos conductuales que componen la autoestima, se puede apreciar variaciones en la variable Conducta (Fila III). Los puntajes iniciales del grupo piloto se encontraban bajo los niveles normales, al finalizar el taller, los puntajes se encontraban dentro de los niveles esperados. Esta variable mide la percepción positiva o negativa de la persona acerca de su modo de actuar y el grado de congruencia de su manera de actuar con lo que piensa y siente.

Los bajos puntajes iniciales sugerían una percepción negativa acerca de la manera de actuar y una valoración negativa de los propios actos. El encontrarse dentro de los niveles esperados, evidencia un cambio en la percepción hacia la propia conducta hacia un polo más positivo y una mayor aceptación de sí mismas . Esto se refiere a un cambio en hechos concretos, como son los componentes conductuales, lo que se traduce en conductas más integradas y adaptativas.

El grupo de control no manifestó variaciones en estos puntajes (variable que mide elementos conductuales).

De lo anteriormente mencionado, se puede plantear que hubieron variaciones significativas en los elementos cognitivos (lo que la paciente piensa y cree que es), afectivos (lo que la paciente siente de sí misma) y conductuales (lo que la paciente hace y cómo lo hace). Estas variaciones representan un cambio hacia creencias,

pensamientos, sentimientos y conductas más adaptativos y racionales. La autoestima presentó variaciones hacia un nivel positivo al manifestar una mayor valoración de las pacientes hacia su persona. Al existir cambios en todos los niveles que componen la autoestima, se puede hipotetizar que el cambio hacia una autoestima más positiva puede resultar más estable, ya que implica una congruencia entre éstos elementos y una integración de pensamientos, sentimientos y conductas.

Como mencionaba anteriormente, el que el grupo piloto no manifestara variaciones en las variables identidad y yo familiar, puede explicarse en la medida que el taller no consideró dentro de sus objetivos estos aspectos. Se esperaba que influyera indirectamente en estas variables. Esto puede interpretarse como una carencia del diseño de los objetivos del taller o como un resultado esperable, en la medida que es imposible abordar temas que corresponden a indicaciones de terapia individual y familiar.

En referencia a la hipótesis acerca de que se presentarán diferencias en el nivel de autoestima entre el grupo de pacientes que haya participado en el taller de psicoterapia grupal con aquellas que no han participado, se puede decir que esta es aceptada. Esto se basa en las diferencias significativas del grupo piloto entre la evaluación pre y post test en la variable P.P.T que mide el nivel de autoestima. Las pacientes del grupo de control no evidenciaron diferencias significativas en el nivel de autoestima. El nivel de autoestima de las pacientes que asistieron al taller, inicialmente se encontraba bajo los niveles normales. Al finalizar el taller, su autoestima se encontraba dentro de la media. En las pacientes que formaron parte del grupo de control, el nivel de autoestima se encontraba en ambas evaluaciones, pre y post test, bajo los niveles esperados.

La aceptación de esta hipótesis se basa además en elementos cualitativos y clínicos tales como la actitud más positiva de las pacientes que asistieron al taller, en el material clínico , tales como los dibujos y el cumplimiento de las tareas fuera de las sesiones y en que la mayoría de las pacientes al finalizar el taller solicitó terapia individual, lo que implica un elemento motivacional positivo. Las pacientes que no asistieron al taller no manifestaron interés por un informe final o una indicación de tratamiento psicoterapéutico.

Considerando la eficacia de la terapia grupal en la valoración de la autoimagen de las pacientes, se puede plantear que en términos estadísticos existieron diferencias significativas de promedios en los puntajes del grupo piloto, pero de acuerdo a las normas de interpretación del test , los puntajes en ambas evaluaciones, se mantuvieron bajo el promedio. Esto significa que la hipótesis planteada acerca de que las pacientes tratadas con terapia grupal manifestarían una mayor valoración de su autoimagen se rechazaría.

La variable que dentro del test mide este elemento, es C-A, yo físico. Se podría plantear que las pacientes al finalizar el taller aún presentan una imagen disminuida de sí mismas y una visión negativa de su aspecto físico. No aceptan totalmente su sexualidad o madurez sexual y no se sienten completamente sanas. Cabe destacar que si bien hubieron variaciones importantes en la autoestima, no se manifestaron cambios en la aceptación de su propio cuerpo. Sería importante hipotetizar que si bien en términos estadísticos hubieron diferencias significativas en esta variable, y no fue así a través de las normas del test, puede plantearse que en términos cualitativos y clínicos si se apreciaron modificaciones en la valoración de la autoimagen de las pacientes que

participaron en el taller. Esto se puede relacionar con las variaciones en los dibujos que hacían las pacientes de sí mismas al comienzo del taller, que eran bastante distorsionados en relación a su autoimagen, al finalizar el taller se evidenció una real mejoría en este aspecto, al realizar dibujos bastante más cercanos a lo que las pacientes eran en realidad y una mayor objetividad y aceptación positiva del propio cuerpo y la imagen.

El grupo de control no manifestó variaciones dentro de esta variable, manteniéndose sus promedios bajo los niveles esperados, lo que representa la mantención de una escasa valoración de su autoimagen y que la terapia farmacológica por sí sola no es suficiente en la modificación de esta variable.

En referencia a la variabilidad, tanto en el grupo piloto como en el grupo de control no hubieron diferencias significativas según los análisis estadísticos. Los puntajes para ambos grupos entre el pre y post test se mantuvieron bajo el promedio, lo que significa que no hubo problemas de inconsistencia. Los resultados reflejan a persona bien integradas y flexibles. No presentan problemas de rigidez, o de ser personas variables o con problemas de inconsistencia.

Por último, cabe destacar que si bien no fueron aceptadas la totalidad de las hipótesis, ya que no coincidían las normas de interpretación del test con lo que planteaban los análisis estadísticos dentro de algunas variables, se puede decir que los resultados obtenidos coinciden con los planteamientos teóricos sostenidos a lo largo de la presente tesis. Esto se puede relacionar con el efecto positivo que tiene la aplicación

de la terapia de grupo en la estimulación de la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios al compararlo con las pacientes que sólo recibieron terapia farmacológica

XIII.- CONCLUSIONES

En la presente tesis, se ha tenido como objetivo el evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal sobre la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios. Esto con la finalidad de establecer las diferencias existentes en cuanto a la utilidad de esta forma de intervención sobre la autoestima al compararla con la terapia farmacológica, siendo esta última, la forma de tratamiento más utilizada en la actualidad en nuestro país. Para lograr este objetivo, se diseñó un taller de psicoterapia grupal, de orientación cognitivo- conductual y de modalidad breve (doce sesiones), el que tenía por objetivo estimular la autoestima de las pacientes con trastornos alimentarios. Para medir las variaciones de la autoestima antes de aplicado el taller y luego de finalizar éste, se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la que permite medir el nivel de autoestima de personas mayores de doce años. Con el objetivo de tener una referencia más objetiva de los resultados, se consideró un grupo de control, que sólo recibió terapia farmacológica por el mismo periodo de tiempo.

Con respecto a lo anterior, si bien se logró cumplir con el objetivo planteado en esta tesis, se deben considerar algunas limitaciones que se presentaron a lo largo de este estudio. A mi parecer, una principal limitación se relaciona con la generalización de los resultados obtenidos, debido a que el número de pacientes que conformaban la muestra era reducido, ya que fue difícil acceder a una muestra mayor en un plazo razonable. Esto se podía notar con mayor claridad en las pacientes bulímicas , ya que como en la mayoría de los casos no existe un riesgo vital importante, no consultan a los centros

psiquiátricos en los que estas patologías son diagnosticadas. En base a esto, sólo se tuvo acceso a las pacientes que consultaban en la Clínica Psiquiátrica en forma ambulatoria.

En el caso de las pacientes que presentaban anorexia nerviosa, algunas pacientes sólo llegan a consultar cuando presentan alguna alteración de su salud física y son llevadas por algún familiar o persona cercana, debido a que rara vez lo hacen por sí mismas, porque no presentan noción ni conciencia de enfermedad. En las pacientes bulímicas, al presentar conciencia de enfermedad, en algunos casos consultan antes de que sea tan extrema, pero generalmente, consultan a un médico de otra especialidad, el cual si tiene conocimiento de dicha enfermedad, las derivan a un centro de salud mental, pero si desconocen esta patología, las tratan como una enfermedad orgánica, sin considerar el cuadro psicológico que está a la base de estos trastornos.

Otra limitación que pude observar con respecto a la generalización de los resultados, se relaciona con la prueba aplicada, ya que en algunos casos, los resultados que arroja entrega información que en ocasiones es contradictoria e insuficiente. Es importante considerar que si bien, la Escala de Autoconcepto de Tennessee está adaptada y traducida a nuestro país, los resultados de esta se interpretan en base a las normas norteamericanas. Esto se debe tener en cuenta a la hora de establecer posibles limitaciones en la generalización de los resultados.

Me parece importante realizar un análisis acerca de los resultados obtenidos a través de la prueba psicológica aplicada en la presente tesis. Como fue dicho anteriormente, se logró evaluar la eficacia de la psicoterapia grupal sobre la autoestima de las pacientes con trastornos alimentarios. Al comparar las evaluaciones pre y post test en el grupo que asistió al taller se evidenciaron diferencias significativas en sus

puntajes, lo que indica que la terapia grupal resultó eficaz en la estimulación de la autoestima de las pacientes. Es importante considerar que la aplicación de este taller se combinó con farmacoterapia, de lo que se puede deducir que ningún tratamiento por sí solo es totalmente eficaz. Las pacientes que conformaban el grupo de control, recibieron sólo fármacos, no manifestando variaciones en sus puntajes de la evaluación pre y post test, por lo que se puede decir que no hubieron cambios en su nivel de autoestima, manteniéndose baja.

Las variaciones de puntaje obtenidas en cada una de las variables medidas por el cuestionario en el grupo piloto, demuestran que hubieron cambios significativos en los elementos que componen la autoestima (cognitivos, afectivos y conductuales). Estas variaciones fluctuaron desde puntajes que inicialmente se encontraban bajo la media a estar una vez finalizado el taller, dentro de la media. Dentro de estas variables, se encontraban aumentadas significativamente el nivel de autoaceptación, de autovaloración, sentimientos de mayor adecuación y adaptación social. El nivel de autocrítica tendió a flexibilizarse y objetivizarse, teniendo las pacientes una actitud menos autocastigadora y rígida hacia su persona y una visión más real y positiva de sí mismas. También presentaron una mayor aceptación de su conducta, una mayor satisfacción y coherencia entre lo que piensan, sienten y actúan.

Se aprecia en las pacientes que asistieron al taller, una mayor consistencia final entre los elementos que componen la autoestima, lo que podría llevar a hipotetizar la presencia de un cambio más estable.

Dentro de las variables que resultaron confusas al no coincidir los análisis estadísticos con las normas de interpretación del test, ya que en términos estadísticos si existían diferencias significativas de promedios, pero en base a las normas no hubieron variaciones y los puntajes se mantenían bajos, estas variables se relacionaban con la identidad y la relación de las pacientes con su medio familiar. Esto se podría explicar por relacionarse ambas variables con otros aspectos que no son solamente la autoestima y que por lo mismo, no fueron contemplados por los objetivos del taller de manera directa. Por otra parte, dichas variables parecieran ser temas o contenidos más adecuados para ser abordados en otras modalidades de tratamiento, como son la terapia individual y familiar.

Por último, cabe destacar, que a raíz de estos resultados, se puede hipotetizar que la identidad, al abarcar el sentimiento de continuidad de la persona dentro del ciclo vital está sometida a modificaciones y es dinámica, pero no necesariamente presenta variaciones al mejorar o empeorar el nivel de autoestima. También es importante resaltar la influencia del medio familiar en la autoestima, pareciera que en pacientes adolescentes y adultas esta influencia es relativa y que su familia ya no ejerce un rol tan determinante como lo es en la infancia. Por esto es importante considerar la terapia familiar en casos realmente justificados. La influencia de las relaciones que establece la paciente con su familia tendrá mayor o menor significado a partir de las relaciones que posea con sus amigos, compañeros de trabajo o estudios, relaciones de pareja , etc. Esto se explica por la calidad de los vínculos que establece la paciente y cómo los establezca, es decir, una buena relación interpersonal fuera de su círculo más íntimo, como es su familia, puede compensar necesidades no cubiertas y sentirse valorada en otros ámbitos.

En relación a las pacientes que no asistieron al taller de terapia grupal y que sólo recibieron terapia farmacológica (grupo de control), se pudo observar que no hubieron diferencias significativas en sus puntajes en ninguna de las variables antes mencionadas, así como tampoco en el nivel de autoestima. Los puntajes se mantuvieron bajo la media en ambas evaluaciones, pre y post test . De esto se puede concluir que si existieron diferencias en el nivel de autoestima entre el grupo de pacientes que participó en el taller con aquellas que no recibieron terapia grupal.

Por último, en referencia a la valoración de la autoimagen, en ambos grupos esta variable se mantuvo bajo el promedio de acuerdo a las normas de interpretación del test. En términos estadísticos, el grupo que recibió terapia de grupo evidenció diferencias significativas, por lo que la información resulta contradictoria. Al realizar un análisis cualitativo, se puede decir que si hubo una mayor valoración de la autoimagen por parte de las pacientes que asistieron al taller. Esto se traduce en un mejoramiento en el arreglo y apariencia personal en la medida que avanzaban las sesiones y en la realización de dibujos acerca de sí mismas menos distorsionados en cuanto a la percepción de su imagen al término del taller. Es posible que no hubiera un cambio radical en cuanto a que aún se sienten poco saludables y tienen una idea idealizada de la belleza femenina a partir de la posesión de un cuerpo esbelto.

Me parece importante destacar que a partir de estos resultados, que si bien no son totalmente generalizables, es posible concluir que la autoestima baja es un factor gatillante de los trastornos alimentarios y que debe ser considerado al momento de indicar un tratamiento. También es relevante plantear que a partir de esta experiencia se puede concluir que la modalidad de terapia grupal es efectiva en la estimulación la

autoestima al compararla con la terapia farmacológica por sí sola .De esto se deduce que deben ser tratamientos complementarios y que la indicación de terapia de grupo debe ser muy cuidadosa, ya que no se ajusta a todo tipo de pacientes.

Creo necesario a partir de esta investigación destacar la importancia de la prevención de estas patologías . Se debe otorgar atención a la detección temprana de estos trastornos, ya sea en los colegios, hogares, lugares de trabajo o por los médicos. Para esto es necesario informar acerca de los síntomas iniciales de estas patologías, como por ejemplo, el temor a la obesidad, la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, etc., lo cual se observa conductualmente a través de la realización de regímenes excesivos y estrictos , como de ejercicios extenuantes. Una vez establecidos estos trastornos debe realizarse un diagnóstico oportuno y preciso.

Para finalizar , me parece relevante destacar el aporte que a mi juicio tiene esta investigación. En primer lugar, me permitió diseñar un taller de psicoterapia grupal para la estimulación de la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios. En segundo lugar se pudo evaluar la eficacia de este taller en la estimulación de la autoestima y verificar la utilidad que este tuvo. Creo relevante esta investigación, dado que en nuestro país la modalidad de intervención grupal no es muy utilizada en el tratamiento de estos trastornos. A través de este estudio se han dado a conocer sus ventajas y estas han sido probadas. Es importante tener en cuenta el alcance que tiene esta investigación en términos de su representatividad, dado el reducido tamaño muestral por las dificultades explicadas con anterioridad.

Otro de los aportes que considero interesantes dentro de este estudio, es que a partir de el, se pueden considerar otras variables que influyen de igual manera en el desarrollo de los trastornos alimentarios, siendo posible el desarrollo de nuevas investigaciones.

Debido al reciente aumento que dichos trastornos de la alimentación han tenido especialmente en las adolescentes y adultas jóvenes en nuestro país, según la apreciación de los especialistas, se puede llegar a afirmar que son una de las patologías que están cobrando mayor relevancia en la actualidad. Es por este motivo que espero que el taller de psicoterapia grupal que he diseñado, sea de utilidad para las futuras investigaciones así como también que se considere una visión más integral en el tratamiento de estas patologías.

XIV.- BIBLIOGRAFIA

- **Alarcón, P.** (1982). El niño con baja autoestima. Revista de Educación N° 97:54-56. Junio.
- **Alborch, C** (1990). Cambios globales en los estilos de vida y sus consecuencias en la salud. Nuestros Tiempos. Madrid.
- **American Psychiatric Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4^a . ed. American Psychiatric Association, DSM –IV,1994
- **Andersen A et al:** *Inpatient treatment for anorexia nervosa* en Garner D et al (eds):Anorexia nervosa and bulimia. New York, Guilford press, 1985.pp311-344.
- **Araya, Astudillo y Escalona** (1984). La autoestima de los adolescentes. Texto mimeografiado en Universidad Católica. Escuela de Psicología Santiago- Chile.
- **Bach, G:** *Observations on transference and object relations in the light of groups Dynamics.* Internat J. Group Psychotherapy, 1984.
- **Behar R.** *Lo Antiético en la Anorexia nerviosa* . Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, Vol 26,1988.

- **Branden, N** (1987). *Cómo mejorar su autoestima*. Paidós. Buenos Aires.

- **Bruch, H**: *Anorexia nervosa in the males*. *Psychol, Med*, 33: 137-147,1988.

- **Casper, R**: *The pathophysiology of anorexia and bulimia nervosa*. *Annu Rev Nutr* 6: 299-316,1988.

- **Collarte, C.** (1990). *Desarrollo de autoestima en profesores*. *Persona y Sociedad*. 4 (3-4): 39-56.

- **Collarte, C y Arzola, S.** (1990). *Desarrollo de la autoestima en profesores: Una nueva tarea*. En *Jornadas de Psicología Educacional*. Universidad Católica del Norte, p.11-19. Octubre.

- **Cordero A., Villafafila A., Ramos Brieva J.A.**: La bulimia en el momento actual. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol 15,. Nº 4,1987.

- **Dörr, O**: *Sobre una forma particular de perversión oral en la mujer : Hiperfagia y vómito secundario*: *Revista chilena de Neuropsiquiatría* 32: 365-380, 1994.

- **Feinstein C., Sorosky A** (1988). : *Trastornos de la alimentación* . Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

- **Fenichel, O** (1996): Teoría Psicoanalítica de las neurosis Buenos Aires: Paidós.

- **Florenzano, R** (1894): Técnicas de Psicoterapias Dinámicas. Santiago: Paidos.

- **Friedman** (1979): How to do Groups. New York : Jason Aranson

- **Garfinkel P., Garner D.** : (1982) : Anorexia Nervosa : A Multidimensional Perspective. Ed. Brunner Mazel, New York.

- **Garfinkel P., Kaplan A., Garner D.,** : *The differentiation of Vomiting/ Weight Loss and a Conversion Disorder from Anorexia Nervosa.* En : American Journal of Psychiatry . Vol 140, N° 8,1983.

- **Gurney, P.** (1988). Self- Esteem in children with special educational needs. Routledge, Londres.

- **Jimmerson D et al** : *Medications in the Treatment of Eating Disorders.* The Psychiatric Clinics of North América Vol.19, number 4, Dicember,1996.

- **Johnson N., Holloway E.** : *Conceptual Complexity and obsessionality in Bulimic College Women.* *Journal of Counseling Psychology.* Vol.35, N° 3,1988.

- **Kleifield E et al** : *Cognitive- Behavioral Treatment of Anorexia Nervosa.* The Psychiatric Clinics of North América Vol.19, number 4, Dicember,1996.

- **Milicic, N (1991): *Autoestima y Autoconcepto de mujer, algunas reflexiones sobre la realización del rol sexual.*** Revista para la Educación y el autocuidado en salud. (EPAS), Vol III, nº 2, Santiago, Chile.

- **Milicic y Torretti (1995): Ser mujer hoy y mañana.** Programa de Desarrollo personal para adolescentes. Santiago: Sudamericana.

- **Milicic, Alcalay y Torretti: *Las adolescentes y su cuerpo.*** Revista horizonte de enfermería nº2 pp 13-17 . 1991 Santiago- Chile.

- **Milicic, N y Antonijevich, N.(1985).** Vivir en familia. Lo Castillo S.A., Santiago, Chile.

- **Mitchell J et al : *A comparison study of antidepressant and structured intensive group psychoterapy in the treatment of bulimia nervosa.*** Arch Gen Psychiatry 47 : 149-157,1990.

- **Morandé G. , Carrera M. : *Anorexias Nerviosas y Bulimias, T.A.A., ¿Una Epidemia Actual en adolescentes? Algunos Aspectos en Discusión.*** Revista de Psiquiatría. Stgo. Chile, Vol.9, Nº 28, 1988.

- **Morandé G (1995) La Anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar en los adolescentes.** Temas de Hoy. Madrid.

- **Mussem, P., Conger, J. y Kagan, J .** (1982) . Desarrollo de la Personalidad en el niño. Segunda Edición . Editorial Trillas, México.

- **Opazo** (1988): Psicoterapias Contemporáneas Santiago: Paidos.

- **Orbach, S.** (1990). Qué quieren las mujeres. Nuestros Tiempos. Madrid.

- **Pumarino H., Vivanco N. :** *Anorexia Nerviosa: Características Médicas y Psiquiátricas en 30 casos.* Revista Médica de Chile. Vol 110, N°.11 Noviembre; 1982. *Trastornos del Apetito y del comer ¿ Una patología en aumento?.* Revista Médica de Chile.Vol.115,1987.

- **Rosemberg, M** (1973). La Autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires. Paidos.

- **Russell G .:** Bulimia Nerviosa : *An Ominous Variant of Anorexia Nervosa.* Psychological Medicine. Vol.9, 1979.

- **Satir, V.**(1980). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax. México.

- **Schutze G** (1980): Anorexia Mental. Ed. Herder , Barcelona.

- **Smart D., Beaumont P., George G. :** *Some personality Characteristics of patients with Anorexia Nervosa . The British Journal of Psychiatry.* Vol. 128, 1976.

- **Tapia, P** : *Depresión y Trastornos de la Alimentación* : Revista Chilena de Neuropsiquiatría 34: 317-322,1996.
- **Thomas J et al** : *Anorexia Nervosa in patients of Afro Caribbean extraction* . Brit. J Psychiatric,146 pp653-656,1985.
- **Valenzuela, A.**(1983). *La autoestima en los estudiantes*. Revista de Educación N° 111 (37-40), Octubre.
- **Vandereyken y Meerman et al** . Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona : Martinez-Roca ,1991.
- **Yalom** (1975): The theory and practices of group psychoterapy. New York: Basis Books.

XV.- ANEXOS

Anexo 1: Escala de Autoconcepto de Tennessee. (T.S.C.S).

Esta escala fue desarrollada por William H.Fitts en el año 1965. Consta de 100 afirmaciones de tipo descriptivo que la persona utiliza para hacer un retrato de sí misma. El T.S.C.S mide en total nueve importantes aspectos que son los siguientes : autocriticismo, aspecto físico, aspecto ético moral, aspecto familiar, aspecto social y variabilidad. Estos aspectos dan una visión global del concepto que cada persona tiene de sí misma y del nivel de autoestima que posee. Este instrumento puede ser utilizado con personas de más de doce años y con un nivel de lectura aceptable. El puntaje positivo total P.P.T es uno de los más importantes ya que refleja el nivel de autoestima. Esta escala ha sido probada en dos oportunidades en los Estados Unidos y en Chile. Dada la escasez de instrumentos disponibles y con clara conciencia de que es preciso preparar materiales adaptados a nuestra realidad y estandarizados en Chile, comentaré brevemente sus aplicaciones.

El autor comenzó su trabajo en el Departamento de Salud mental de Tennessee, en 1955. La primera parte consistió en compilar una amplia muestra de ítemes descriptivos del yo. Los ítemes definitivos fueron evaluados por seis psicólogos, en calidad de jueces.

Descripción de la Escala de Autoconcepto de Tennessee

Este test entrega una visión amplia de la autoestima de la persona, por cuanto considera los siguientes aspectos del yo: el yo físico, el yo moral, el yo personal, el yo familiar y el yo social. Al mismo tiempo analiza la dinámica asociada a cada uno de ellos : a) el modo como la persona se percibe (“esto es lo que yo soy”), b) el modo como la persona se acepta o rechaza a sí misma y c) lo que la persona hace.

Naturaleza y significado de los puntajes:

-Puntaje de autocrítica (Autocrítica) (P.A.):

Esta escala está compuesta por diez items tomados del Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (1951) de la Universidad de Minnesota U.S.A. Estos diez items son afirmaciones suavemente negativas, que casi todas las personas admiten como ciertas para ellas. Las personas que rechazan la mayor parte de las afirmaciones, muy a menudo tienen una actitud defensiva o hacen un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismas.

Puntajes altos generalmente revelan una apertura normal, saludable y capacidad para autocrítica . Puntajes extremadamente altos, indican que el individuo puede estar falto de defensas y aún patológicamente indefenso. Puntajes bajos, indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos están probablemente “ inflados” por su defensividad

-Puntajes positivos (P.P): Estos puntajes son agrupados en tres grupos :

- 1.-Esto es lo que yo soy .
- 2.-Esto es lo que yo siento de mí mismo.
- 3.-Esto es lo que yo hago.

Sobre la base de tres tipos de afirmaciones se construyen las tres categorías horizontales, que son las filas I, II Y III. Los puntajes sumados de estas tres filas dan el puntaje positivo total (P.P.T).

Un análisis más profundo dio origen al eje horizontal con las siguientes categorías:

Yo físico, yo moral- etico, yo persona , yo como miembro de una familia, yo como miembro de un grupo social. Las cuales unidas a las otras tres categorías enunciadas, dan origen a una matriz de doble entrada.

Puntaje Positivo Total (P.P.T):

Refleja el nivel de autoestima. Es el puntaje más importante de la escala. Personas con puntajes altos tienden a aceptarse, sienten que valen, tienen confianza en

sí mismas y actúan de ese mismo modo . Personas con un bajo puntaje, dudan de su valor, se ven como indeseables, a menudo se sienten angustiadas o ansiosas, tienen poca confianza en sí mismas. Si el puntaje de autocrítica (P.A) es bajo, altos P.P.T. son sospechosos y probablemente están distorsionados. Puntajes P.A. extremadamente altos, sólo se encuentran en personas con graves patologías psicológicas.

-Fila I : Puntaje Positivo- Identidad

Son los items referidos al “ yo soy”. Aquí la persona describe su identidad básica : lo que es, tal como se ve.

- Fila II: Puntaje Positivo- Autoaceptación

En general este puntaje refleja el nivel de autoestima o autoaceptación o autosatisfacción .

Un sujeto puede tener muy altos puntajes en la fila I y III y sin embargo , en la fila II, muy bajos , por razones de muy altos estándares y expectativas para sí mismo o al revés. .Debe interpretarse por lo tanto en el conjunto de los otros puntajes y del P.P.T.

-Fila III: Puntaje Positivo- Conducta :

Este puntaje viene de aquellos ítems que dicen “ esto es lo que yo hago ” o “ esta es la manera en que yo actúo ”. Por lo tanto traducen o miran la percepción que el individuo tiene de su propia conducta o del modo como actúa.

- Columna A: El yo Físico:

El sujeto presenta la visión de su cuerpo , su salud, su aspecto físico, sus destrezas , su sexualidad.

- Columna B: El yo moral - Etico

Este puntaje describe el yo desde el punto de vista moral- etico, de su relación con Dios, de su calidad de buena o mala persona .

- Columna C : El yo Persona

Este puntaje refleja el sentido que el sujeto tiene de su valor como persona, su sentimiento de ser una persona madura, integrada y adaptada a la realidad.

- Columna D: El yo Familiar:

Refleja los sentimientos del sujeto de ser un miembro integrado y positivo, adaptado en su familia . Es la referencia de la persona respecto a aquello que constituye su mundo íntimo.

- Columna E: El yo Social.

Se trata de percepción del yo respecto de su adecuación junto al grupo humano, de un modo más general, califica su interacción e intercambio con diversos grupos.

- Variabilidad (V):

Los puntajes de variabilidad (V) entregan una medida de la inconsistencia entre las dos áreas de autopercepción . Altos puntajes revelan que el sujeto es muy variable, en tanto que bajos puntajes denotan “incluso rigidez”. Personas bien integradas tienen por lo general, puntajes bajo el término medio.

Tabla de valores de referencia (normas de puntajes promedio considerados dentro de niveles normales por variables).

Variable	Promedios (intervalos de normalidad)
C-A	(55.5 –60)
C-B	(50- 55)
C-C	(55- 60)
C-D	(65-70)
C-E	(60.5-65.5)
A.C	(30-35)
PPT (autoestima)	(290-295)
Fila I	(85-90)
Fila II	(85-90)
Fila III	(100-105)
Variabilidad	(45-50)

Aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee

La primera aplicación se realizó en Omaha (USA), se hizo una selección al azar de una muestra de hispano hablantes y anglos de un colegio de nivel medio, en una zona desmejorada de la ciudad, con el fin de comparar el nivel de autoestima de ambos grupos y correlacionarlos con otras variables : nivel de inteligencia, estado socioeconómico y rendimiento . La edad promedio era de 17 años con (N= 40).

Los resultados de esta investigación no ratificaron las hipótesis, el nivel de autoestima de ambos grupos fue parejo (ambos bajo las normas nacionales) , la correlación entre autoestima y rendimiento fue baja para ambos grupos . Estos resultados se discutieron en el trabajo y se relacionaron con otros estudios que arrojaron resultados semejantes .

Con el objetivo de estudiar la aplicación de este test al medio chileno, se efectuó una traducción y adaptación . Un grupo de seminaristas de la carrera de Educación General Básica de la Escuela de Educación de la Universidad Católica de Valparaíso aplicaron y procesaron los resultados a una muestra a tres octavos años de una escuela fiscal de niñas de Viña del Mar (N=122). La edad promedio correspondía a catorce años

No se pretendió correlacionar con otras variables , sino únicamente estudiar la aplicación y corroborar con la percepción que de esos cursos tenían sus profesores jefes.

En cuanto a esta aplicación en el colegio fiscal tomando en cuenta los tres cursos juntos (1982), los resultados a la luz de las normas norteamericanas para el test , indican

que estos cursos presentaban un bajo nivel de autoestima en referencia a las únicas normas que se tienen. En Chile, se utilizan normas norteamericanas con las restricciones que ellas imponen a la interpretación (Valenzuela,1984).

Validez y confiabilidad del instrumento

En relación a la validez de contenido Valenzuela (1984), postula que el enfoque empírico utilizado en la construcción del test, hace que no tenga importancia el hecho de que los ítems no presenten validez de contenido, ya que el criterio de construcción del test se focaliza en el hecho que mientras más ítems diferenciales conteste el sujeto en el mismo criterio que el grupo de criterio, más se parece a tal grupo, que cada ítem, respuesta objetiva, posee un grupo de respuestas asociadas implícitas, que son las que en el fondo otorgan validez al test.

En relación a la validez de constructo , Valenzuela (1984), plantea que este tipo de validez encontrada en Chile, es similar a la de Estados Unidos. Es decir, los perfiles de las muestras chilenas son relativamente similares a las encontradas en los Estados Unidos. Plantea además que el T.S.C.S no fue creado a partir de una teoría psicológica, sino que a partir de una experiencia clínica, su validez de constructo debe entenderse como el grado de correspondencia entre los criterios fácticos utilizados para derivar los niveles escalares y el conjunto de ítems que los representa .

En referencia a su validez predictiva , el test demuestra capacidad para identificar a sujetos con un autoconcepto disminuído y por ende, una autoestima baja, es decir, desajustados (Valenzuela,1982).

En relación a la confiabilidad del T. S. C.S , obtenida a través del coeficiente de fiabilidad del test retest de las distintas escalas oscila entre $=0,46$ y $= 0,93$ (valor promedio $\bar{r}=0,75$) (Valenzuela,1982).

Obtención de los datos básicos

Los resultados de la hoja de respuesta se obtienen de la siguiente forma:

- 1.- Se suman las alternativas marcadas por la persona y se anota el resultado correspondiente en el recuadro.
- 2.- Los puntajes anteriormente obtenidos se suman en forma horizontal, llegando así a los puntajes de las filas I, II y III , las cuales se anotan en el espacio correspondiente al Puntaje Positivo.
- 3.- Los tres puntajes pertenecientes a cada columna se suman de manera vertical, anotándose éste en el espacio que corresponde a P.T.
- 4.- Para llegar al puntaje positivo total (P.P.T) se suman los resultados obtenidos en las columnas.

5.- La variabilidad es la diferencia entre el puntaje más alto y el más bajo de cada fila y columna. El resultado obtenido se anotará a la derecha de la hoja de respuestas , y el obtenido por cada columna, al final de dicha hoja . Luego se suman por fila y columna para obtener el total de la variabilidad.

Escala de Autoconcepto de Tennessee

1.-Yo tengo un cuerpo sano.

3.-Yo soy una persona atractiva.

5.-Yo soy una persona descuidada en mi aspecto personal.

19.-Yo soy una persona correcta.

21.-Yo soy una persona honesta.

28.-Yo soy una mala persona.

37.-Yo soy una persona alegre

39.-Yo soy una persona calmada y de trato fácil.

41.-Yo soy un (a) don nadie.

55.-Yo tengo una familia que me ayudaría en todo tipo de problemas.

57.-Yo soy un miembro de una familia feliz.

59.-Mis amigas (os) no tienen confianza en mí.

73.-Yo soy una persona amigable.

75.-Yo me relaciono bien con los varones.

77.-A mí no me interesa lo que las otras personas hagan.

91.-Yo no siempre digo la verdad.

- 93.-A veces yo me enojo.
- 2.- Me gusta estar bien presentada y limpia siempre.
- 4.-Yo frecuentemente, padezco de dolores y malestares.
- 6.-Yo soy una persona enfermiza.
- 20.-Yo soy una persona religiosa.
- 22.- Yo soy muy mala.
- 24.-Yo tengo una voluntad débil para las normas morales.
- 38.-Yo tengo mucho autocontrol.
- 40.-Yo soy una persona poco querida.
- 42.-Yo me estoy volviendo loca.
- 56.-Yo soy una persona importante para mis amigos y mi familia.
- 58.-A mí no me quieren en mi familia.
- 60.-Yo siento que mi familia no tiene confianza en mí.
- 74.-Yo me relaciono bien con las mujeres.
- 76.-Yo estoy mal con todo el mundo.
- 78.-Yo tengo dificultad para tener amigos (as).
- 92.-De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.
- 94.-A veces, cuando yo no me siento bien, estoy de mal genio.
- 7.- Yo tengo un físico normal.
- 9.-Yo estoy conforme con mis rasgos físicos.
- 11.-Yo quisiera cambiar algunas partes de mi cuerpo.
- 25.-Yo estoy satisfecha con mi conducta moral.
- 27.-Yo estoy satisfecha con mi relación con Dios.
- 29.-Yo debería ir más a la Iglesia.
- 43.-Yo estoy satisfecha con ser lo que soy.

- 45.-Yo soy simpática cuando quiero serlo.
- 47.- Yo me desprecio.
- 61.-Estoy satisfecha con mi relación con mi familia .
- 63.-Yo entiendo a mi familia lo mejor que puedo.
- 65.-Debería confiar más en mi familia.
- 79.-Yo soy tan sociable como quiero serlo.
- 81.-Yo trato de agradar a los otros, pero no me esfuerzo más de la cuenta.
- 83.-Yo soy aceptada por los demás.
- 95.-Yo no quiero a todas las personas que conozco.
- 97.-De vez en cuando me río con chistes de doble sentido.
- 8.-Yo tengo una estatura normal.
- 10.-Yo me siento tan fuerte y segura como quisiera.
- 12.-Yo quisiera atraer más a las personas del sexo opuesto.
- 26.-Yo me siento bien con mi actitud religiosa.
- 28.-Yo quisiera ser más digna de confianza.
- 30.-Yo no debería decir tantas mentiras.
- 44.- Yo creo que soy ingeniosa.
- 46.-Yo no soy la persona que quisiera ser.
- 48.-Yo quisiera no ceder tan fácilmente como lo hago.
- 62.-Yo trato a mis padres como corresponde hacerlo.
- 64.-Yo soy muy sensible con respecto a las cosas que me dicen en la casa.
- 66.-Yo debería amar más a mi familia.
- 80.-Yo estoy satisfecha con el modo como trato a las personas.
- 82.-Yo debería ser más cortés con los demás.
- 84.-Yo debería llevarme mejor con las otras personas.

- 96.- Yo copuqueo a veces.
- 98.- A veces pienso que me estoy comprometiendo demasiado.
- 13.-Yo cuido bien mi cuerpo.
- 15.-Yo me preocupo de mi apariencia.
- 17.-Muy a menudo actúo en forma torpe.
- 31.-Yo siempre vivo de acuerdo a mi religión.
- 33.-Yo trato de mejorar cuando sé que no hago las cosas bien.
- 35.-A veces yo hago cosas muy malas.
- 49.-Yo soy capaz de cuidarme a mí misma en toda situación.
- 51.-Yo reconozco mi culpa por mis acciones sin desesperarme.
- 53.-Yo pienso las cosas antes de decirlas.
- 67.-Yo trato de ser honrada con mis amigos (as) y mi familia.
- 69.-Yo tengo un verdadero interés en mi familia.
- 71.-Yo le cuento las cosas a mis padres.
- 85.-Yo trato de entender el punto de vista de las demás personas.
- 87.-Yo me llevo bien con otras personas.
- 89.-Yo no perdono a otros fácilmente.
- 99.-Yo prefiero ganar antes que perder.
- 14.-Yo me siento bien de salud casi siempre.
- 16.-A mí no me va bien en los juegos y deportes.
- 18.-Yo no duermo bien.
- 32.-Yo hago lo que se debe hacer casi siempre.
- 34.- Yo uso cualquier medio para salir adelante.
- 36.-Yo tengo dificultad para hacer las cosas que se deben hacer.
- 50.-Yo resuelvo mis problemas fácilmente.

52.-Yo cambio de parecer muy a menudo.

54.-Yo trato de escapar a los problemas.

68.-Yo hago lo que me corresponde en mi casa.

70.-Yo discuto con mi familia.

86.-Yo soy capaz de ver las cosas buenas en la gente que me rodea.

88.-En general no me siento bien con otras personas.

90.-Me cuesta hablar con personas desconocidas.

100.-De vez en cuando yo dejo para mañana lo que debería hacer hoy.

Taller de psicoterapia grupal

(Taller diseñado por alumna/ autora de la presente Tesis)

Sesión	Objetivos	Actividades
Nº1	<ul style="list-style-type: none"> -Logro del rapport. -Establecer límites entre terapeuta y pacientes. -Conocer el nivel de autoestima inicial de las pacientes. -Estimular las confianza entre las pacientes. -Estimular la motivación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de las terapeutas. -Aplicación pre- test de autoestima. -Presentación cruzada de laspacientes. -Ejercicio de relajación- imaginaria nº 1. - Tarea nº1: Pedirles que anoten durante la semana las expectativas con respecto a la terapia de grupo.
Nº2	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las expectativas grupales. - Determinar los objetivos comunes del grupo. - Educar sobre los elementos que componen la autoestima. - Conocer el esquema corporal de las pacientes. - Estimular la toma de conciencia del esquema corporal. - Reforzar los elementos que componen las autoestima de las pacientes. - 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Relajación imaginaria nº2: qué es la autoestima. -Ejercicio de feedback relacionado con la imaginaria. -Ejercicio nº 1: cada paciente deberá dibujarse a sí misma y describir lo que dibujó respondiendo las preguntas al grupo. -Tarea nº 2: Anotar durante la semana los aspectos positivos que constituyen su persona.

<p>Nº3</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo de los aspectos positivos que componen la autoestima. -Localizar los pensamientos negativos automáticos y las situaciones que contribuyen a mantener el malestar emocional. -Identificar las distorsiones cognitivas. -Educar sobre el autoregistro. -Estimular el uso de la comprobación empírica como método de autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Relajación imaginaria nº3: ideas irracionales. -Ejercicio de autoevaluación de ideas irracionales. -Feedback sobre imaginaria y ejercicio. Tarea nº3: Autoregistro durante la semana de los eventos o <i>pensamientos irracionales que subyacen a situaciones específicas en que se autoevalúan de forma negativa.</i>
<p>Nº 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular el reconocimiento de los sentimientos propios y ajenos (autoestima y estima personal). -Identificar los problemas que mantienen la autoestima disminuida. -Estimular el reconocimiento de las situaciones que les generan ansiedad. -Estimular el uso de la comprobación empírica como método de autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Relajación imaginaria nº4: identificación y detección de problemas. -Ejercicio de role playing -Feedback sobre imaginaria y role playing. -Tarea nº4: autorregistro de detección de problemas.
<p>Nº 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular la búsqueda de soluciones alternativas en referencia a problemas comunes al grupo. -Estimular el enfrentamiento a los problemas manejando la ansiedad. -Educar en los pasos a seguir al enfrentar correctamente un problema. -Estimular el uso de la comprobación empírica como método de 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Relajación imaginaria nº5: creación de soluciones alternativas a los problemas. -Ejercicio grupal: conflictos comunes y soluciones alternativas. -Feedback sobre ejercicio e imaginaria. -Tarea nº5: Autoregistro de soluciones alternativas durante la

Sesión	Objetivos	Actividades
Nº6	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular la anticipación y evaluación de las consecuencias posteriores a la búsqueda de una solución. -Educar en los pasos a seguir al enfrentar correctamente un problema. -Estimular el uso de la comprobación empírica como método de autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Relajación imaginaria nº6: evaluación de las consecuencias de las soluciones alternativas. -Ejercicio: hacer un paper con distintas soluciones alternativas, deben elegir la que menos consecuencias negativas tenga para su autoestima. -Feedback sobre imaginaria y ejercicios. -Tarea nº5: autoregistro de evaluación de consecuencias.
Nº7	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular la práctica concreta de soluciones alternativas. -Educar en el enfrentamiento adecuado a un problema. -Estimular el uso de la comprobación empírica como método de autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Imaginaria nº7. -Ejercicio: Poner a prueba las soluciones que conduzcan a resultados positivos. -Feedback. -Tarea nº6: autoregistro de poner a prueba las soluciones que llevan a resultados positivos.
Nº8	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular destrezas interpersonales. -Estimular la empatía. -Estimular la práctica concreta de soluciones alternativas. -Educar en los pasos a seguir al 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la tarea y comentarios. -Relajación –imaginaria : enseñanza de estrategias y conductas interpersonales. -Ejercicio de role playing.

	enfrentar correctamente un problema. -Estimular el uso de la autocomprobación empírica como forma de autoconocimiento.	-Feedback -Tarea nº7: Autoregistro de prestar atención al humor de otros, anticipar y superar obstáculos.
Nº9	-Reforzar los elementos positivos que conforman la autoestima. -Estimular la asertividad para dar y recibir elogios. -Reforzar las destrezas interpersonales.	-Revisión de la tarea. -Relajación imaginaria nº9: Autoestima -Ejercicio: cada paciente deberá dibujarse a sí misma y describir su dibujo al grupo. -Ejercicio: cada paciente debe anotar las características positivas de la persona que tiene al lado.

Sesion	Objetivos	Actividades
Nº10	-Reforzar los elementos positivos de la autoestima de las pacientes. -Estimular la asertividad para dar y recibir elogios. -Reforzar las destrezas interpersonales.	-Relajación- imaginaria. -Feedback. -Ejercicio: Cómo me veo, cómo quisiera verme y cómo me ven. -Ejercicio de Psicodrama: La paciente deberá interpretar el rol que ha elegido como su ideal.
Nº11	Reforzarlos elementos que conforman la autoestima. -Estimular la asertividad para dar y recibir elogios. -Reforzar las destrezas interpersonales.	-Relajación –imaginaria -Ejercicio de contacto- retirada. -Ejercicio de viaje imaginario. -Feedback.
Nº12	-Conocer el nivel de autoestima al término del taller.	-Aplicación post- test. -Síntesis, cierre y conclusiones.

-El logro de los objetivos se pretende alcanzar a través de la realización concreta y práctica de cada una de las actividades. Cada actividad se relaciona con la estimulación de los componentes cognitivos, afectivos y conductuales. En este sentido, la metodología del taller correspondería al medio utilizado para lograr cada uno de los objetivos.

A continuación realizaré una descripción detallada de los contenidos de cada una de las sesiones.

Sesión nº1: Se realiza la presentación de la terapeuta y de las reglas del trabajo en grupo, esto con la finalidad de lograr rapport entre los miembros del grupo y la terapeuta. Las reglas del taller son:

- 1.- Establecimiento del horario y duración de cada sesión así como del número de sesiones.
- 2.- Puntualidad y aviso oportuno y justificado en caso de inasistencia.
- 3.-Confidencialidad de los contenidos de cada sesión : Se les pide a las pacientes que no comenten los temas abordados tanto por ellas como por sus compañeras fuera del horario de sesión.
- 4.- Respeto en el trato entre las pacientes y su tiempo de participación personal.
- 5.- Realizar las tareas que se les irán pidiendo cada sesión.
- 6.-No se abordará el tema de los trastornos alimentarios durante las sesiones.

Luego para conocer el nivel inicial de autoestima se realiza la aplicación del test. Con el objetivo de estimular la confianza y la participación activa se realiza la presentación cruzada entre las pacientes y la relajación- imaginaria, cuyo tema es el ingreso a una terapia

de grupo. Al final de la descripción de las sesiones mostraré un ejemplo de este tipo de ejercicio a modo de referencia. Al finalizar la sesión se les pide la tarea nº1: Que piensen durante la semana sus expectativas con respecto a la terapia de grupo y que las traigan escritas.

Sesión nº 2: Se realiza una revisión de las tarea dada en la sesión anterior y los comentarios del grupo al respecto, luego se determinan los objetivos grupales comunes.

Posteriormente se realiza un ejercicio de relajación imaginaria, siendo el tema qué es la autoestima. Esto se relaciona con el objetivo de educar a las pacientes sobre el concepto de autoestima. Luego se realiza el ejercicio en que cada paciente debe dibujarse a sí misma . Después cada una debe describir lo que dibujó y que el grupo haga preguntas al respecto. Esto relacionado con el conocimiento del esquema corporal que poseen las pacientes al inicio del taller y estimular la toma de conciencia del esquema corporal. Finalmente, para reforzar los elementos positivos que componen la autoestima de las pacientes se les pide que anoten durante la semana aspectos positivos que constituyen su persona.

Sesión nº 3: Se hace una revisión de la tarea anterior y comentarios al respecto.

Con el objetivo de localizar los pensamientos negativos automáticos y las situaciones que contribuyen a mantener el malestar emocional se realiza un ejercicio de autoevaluación de ideas irracionales. Basado en la lista de ideas irracionales de Ellis .

Para estimular el uso de la comprobación empírica como método de autoconocimiento se les da la tarea nº3 que consiste en realizar un autoregistro durante la semana de los pensamientos irracionales que subyacen a situaciones específicas en que se evalúan de

manera negativa. Al final de la descripción de las sesiones, mostraré un modelo de autoregistro.

Sesión nº4: Para lograr los objetivos tales como, reconocer los sentimientos propios y ajenos de las pacientes, autoestima y estima personal se realiza un ejercicio de role playing. En éste cada paciente deberá realizar una actuación sobre los problemas que aquejan a su compañera. Este ejercicio se realiza en pares. Luego se les pide un feedback sobre cómo se sintieron . Finalmente se les da la tarea de autoregistro donde deberán detectar e identificar las situaciones que les generan ansiedad.

Sesión nº5: Con el objetivo de estimular el enfrentamiento a los problemas manejando la ansiedad y la búsqueda de soluciones alternativas en referencia a los problemas comunes del grupo, se realiza un ejercicio grupal. Se eligen los problemas comunes y se les pide a las pacientes que formen parejas para encontrar soluciones alternativas.

Sesión nº 6: Para estimular la anticipación y evaluación de las consecuencias posteriores a la búsqueda de una solución se realiza un ejercicio donde se les entrega un paper con distintos problemas y soluciones alternativas, de modo que elijan la que para ellas tenga menos consecuencias negativas para su autoestima . En la tarea se les da un autoregistro de evaluación de las consecuencias.

Sesión nº 7 : Con la finalidad de estimular la práctica concreta de soluciones alternativas y educar en los pasos a seguir al enfrentar correctamente un problema se realiza el siguiente ejercicio. Se deben poner a prueba las soluciones que conduzcan al logro de resultados

positivos a través de role- playing y se les da la tarea de realizar un autoregistro de poner a prueba las soluciones que conduzcan al logro de resultados positivos.

Sesión nº 8: Para cumplir los objetivos como la estimulación de destrezas interpersonales y la empatía, se lleva a cabo una relajación imaginaria que tiene como contenidos el prestar atención al humor de otros, anticipar y superar obstáculos. Esta ayuda a poner en práctica la resolución de problemas sociales y objetivar la estima e otros.

Sesión nº9: Se realiza un ejercicio de visualización proyectiva con el tema “qué es la autoestima”. Esto con la finalidad de reforzar los elementos positivos que conforman la autoestima de las pacientes. Posteriormente se hace un ejercicio donde cada paciente deberá dibujarse a sí misma, luego de esto, cada una debe describir lo que dibujó y que el grupo haga preguntas al respecto, pero esta vez, aplicando todo lo aprendido en las sesiones anteriores. Finalmente se realiza un ejercicio donde cada paciente anota las características positivas de la persona que tengan a su lado. Luego entregan los papeles y la terapeuta los va leyendo. Las pacientes tienen que identificarse a sí mismas.

Sesión nº 10: Para estimular la asertividad para dar y recibir elogios se hace un ejercicio en que las pacientes deben comparar cómo se ven a sí mismas cómo quisieran verse y cómo la ven las demás. Cada paciente debe sentarse en una silla al centro de un círculo rodeada por sus compañeras de grupo y dejar que las demás la evalúen. Luego se realiza un ejercicio de psicodrama donde cada paciente debe realizar una actuación debiendo interpretar el rol que ha elegido como su ideal, en términos de personalidad.

Sesión nº11: Se realiza un ejercicio de viaje imaginario llamado “contacto- retirada” como una manera de facilitar el proceso de separación del grupo. Se les pide que anoten si se cumplieron sus expectativas con respecto al taller y las comparen con las iniciales.

Sesión nº 12: Síntesis, conclusiones, cierre.

Relajación : Ejercicio de visualización

Busquen una posición cómoda....pongan las manos sobre las rodillas, la planta de los pies sobre el suelo y las piernas distanciadas de la mesa. Dejen que se empiecen a cerrar sus ojos cuando se hayan cerrado, realicen una respiración profunda . Ahora pueden empezar a relajar todos los músculos de su cuerpo. Comiencen a sentir que sus piernas son pesadas cada vez más pesadas a medida que se relajancada vez mas pesadas y más pesadas a medida que se desprenden de la más pequeña dosis de tensión muscular. Sientan sus piernas como pesados tubos de plomo. Imagine que son pesados tubos de plomo pesadas y relajadas. Ahora sientan que sus brazos le pesan ... se vuelven cada vez más pesados y relajados... como si se hubieran convertido en pesados tubos de plomo. Sientan la gravedad que les impulsa hacia el suelo. Sientan sus brazos y piernas pesados, pesados y relajados. Su cuerpo se relaja a medida que sus brazos y piernas se desprenden de toda la tensión muscular. Ahora empieza a relajarse su cara ... su cara empieza a desprenderse , desprenderse cada vez más de la tensión . Su frente se vuelve suave y tersa ... relajada y deja escapar toda la tensión.... Deja escapar todas las preocupaciones del día . Sus mejillas están relajadas y dejando salir toda la tensiónsu frente y mejillas están totalmente relajados y ahora empieza a relajar el mentón.... permite que se vuelva cada vez más relajado... su mentón está dejando escapar todas las frustraciones del día..... Ahora sentirá que se relaja su lengua Su lengua está reposando sobre su boca...y cuando se relaja el mentón usted siente que su cuello comienza a relajarse y deja escapar la tensión . No hay tensión en su cuello a medida que comienza a relajar sus hombros ... Sus hombros caen y dejan salir hasta el más mínimo fragmento de tensión . Ahora puede relajar su pecho y abdomen haciendo una profunda inspiración una profunda inspiración hasta el abdomen... llene su abdomen

Mientras relaja su tórax y estómago..... al dejar salir el aire, sale de su cuerpo toda la tensión y se siente más relajado. Su cuerpo está más relajado.... siente sus brazos y piernas relajados, su cara, cuello y abdomen.... comience a sentir que está flotando.....flotando... y se sume en una relajación total . Se siente somnoliento... apacible y tranquilo. Cada vez flota más y más sumido en una relajación total.

Ahora vea una escalera.... una escalera que desciende hasta un lugar encantadoramente tranquilo.... se relajará cada vez más con cada peldaño contará hacia atrás de diez a cero , contando cada paso a medida que se siente más y más relajado. Cuenta cada paso ... se relaja cada vez más diez... nueve ... ocho...se sume cada vez más profundo..... diez... nueve... ocho...cada vez más hondo ... siete... seis.. cinco...cuatro...tres... dos... uno.. cero... está usted yendo a un lugar cada vez más apacible y tranquilo.... Quiero que imagine que está en algún lado de la orilla del mar.... ¿ Cómo es su orilla del mar?....Camine un poco a su alrededor ¿ Cómo es la playa debajo de sus pies ?... Agáchese y toque la playa a fin de conocerla mejor.... vaya hacia la orilla y sienta el agua salada... camine a lo largo de la costa y vea qué ha traído la marea...¿ Qué puede oler?... ¿Cómo está el tiempo?... ¿ Cómo se siente estando allí?... Explore la playa por su cuenta durante un rato y vea qué otra cosa puede descubrir...

Ahora quiero que mire hacia el océano.... ¿ Cómo es el océano?... mire arriba y abajo la línea de la costa... Ahora mire derecho mar adentro. Muy lejos hay algo que se mueve gradualmente hacia usted, acercándose con las olas. Al principio estará inseguro acerca de lo que es y de qué tamaño tiene, pero a medida que se acerca estará en condiciones de ver qué es... mírelo atentamente mientras se acerca hasta llegar a la playa ... Cuando llegue, vaya a su encuentro y examínelo cuidadosamente, descubra también todo cuanto le sea posible acerca de eso... camine a su alrededor y mírelo del otro lado... ¿ Cómo

es?... tóquelo y vea qué sensación le produce ... ¿ Puede explicar algo respecto de su pasado y de las circunstancias que lo trajeron hasta la playa?... ¿ Cómo se siente hacia eso?....

Ahora quiero que se convierta en ese objeto que llegó a su playa . Siendo ese objeto, ¿Cómo es usted?... ¿Cuáles son esas características?. En silencio describase a usted mismo cómo se siente siendo esa cosa. ¿ Qué le ha ocurrido que lo trajo a esa playa?... Tome cierto tiempo en tomar mayor contacto con la experiencia de ser esa cosa....

Vuelva a ser usted mismo nuevamente y mire otra veza ese objeto sobre la playa....¿ ve algo que no notó antes?... ¿ Qué siente hacia esa cosa ahora?.... Eche una ultima mirada al lugar...y note si alguna cosa ha cambiado...Ahora despídase lentamente de su orilla del mary de cualquier otra cosa que llegó a su playa ... y regrese a su existencia en este cuarto. Simplemente permanezca tranquilo con su experiencia durante un rato...

Ahora vaya sintiendo lentamente los sonidos cercanos a este cuarto, la luz y abriendo lentamente los ojos a la cuenta de cinco...uno..dos...tres... cuatro ...cinco.

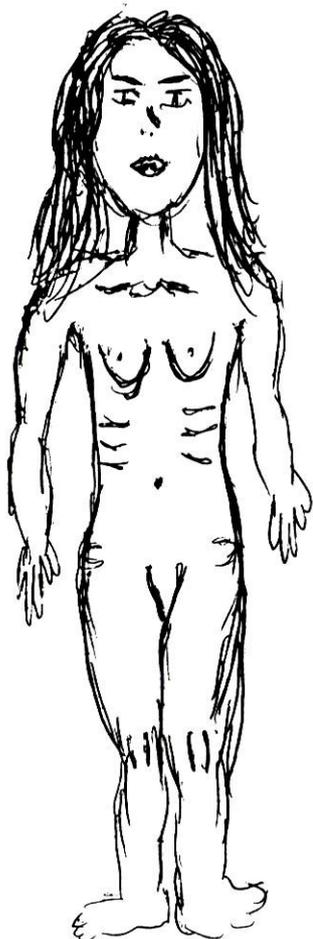
Modelo de autoregistro:

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

Situación.	Emoción (es)	Pensamientos automáticos	Resultado
1.- Describa la situación que motivó la emoción desagradable.	1.-Especifique. Triste, ansiosa, enfadada	1.-Anote pensamientos automáticos que proceden a las emociones.	1.-Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos.
2.-Los pensamientos o el recuerdo que motivó la situación desagradable.	2.-Evalúe la intensidad de la emoción. (1-100)	2.- Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos.	2.- Especifique y evalúe de 0a 100 las emociones subsiguientes
Ejemplo			

Algunos dibujos realizados por las pacientes

ASÍ ME VEN



ASÍ ME VEO Y ME SIENTO.



- Soy amigable
- Soy adaptable
- No gusta compartir con otros
- Soy aparentemente alegre
- No gusta ayudar a los demás
- Soy comprensiva

Anexo nº3 .Protocolo de Entrevista utilizado como pauta de selección de pacientes para grupo piloto y grupo de control.

Nombre.....

F. de Nacimiento.....

Edad.....

Estado Civil.....

Hijos.....

Escolaridad.....

Actividad Actual.....

Vive acompañada por.....

Fecha de diagnóstico del Trastorno Alimentario.....

Tipo de Trastorno Alimentario.....

Tratamiento Actual.....

Lugar de Control.....

Estatura.....

Peso Actual.....

Índice de Masa Corporal.....

Otros Antecedentes Mórbidos.....

Otros Fármacos utilizados actualmente.....

Antecedentes Psiquiátricos.....

Hospitalizaciones Psiquiátricas.....

Antecedentes Psiquiátricos familiares.....

Hábitos Tabaco.....

 Alcohol.....

 Drogas.....

Criterios DSM-IV para determinar Trastorno de la Conducta Alimentaria :

- 1.- Peso corporal inferior al 85% del peso esperable.....
- 2.- Miedo intenso a ganar peso.....
- 3.- Alteración de la percepción del peso o silueta.....
- 4.-Presencia de amenorrea.....
- 5.- Presencia de atracones.....
- 6.-Presencia de purgas.....
- 7.-Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo.....
- 8.-Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.....
- 9.-Conductas compensatorias inapropiadas.....
- 10.-Al menos dos atracones a la semana en un período de tres meses.....
- 11.-Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta.....

BIBLIOTECA ARNALDO MERBILHHA COSTERE
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL



3 5618 00026 2814

X HIPÓTESIS

1.- Hipótesis general

Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de autoestima de las pacientes antes de asistir al taller de psicoterapia grupal y al finalizar el taller. La psicoterapia grupal será eficaz en la estimulación de la autoestima en pacientes con trastornos alimentarios.

2.- Hipótesis Específicas

- a. Las pacientes tratadas con psicoterapia grupal presentarán un mejor nivel de autoestima que las pacientes que no participaron en el taller de psicoterapia grupal.
- b. La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos que componen la autoestima.
 - b.1 La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos cognitivos que componen la autoestima.
 - b.2. La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos afectivos que componen la autoestima.
 - b.3. La psicoterapia grupal será útil en la estimulación de los elementos conductuales que componen la autoestima.
- c. La terapia de grupo será efectiva en el logro de una mayor valoración de la autoimagen de las pacientes.