

UNA GUIA PARA LA
PREVENCIÓN.

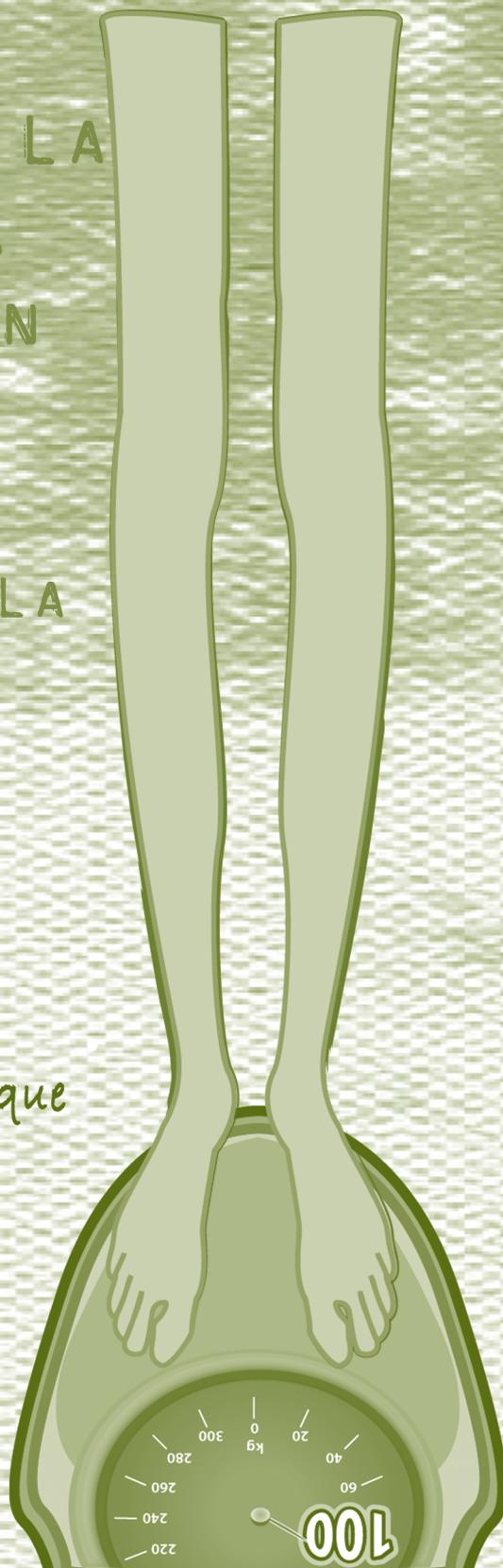
INSATISFACCIÓN
CORPORAL

Y

TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA

ALIMENTARIA.

vales **MÁS** de lo que
PESAS



**Una Guía para la Prevención: Insatisfacción Corporal
y Trastornos de la Conducta Alimentaria**

**Campaña de Sensibilización ante los
Trastornos de la Conducta Alimentaria:
“Vales más de lo que Pesas”**

Autor: José Silvestre Salamanca
Revisión ortográfica: Mamen Silvestre Salamanca
Coordinadoras: Isabel Maria Parejo Margallo
Silvia Fernández Gómez

Edita: Consejo de la Juventud de Extremadura. www.cjex.org
Financia: Dirección General de Consumo, Junta de Extremadura
Deposito Legal: BA-160-08
Diseño, Maquetación e Impresión: grafimon-04. 924 45 37 07

ÍNDICE

Primera Parte:

Insatisfacción Corporal:.....	11
Elemento socialmente compartido	

Segunda Parte

De la Insatisfacción Corporal a.....	87
los Trastornos de la Alimentación	

Tercera Parte

Prevención.....	125
------------------------	------------

PRESENTACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema que afecta a toda la población y en los últimos años la cifra de personas que los sufren ha aumentado; aunque estadísticamente hablando las mujeres son las que más los sufren, cada vez son más los varones que manifiestan la enfermedad. Así mismo la pre-adolescencia y la adolescencia son las etapas en las que más frecuentemente suelen aparecer, lo cual no significa que no existan personas adultas que desarrollen esta enfermedad, bien porque no se le haya diagnosticado correctamente en el pasado o porque la hayan desarrollado en esta etapa de adultez.

Desde el Consejo de la Juventud de Extremadura y más concretamente desde la Vocalía de Salud y Medio Ambiente , en el marco de un convenio firmado con la Dirección General de Consumo de la Junta de Extremadura, lanzamos la campaña : “VALES MÁS DE LO QUE PESAS” .Campaña de sensibilización ante los trastornos de la conducta alimentaria.

Sabemos que la información por sí sola no provoca cambios en las conductas por ante todo queremos incidir en el cambio de las actitudes, incidiendo en factores que influyen directamente en el desarrollo de los TCA como pueden ser la autoestima, la imagen corporal, el fomento de una alimentación responsable y saludable, el sentido crítico para analizar la información que llega desde los medios de comunicación...

Entre los objetivos de la Campaña “VALES MÁS DE LO QUE PESAS” se encuentran los siguientes: Informar y sensibilizar a la población general sobre los TCA y su papel como agentes de prevención ,Formar a quien trabaja en la educación sobre el papel que tienen en la promoción de la salud de sus alumnos.

La campaña incluye diversos materiales de información y sensibilización, entre los que se encuentra esta guía, con la que pretendemos ofrecer un instrumento pedagógico útil para trabajar la prevención primaria de estos trastornos con jóvenes y adolescentes y ofrecer un recurso para el trabajo de los principales agentes de socialización, especialmente de aquellas entidades que trabajan en el campo de la educación no formal.

La presente guía la hemos dividido en tres partes y se incide sobre todo en los factores a tratar para evitar un posterior desarrollo del trastorno, se trata de una guía dirigida a la prevención.

La primera parte, dirigida a explorar los posibles elementos causales del estadio anterior de algunos TCA (como la Anorexia Nerviosa y Bulimia) y sobre uno de los fenómenos que mejor predicen su aparición: la Insatisfacción Corporal y las creencias más importantes que las alimentan.

La segunda parte, dedicada a la descripción de los TCA que son más frecuentes en nuestra sociedad actual así como otros cuya aparición es algo más reciente.

Y una tercera parte, centrada en la intervención con grupos de población infantil y juvenil.

Desde el Consejo de la Juventud de Extremadura, creamos y difundimos estos materiales, ahora os pasamos el relevo, a vosotros y vosotras, a todas aquellas personas tanto del ámbito asociativo juvenil, como del educativo en general, para que estos recursos cumplan la función para la que fueron creados, que no es otra que la de SENSIBILIZAR Y PREVENIR, cualquier tipo de trastorno de la conducta alimentaria, al mismo tiempo que fomentar estilos de vida saludables en nuestros jóvenes.

Comisión Ejecutiva del Consejo de la Juventud de Extremadura.

INTRODUCCIÓN

Es una realidad asumir en nuestra sociedad actual, un importante incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) por causas psicológicas, cuya prevalencia en la población juvenil española ronda el 5% (entre Anorexia Nerviosa, Bulimia y TCA no especificados). No es extraño encontrar en nuestro entorno cercano, algún caso diagnosticado por un-a profesional, una persona cuya delgadez extrema salta a la vista o una preocupación generalizada por lo corporal.

El aumento en cuanto a prevalencia de estos problemas, no sólo alertan a especialistas en la materia, sino a un gran número de familias, medios de comunicación, administraciones públicas, asociaciones u organismos que velan por la salud entre otros.

A pesar de la gravedad de estos problemas, los avances científicos ofrecen aportaciones y recursos importantes para la intervención: Elementos Causales, Modelos Explicativos, Factores de Vulnerabilidad, Estrategias terapéuticas útiles para el abordaje del problema, etc. con el empeño de proporcionar conocimientos y por tanto herramientas para la disminución de esta problemática.

Gracias a todas estas aportaciones, los TCA pueden ser tratados desde una perspectiva más amplia y optimista en relación al pasado, lo que permite una mayor eficacia en cuanto a las medidas preventivas y en los éxitos de los tratamientos.

Gran parte de los avances y conocimientos científicos, son recogidos por grupos de personas formadas que a través de programas de prevención primaria o secundaria, diseñan intervenciones dirigidas fundamentalmente a la población juvenil con el fin de dificultar la aparición de estos trastornos. Así, la elaboración de guías y otros recursos que orienten sobre los TCA a mediadores en salud, padres y madres, profesores y profesoras, psicólogos y psicólogas, puede ser clave en la comprensión y/o intervención de esta problemática.



Este trabajo lo hemos dividido en tres partes. La primera, dirigida a explorar los posibles elementos causales del estadio anterior de algunos TCA (como la Anorexia Nerviosa y Bulimia) y sobre uno de los fenómenos que mejor predicen su aparición: la Insatisfacción Corporal y las creencias más importantes que las alimentan. La segunda parte, dedicada a la descripción de los TCA más prevalentes en nuestra sociedad actual así como otros cuya aparición es algo más reciente. Y una tercera parte, centrada en la intervención con grupos de población infantil y juvenil.

Deseamos pues que las próximas páginas sean de utilidad desde la prevención, para todas estas personas que velan por la salud de la población juvenil, más vulnerable en esta problemática. No siendo el motivo de esta Guía, monopolizar la atención en los TCA, ya que caeríamos en la redundancia de otras publicaciones, sino orientar la intervención en el eslabón anterior a los mismos y ofrecer estrategias de trabajo a ese nivel.

1ª PARTE

Insatisfacción Corporal: Elemento socialmente compartido

PRIMERA PARTE

Insatisfacción corporal: elemento socialmente compartido.

Podemos definir la Insatisfacción Corporal (IC), como “la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal” (Gardner y Stark, 1999). En opinión de los expertos, este factor es uno de los que mejor predice el inicio de los más importantes TCA como es la Anorexia Nerviosa y la Bulimia.

Por tanto, la correlación establecida entre la IC y algunos TCA es clara, ya que la primera supone el primer peldaño para llegar a la segunda. Así, un incremento de la IC producirá incrementos en los TCA, quizás no proporcionales, aunque sí en la misma dirección.

Es evidente pensar, que una persona que tiene pánico a poner peso, además de una percepción distorsionada de su cuerpo o que realiza una dieta restrictiva, es una persona que no se siente a gusto con su cuerpo.

Si bien y afortunadamente desarrollar un TCA no es un fenómeno generalizado en la población (a pesar de su alta prevalencia) no deja de ser menos cierto el hecho de que en los tiempos actuales, la Insatisfacción Corporal se encuentre muy presente entre los miembros de nuestra sociedad, abarcando ya desde la pubertad y adolescencia en mayor medida, hasta la adultez temprana e incluso tardía.

El objetivo de este planteamiento no es otro que alertar de esa fase previa de los TCA caracterizada por la tendencia generalizada a infravalorar y menospreciar determinadas partes de nuestro cuerpo, que pueden ser objeto de un malestar significativo, de una obsesión duradera o incluso en sus casos más extremos de un Trastorno como los antes comentados.

Todo hace indicar que la IC provocada en parte por la exigencia en este ámbito, afecta en todos los rangos de edad (aunque no por igual) respecto a épocas pasadas en los dos extremos de un hipotético continuo, donde la afectación sería mayor en el extremo representado por muchos-as chicos-as que se encuentran en la etapa evolutiva denominada pubertad y adolescencia (y antes en muchos casos) y en el otro, personas que han superado la adultez tardía (y posterior en muchos casos). Más adelante, intentaremos identificar las causas por las cuales, hasta hace no mucho, una persona de mediana edad asumiera mejor los naturales cambios corporales producidos por el paso del tiempo de lo que se hace ahora, donde predomina de una forma más clara la negación de los mismos.

Con el fin de establecer algunas hipótesis que pudieran explicar este fenómeno extendido y compartido, desarrollamos a continuación algunos elementos causales en el ámbito personal y social que pudieran justificar el inicio y mantenimiento de la IC.

Posibles causantes de la Insatisfacción Corporal

Contexto social-Educacional: formación de creencias

Si bien el Contexto Social actual no es el único responsable del incremento de la IC en los tiempos actuales, (ya que entonces todo el mundo tendría en la misma proporción IC), existiendo además otras variables como las personales-experienciales, si que hay que establecerla como un elemento clave en el inicio del problema.

En este sentido, el planteamiento puede formarse desde la constatación de unas series de creencias sociales compartidas por la mayoría de la población o cuando menos, por un número importantísimo de personas, que contribuyen de forma clara a la gestación de la IC.



Una de ellas, elemento central en el tema que nos ataña, la expone de una forma muy clara un psicólogo americano ampliamente reconocido por la comunidad científica llamado Albert Ellis.

Ellis, parte de la base de que existen unas series de Ideas Irracionales inculcadas fundamentalmente en las sociedades occidentales. Estas ideas expresadas en forma de pensamientos, dirigen gran parte de nuestras conductas y según él, son las causantes de malestar emocional debido precisamente a que son irracionales (A.Ellis y R.A.Harper, 2003).

Por ello, vamos a exponer algunos de sus planteamientos ya que sin duda, servirán de ayuda tanto para la comprensión de los elementos causantes de la IC, como en la formulación de alternativas.

Necesidad de aprobación

La aplicación que realiza este Ellis de esta tendencia que tenemos los Seres Humanos a ser aprobados, queridos y aceptados por las personas de nuestro entorno, es crucial para entender una gran cantidad de Conductas Asociadas a la Insatisfacción Corporal.

Ellis, desarrolla así esta Idea expresándola de la siguiente forma: “Necesito ser aprobado y aceptado por prácticamente cada persona de mi entorno”.

Lo cierto es que en el contexto social actual, la necesidad de aprobación es un elemento altamente inculcado desde varias fuentes como: medios de comunicación, familia, amigos-as, entorno cercano, etc. Aunque quizás haya sido un objetivo a conseguir en la mayoría de los miembros de las sociedades a lo largo de la historia en todas las etapas evolutivas (más en la pubertad-adolescencia), es probable que en los tiempos actuales esta creencia haya cobrado una mayor importancia.

El planteamiento que este autor realiza de esta formulación, se traduce en la conveniencia de prestar atención a la irracionalidad con la que se expresa esta idea en forma de pensamientos, ya que consecuentemente, actuaremos de forma irracional: actúo según pienso. Así, establece que es irracional por varias razones:

1. En primer lugar, porque en muchos casos, la aprobación la tendemos a plantear en términos muy exigentes o perfeccionistas, marcándonos objetivos inalcanzables (necesito que todo o casi todo el mundo me apruebe, me quiera, me acepte), sin caer en la racionalidad de pensar que este objetivo es sencillamente imposible conseguirlo. Siempre “aun cuando consiguieras la aprobación, aceptación de la mayoría de las personas de tu entorno, siempre habrá alguna u algunas que no lo harán”.

2. Por otro lado, esta Idea es Irracional porque se tiende a plantear en muchas ocasiones como una necesidad vital para nuestro buen funcionamiento emocional, incluso para nuestro bienestar. En ese sentido, si nuestro bienestar/malestar está determinado por este elemento, nos volveremos personas dependientes de las opiniones y comentarios de los demás, con el consecuente malestar cuando no somos correspondidos como lo demandamos, cuando no somos aprobados-as, lo que afectará también de una forma clara a nuestra autoestima.

3. Necesitar de una forma exagerada aprobación de los-as demás, nos hará realizar conductas que incluso no deseamos y que son poco saludables o que tengan consecuencias indeseables para nosotros-as para conseguir el objetivo: ser aprobados-as, aceptados-as, convirtiéndonos en meras marionetas de los gustos o preferencias de los-as otros-as, perdiendo así gran parte de nuestra independencia e identidad.

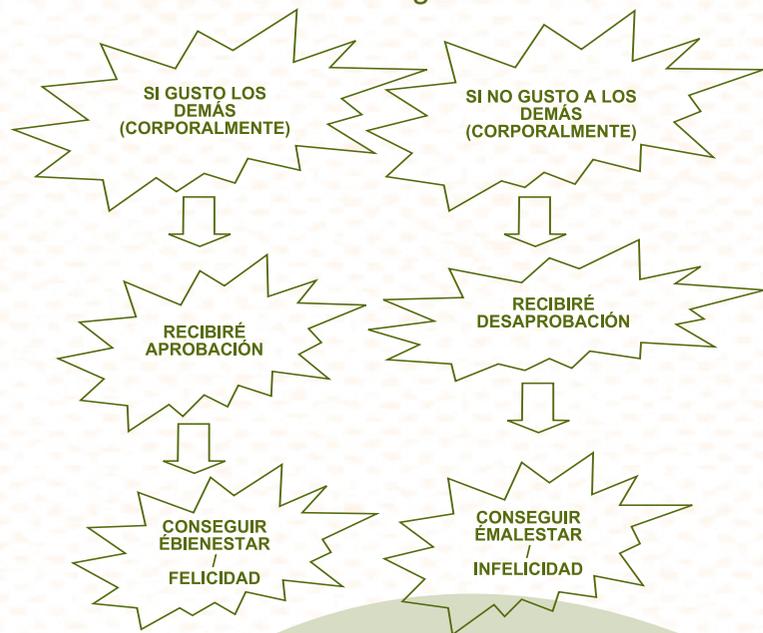


4. Estas cuestiones anteriores, suele ser común no sólo en personas que desarrollan un TCA como la Anorexia y la Bulimia, sino que mantiene una estrecha relación con la IC y con parte de las conductas que conlleva este tipo de insatisfacción (pretender ser querido-a o aceptado-a a través de lo corporal).

Por todo ello, más que una aliada, una excesiva necesidad de aprobación y todo lo que ello conlleva se convierte así en un enemigo a tener en cuenta en lo referente a la Construcción de la Insatisfacción Corporal en la persona.

En este sentido, existe toda una maquinaria mediática y de otra índole que alimentan en la población en general y en la juventud en particular, unas series de mensajes explícitos e implícitos que giran en torno al éxito producido por la consecución de este objetivo poco alcanzable, el que todo o casi todo el mundo nos quiera, nos aprecie y apruebe.

Así podemos de forma consciente o inconsciente, podemos establecer en nuestra mente la siguiente asociación:



vales **MÁS** de lo que

Estas asociaciones, se transforman posteriormente en pensamientos orientados en la misma dirección que se activan en situaciones concretas. Una posible aproximación en este sentido sería lo siguiente.

Pensamientos relacionados con esta idea Irracional

- “Tengo que gustarle-s” (física o personalmente)
- “Tengo que caerle-s bien”
- “No soporto que me desaprobemos, que me critiquen, que no me quieran, etc.”
- “Tengo que estar guapa/o siempre”
- “Tiene-n que quererme o aprobarme”
- “Si no le-s caigo bien, me encontraré mal”

Consecuencias negativas de esta creencia

1. Estar pendiente de las apariencias externas, del «qué dirán».
2. No expresar sentimientos, opiniones, deseos, en especial si son contrarios a los demás.
3. No defender nuestros derechos tratando de evitar conflictos.
4. Gastar mucha energía tratando de gustar a los demás (con la consiguiente decepción si no lo conseguimos, o vemos que no es bien reconocida o recompensada por los demás).
5. Tratar de impresionar, de llamar la atención.
6. Responsabilizar a los demás de nuestro bienestar. Culparles de nuestro malestar.
7. Sentirnos muy afectados cuando recibimos críticas.

Por ello, podríamos determinar que la necesidad de aprobación en un grado importante junto con otras variables que describiremos más adelante, sería un elemento a tener en cuenta en la conformación de la IC. Si necesito de la aprobación de los demás, intentaré hacer todo cuanto esté en mis manos para conseguirla, centrando mi atención y esfuerzos en todos los elementos que estén bajo mi control, como mi cuerpo, la ingesta de alimentos, etc.

Una historia irreal

Ahora te proponemos un ejercicio mental, imaginarte una situación posible pero muy poco probable.

Imagina, que mañana mismo por una causa que tu mismo-a puedes establecer te trasladan a una isla desierta en un lugar desconocido. Allí sabrás que permanecerás toda tu vida, hasta tu último día.

Imagina, que en la isla no hay ni habrá ni un solo Ser Humano en todo ese tiempo. Tampoco peligrosos animales que pudieran peligrar tu supervivencia, es una isla tranquila.

Imagina que tienes una confortable cabaña donde refugiarte y sobre todo, imagina que tienes toda la comida que deseas, no sólo me refiero a frutas y verduras, sino a otro tipo de alimentos bastantes más calóricos.

Bajo esas hipotéticas circunstancias: ¿piensas que la preocupación por lo corporal sería muy intensa?, ¿te preocuparía el hecho poner algún kilo de más? ¿pensarías en las calorías ingestadas después de una comida hipercalórica y las consecuencias sobre tu peso?, ¿te entrarían remordimientos de conciencia por lo ingerido?. Incluso, durante una mañana de recolecta en un frutal, ¿le darías importancia al caer en la cuenta de que se te ha olvidado peinarte?. Cuando te vistieras, ¿intentarías seleccionar la ropa a fin de que hiciera juego?. Cuando te bañaras en la playa, ¿te agobiaría el hecho de no tener las piernas u otra parte del cuerpo depilado?, ¿te privarías del apetitoso baño por no estar depilada-o?

¿Le darías mucha importancia a ese michelín o a las cartucheras que tanto te han agobiado en los últimos tiempos? ¿Qué importancia le darías a eso que le falta o le sobra a tu cuerpo?

Por tanto, ¿De qué depende la Satisfacción o Insatisfacción Corporal? De nosotros-as o de los demás.

Probablemente, la respuesta a esta última cuestión y salvo a escasas excepciones no significativa, sea establecer que depende más de los demás que de nosotros-as. En ese sentido, bajo determinadas presiones de índole social, realizamos conductas que tienen como consecuencia positiva a corto plazo, una hipotética aprobación de los-as otros-s, pero provoca a largo plazo una dependencia u enganche a ella (pasamos a “necesitar” de ese reconocimiento continuo) perdiendo a veces independencia o criterio propio, sobre todo cuando esa necesidad de aprobación es muy recurrente.

No obstante, la propuesta no consiste en negar el evidente placer obtenido al conseguir aprobación de otras personas sobre todo si son significativas, sino más bien, controlar el exceso que pueda conllevar a una exagerada dependencia de los demás por este elemento, no depender de forma imperiosa o excesivamente de la aceptación u aprobación de los-as demás.

Por otro lado, lo realmente interesante en el trabajo de identificación de Ideas Irracionales como esta, no es sólo establecer por qué lo son, sino a partir de esas conclusiones plantear otra forma de razonar alternativa que contenga elementos racionales: “si cambio la forma de pensar, cambio la forma de sentir y por tanto de actuar”.

A continuación, realizaremos unas sugerencias de cambio para ese elemento central en la construcción y mantenimiento de la IC llamado necesidad de aprobación.



Sugerencias de cambio en la excesiva búsqueda de aprobación.

- No asociar la valía personal con el grado de aprobación que recibamos del exterior. En ocasiones, pensamos de forma irracional que mi valía como persona está condicionada a ser querido-a o aprobado-a por la mayoría de las personas de mi entorno o a lo corporal (“si tengo un buen cuerpo valdré más...”). Por el contrario, la persona vale por lo que es (por el simple hecho de ser persona) no por el número de críticas o alabanzas que reciba y mucho menos, por tener un cuerpo 10 o 5...

- No asociar el bienestar personal con el nivel de aprobación recibido. Otra relación tan típica como irracional es pensar que si los-as demás me aceptan, seré más feliz o mi bienestar será incrementado. El peligro de esta asociación aplicada a la IC es de gran importancia, ya que si pienso de esa forma, la preocupación (y en algunos casos obsesión) por lo corporal aumentará con el fin de obtener un mayor número de aprobación (“si tener un determinado peso es valorado positivamente por los demás y necesito de mucha aprobación para sentirme bien, haré todo lo posible para estar en ese peso”).

Pensar que el bienestar de la persona no está determinado por el nivel de aceptación o aprobación de los otros es ya que entre otras cosas, muchas personas socialmente reconocidas (actores, actrices, cantantes, etc.) llegan a deprimirse o tener un bajo estado de ánimo como cualquier otra, a pesar del alto nivel de aprobación y reconocimiento, lo que demuestra que la obtención de la aprobación temporal o continua no asegura el bienestar del que la obtiene.

La hipotética fórmula de la obtención de la felicidad, estaría compuesta por un mayor número de elementos y nunca por uno sólo llamado aprobación. No caer en el error de buscar el bienestar a través de lo corporal de forma casi exclusiva, puede ser un elemento a tener muy en cuenta en nuestras autovaloraciones.

Por tanto, la no fácil tarea de deshacer esa asociación (felicidad o bienestar-aprobación) a través de este tipo de razonamiento, puede suponer un factor protector contra la IC y a trabajar con grupos de jóvenes, más vulnerables en esta problemática.

- La aprobación es agradable pero no necesaria para la supervivencia. Aunque hay que reconocer, que sentirse querido-a, valorado-a o aceptado-a por los que te rodean, provoca una sensación objetivamente agradable pero desear no es lo mismo que necesitar (tal y como plantea Albert Ellis a la hora de racionalizar la excesiva necesidad de aprobación).

Desear algo supone que el tenerlo provocará consecuencias positivas o favorables, y no tenerlo ninguna consecuencia grave para la supervivencia. Por contra, necesitar algo supone que sea vital. Por ello, ningún ser humano necesita aprobación para su desarrollo aunque sí un refuerzo deseable y agradable cuando llega. Si en vez de desear, necesitamos aprobación, sentiremos mucho malestar cuando sobrevenga la crítica o desaire.

- En consecuencia de lo anterior, desarrollar una mayor tolerancia a la desaprobación nos hará más libre e independiente de los juicios y valoraciones que los demás hagan de nosotros-as.

Tolerancia a la desaprobación, significa normalizar el hecho de que haya personas que no les guste nuestra forma de vestir, volumen o forma de algún elemento o rasgo corporal y a otras si o simplemente le sea indiferente, tal y como hacemos nosotros-as con nuestras valoraciones hacia los otros (hay personas que nos parece poco o muy atractivas y otras indiferente). Es imposible llegar a gustar a todo o casi todo el mundo. Habituarlos a esta realidad a través de la aceptación de al menos cierta parte de desaprobación cuando llegara, reduciría parte de las preocupaciones que tenemos asociado a lo corporal.



En este sentido, exponernos sin dramatizar a situaciones donde se pone de manifiesto desaprobación o crítica hacia mi persona en relación con lo corporal (o con otros temas), favorecerá una habituación a la propia desaprobación, necesaria para la disminución en la afectación de la misma en el futuro.

Por el contrario, dramatizar la desaprobación, hará que cobre mayor importancia cuando se presente, y que por tanto la toleremos menos haciendo todo lo posible para evitarla (preocupándome más por mi cuerpo, en nuestro caso).

- Suponiendo que se pudiera obtener la aprobación de cada persona que uno-a quisiera, habría que gastar mucho tiempo y energía para ello, obviando así el cumplimiento de objetivos muchos más importante para nuestro desarrollo como personas.

Perfeccionismo / autoexigencia

Otra creencia ampliamente extendida y compartida en nuestro entorno social e influyente en la IC, hace referencia al incremento de la autoexigencia referido a lo corporal.

Muchas veces, al plantear en grupos de jóvenes o adultos las causas de los TCA, se suele referir como principal elemento la búsqueda del perfeccionismo. Es decir, a la tendencia actual que reina en nuestro entorno a tener altas cotas de consecución de objetivos en muchos casos inalcanzables, que va desde lo profesional, hasta lo corporal pasando por lo social entre otras áreas.

Muchos de los TCA como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia, son por definición trastornos cuyos objetivos son perfeccionistas, hasta tal punto, que se pueden describir como no alcanzables. El nivel de autoexigencia con los que se plantean llega a tales cotas, que desde el exterior se perciben como claramente irracionales.

Este elemento causal que llamamos excesivo Perfeccionismo / Autoexigencia, no sólo aparece en estos problemas psicológicos, sino que podemos establecerlo también como base de la IC, esa que como hemos dicho anteriormente, está instaurada en mayor o menor grado en una importantísima parte de la población actual.

Sobre esta creencia (transformada posteriormente en innumerables pensamientos con carácter autoexigente o perfeccionista), habla también el autor anteriormente citado A. Ellis. estableciéndola como una idea irracional al ser expresada-pensada de la siguiente forma: “La idea de que para considerarse a uno-a mismo-a valioso-a, debo ser muy competente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”.

Esta idea, al igual que la anterior, tiene una aplicación muy amplia en la vida cotidiana, fundamentalmente en nuestra sociedad occidental donde la competencia y sobre todo las “recompensas” del éxito, hace que la Autoexigencia cobre una especial importancia como herramienta de obtención de los logros en las personas.

No obstante y como el objetivo de esta primera parte es identificar los elementos protagonistas en la construcción de IC, centraremos en las próximas líneas la atención en la influencia de ese excesivo perfeccionismo que en ocasiones nos imponemos, en el ámbito corporal.

Para ello, utilizaremos la argumentación racional de la que clásicamente hace uso el psicólogo americano A. Ellis:

1. Pretender ser competente y capaz de lograr cualquier cosa en cualquier ámbito, es irracional, porque partimos del hecho cierto de que el Ser Humano es imperfecto y sus cualidades limitadas. Especializarnos en un tema en concreto, significa dedicar recursos, atención y esfuerzos en un tiempo determinado, en el que no podremos prestar atención, recursos y esfuerzos a otra área. Centrar



la atención en un aspecto, supone obviar el resto, de ahí la limitación natural. Negar esta limitación natural y autoexigirnos de forma constante es irracional además de injusto.

No se trata de adoptar un estilo pasivo ante la consecución de objetivos, ya que en la mayoría de los casos, es muy gratificante conseguir aquello que nos proponemos. El matiz se centra más en intentar hacerlo lo mejor posible, en vez de autoexigirnos de forma irracional un perfeccionismo en la mayoría de los casos inalcanzable e innecesario para el transcurso normal de nuestra vida.

2- La aplicación de lo anterior a la IC, puede traducirse en la actual tendencia y obsesión por la búsqueda de un perfeccionismo corporal que muchas veces se aleja de lo alcanzable, planteándonos formas imposibles e innecesarias.

La consecuencia inmediata, es exigirnos a través de un plan de acción (dieta, gimnasio, etc.) el fin a conseguir, siendo proporcional la distorsión del objetivo con el nivel de insatisfacción: cuanto mayor sea la irracionalidad del objetivo (por perfeccionista) mayor será el nivel de insatisfacción.

3- Asociar la consecución de todos los objetivos que nos proponemos con nuestra valía personal, es una injusticia que puede afectar a nuestro estado de ánimo. Confundir lo que hacemos con lo que somos es un planteamiento con un componente irracionalidad importante.

La relación entre el perfeccionismo-autoexigencia y la IC, podemos resumirla a través del siguiente esquema:



Algunos pensamientos relacionados con esta idea

“Tengo que estar perfecta-o para estar a gusto conmigo mismo”.

“Si no consigo X (el objetivo corporal) entonces no estaré bien”.

“Si tuviera menos o más de X estaría mejor conmigo mismo”.

“Tengo que estar pendiente o controlarme el peso”.

etc.,

Consecuencias negativas de esta creencia

1- Cuando el objetivo corporal de partida (o de otra índole) es irracional, entendiéndolo como tal poco saludable o alcanzable por excederse de perfeccionista, la consecuencia más probable es la insatisfacción no sólo referida a nuestro cuerpo, sino en el amplio campo emocional.

2- Confundir lo que somos con lo que hacemos, concluyendo cosas que son injustas además de falsas, favoreciendo así una distorsión clásica en esta problemática y que veremos más adelante como es la etiquetación cuando no conseguimos lo inalcanzable o lo difícilmente conseguible.

3- Realizar planteamientos cuyos objetivos son poco alcanzables por exigentes, puede llevarnos a incrementar la autocrítica sobre aspectos corporales o de otra índole, provocando una auto atención selectiva hacia determinados rasgos corporales y en consecuencia un estado de alerta constante sobre los mismos.

Por todo ello, realizamos a continuación un planteamiento racional, a través de sugerencias de cambios de pensamientos de este elemento central causante y mantenedor de la IC (y muchos TCA) al igual que hicimos en el punto anterior con la Necesidad de Aprobación.

Sugerencias de cambio en la excesiva búsqueda del perfeccionismo.

- Tal y como hemos sugerido antes, ningún ser humano puede ser totalmente competente y destacar en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos. Este hecho demostrable, puede y debe ser aplicado a lo corporal, en el sentido de intentar evitar planteamientos que contengan objetivos excesivamente exigentes o perfeccionistas: intentar bajar una cantidad exagerada e innecesaria de kilos, conseguir formas estructuralmente imposibles o con un coste muy elevado, etc.

- No necesitamos un cuerpo perfecto para nuestra supervivencia, ni tan siquiera para sentirnos bien. De nuevo tal y como sugerimos antes al hablar de aprobación, los seres humanos (al igual que el resto de animales) no necesitamos un cuerpo diez para sobrevivir. En todo caso, un cuerpo funcional que nos permita realizar las tareas necesarias para cumplir nuestros objetivos vitales. En ese sentido, centrar nuestro bienestar en este tipo de metas, podrán generarnos lo contrario de lo deseado, malestar.

- Tolerar a través de la aceptación aquello que objetivamente es inmodificable (por ejemplo unas caderas anchas, una calvicie, etc.) puede producirnos malestar en los primeros momentos. No obstante la exposición y afrontamiento continuado al elemento indeseado, generará habituación y luego aceptación.

- No centrar el éxito personal exclusivamente en lo corporal. Una vez más, el éxito de la persona en diferentes ámbitos dependerá de muchas variables, no sólo de la autoexigencia y logros corporales.

Disminuir en definitiva el grado de autoexigencia y desarrollar una actitud crítica hacia los modelos corporales perfeccionistas procedentes del ámbito mediático y de nuestro contexto cercano, podría suponer otro factor protector frente a la IC y muchos TCA.



Intolerancia a la frustración / necesidad de control

Otra creencia social frecuentemente inculcada aunque quizás algo menos compartida en la población respecto a las dos anteriormente descritas, es la tendencia que en ocasiones tenemos a no aceptar la realidad inmodificable o poco modificable donde nuestra capacidad de control es limitada o nula. Esta idea está claramente influenciada por la creencia anterior: tendencia al perfeccionismo o excesiva autoexigencia.

El autor antes citado, la expresa de la siguiente manera: “No soporto que las cosas no vayan por el camino que a uno-a le gustaría que fuese”. En ella identificamos, necesidad de control e intolerancia a la frustración.

Estos elementos son igualmente útiles para comprender la elaboración de la IC y en los casos más extremos de ésta, algunos TCA. Por ello y aunque de nuevo su aplicación podría hacerse a innumerables situaciones de la vida cotidiana, la contextualizaremos una vez más sobre el tema central de esta guía. Así, prestaremos atención a la influencia de la intolerancia a la frustración-necesidad de control, en el origen y mantenimiento a lo largo del tiempo de la IC.

Su relación en la IC se podría traducir en la no aceptación de la propia realidad corporal. Nos referimos lógicamente, a aquella que por estructura o condiciones orgánicas, es como es y que en consecuencia es poco modificable o bastante difícil de cambiar.

El error de este planteamiento, es pensar que tenemos capacidad de control sobre todo, que todo es modificable (referido fundamentalmente a lo corporal). Pensar esto puede llevarnos a utilizar la conducta como instrumento para conseguir el objetivo inalcanzable o poco alcanzable (dieta, ejercicio, etc.). Por ejemplo en casos extremos, este pensamiento se manifiesta en muchas personas que padecen Anorexia Nerviosa del siguiente modo:

“Necesito control, si controlo mi dieta, controlo mi vida” y en otros casos menos extremistas en personas con una importante IC.

Por contra, un planteamiento alternativo y racional a esta idea, sería asumir la capacidad de control de ciertos aspectos de nuestra vida (también los corporales), aceptando la realidad inmodificable o aquella poco modificable y evitar que nos afecte en el plano emocional. Más adelante, ofreceremos algunas propuestas para tal fin.

No obstante, hay que reconocer que existen dificultades a la hora de asumir ciertas realidades en los tiempos actuales donde la influencia mediática, ofrece al consumidor-a por la vía rápida, instrumentos en la mayoría de los casos fallidos, para “superar” esos complejos vitalicios instaurados en nuestras vidas. En cualquier caso, ¿por qué no intentarlo?.

Algunos pensamientos relacionados con esta idea

“Necesito Controlar todo lo relacionado con mi cuerpo”.

“Tengo que conseguir sea como sea mi meta”.

“Si lo consigo, me encontraré bien”.

“No soportaría el hecho de no conseguirlo”.



Consecuencias de pensar así

1- Pensar que podemos controlar gran parte de nuestro entorno en general y en particular, el cambio de algunos de nuestros componentes corporales objetivamente poco modificables puede llevarnos a una continua y estéril frustración.

2- Apostar por controlar gran parte de nuestra realidad corporal, nos podrá llevar a realizar una gran cantidad de conductas para conseguir el objetivo marcado que no harán más que reforzar la idea inicial: “No soportaría el hecho de no cambiar esto, tengo que conseguirlo” estableciendo un “círculo vicioso”.

3- Por todo lo anteriormente comentado, podríamos exponernos a una afectación poco deseable en el ámbito emocional, experimentando emociones desagradables (culpa, frustración, ira, tristeza, vergüenza, etc.).

Sugerencias de cambio en la excesiva intolerancia a la frustración

- En muchas ocasiones sería agradable que las cosas fueran de diferente manera, o que tuviéramos el cuerpo deseado. Pero saber aceptar y no agrandar aquello que no nos gusta de nosotros-as disminuirá la preocupación y por tanto el malestar y viceversa (exagerar lo que no nos gusta aumentará el malestar).

En ese sentido y al igual que sugerimos con la necesidad de aprobación y perfeccionismo, sería interesante aumentar nuestra tolerancia a la frustración y aceptar la realidad poco modificable evitando magnificar las consecuencias de tener lo no deseado.

- En la mayoría de los casos, nos frustran situaciones que podríamos valorar sin mucha relevancia si adoptáramos un punto de vista más objetivo. Aquí podríamos incluir innumerables situaciones

cotidianas que tienen que ver con la IC (“mi vida no cambiará a peor por haber puesto varios kilos”...). Esto ocurre fundamentalmente por la utilización de pensamientos exagerados que hacen sobreestimar la aparición de consecuencias negativas, que en muchos casos nunca ocurren, nuestra vida seguirá igual incluso sin el cuerpo deseado...

Pensar en la importancia real que tiene el no poseer el objetivo corporal o desdramatizar la no obtención del elemento en sí, será siempre una herramienta útil para el manejo de esas preocupaciones: “mi vida no cambiará drásticamente a peor aun no cambiando este elemento corporal.

- Saber identificar lo objetivamente modificable de lo objetivamente inmodificable desde un punto de vista corporal, será importante a la hora de evitar malgastar energías. Así, la tarea más saludable desde la perspectiva psicológica para aquello objetivamente inmodificable en el orden corporal, será la aceptación. Lo contrario, es decir la negación, produce en términos generales un malestar crónico y una tendencia a evitar exponernos a aquello que nos produce vergüenza (lo que generará la formación de complejos su mantenimiento a o largo del tiempo).

- Además, podríamos preguntarnos: ¿Qué les ocurre al resto de las personas?, ¿siempre obtienen lo que quieren incluso en el ámbito corporal?, ¿mi vida cambiaría drásticamente a mejor teniendo el cuerpo deseado? ¿podría sobrevivir y llevar una vida normal sin el cuerpo deseado? Estas y otras preguntas en la misma línea pueden estimularnos a generar una actitud crítica que nos ayude a asumir que podemos cumplir todos nuestros objetivos vitales incluso sin el cuerpo que esperamos tener o con el rasgo corporal discordante. Teniendo en cuenta, que esta discordia no es más que otra construcción que realizamos a través de nuestra mente.



No obstante, es importante reseñar que la propuesta que realizamos, no es la de adoptar un papel pasivo por parte de la persona de aquellos elementos corporales mejorables cuyo cambio pueden generar una mejora en la salud. Sino en los que la motivación fundamental no es otra que una mejora estética y en la que además, el cambio sea poco probable por la poca capacidad de control de la persona.

La autoestima

Este concepto, es uno de los más utilizados de los producidos en la Ciencia Psicológica (en ocasiones como “comodín”) para explicar las causas de muchas conductas (normalmente problemáticas) y muy asumido por otro lado, por la población general dentro de su lenguaje coloquial.

La autoestima, hace referencia a “la valoración que hacemos de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos, de nuestras habilidades y del conjunto de rasgos corporales y mentales que configuran nuestro yo”.

Normalmente, calificamos esa valoración en positiva, negativa o neutra, aunque lo más frecuente es clasificar la autoestima como alta, intermedia o baja.

Las personas con autoestima alta, tienen sentimientos de autoaceptación y satisfacción consigo-a mismo-a, mostrando auto respeto, sentimientos de estima social y suelen tener iniciativas en el inicio de un proyecto o en la resolución de problemas.

Por otro lado, las personas con niveles intermedios son algo inseguras, dependen de la aceptación social, buscando la aprobación de los otros.

La autoestima baja, refleja un mayor grado de insatisfacción y rechazo por sí mismo. Estas personas tienen sentimientos de inferioridad, más temores en las relaciones sociales y menor iniciativa.

En cualquier caso, sabemos que un denominador común en las personas con una importante IC o un TCA, es la baja autoestima generalizada (no sólo a lo corporal): “intentar buscar fuera (a través de lo corporal en este caso), lo que no somos capaces de concedernos desde dentro”. Por el contrario, una alta autoestima se relacionaría con un factor de protección frente a estos problemas.

Una de las variables más influyentes en la construcción y mantenimiento de un tipo u otro, es la educación y las experiencias de la persona en sus primeras etapas de la vida.

Modelos educativos centrados en el excesivo perfeccionismo, autoexigencia, intolerancia a los errores magnificando su importancia así como a la crítica entre otros, podrían favorecer también una baja autoestima. Por el contrario, el refuerzo razonable sobre la conducta y la verbalización de la confianza y competencia de la persona por parte del exterior, así como el fomento de la propia valoración personal entre otras muchas, podría relacionarse con una autovaloración favorable.

De ahí la importancia del trabajo de esta variable por parte de las personas que trabajan desde perspectivas prevencionistas, ya que es una problemática importante en la población juvenil. Una vez más, desligar y descondicionar la autovaloración positiva o negativa de la propia persona a su realidad corporal será uno de los elementos más importantes a trabajar en los contenidos programados.

En la última parte de la presente guía, ofrecemos sugerencias de trabajo de esta variable importantísima en la IC, a través de actividades grupales.



La comparación (corporal) con otras personas

La tendencia innata que tenemos los seres humanos (y muchos otros animales) a comparar lo que somos y tenemos con los que son y tienen otros, es una constante a lo largo de la vida. La relevancia que tiene este mecanismo en la IC, es evidente. Nos referimos pues a querer ser o tener aquello que consideramos ideal y que no tenemos pero tienen otras personas de nuestro ámbito cercano o lejano (amigos-as, personajes conocidos, etc.).

En muchas ocasiones, la comparación con los otros, puede servir de impulso para mejorar (es constructiva). Pero en otras ocasiones, es fuente de insatisfacción e interfiere en nuestra vida en mayor o menor grado, sobre todo cuando es irracional. De ahí la importancia de saber identificar este tipo de comparación para intentar reaccionar activando mecanismos de autocontrol racionales, como los que hemos sugerido en apartados anteriores y que sintetizamos a continuación:

Racionalizar la comparación, respetando nuestra estructura corporal: “somos diferentes al resto, no tenemos o debemos que ser o tener, lo que otros son o tienen”.

- Conviene incidir en la valoración propia, percibiéndonos como lo que somos: seres únicos e irrepetibles, sin infravalorar lo que somos y tenemos.

- Evitar otras asociaciones insaludables: las personas con las que nos comparamos por poseer aspectos corporales deseables (“a nuestros ojos o al del resto”) no son ni más ni menos válidas o felices que otras que no los tiene. Evitar su magnificación.

- Afrontar la realidad con tranquilidad, sabiendo que no necesitamos ser o parecernos a nuestro “modelo” para ser felices o conseguir objetivos importantes (podremos igualmente enamorarnos y enamorarse, gustar, sentir, etc.)

El auto trabajo (y trabajo con grupos de jóvenes) de este elemento, se convierte en otra línea de intervención importante en la prevención de la IC.

Ambiente Recíproco, en la Interacción con Iguales

Al cabo del día, emitimos una gran cantidad de conductas bien variadas. Muchas son conscientes y otras inconscientes. En cualquiera de los casos, las conductas tienen consecuencias, es lo que se denomina, aprendizaje por consecuencias (positivas, negativas, favorables, desfavorables, etc.).

Al igual que los Seres Humanos y el resto de animales necesitamos alimentos para funcionar con normalidad y no extinguirnos, las conductas también necesitan ser reforzadas para sobrevivir y no desaparecer.

En ese sentido, cada individuo se convierte en correa de transmisión extinguendo o reforzando conductas en función de su sistema de creencias, el cual depende de la educación y de las experiencias.

Si asumimos que existe un importante componente social en la Construcción de los TCA y de la IC y que la sociedad es la suma uno a uno de todos-as, es conveniente introducir el concepto de ambiente recíproco como elemento que mantiene las creencias y tendencias en una sociedad.

Así, podemos afirmar, que cada individuo se convierte en un reforzador o extintor de determinadas conductas y creencias dentro de su entorno. Si bien antes expusimos que la Necesidad de Aprobación, el Perfeccionismo / Autoexigencia o la Necesidad de Control son elementos causales de la IC. Podemos decir, que estos elementos son reforzados y por tanto se mantienen en mayor o menor medida por la inmensa mayoría de las personas a través de comentarios, acciones, pensamientos, actitudes, etc. Esta es en



mayor medida la gasolina que permite que esos elementos no se extingan, perduren tras el paso del tiempo y se transmitan a otras personas (al igual que un virus).

En este sentido, si el grupo (sociedad) está formado por la suma de las partes individuales (personas), debemos ser conscientes de la responsabilidad que cada cual posee en el mantenimiento de este problema en nuestro entorno más cercano (a través de comentarios, actitudes, etc.), “lo que recibo lo devuelvo”, ambiente recíproco.

En ese sentido, la expresión “es culpa de la sociedad”, tiene como consecuencia centralizar la responsabilidad en el “ente sociedad” y por tanto, no considerarse a uno-a mismo-a como parte de ésta, lo que nos aleja a la hora de tomar decisiones que pueda dar soluciones (de ahí la importancia de no adoptar esa visión lejana del problema).

Por tanto, en este aspecto, sería interesante centrar la intervención en elementos de control en la ínter actuación con los-as otros-as, fundamentalmente en edades tempranas y adolescencia. La no transmisión de mensajes o comentarios hirientes u ofensivos referido a lo corporal entre iguales, puede provocar la prevención en la elaboración de determinados complejos o insatisfacciones en este ámbito.

La Familia

El sistema de creencias que nos permite entre otras cosas valorar y tomar una decisión, expresar una opinión, etc. está fundamentalmente gestado por dos variables importantísimas: La educación y las experiencias del individuo.

El primer núcleo central (aunque no definitivo) en el ámbito de la educación por la que pasa la mayoría de las personas, es la familia (en su amplio sentido de la palabra). En este sentido y a su vez, las

creencias de los diferentes miembros, fundamentalmente los que adoptan la figura de padres o madres o cuidadores-as, supondrá el embrión del sistema de creencia del propio educado.

La aplicación de determinados modelos educativos en determinado sentido antes descrito: excesiva exigencia-perfeccionismo en lo corporal o en la importancia de las apariencias, en el “qué dirán”, o en la sobre valoración de la necesidad de aprobación de los-as otros-as, o desarrollo de influencias que favorezcan el hipercontrol conductual o autocrítica por el aspecto físico, no provocará de forma incondicional el inicio de un TCA o de una acusada IC, aunque sí una importante influencia en la construcción de estos problemas.

Existe un hecho demostrado, los niños y las niñas no suelen cuestionarse las creencias y acciones de los padres y madres, fundamentalmente porque los consideran modelos a seguir, tendiendo a imitarles repitiendo y adquiriendo el mismo repertorio no sólo conductual, sino también referido al ámbito de las creencias. Por tanto, sería interesante captar la sugerencia referida al trabajo no sólo con población joven donde como ya describimos al principio, la IC y en general los TCA son más frecuentes, sino por qué no, con los padres, madres, cuidadores y cuidadoras en ese tipo de influencias, considerándolos no sólo elementos desencadenantes del problema, sino también protectores o preventivos de los mismos cuando los modelos educativos son en dirección contraria.

Experiencias

De igual o más importancia, tienen las experiencias que vamos acumulando en la adquisición, mantenimiento o extinción de creencias. Tanto experiencias gratificantes, como desagradables, determinan la forma de pensar y por tanto, de actuar. Experiencias gratificantes como recibir comentarios agradables acerca de nuestro aspecto, o experiencias desagradables como recibir críticas o burlas sobre el mismo, pueden determinar nuestro grado de preocupación sobre nuestra idea corporal.

Muchos TCA, tienen como principal desencadenante una experiencia vivida como traumática referida a algún acto de burla o humillación sufrido en la infancia u en otro momento de la vida. De igual modo, experiencias vividas como positivas donde, la consecución de algún objetivo conseguido están asociada a lo corporal, puede servir para reforzar la asociación entre el éxito y aspecto físico, aprobación y aspecto físico, etc.

Las experiencias, no sólo hacen referencia a lo experimentado de una forma directa, sino también de manera indirecta, similar al Aprendizaje Observacional donde aprendemos por lo que vemos de los/as otros/as, o dicho de otro modo, de las consecuencias de las conductas que emiten el resto.

En este sentido, si percibo que la preocupación por lo corporal es compartido por la población en general, podré asumir con más facilidad esa preocupación, simplemente por la tendencia o necesidad que tenemos los Seres Humanos a pertenecer a un grupo, al compartir uno o varios elementos para no percibirnos diferentes.

Al referirnos a experiencias, hablamos de pasado y de cómo éste puede influir en el presente y futuro. Normalmente tendemos a evitar pensar en situaciones pasadas que nos han marcado de una forma negativa y que incluso, justifican parte de nuestra preocupación por lo corporal en la actualidad. No obstante, en el trabajo en grupo, se pueden abordar estas cuestiones a través de actividades que primen la expresión y aceptación de estos hechos pasados con el fin de disminuir esa incomodidad. Más adelante, realizaremos alguna propuesta de trabajo al respecto.

Insatisfacción corporal y medios de comunicación

La influencia de los medios de comunicación en el refuerzo del actual fenómeno de exigencia y preocupación excesiva por lo corporal es evidente. No obstante, hay que reconocer la contribución

positiva que en muchos ámbitos realizan en las sociedades actuales. No se trata pues de demonizar al llamado cuarto poder, sino prestar atención a aquella parte de éste que se considera influyente e incluso causante (junto a otros elementos) de la IC.

La abundante información y mensajes enviados al receptor-a y consumidor-a de televisión, prensa, radio, determinadas revistas e incluso Internet, contribuyen en muchas ocasiones a asociaciones irracionales como:

- La valía personal condicionada a la satisfacción corporal.
- La obtención del éxito a través del aspecto exterior de la persona.
- La búsqueda del bienestar personal a través de lo corporal.
- El deseado reconocimiento social, con lo cercano que esté nuestro cuerpo al modelo estético que se considera ideal, entre otras.

En ocasiones, el poder mediático intenta reflejar tendencias sociales ya instauradas, reforzándolas a través de la repetición de mensajes. En otras, actúa como instauradoras de nuevos modelos o tendencias, muchas de ellas saludables y otras menos saludables.

No obstante, la influencia mediática no lo explica todo en la construcción de la IC. Si bien todos/as estamos prácticamente expuestos a los mismos estímulos en forma de mensaje en lo que a lo mediático se refiere (anuncios, programas de televisión, etc.), no afectan a todos/as de la misma forma, de ahí la importancia prioritaria de los factores personales en la construcción y mantenimiento de la IC.

A pesar de ello, es importante como sugeríamos antes, favorecer una actitud crítica desde edades tempranas hacia aquellos mensajes que desde lo mediático, favorezcan una visión irreal o insaludable del cuerpo. En la última parte de la presente guía, se ofrecen algunas sugerencias en el trabajo de este elemento.

Expresión de la Insatisfacción Corporal en el ámbito personal

El pensamiento es la base de la conducta. “Actúo según pienso”, ese es el planteamiento que realizan muchos psicólogos a la hora de enfocar entre otros problemas, los TCA. Por ello, a continuación vamos a desarrollar algunas de las manifestaciones más importantes de la IC, a través del siguiente esquema:



Centrándonos en los dos elementos más importantes: lo que pienso y lo que hago y empezando por el primero, vamos a continuación a analizar los errores en el pensamiento que solemos cometer en determinadas situaciones, aplicándolo al eje central de esta guía, la Insatisfacción Corporal.

La importancia de lo que pienso en la IC: Distorsiones Cognitivas

En 1980 David Burns, en base a las aportaciones de otros autores predecesores, realiza un planteamiento en referencia a la tendencia que en muchos casos tenemos los Seres Humanos, a cometer errores en el pensamiento cuando afrontamos situaciones. Este elemento muy compartido en la población, se denomina *Distorsión Cognitiva*, que podría definirse como la deformación que realizamos de una forma más inconsciente que consciente del pensamiento y que por tanto afectará a la interpretación de determinados hechos.

Inicialmente, se plantean diez distorsiones cognitivas (DC). Cada una de ellas, hace referencia a la emisión concreta de un error en el pensamiento (Etiquetación, Personalización, etc.) es por ello por lo que se dice que son irracionales (no están basadas en hechos).

La aplicación de estas aportaciones a la IC, nos parecen de un interés extraordinario, es por ello, por lo que vamos a seleccionar a continuación, aquellas Distorsiones que más se manifiestan en lo referente a la exigencia corporal que predomina en los tiempos actuales.

1- Pensamiento dicotómico (todo o nada o polarizado): consiste en ser extremista, ver las cosas teniendo en cuenta tan sólo dos categorías, blanco o negro, feliz o infeliz, etc. sin apreciar la existencia de tramos intermedios. Si algo no es perfecto está mal (este error en el pensamiento, se relaciona mucho con el Perfeccionismo).

Esta DC es irracional por varios motivos:

- En el mundo actual, existen valores intermedios prácticamente en toda categoría. Al igual que hay más colores que el blanco y el negro (rojo, naranja, amarillo, verde, rosa y un largo etcétera) existen también valores intermedios en otras: (felicidad- infelicidad, gordo/a-delgado/a...).

- Además, ser extremistas a través de la dicotomía a la hora de evaluar e interpretar determinadas situaciones, puede provocar una mala e injusta interpretación de la misma, por ejemplo, si he realizado un trabajo y no está perfecto, tenderé a pensar que está imperfecto (sólo habría dos extremos con un pensamiento dicotómico). En lo que respecta a la persona, nadie es totalmente feliz o infeliz, bueno/a-malo/a, etc. (todos/as tenemos un poco de todo).

- Por otro lado, la tendencia a dicotomizar, puede llevarnos a generar otra DC igualmente inapropiada que detallaremos más adelante, la Etiquetación (evaluarnos de forma global en base a hechos negativos concretos).

Aplicación de este error en el pensamiento en la IC.

Existe una amplia gama de situaciones relacionadas con la IC en la que podemos encontrar esta Distorsión, a continuación proponemos tan solo unas cuantas, te invitamos a que tú encuentres otras tantas:

- Dicotomizar es el hecho de percibir la categoría peso, en tan sólo dos dimensiones: delgada-gorda. Si considero que no estoy delgada (cosa que deseo), tenderé a insertarme en el polo opuesto y único, consideraré que estoy gorda.

- Dicotomizar, es percibir la categoría belleza como guapo-feo, si un día después de arreglarme para salir no me veo guapa, y utilizo un pensamiento dicotómico, tan sólo quedará una opción, verme fea.

- Mucha gente a la cual le preocupa mucho su peso y realiza una dieta, tiende a pensar que si de forma puntual ingesta un alimento muy calórico (un dulce por ejemplo) éste repercutirá en un incremento de peso notable. Esta interpretación estaría también dicotomizada, distorsionada.

- Otro ejemplo de este error en el pensamiento, podemos verlo en el fin último que justifica la preocupación estética por lo corporal, es decir, pensar que nuestro bienestar aumentará si conseguimos el cuerpo deseado. De tal modo que, una persona insatisfecha con uno o varios componentes de su cuerpo, tenderá a pensar (siempre que utilice una interpretación dicotómica) que la mejora de ese o esos componentes, producirá mejora en su bienestar psicológico y viceversa (malestar si no se corrigen esos componentes).

- En otras ocasiones, utilizamos nuestra vestimenta, como elemento dicotomizador, “o me queda bien o me queda mal” (obviando posibilidades intermedias).

Debido a que no es motivación de esta guía ofrecer una visión únicamente descriptiva del problema, sino además ofrecer alternativas (de ámbito racional en este caso) como es el cambio de pensamiento, a continuación, sugerimos algunas ideas en este sentido.

Sugerencias de cambio al pensamiento dicotómico: Reestructuración

-Siguiendo el esquema: cambiar la forma de pensar para modificar la forma de sentir y por tanto de actuar, sugerimos la siguiente argumentación.

- Pasar de un pensamiento dicotómico a otro dimensional en relación a la IC, puede ser de gran utilidad. El pensamiento dimensional consiste en establecer categorías intermedias a la hora de realizar una interpretación de un hecho, como evaluar un pequeño incremento de peso o temor a que ello ocurra. Al igual que asumimos la existencia de una gran cantidad de colores además del blanco y el negro, podemos hacer el mismo análisis en otro tipo de razonamientos, como los relacionados con el peso o en general lo corporal.

En un ejemplo clásico como puede suponer un pequeño incremento de peso o miedo a que éste ocurra, puede dar lugar fundamentalmente a dos tipos de interpretaciones; Dicotómica: "me voy a poner como una foca"; o Dimensional: "he subido un poco de peso".

- Realizar por tanto un razonamiento dimensional permitirá evitar realizar dramatizaciones (irnos a los extremos) al establecer puntos intermedios en nuestras valoraciones. Los extremos son categorías subjetivas y muchas veces irracionales creadas por cada individuo. Por ello, es importante no hacer auto evaluaciones extremistas, intentando evitar incluirnos dentro de extremos a veces no existentes.

2- Magnificación o exageración: Se trata de Exagerar la importancia o consecuencias de algunas situaciones o componentes corporales (en nuestro caso).

Este error en la interpretación, es uno de los más visibles y compartidos entre la población, lo que da lugar a un evidente malestar proporcional al grado de magnificación o exageración.

Que duda cabe, que la Magnificación es otra DC que se relaciona estrechamente con la IC y fundamentalmente con muchos TCA, al exagerar de forma excesiva la importancia de: pesar 2 Kg. más, tener los pechos, los muslos, el abdomen etc. de una forma que no se desea.

Esta DC es irracional por varios motivos: por un lado, parte del error se basa en el hecho de la propia exageración, lo que puede llevar a una espiral obsesiva por el elemento de discordia que nos acompleja o preocupa (tenerlo en la mente de forma constante).

Por otro lado, es irracional porque se exageran las consecuencias del defecto o exceso de dicho elemento (u elementos) corporal en sí, por ejemplo, "es horrible, ¡he puesto dos kilos!, se van a fijar menos en mí"...

Aplicación de este error en el pensamiento en la IC.

En este otro caso y al igual que en la error del pensamiento anterior, existe una amplia gama de situaciones relacionadas con la IC en la que podemos encontrar esta Distorsión, a continuación proponemos tan sólo algunas, piensa en otras muchas en las que aparece también:

- Relacionado con el peso: en momentos en los que estamos especialmente atentos-as a su incremento, magnificamos cuando exageramos la importancia y consecuencia de aumentar el peso de forma racionalmente insignificante, por ejemplo aumentar en un Kilogramo o algo más (lo cual no produciría ninguna consecuencia negativa inmediata en el desarrollo de nuestra vida, por ello es una magnificación, es irracional).

Este error, se refleja también en situaciones donde comparamos nuestro peso real con el ideal y nos encontramos por encima de éste último. De nuevo, tendemos en general a magnificar las consecuencias de no estar como "deberíamos" estar, cuyo malestar puede llevarnos a realizar una dieta, ejercicio, etc. para evitar esa situación que valoramos como indeseable.

En ambos ejemplo, la magnificación puede manifestarse al pensar que mantener el objetivo por llegar al peso ideal e incluso conseguirlo, traerá consecuencias muy favorables ("me encontraré mejor, gustaré más", etc.). En cambio, si realizásemos un análisis racional de estas interpretaciones minimizando las consecuencias, llegaríamos a la conclusión de que conseguir tal objetivo, poco cambiaría nuestra vida. Esto podría generar un rebaje de la presión que a veces nos produce incrementos insignificantes del peso. Más adelante ofreceremos algunas sugerencias más para intentar modificar estos errores.



- Relacionado con elementos específicos del cuerpo. Muchas personas, sienten mucha angustia porque tienden a magnificar la importancia de partes del cuerpo específica, lo que da lugar a los llamados “complejos” que en algunos casos, motivan la intervención quirúrgica estética (operación de aumento de pecho, etc.). Una vez más, confundimos la obtención de ese objetivo, con más aprobación, por parte de los demás.

- Referente a la vestimenta o aspecto en general: en muchas ocasiones, este error del pensamiento se manifiesta en muchas personas que se autoerigen estar constantemente atractivos-as a través de la vestimenta.

- Relacionado con los mensajes de los diferentes medios de comunicación. Como hemos apuntado antes, los medios de comunicación en algunas ocasiones lanzan mensajes referente a lo corporal con este elemento distorsionador, trasladando al receptor-a la idea de cultivar estéticamente el cuerpo para obtener fines deseables.

- Relacionado con mensajes desagradables desde nuestro entorno. Que duda cabe, que comentarios hirientes sobre algún elemento de nuestro cuerpo, no agrada a nadie. Como hemos comentado, en algunos casos justifican la elaboración de un “complejo”. No obstante, realizar una reflexión sobre la no magnificación o exageración de estos comentarios, puede ser una tarea tan compleja como saludable en el caso de conseguirlo.

Así pues, identificamos esta distorsión como un elemento característico en todo lo relacionado con la IC y algunos TCA. De ahí la importancia de trabajarla con creatividad a través de ejemplos cotidianos, donde se ponga de manifiesto con el fin de identificarla para luego corregirla.

Sugerencias de cambio a la magnificación: Reestructuración

- Ser consciente de la exageración de algunas de nuestras *auto evaluaciones* corporales, podría representar el primer paso para el posterior cambio. El siguiente consistiría en realizar un intento de minimizar a través del cuestionamiento racional, las consecuencias catastróficas que a veces estimamos ya que en la mayoría de los casos no ocurrirán.

- En este sentido, podríamos formularnos de nuevo varias preguntas para combatir pensamientos magnificados como por ejemplo: ¿realmente es tan horroroso o sería tan horroroso no tener X? ¿es lo peor o mejor que me podría pasar? ¿objetivamente es tan importante o lo hago yo importante? ¿podría sobrevivir sin tener ese aspecto corporal deseado? El objetivo por tanto es desdramatizar las consecuencias de lo que tememos en el ámbito corporal minimizándolas todo lo posible.

- Ver la utilidad que tiene magnificar aquello que nos incomoda relacionado con nuestro cuerpo: ¿magnificar nos ayuda a sentirnos mejor? ¿ayuda a solucionar el problema?, ¿para qué sirve exagerar aquello que nos acompleja? Evidentemente ninguna consecuencia positiva se desprende de la magnificación, más bien al contrario.

- En ocasiones, esta tendencia a exagerar es algo frecuente debido a la alta autoexigencia que normalmente solemos aplicarnos en el ámbito corporal. Por ello será útil restar importancia a través de la minimización de las consecuencias que estimamos en las situaciones donde identifiquemos una exageración en nuestra interpretación.



3- Moldeabilidad corporal: esta es una Distorsión que no establece como tal Burns sino que es fruto de nuestras reflexiones sobre esta temática. Nos parece interesante añadirla ya que conforma otra forma de expresión de la IC. Se trata de creer que tenemos la capacidad de moldear nuestro cuerpo a nuestro gusto, obviando sus límites estructurales. Esto unido al perfeccionismo corporal, puede dar lugar al planteamiento de objetivos corporales inalcanzables o alcanzables con un coste físico, conductual y/o emocional importante.

Esta distorsión en el pensamiento es irracional fundamentalmente por el siguiente motivo: como hemos dicho antes, parte del error se encuentra en el hecho de creer erróneamente que el cuerpo es tan plástico como nuestra fantasía y nuestro entorno establece, obviando los propios límites que fija la estructura corporal que poseemos, tendiéndolos a negar y por tanto no asumiéndolos.

No obstante, asumimos los retos que desde una posición racional (no irracional), persiga la mejora de nuestro bienestar corporal, como es natural, defendemos los beneficios de hacer un deporte saludable donde prime la mejora y bienestar físico y psíquico, y no estético. Aunque en esta guía centremos la atención en lo insaludable, indeseable y lo recomendable a modificar, es legítimo el derecho a modificar o mejorar si así lo consideramos, aquellos componentes corporales que consideremos.

Aplicación de este error en el pensamiento en la IC.

En ocasiones y en lo referente al planteamientos de objetivos estéticos, pensamos que nuestro cuerpo está compuesto por plastilina, pudiéndolo modificar a antojo, obviando sus límites. Esta idea, puede favorecer numerosos complejos que en muchos casos se derivan en excesivas preocupaciones u obsesiones por el tamaño/forma de diferentes componentes corporales, como por ejemplo:

- Caderas: algunas mujeres, sienten cierto complejo por la anchura de sus caderas, obviando el gran valor desde el punto de vista adaptativo tiene su anchura, convirtiéndolo en un elemento negativo. Hablamos además de un elemento poco modificable al tratarse de estructura ósea, que conviene asumir y valorar.

- Pechos: muchas mujeres, sienten malestar cuando identifican diferencias al comparar su pecho real con el ideal (tener menos de lo deseado), rehuyendo de nuevo del valor que tienen en nuestro desarrollo y dando más importancia a lo estético que a lo funcional. Algunas, optan por la operación estética como forma de atajar su malestar y moldear a gusto sus pechos.

- Masa muscular. Muchos hombres (y mujeres), activan esta Distorsión Cognitiva de la que hablamos, en lo referente a la obtención de una masa corporal en diferentes partes de su cuerpo (bíceps/tríceps, abdomen, muslos, etc.) lo que en ocasiones lleva a un repertorio conductual con un importante coste para la obtención del objetivo (ejercicio excesivo, obsesión por el elemento deseado, o miedo por la pérdida de lo conseguido, etc.).

- Pérdida de peso. En ocasiones, cuando atendemos una vez más a criterios estéticos y no médicos y decidimos realizar una dieta injustificada desde el consejo profesional, activamos de nuevo este error en el pensamiento, al plantearnos objetivos pocos realistas que pretenden conseguir una pérdida de peso exagerada y/o innecesaria.

- Culo. Este es un componente corporal que cobra especial importancia en los tiempos actuales y que es motivación de atención. Una vez más y en ocasiones, la obsesión por el tamaño o forma de este elemento, puede llevarnos a cometer este error en el pensamiento, obviando aquella parte estructural inmodificable y observándolo como un “todo cambiabile”.

- Otras zonas corporales. Tan sólo hemos puesto unos cuantos ejemplos del amplio espectro existente, podríamos añadir otros clásicos donde esta distorsión se manifiesta como: nariz, labios, tobillos, muslos, orejas, y un largo etc.

Sugerencias de cambio a la moldeabilidad corporal: Reestructuración

- Asumir que la naturaleza ha asignado a los seres humanos una determinada estructura corporal con extraordinarias habilidades que nos ha permitido y permite una correcta adaptación. Las funciones de las estructuras corporales, son por tanto la supervivencia y no la estética (tener un cuerpo más o menos bonito).

- En consecuencia de lo anterior, a pesar de desear tener más o menos caderas, más o menos bello, más o menos pechos, es preferible adoptar una visión que haga más referencia a la función que realmente tienen en vez de a criterios estéticos.

- Por otro lado, aceptar de forma objetiva el límite de determinado cambio corporal en vez de dejarnos llevar por nuestra fantasía (el cuerpo es plástico pero no plastilina), podría ser otra herramienta útil en el trabajo de la prevención de la IC.

4- Filtro Mental: consiste en abstraer la atención de forma selectiva hacia los elementos negativos, en nuestro caso, hacia los componentes corporales que nos acomplejan o que simplemente no nos gustan.

Este error en el pensamiento, acompañado de otros, es el que justifican el cierto grado de obsesión que sienten muchas personas hacia sus complejos. Esto ocurre, precisamente por dedicar un tiempo excesivo a mantener la atención en los elementos corporales causantes de la discordia.

En muchos casos, este error se relaciona con otro, “Descalificar lo positivo” (en referencia a nuestras virtudes o habilidades), atendiendo más a aquellos aspectos deficitarios de la persona, incluidos los corporales, que en los positivos. A veces, solemos centrar la atención más cuando nos miramos ante un espejo en los elementos negativos que no nos gustan de nuestro cuerpo, que a los positivos o que nos gustan. En esta situación, es donde activamos esta distorsión denominada “Filtro Mental o Abstracción Selectiva” (hacia lo negativo).

Decimos que esta interpretación es irracional, por el hecho de no considerar todos los elementos de la situación (positivos, negativos y neutros) a la hora de realizar una valoración o autovaloración, centrando la atención por tanto de forma selectiva, a aquellos que no nos favorecen o gustan.

Aplicación de este error en el pensamiento en la IC.

- Relacionado con los complejos. Esta distorsión, puede observarse de una forma muy clara en todo lo relacionado con los complejos corporales, los cuales pueden llegar a recibir auténticas sobredosis de atención.

- Relacionado con los mensajes de los diferentes medios de comunicación y/o mensajes de nuestro entorno. Los complejos corporales, pueden dar lugar a incrementar no solo la auto atención, sino también la atención dirigida a la información, mensajes, comentarios, etc. procedentes de nuestro entorno con el fin, de verificar o no nuestros temores.

- Relacionado con la apariencia. Al margen de lo ya comentado sobre los complejos corporales, en ocasiones centramos en exceso nuestra atención y condicionamos así nuestro estado emocional, a nuestra propia apariencia (llevar bien conjuntada la ropa, que sea justamente la apropiada para el momento, etc.), obviando pues el resto de la escena que compone la situación (lo neutral o lo positivo).

En resumen, la consecuencia de centrar de forma selectiva y excesiva la atención hacia los elementos corporales que nos acomplejan o no nos gustan, puede una vez más, generarnos preocupación, ansiedad, frustración, culpa, etc. y en consecuencia, elaborar una estrategia conductual con el fin de modificarlos o eliminarlos.

Sugerencias de cambio para este error en el pensamiento: Reestructuración

- No centrar la atención de forma excesiva sólo en los elementos corporales que no nos gustan, observando el todo, también lo que nos agrada.
- Valorar aquello de nuestro cuerpo que nos gusta a través de un auto diálogo positivo con nosotros-as mismos-as, permite no instalarnos en la negatividad a veces obsesiva que conlleva una importante IC. Esto es, aprender a querernos más valorando la funcionalidad de nuestro cuerpo (aumentar nuestra autoestima).
- Ver la utilidad que tiene centrar de forma específica la atención sobre aquello que nos acompleja relacionado con nuestro cuerpo: ¿nos ayuda a sentirnos mejor? ¿ayuda a solucionar el problema?, ¿para qué sirve centrar la atención de forma selectiva sobre aquello que nos acompleja? Evidentemente ninguna consecuencia positiva se desprende de esta tendencia, más bien al contrario.

5- Razonamiento emocional. Suponer que nuestras emociones negativas, reflejan forzosamente la realidad, por ejemplo: “siento miedo a viajar en avión, luego viajar en avión es peligroso”, “siento que tengo unos kilos de más, luego estoy gorda”.

Hablamos pues, de una distorsión cognitiva cuyo error se encuentra en la base de guiar nuestra razón en función de la emoción, de tal modo que conectamos lo que sentimos con la realidad (siento que hoy no me siento nada bien, luego, estoy horroroso/a).

En consecuencia, este planteamiento es irracional porque en muchos casos no existe tal relación entre lo que siento y la realidad. El hecho de tener miedo a montar en avión, no demuestra que viajar en avión sea peligroso, de hecho es el medio de transporte más seguro. De igual modo el hecho de sentir que hoy nada me siento bien, no demuestra forzosamente que eso sea cierto, se confunde pues subjetividad con objetividad en nuestras autovaloraciones.

Sugerencias de cambio al razonamiento emocional: reestructuración

- Como hemos expuesto, parte de este error, se ubica en la base de dotar demasiada credibilidad a nuestras sensaciones y extrapolarlas a la realidad (“hoy me siento todo mal, luego, estoy horroroso-a) pero como hemos comentado, lo que sentimos no siempre es muestra de la realidad.
- Por ello, el trabajo a fin de disminuir la afectación de esta distorsión en nuestra evaluación corporal, será no magnificar la emoción ni dejarnos guiar en exceso de ella a través de conclusiones no racionales, cayendo en la cuenta de que en muchas ocasiones no existe esa conexión entre lo que siento y lo que realmente es.
- A veces, cuando atravesamos un bajo estado de ánimo, nos dejamos influenciar por esa negatividad extrapolándola a las evaluaciones corporales entre otras. En ese sentido, sería importante identificar en primer lugar esta variación emocional, para posteriormente no establecer conclusiones injustas e irracionales, “me veo mal porque me encuentro mal”...

6- Deberías. Burn plantea esta Distorsión como aquellas auto imposiciones o deberías que nos autoexigimos de manera irracional en muchos casos y cuyo incumplimiento generan cierto grado de culpa: “Debería estar más delgada/o”, “no debería comer esto”, “tengo que estar muy guapo/a” etc. A veces, los “deberías” se expresan hacia otros-as “ellos deben aprobar mi exterior, debo gustarles”.

Cierto es que en muchas ocasiones, la auto obligación ayuda a la consecución de metas importantes al individuo/a. Por ello, la diferencia entre un debería racional y otro irracional viene determinado por la consecuencia que para nuestra vida tendría el cumplimiento o incumplimiento de ese debería. De tal modo, que normalmente los deberías irracionales como por ejemplo los relacionados con la IC, son calificados como tales porque su incumplimiento no tiene una consecuencia grave para nuestra vida: por ejemplo: “me apetece comerme un dulce, pero no debería”; “el médico dice que estoy bien, pero yo no me veo bien, debería hacer una dieta”, etc.

Como hemos apuntado en la definición, una consecuencia negativa para la persona tras el incumplimiento de un debería, es la experimentación de emociones desagradables por ejemplo la Culpa: si no debo comer dulces y me como uno, me sentiré culpable; si me auto impongo adelgazar a través de un debería (“debo adelgazar”) y no lo consigo, sentiré frustración y/o culpa.

Parece clara pues la correlación entre la IC y los deberías en el sentido de, a mayor IC mayor deberías. En este sentido, podríamos citar muchos ejemplos como los siguientes:

- Viene el verano “Operación Bikini”, “tengo que estar bien para el verano”: dieta, hacer más ejercicio, comer menos, etc. O igualmente durante el resto de año: “tengo que adelgazar”, “no debo comer esto”, “tengo que llegar a tal peso” “debo esforzarme más”.
- Relacionados con pequeños o grandes complejos.
- Relacionado con la apariencia en general: “siempre tengo que estar guapo/a” “la gente debe percibirme como atractivo/a, etc.
- Etc.

Sugerencias de cambio para los deberías: reestructuración

- Analizar las consecuencias negativas en el ámbito emocional, que tiene las continuas obligaciones que en el plano corporal tendemos a imponernos.

- Intentar cambiar el lenguaje interno pasando de “debo o tengo” que, a “prefiero o me gustaría”, por ejemplo: en vez de “tengo que ponerme a dieta” a “preferiría pesar algo menos”. La primera opción (debo o tengo que...) incita a la obligación y necesidad, con la consecuente decepción si no se consigue lo que debo de hacer. La opción alternativa (preferiría o me gustaría...) no provoca sensación de necesidad no obligación por lo que la no consecución de lo propuesto no generará tanta frustración.

- Preguntarnos qué pasaría si no hiciera lo que supuestamente debo o tengo que hacer. Analizar brevemente las consecuencias del incumplimiento de la obligación es otra herramienta eficaz ya que en la mayoría de los casos, el incumplimiento no generaría graves consecuencias negativas en la persona.

- Ver una vez más qué utilidad tiene autoexigirnos cambios de forma en aquello que no nos gusta de nuestro cuerpo: ¿autoexigirnos a través de “deberías” o “tengo que” nos ayuda a sentirnos mejor? ¿ayuda a solucionar el problema? o ¿más bien al contrario?

- Dado que este tipo de autoexigencia está muy presente en nuestras evaluaciones corporales, es importante intentar detener esa cascada de pensamientos autoexigentes preguntándonos por qué debo o tengo que: perder o no poner algo de peso (sobre todo cuando no hay justificación médica), definir más mi cuerpo, preocuparme tanto por mi estética, etc. aludiendo a las consecuencias de no hacerlo tal y como hemos indicado antes.

Por último, apuntar una distorsión más también fruto de nuestra reflexión en el trabajo de esta temática:

7- Negatividad en mi persona, normalidad en los-as otros-as.

Definimos este error en el pensamiento, como la tendencia que tenemos los Seres Humanos, a evaluar negativamente alguna de nuestras habilidades o aptitudes, y percibir como normales o positivas la de los/as demás aunque éstas sean parecidas a las nuestras.

Decimos que se trata de una distorsión, debido de nuevo a la pérdida de la objetividad por parte de la persona en sus auto evaluaciones referentes a las habilidades o defectos.

Sugerencias de cambio para este error en el pensamiento: reestructuración

- Intentar una vez más, realizar juicios objetivos como forma de abordar este error en el pensamiento.

- Al hilo de lo anterior, preguntarnos cómo vería mi complejo o complejos si lo tuviera algún-a conocido-a: ¿lo vería tan horroroso, catastrófico, tan malo o tan limitador? Si la respuesta es no, pensar en la posibilidad de que es una exageración construida en mí mente. Esto podría favorecer un distanciamiento entre la persona y el propio complejo.

TABLA RESUMEN DE LAS DC

Tipo de DC	En qué consiste	Ejemplo
Pensamiento dicotómico	Ser extremista teniendo en cuenta tan sólo dos categorías, gordo/-a delgado/a, cuerpo10-cuerpo0, etc. sin apreciar categorías intermedias.	“si no tengo el cuerpo que quiero la gente me rechazará”. “si me como este dulce engordaré”.
Magnificación	Exagerar la importancia de las consecuencias de algunos complejos o componentes corporales que no nos satisfacen.	“sería horroroso engordar”; “si no estoy como quiero, me encontraré fatal”, “necesito gustar”.
Moldeabilidad corporal	Crear que podemos modelar nuestro cuerpo a nuestro gusto, obviando sus límites estructurales. “tengo que conseguir tener los pechos, labios, etc. con x proporciones”.	Centrar la atención de forma selectiva hacia los elementos corporales que no nos gustan. Pensar de forma recurrente aquello que nos acompleja o preocupa relacionado con nuestro cuerpo.
Filtro mental	Centrar la atención de forma selectiva hacia los elementos corporales que no nos gustan.	Pensar de forma recurrente aquello que nos acompleja o preocupa relacionado con nuestro cuerpo.
Razonamiento Emocional	Suponer que nuestras emociones negativas reflejan la realidad.	“siento que nada me sienta bien luego, estoy horroroso-a”.
Deberías	Auto imponernos conseguir objetivos corporales a través de “deberías” o “tengo que”.	“Debería estar más delgada/o”, “no debería comer esto”, “tengo que estar muy guapo/a” etc.
Negatividad en mi persona, Normalidad en los-as otros-as	Ver normal determinados aspectos corporales en los-as otros-as y muy negativo o magnificarlo en mi caso.	En caso de que algún conocido nos refiera haber cogido peso, no evaluarlo negativamente “no se te nota nada”, y magnificarlo en caso de que este hecho me ocurra a mí; “qué horror, me estoy poniendo gorda” etc.

Factores que favorecen la aparición y perpetuación de las DC

Experiencias

Haber presenciado en primera o segunda persona una o varias experiencias negativas, donde se haya puesto de manifiesto algún tipo de comentario o alusión ofensiva relacionado con algún elemento corporal, puede incrementar la importancia que la persona le dé a ese elemento en sí, además de poderse generar algún problema en torno a él.

Reseñar que ser simple observador/a de una situación de este tipo, genera también un aprendizaje en forma de modelaje de creencias en la persona observadora acerca de la importancia que tiene lo corporal, por lo que podríamos incluir este tipo de situaciones como parte de las experiencias de la persona que influirán en la conformación del sistema de creencias.

A pesar de que las experiencias sobre todo negativas influyen en nuestro comportamiento presente, en la edad adulta, es recomendable intentar afrontar los miedos que ellas pudieran producir. Fundamentalmente en lo referente a las inhibiciones que en el plano conductual pudieran generar. Para ello será clave cuestionarnos la irracionalidad de determinados pensamientos que están presentes y son los causantes de dichas inhibiciones, para posteriormente, realizar un trabajo personal de exposición gradual a aquello a lo que tememos (estrategia que abordaremos más adelante).

Educación, contexto cercano y lejano

Las creencias racionales e irracionales (DC) se transmiten a través de las influencias existentes en contexto cercano (familia, amigos-as, etc.) y lejano (a través de los medios de comunicación).

En ese sentido, determinados estilos educacionales en estos contextos, favorecerán en mayor o menor medida la adquisición de DC, como es el ejemplo de patrones educativo excesivamente perfeccionistas, o centrados en el éxito o la importancia de la opinión de los-as otros-as (“del qué dirán”), puede suponer una importante fuente de producción de DC relacionadas con lo corporal.

Hay ocasiones en las que los-as adultos-as no somos conscientes del mensaje que estamos transmitiendo a los-as más pequeños. Recordemos que los niños y niñas de corta edad no cuestionan de forma crítica lo que los mayores hacen. Además, tienden a copiar los modelos adultos cercanos, también en lo referente a la exigencia corporal. Eso junto a otras variables, es lo que probablemente explique la incorporación de determinados comportamientos relacionados con la IC en la población infantil, recordando que los extremos del continuo de la anorexia en cuanto a números de casos, están incrementando desde hace varios años.

Estados emocionales negativos

La auto percepción y autovaloración que hacemos de nosotros-as mismos-as, varía en función del estado de ánimo en el que nos encontremos. Así, ante estados emocionales negativos (tristeza, ansiedad, etc.) la autovaloración irá en la misma dirección (“qué mal me queda todo”, “qué gorda/o estoy”, etc.) aumentando la probabilidad en estos casos, de que aparezcan un mayor número de DC.

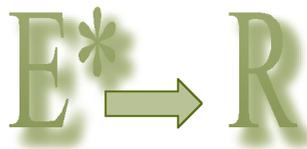
Ser consciente de este hecho, puede ayudar a la persona a reinterpretar en una dirección racionalizadora, que le permita concluir en la subjetividad de la autovaloración negativa (“la semana pasada me gustaba como me quedaba, por tanto me veo mal porque hoy me siento mal”). De lo que se trata por tanto es de intentar distanciarse de la emoción, racionalizándola para evitar así conclusiones injustas.

La importancia de lo que hago en la IC: Componente Conductual

Como apuntamos antes, en la mayoría de las ocasiones el pensamiento precede a la conducta, actuamos según pensamos. No obstante, la conducta también puede provocar tanto un cambio en el pensamiento como un refuerzo del mismo.

Las teorías clásicas del aprendizaje, ponen de manifiesto que la emisión de una determinada conducta genera una consecuencia (aprendizaje por consecuencias) que podremos evaluarla como positiva, negativa, saludable, insaludable, neutra, etc. Normalmente y aunque a veces no somos consciente de ello, actuamos con el fin de obtener algo, un beneficio, un refuerzo positivo o para evitar consecuencias negativas (lo que se interpreta igualmente como refuerzo positivo).

En este sentido, el aprendizaje instrumental desarrollado por el autor Skinner (en base a los hallazgos anteriores de Thordike) plantea que los animales utilizamos nuestra conducta como instrumento para obtener algo o evitar consecuencias desagradables para nuestro desarrollo.



E es un estímulo reforzante-agradable para la persona.*

R es la respuesta para obtener ese estímulo.

Ej., para obtener dinero (E*), trabajo (R); para gustar a la gente (E*), me pongo guapo/a (R), etc.

Es especialmente interesante ver la aplicación de este tipo de aprendizaje en lo relacionado al culto al cuerpo.

En este sentido, incitamos a recapacitar en las numerosas conductas que emitimos al cabo del día que tienen como propósito, utilizar nuestra apariencia en la obtención de recompensas como: recibir la aprobación de los otros, atención, escuchar cumplidos o comentarios positivos hacia nuestra persona, etc. Para ello y en consecuencia, utilizamos nuestro cuerpo o apariencia para la obtención de tales refuerzos a través de conductas encaminadas a ese fin.

En otros casos, el refuerzo procede del exterior, un comentario positivo acerca de nuestro aspecto, de nuestro cambio a consecuencia de una pérdida de peso, etc. también nos refuerza a nosotros y a la conducta causante del mismo.

Conviene establecer la no negativización del hecho de obtener consecuencias positivas (bienestar, atención, aprobación, etc.) a través de lo corporal. Una vez más, lo insaludable no se encuentra en el punto medio sino en el extremo. Por ello, la activación de la alerta se encuentra en la excesiva preocupación u obsesión, que puede llevar a una compulsividad conductual hacia la búsqueda del bienestar a través de un único elemento: nuestro cuerpo.

Conducta de evitación

Otro elemento importante que se pone de manifiesto con la IC es el aprendizaje por evitación.

Se produce un aprendizaje por evitación cuando la emisión de una determinada respuesta, permite la no aparición posterior de un estímulo aversivo, desagradable o no deseado para la persona.



R es la respuesta para evitar el Estímulo Aversivo o desagradable (E⁻).

E⁻ es un estímulo aversivo o desagradable para la persona que puede aparecer de no emitir la conducta (R).

Por ejemplo, un estudiante que no ha estudiado mucho y poco tiempo antes del examen, aumenta de una manera notable su tiempo de estudio (R) para evitar suspender (No E⁻). O controlo mi dieta (R) para no engordar (E⁻).

La clave de este tipo de aprendizaje y quizás lo que explica su éxito, es la sensación de alivio que genera a corto plazo en la persona, el hecho de pensar que no ocurrirá una situación indeseada (E⁻) gracias a la emisión de la conducta (R). No obstante, la evitación en la mayoría de los casos y sobre todo en lo relacionado con la IC, suele limitar esa área de la persona.

Las consecuencias desfavorables que se pretenden evitar en la IC, hace referencia al miedo a ser desaprobados, criticados, a dar una mala imagen, a recibir menos atención, miedo a sentirnos mal a consecuencia de algún elemento corporal que nos acompleja, etc.

En muchas ocasiones y en los tiempos actuales, escuchamos con relativa frecuencia expresiones del tipo “somos esclavos de nuestro cuerpo”, o el famoso “culto al cuerpo”, o que simplemente cada vez tendemos a obsesionarnos con mayor facilidad por aspectos relacionados con nuestra imagen corporal. Es aquí donde se ponen de manifiesto el aprendizaje por evitación al que llevamos aludiendo en este punto.

Señalar como en muchos casos los comportamientos de evitación, llevan consigo un fenómeno de generalización debido al incremento del temor a lo temido, incrementando y por tanto generalizando proporcionalmente a lo temido el repertorio de evitación (cada vez realizará un conjunto mayor de comportamientos para aliviar el miedo acumulado).

Sin el ánimo de generalizar de forma excesiva y estableciendo una diferencia entre la motivación de mantener un repertorio conductual por fines puramente estéticos, o por de mejorar de la salud, anotamos a continuación un conjunto de conductas englobadas a nuestro juicio, en la categoría de conductas de evitación que podemos observar en nuestro entorno cercano, que pueden indicar cierta Insatisfacción Corporal.

Deporte con fines estéticos

Muchas personas, deciden la saludable tarea de empezar a realizar uno o varios deportes o actividad física. Está científicamente demostrado, que hacer regularmente ejercicio físico cumpliendo unas determinadas pautas (intensidad, frecuencia, estructura y duración de las sesiones adecuadas) aporta beneficios para el desarrollo y bienestar físico y psíquico de la persona que lo practica (gracias entre otras, a la gratificante liberación de endorfinas).

Del mismo modo que la recomendación ampliamente conocida de la importancia de mantener una dieta equilibrada para el bienestar general, la aportación de actividad física regular y sana, genera en el individuo un cóctel tremendamente saludable. Además, el ejercicio cobra una importancia extra, en aquellos casos prescritos por un especialista (obesidad o sobrepeso diagnosticado).



Con este fin, muchas personas se acercan a centros o instalaciones deportivas, en la calle o en el propio hogar de forma regular. La obtención de las recompensas durante y después del ejercicio físico son evidentes (bienestar, relajación, cumplimientos de objetivos, etc.) y son las que en últimas instancias hacen que sigamos realizándolo.

No obstante, no siempre la motivación principal a la hora de mantener de una forma regular actividad física, es únicamente la búsqueda de ese bienestar físico y psíquico. Más bien, en los tiempos actuales donde la preocupación y obsesión por lo corporal es evidente, utilizamos incluso cuando no hay justificación médica, si no totalmente si parcialmente el ejercicio físico (R) como forma de evitar consecuencias que socialmente interpretamos como desagradables (E⁻): reducir peso en general y/o formas de determinadas partes del cuerpo (barriga, caderas, muslos, brazos, etc.).

Incluso a veces, evitar “perder” lo costosamente conquistado en el caso de que consideremos que estamos consiguiendo objetivos. El refuerzo al obtener lo deseado (pérdida de peso o mantenimiento del mismo, definir determinadas partes corporales, etc.) puede ser tan potente, que refuerza la conducta, manteniéndola e incluso incrementándola a lo largo del tiempo. Del mismo modo, puede reforzarse y aumentar la preocupación por lo corporal.

En este sentido, cuando utilizamos el deporte con fines estéticos, corremos el riesgo de perder así la perspectiva y fin del propio ejercicio físico.

Pensamos que esta tendencia, está muy extendida en los contextos antes mencionados (centros deportivos) dando lugar en su grado extremo aunque afortunadamente no muy frecuente, a una nueva etiqueta patológica denominada Vigorexia, donde el ejercicio excesivo se convierte en adictivo y se acompaña de una alteración en la alimentación. De este TCA, hablaremos en capítulos posteriores.

Si bien y por suerte no todo el mundo que realiza actividad física posee un trastorno como el anterior señalado, no deja de ser menos cierto que cada vez son más las personas que se inscriben a gimnasios o deciden comenzar una actividad física con esos fines estéticos antes señalados (u otros similares).

En este sentido, conviene observar la motivación real a la hora de iniciar o mantener una actividad física de este tipo: estética ó bienestar físico (pudiéndose dar una opción mixta), para poder establecer medidas de control que evitara excesos físicos y nos acercara más a una conducta sana como es el ejercicio razonable.

Dieta

Partiendo de la evidente realidad, la cual describe un incremento preocupante de la obesidad y sobrepeso incluso en edades infantiles, la prescripción de una dieta por un-a profesional en un momento determinado, puede ser entendida como una medida beneficiosa a tener en cuenta.

No obstante, muchas personas que en nuestro entorno social deciden iniciar una dieta (sobre todo aquellas que ocurren en determinadas épocas del año como primavera-verano) se encuentran dentro de un Índice de Masa Corporal (IMC) que no justifica desde un punto de vista médico tal decisión.

Al igual que comentábamos en el caso anterior de la utilización del deporte en muchos casos con fines exclusivamente estéticos, el control o inicio de una dieta, se convierte en ocasiones en otro fenómeno generalizado. En estos casos, el control de la dieta se inicia al magnificar las consecuencias negativas de nuestro peso o de un hipotético incremento del mismo, sobre todo en determinadas épocas del año donde los diferentes elementos corporales están más a la vista.

Así pues, especial atención merecen las generalizadas decisiones que podemos observar en este ámbito, de forma frecuente e injustificada.

Operaciones estéticas

Otra práctica englobada en el conjunto de conductas de evitación propuesta en este bloque y cada vez más generalizada, la representa las operaciones estéticas. En España, se efectuaron durante el año 2006, unas 400.000 intervenciones quirúrgicas relacionadas con la cirugía estética, lo que convierte según la Sociedad Española de Cirugía Plástica, en el primer país europeo en este tipo de intervenciones (y el cuarto en el mundo).

Asumiendo no obstante que algunas de esas intervenciones están justificadas desde un punto de vista médico, la realidad indica que la mayor parte de ellas pretenden una vez más, a través de la modificación de ciertos componentes corporales, la búsqueda del bienestar y éxito a través de nuestro cuerpo.

Muchos/as cirujanos plásticos, constatan un hecho no poco frecuente entre los-as pacientes que toman este tipo de decisión y se someten a una intervención quirúrgica estética, y es la presentación en la sesión de evaluación de una foto normalmente de una persona famosa, conocida o reconocida, con el rasgo objeto de deseo (nariz, labios, pechos, etc.).

Igualmente, en no pocos casos, algunas personas sometidas a una intervención de este tipo, generan cierto “enganche” a ellas, sobre todo si la intervención ha sido satisfactoria, repitiendo la misma experiencia en otro rasgo.

La disminución del coste de este tipo de intervenciones y el aumento de la IC, nos lleva a escenarios insólitos en otras épocas, como es el caso de premiar a adolescentes a someterse a una intervención estética por contrapartidas académicas.

Aunque cada vez, son más las personas de edades algo más avanzadas que de igual modo, negando los naturales cambios corporales a consecuencia del paso del tiempo, se animan a someterse a una intervención de este tipo (cirugía de párpados, estiramientos faciales, etc.) en un intento de alargar la juventud o adultez. Es sorprendente constatar como el virus estético ha infectado a un gran número de personas ubicadas en etapas evolutivas más avanzadas, supuestamente vacunadas por la fortaleza de la experiencia.

Anotamos pues, este tipo de intervenciones como conductas de evitación, cuyo fin es favorecer igualmente la no aparición de consecuencias que se estiman como desagradables como las señaladas anteriormente (desaprobación, rechazo, insatisfacción corporal, etc.) y favorecer la aparición de refuerzos sociales (aprobación, valoración, éxitos, ser más atractivos/as, sentirse más satisfechos/a con nuestro cuerpo, etc.).

Tapar o disimular algún complejo a través de determinado tipo de ropa u otro-s elemento-s.

Otra conducta de evitación frecuentemente realizada cuando nos sentimos acomplejados-as de algún rasgo o elemento corporal, es utilizar determinado tipo de ropa u otro elemento, cuyo fin es evitar obtener consecuencias negativas de las que ya hemos hablado. Fundamentalmente, nos referimos al uso de vestimenta oscura o ancha con el fin de disimular temporalmente el elemento acomplejado.

En otros casos, la conducta de evitación se manifiesta a través de la “autoprohibición” por utilizar determinado tipo de vestimenta, que ensalce el elemento censurado (ropa ajustada, de colores claros...).

Esta preocupación, genera consecuencia una negativa a corto plazo, como es la disminución del abanico de posibilidades y en muchos casos, planteamos estrategias que modifique esa situación (pérdida de peso a través del control de la dieta, realización de ejercicio físico, etc.).

Como ya indicamos en los tres casos anteriores, el premio se encuentra una vez más, en la obtención de un cierto alivio a corto plazo ya que supuestamente, los demás no constatarán al menos de forma tan clara, nuestro rasgo o elemento corporal acomplejado. Evitando así exponernos a la vergüenza, ansiedad, culpa, etc. que nos provoca, pero generando a medio y largo plazo una fuente de insatisfacción y limitación de nuestras posibilidades (relacionadas con la vestimenta en este caso).

Otras conductas de evitación

La preocupación por la apariencia externa ha llegado a tal extremo, que muchas personas a las que les preocupa de forma intensa su físico manifiestan que en no pocas ocasiones, condicionan salir a la calle o quedar con personas conocidas en función de cómo se vean físicamente ese día, lo cual puede llevar a una limitación social y a un reforzamiento a largo plazo de la importancia de la apariencia exterior.

Extinción de la conducta de evitación

En la mayoría de las ocasiones, una conducta será repetida a lo largo del tiempo siempre que haya un refuerzo que lo acompañe. Así pues, la extinción o desaparición de la conducta, puede realizarse a través de la supresión de ese refuerzo o premio. Por ejemplo: si un-a niño-a llora para recibir un importante refuerzo llamado atención, tendremos que retirarle el refuerzo, es decir, la atención si queremos que deje de llorar.

Como apuntamos, la gasolina o refuerzo de la conducta de evitación era la obtención del alivio que suponía la no ocurrencia de lo que temíamos. Ese alivio que va emparejada a la conducta preventiva (“haciendo ejercicio y/o dieta, conseguiré bajar de peso”), es la que mantiene en último caso la propia conducta de evitación a lo largo del tiempo.

La aplicación de este proceso básico de aprendizaje en la Insatisfacción Corporal como forma de prevenirla, puede ser tan útil como controvertida: si suprimimos el refuerzo, lo que conllevaría dejar de emitir la conducta de evitación, probablemente la IC disminuiría considerablemente, por pura habituación a lo que tememos.

Recordemos que el temor cobra fuerza según evitamos; cuanto más tapemos nuestros complejos, mayor rechazo generaremos hacia ellos y más lo taparemos. Por el contrario, la exposición repetida y mantenida a lo largo del tiempo tiene como resultado la disminución del temor por habituación tal y como lo representa el siguiente gráfico.



En este gráfico, se ejemplifica lo que podría ser una exposición a algo temido. En el eje de la “X” se representa el tiempo o duración de exposición a lo temido y en el eje de la “Y”, las unidades subjetivas de ansiedad que nos genera aquello que tememos (USAS, de menos ansiedad 0 a más, 100). Cada línea es una situación en la que nos expondríamos en momentos del tiempo diferentes.

La conclusión del gráfico más interesante y cuya aplicación en la IC puede ser sugerente, es que cuanto menos evitemos y más nos exponamos a nuestros miedos, menos ansiedad experimentaremos a lo largo del tiempo, y por tanto menos limitación en la persona, pudiendo incluso superarlos en el largo plazo.

El planteamiento puede ser controvertido en tanto en cuanto, supone ir a contracorriente. Por consiguiente, afrontar aquel rasgo objetivamente magnificado que nos acompleja, puede suponer pagar un coste no grato a corto plazo, como soportar cierto grado de ansiedad o vergüenza al exponernos a lo temido, pero ventajas a largo plazo. Se trataría de realizar un trabajo personal nada fácil pero posible, que incluiría por un lado cambios de creencias y pensamientos como los descritos en las páginas anteriores y por otro, un cambio de conducta gradual (de menor a mayor dificultad) como el que propondremos a continuación.

Exposiciones graduales

Como ya dijimos evitamos aquello que tememos. No obstante, no tememos a todo por igual, normalmente hay situaciones que nos generan un mayor grado de vergüenza o ansiedad que otras. Por ello, se plantea la estrategia de exposición gradual como una forma de ir superando temores o complejos poco a poco. Ya que éstos se han ido “acomodando” en nuestra mente de la misma forma (lentamente) a lo largo del tiempo, se trataría de hacer lo mismo pero en la dirección contraria.

Para lo cual, sería sugerente realizar si fuera necesario, una jerarquía de situaciones relacionada con la IC estableciendo subescalas si se requiriese y dentro de una misma categoría. La jerarquía estaría conformada según el nivel de ansiedad que nos generara la situación tal y como aparece en el siguiente ejemplo:

Categoría: Complejo por tener pocos pechos

Subescalas	Ansiedad que genera de 0 (nada) a 100 (mucho)
Ponerme ropa ajustada oscura (top, camisetas, etc.)	50
Ponerme ropa ajustada (top, camisetas, etc.) de color claro.	60
Hablar con conocidos de mis pechos.	70
Que mí pareja me vea en sujetador.	80
Que mi pareja me vea los pechos.	100

Una persona que refiriera este complejo, podría conformar una lista jerarquizada de situaciones que teme dentro de una categoría para luego exponerse a ellas de menor a mayor ansiedad (primero la situación de 50, luego, una vez superada, entonces la de 60 y así sucesivamente hasta llegar a la de 100).

La repetida exposición a lo que tememos genera habituación y favorece la resolución del problema. Lo contrario sería evitar: ponerme ropa ajustada, evitar hablar de mis pechos, evitar tener relaciones íntimas, etc. manteniendo esos comportamientos y temores.

Lo mismo, podríamos hacer para otras tantas situaciones relacionadas con la IC que no nos generaran un importante grado de ansiedad (que no se refieran a trastornos diagnosticados). La clave inicial, será “retocar” o reestructurar tal y como hemos propuesto, aquellas creencias que nos impide aceptarnos y que favorecen la evitación (como la necesidad de aprobación, perfeccionismo, determinadas distorsiones cognitivas, etc.). Siguiendo el esquema propuesto, si cambio la forma de pensar, podré cambiar la forma de actuar.



De todos modos, hay que hacer una advertencia en el sentido de que este procedimiento, no estaría indicado para personas que tuvieran una importante IC o incluso estuvieran desarrollando un TCA ya que en tal caso, requerirían de tratamiento profesional.

Para los casos de IC leve, reconocemos tanto la dificultad de iniciar este proceso en los tiempos actuales, como la utilidad que el proceso podría tener en muchas personas.

Otras propuestas para combatir la Insatisfacción Corporal

Diferenciamos cuidarnos de preocuparnos

Son innumerables las ventajas de cuidar nuestro cuerpo y mantener hábitos saludables como: realizar ejercicio de forma regular, hacer una dieta equilibrada, disponer de tiempo libre para realizar lo que nos gusta y no estar sometido a demasiado estrés, entre otras.

La salubridad de todas estas conductas están incluso científicamente demostradas y son aconsejadas desde las Ciencias de la Salud.

No obstante, en muchos casos bajo la etiqueta o más bien la excusa de “cuidarnos”, justificamos realizar otras conductas que tienen como fin una vez más, utilizar nuestro cuerpo como medio para obtener aprobación u otros objetivos que nada tiene que ver con la mejora de la salud.

Así, en ocasiones acuñamos expresiones del tipo “me gusta cuidarme” para referirnos a cuestiones que nada tiene que ver con esa mejora de la salud, sino con cuestiones estéticas. De este modo, depilarse, cambiar frecuentemente de “look”, hacerse las uñas, gastar más o menos dinero en comprar ropa, ir más o menos a la peluquería, etc. no son por si solas conductas que mejoran nuestra salud, sino que entrarían más en el repertorio estético.

Por ello, preguntarnos a nosotros-as mismos-as sobre el fin de la conducta: si el fin es estético o salud, podrá ayudarnos a diferenciar-discriminar la motivación última.

Este elemento es importante, ya que cuando hablamos de IC generalizada, encontramos más preocupación que cuidado por lo corporal. Cuidarse es saludable, preocuparse no lo es. ¿Cuándo nos cuidamos y cuándo nos preocupamos?

Necesidades básicas / necesidades auto generadas

Otra sugerencia en el afrontamiento de la IC, es caer en la cuenta de la tendencia que a veces tenemos los seres humanos de los países industrializados, a equiparar las necesidades básicas para la supervivencia como: beber, comer, respirar, etc. a demandas culturales temporales (necesidades auto generadas: por ejemplo la búsqueda de la aprobación o del perfeccionismo corporal). Interpretadas en ocasiones como necesidades básicas.

La diferencia entre ambos conceptos es clara, un ser humano no puede sobrevivir sin consumir regularmente alimentos o sin respirar, pero puede vivir perfectamente sin aprobación constante, sin un cuerpo perfecto o incluso con un incómodo complejo duradero.

La clave del error puede residir en pensar que todo lo referido a la imagen corporal y la estética es una necesidad básica que proporciona grandes dosis de bienestar o felicidad a la persona. Poseer esa creencia e igualar la satisfacción corporal a una necesidad básica, convertirá a todo lo relacionado con la estética en algo vital (casi igual a la importancia de comer, beber...) generándose una mayor autoexigencia y magnificando su importancia. Como hemos apuntado antes, mayor magnificación y autoexigencia en el ámbito corporal conllevará muy probablemente a mayor insatisfacción.



Por ello, incitar al cambio de esta equiparación recurriendo a la racional argumentación de que los deseos por tener un determinado cuerpo o aspecto corporal, puede entrar dentro de nuestra preferencia pero no de nuestras necesidades básicas, ya que será más saludable desde el punto de vista psicológico.

Eliminar asociaciones irracionales

Otra herramienta útil para afrontar las excesivas demandas que solemos recibir desde el exterior en el área corporal es intentar disociar las asociaciones irracionales transmitidas a través de mensajes en el contexto mediático y entorno cercano del tipo:

Tener un buen cuerpo = + Aprobación = Felicidad

No tener un buen cuerpo = Desaprobación = Infelicidad

Perfeccionismo corporal = Valía personal

Imperfeccionismo corporal = - Valía personal

La argumentación racional para diseccionar estas creencias sería la ya expuesta en apartados anteriores, la cual podemos resumir en no caer en la tentación de pretender conseguir objetivos tan importantes y complejos que dependen de tantas variables como la felicidad o bienestar personal, a través de la satisfacción corporal.

En ese sentido, pensar que tener lo deseado en este ámbito, no generará por sí solo un aumento en nuestra autoestima o bienestar, ni en la aprobación de los otros hacia nosotros-as, ni seremos objetivamente más válidos que otras personas que sí tienen lo que deseamos tener sino que por el contrario, conseguir todos esos objetivos personales dependerán de la suma de otras variables (personales, sociales, profesionales, etc.).

¿Qué ocurriría si obtuviéramos lo deseado?

En muchos casos, es interesante proyectarnos en la idea de obtener lo que deseamos en el ámbito corporal. Si consiguiera tener esos deseos pechos, caderas, barriga, culo, etc.: ¿en qué cambiaría mi vida? ¿Cambiaría drásticamente a mejor? ¿Sería definitivamente feliz? ¿Dejaría de exigirme cambios corporales? ¿Realmente obtendría más éxitos? ¿Más aprobación de los-as demás?. Probablemente no.

Ponernos en la situación de obtener aquello que deseamos y ver qué cambios generaría en mí vida, sirve para minimizar o desdramatizar aquellos objetivos magnificados como son la mayoría de los corporales.

Por otro lado, normalmente la consecución de lo deseado disminuye el propio deseo de lo conseguido. Como afirmó un conocido autor del pasado siglo, Lacan: "el deseo se frustra con su satisfacción"... Esta idea podría ser utilizada para combatir las estimaciones exageradas que a veces realizamos sobre conseguir determinados cambios estéticos en nuestro cuerpo.

Nunca es suficiente...

En ocasiones, fantaseamos pensando que nuestra vida cambiaría a mejor (al menos en lo referente a nuestro estado de ánimo o en la aceptación de nosotros-as mismos-as), si consiguiéramos modificar uno o varios componentes corporales con el que nos encontramos actualmente a disgusto.

No obstante y sin ánimo de generalizar, en la mayoría de los casos nunca es suficiente. Modificar un complejo por la vía de la cirugía o del esfuerzo, hará dirigir nuestra atención hacia otro foco corporal, generando otra preocupación. O al menos, diremos que la probabilidad de que ello ocurriera sería alta, posiblemente por el refuerzo que generaría la consecución del objetivo perseguido durante mucho tiempo.



Estableciendo una clara diferencia entre una persona con cierta insatisfacción corporal y otra que desarrolla una Anorexia Nerviosa, hay que decir que ambas pueden compartir cierto objetivo perfeccionista. ¿por qué una persona que desarrolla una Anorexia Nerviosa puede llegar a no conformarse con la pérdida de decenas de kilos cuando su objetivo inicial era no más de cinco?. Probablemente porque cuanto más obtenemos, menos atención y valoración le prestamos a lo conseguido y más deseo generamos por lo que nos falta.

La importancia de la interpretación en la IC

Por todo lo expuesto, la interpretación es la base en muchos casos de la emoción: “siento según pienso”... Este modelo sirve para explicar un gran número de situaciones cotidianas, muchas de las cuales las evaluamos como problemas.

La aplicación de esta evidencia en el plano de la IC puede ser sugerente, ya que la interpretación depende de criterios subjetivos y está influenciada fundamentalmente por la educación y las experiencias.

Por tanto, si decimos que la IC tiene una base social importante en tanto en cuanto, nos arreglamos, “cuidamos” o preocupamos para gustar a los-as otros-as, ¿quién determina que mis pechos sean pequeños, que mi nariz no es bonita, que mis bíceps están poco definidos o que mi culo es algo grande? Si yo evalúo esos u otros componentes corporales como negativos, ¿estaría siendo objetivo?, ¿todo el mundo vería ese componente tan negativo como yo lo estoy viendo? ¿El 100% de unos hipotéticos encuestados opinarían lo mismo que yo?, ¿Habría personas que incluso le pudiera llegar a gustar ese elemento que tanto me incomoda? Distanciarnos de esa subjetividad ayudará a nuestra auto aceptación.

¿Por qué nos gustan delgadas-os?

A pesar de la evidente variabilidad en cuanto a gustos o preferencias corporales, existe cierta tendencia social actual, a valorar como más deseable aquellos cuerpos que están más cercanos a la delgadez. De hecho, este viene a ser uno de los objetivos principales (o el único en la mayoría de los casos) de muchas conductas de control del peso, hacer una dieta, ejercicio físico, etc.

No obstante, esta preferencia ampliamente compartida no ha existido siempre a lo largo de la historia. Existe documentación histórica de otras épocas no muy lejanas donde la preferencia social era bien distinta a la actual. Más bien, el modelo a seguir representativo de lo deseable, eran cuerpos más redondos y se tendía a evitar, lo que actualmente se persigue, la delgadez.

Las tendencias y preferencias sociales cambian a la par que las sociedades varían en el tiempo, modificándose en consecuencia los significados que asignamos a la variabilidad corporal, es decir, a pesar más o menos, estar más delgados o más rellenitos.

Si bien en otros tiempos pasados el objetivo fundamental era conseguir recursos para tener una buena alimentación y por tanto sobrevivir (y en donde el modelo corporal perseguido no era precisamente la delgadez), en las actuales sociedades industriales, debido a la mayor abundancia de recursos económicos, sociales y alimenticios, se ha inducido a un cambio progresivo en cuanto a preferencia por la constitución delgada de los cuerpos.

La evolución en las sociedades produce en consecuencia cambios en las preferencias de los individuos que la componen. Estos cambios son promovidos en la actualidad fundamentalmente por los mensajes de los poderes mediáticos y por lo aprendido en la interacción con otras personas (reforzando en la mayoría de las ocasiones las tendencias e influencias sociales del momento) a través de procesos básicos de aprendizaje como el Condicionamiento Clásico (CC).



El CC como decimos es un proceso básico de aprendizaje que consiste en asociar estímulos. Esa asociación de estímulos conllevará a emitir una o varias respuestas para obtener unas determinadas consecuencias.

Una de las formas por las cuales conformamos nuestros gustos y preferencias corporales es a través de CC. No nacemos con el gusto hacia la delgadez sino que lo aprendemos a través de éste y otros procesos de aprendizaje. La asociación entre estímulos podría ser: delgadez-positivo³ en definitiva, asociar la delgadez a un número importante de consecuencias positivas.

No obstante, todo lo que se aprende puede ser desaprendido también en este sentido al igual que se hizo de forma paulatina en su momento (al cambiar las preferencias corporales de otros tiempos a los actuales). Si bien es cierto el cambio en este ámbito implicaría un importante esfuerzo y modificación de creencias y conductas de muchas personas a la vez en la misma dirección.

En la actualidad, probablemente como forma de combatir esas asociaciones y provocar ese tipo de cambios, se ponen de manifiesto iniciativas como desfiles de modelos o anuncios publicitarios de productos estéticos, conformados por personas con las tallas más representativas en nuestra sociedad lejanas de la extrema delgadez (incluso con “algunos kilos de más”).

Estas iniciativas pretenden generar ese cambio de asociaciones en muchos casos irracionales, haciéndonos ver que el modelo delgado no sólo no es el más frecuente en nuestro entorno, sino que tampoco representa lo ideal para obtener objetivos importantes en nuestra vida.

Por ello, estas propuestas pueden ayudar a ese cambio de tendencia hacia la auto aceptación corporal, tan necesaria en estos tiempos. Nuestro apoyo como miembros de esta sociedad a estas

actividades será fundamental para invertir esa tendencia actual generalizada de Insatisfacción Corporal. Esto es, generar cambios desde lo micro a lo macro, de lo personal a lo social.

Es que así me siento mejor...

A veces, la excusa por el exceso de la preocupación por lo corporal, viene expresada de forma como esta: “Es que así me siento mejor”. Es decir, mi bienestar está condicionado a mi satisfacción corporal.

Por ello, preguntarnos y respondernos objetiva y racionalmente a las preguntas: ¿realmente me dejaría de preocupar por mi exterior de conseguir lo propuesto? o ¿me sentiría mejor después de conseguir este objetivo?, podría ayudar en algo a la racionalización de la o las preocupaciones corporales.

Asertividad

Las habilidades sociales son herramientas importantísimas que pueden ayudarnos a afrontar favorablemente una gran cantidad de situaciones de muchos tipos a lo largo de nuestra vida.

A pesar de la importancia de estas destrezas en nuestra vida cotidiana, no existen asignaturas en el ámbito escolar que las aborden de forma específica, y quedan quedadas relegadas a las propias experiencias de la persona y al entorno. Estar rodeados de modelos hábiles desde el punto de vista social facilita el proceso de aprendizaje y puesta en marcha en situaciones reales por parte de la persona.

Saber pedir un favor o disculpas, no dejarse llevar en exceso por las opiniones de los demás, afrontar correctamente una crítica o comentario hiriente, o a la presión de otra persona o de un grupo, saber decir no, concederse el derecho a cometer errores, etc. son habilidades que sin duda ayudan a la consecución legítima de los derechos personales.



Una destreza importante en el orden social y factor de protección en la IC (y en otros ámbitos), es la asertividad. La Asertividad, “es la habilidad para expresar las propias opiniones, sentimientos y deseos de una forma apropiada, respetando los derechos de los demás”. Una persona asertiva, es capaz de defender una argumentación, una reclamación o una postura desde una perspectiva de auto confianza, aunque contradiga lo que dice el resto o lo que se supone que está bien.

El estilo asertivo permite en un mayor número de ocasiones, la consecución de los propios objetivos y la minimización de consecuencias desfavorables para la persona. Aunque claro está, para conseguir derechos legítimos, uno-a debe en primer lugar saber concedérselos.

Algunas consecuencias negativas de no comportarnos de forma asertiva en situaciones sociales en las que este estilo de respuesta nos beneficia, podrían ser las siguientes:

- Anulación de la voluntad, hacer o decir lo que otros-as quieren que hagamos o digamos.
- Experimentar un mayor número de emociones negativas: impotencia, irritación, ira, etc.
- Mayor dificultad de ser asertivos-as en situaciones futuras (cada vez nos costará más).
- Dependencia de los comentarios y opiniones de los-as demás.
- Baja autoestima, creer poco en uno-a mismo-a.

En ambos lados de la asertividad, podemos definir dos estilos de respuestas clásicas en este ámbito: una por defecto y otra por exceso.

Por defecto, hablaríamos del estilo pasivo o inhibido. Se trataría de la trasgresión de los propios derechos legítimos al no ser capaz de expresar abiertamente opiniones, sentimientos o deseos (sobre todo cuando son contrarios a los del resto) o al expresarlos de una manera derrotista, con falta de confianza o con disculpas, por miedo a que no le hagan caso o que los demás se hagan una idea negativa. Su objetivo es no crear conflicto.

Las personas que suelen emitir este tipo de conductas de forma frecuente tienen dificultad para enfrentarse a la presión grupal, decir no (cuando realmente quieren decir no), emitir una opinión contraria a la del resto, afrontar críticas, pedir un favor adecuadamente, etc.

Pensamos que este estilo, se relaciona con una alta necesidad de aprobación y por tanto, podría ser un factor de riesgo más en la construcción de la Insatisfacción Corporal. La manifestación de ambas asociaciones (estilo pasivo e IC) se expresarían en situaciones como: obsesionarse por un comentario ofensivo relacionado con nuestro cuerpo, tratar de gustar en exceso a todos-as, dejarse llevar por los-as comentarios de los otros, dar mucha importancia al aspecto físico, etc.

Por el contrario, un estilo asertivo basado en el pensamiento crítico de algunos modelos corporales insaludables, conformaría un importante factor de protección frente a la IC.

Por otro lado, por exceso respeto a la asertividad, describiríamos el estilo agresivo. Consiste en la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos de una forma inapropiada e impositiva, que trasgrede los derechos de los demás. La agresividad puede ser verbal o no verbal.

Sería importante potenciar y entrenar en contextos escolares este tipo de habilidades, centrando la atención en el estilo pasivo-inhibido como factor de riesgo de la IC y el asertivo como factor de protección,



en la mayoría de los casos. Para ello, recomendamos la lectura de varios trabajos interesantes que ofrecen herramientas en el trabajo de las habilidades sociales para la población infantil y juvenil, alguno de los cuales referimos en la bibliografía recomendada al final de la presente guía.

El giro masculino

A pesar de que siempre ha existido a lo largo de nuestra historia muchos hombres preocupados por su imagen e influencias que favorecían esta exigencia, es evidente asumir una menor responsabilidad social en este ámbito respecto a las mujeres.

Hasta hace no mucho y de forma general, la mujer invertía más tiempo, esfuerzo y dinero que el hombre en la obtención de objetivos corporales (control de la dieta, cremas, peluquería, etc.). Hoy esa tendencia se está igualando gracias al cambio que se observa fundamentalmente en la población más joven y cuya influencia es cada vez más notoria en la adulta (cuidado facial, tinte de canas, etc.).

De hecho, en población actual adolescente encontraríamos dificultades a la hora de establecer diferencias sobre el nivel de preocupación por la estética entre hombres y mujeres, encontrándose muy igualada la situación. El adolescente varón ha asumido plenamente tareas estéticas que antes eran realizadas casi en exclusiva por la mujer (depilarse, uso de determinadas cremas, etc.).

Un nuevo término se ha acuñado en nuestro contexto para definir este fenómeno, el *metro sexualidad*. Término que apareció en el diario The Independent en un artículo publicado por Mark Simpson en 1994, cuyo prefijo “metro” proviene de metrópolis y refleja una tendencia principalmente urbana.

Un metro sexual es un hombre que siente preocupación por su imagen y se caracteriza por gastar esfuerzos, tiempo y dinero en cosméticos o ropa, entre otras cosas, más que la media. Su máximo representante e imagen es el conocido futbolista inglés David Beckham, que ha ayudado sin duda junto con otras caras conocidas y reconocidas, a la proyección y mantenimiento de esta tendencia.

Las consecuencias positivas, negativas o neutras de este fenómeno sólo se podrán calibrar a largo plazo. No obstante, es pertinente establecer que este cambio de tendencia genera en la población masculina una mayor preocupación corporal y por consiguiente, mayor autoexigencia en todo lo referente al “cuidado” de su cuerpo.

Muchas mujeres, valoran positivamente ese acercamiento del varón hacia la mejora y mantenimiento estético. No obstante, no sabemos si el incremento de esta tendencia social influenciará negativamente en la Insatisfacción Corporal del hombre y explique el notable aumento de casos de TCA que en la actualidad se observa en esta población.



Por el contrario, pensamos que de haberse producido un cambio femenino en sentido inverso, es decir, que el hombre se hubiese mantenido dentro de los anteriores parámetros de despreocupación corporal, y la mujer hubiera girado en esa dirección de despreocupación (en el buen sentido de la palabra), no nos encontraríamos hoy día ante un escenario tan desolador y favorecedor del malestar a causa de la no aceptación corporal que muchas personas sienten.



En cualquier caso conocer y aceptar la presente realidad (por mucho que no nos guste) puede suponer el punto de inicio para empezar a deshacer algo que están claramente mal construido.

vales **MÁS** de lo que

PESAS

2ª PARTE

**De la Insatisfacción Corporal a los
Trastornos de la alimentación**

SEGUNDA PARTE

De la Insatisfacción Corporal a los Trastornos de la Alimentación

Tal y como hemos indicado al principio, la motivación de la presente guía era acercarnos a una realidad vigente consistente en una exigencia corporal compartida y generalizada por las personas que formamos esta sociedad.

Hasta ahora, hemos intentado identificar las causas de ese elemento común llamado Insatisfacción Corporal así como diversas sugerencias para abordarlo.

Igualmente, hemos ubicado a la IC como elemento antecesor y precursor de varios Trastornos de la Conducta Alimentaria como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. En este sentido, vamos a centrar la atención en las próximas páginas en lo que podría representar el paso de nivel que se produce en un número importante de personas (especialmente jóvenes) que avanzan hacia la adquisición y desarrollo de alguno de los más conocidos TCA, como es el caso de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia o de otros cuya aparición ha sido algo más reciente.

Anorexia Nerviosa

¿Qué es la Anorexia Nerviosa?

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria por causas psicológicas, que afecta entorno al 0.3 % de la población juvenil española femenina (Morandé et al. 1994; Gual et al., 1999; Ruiz et al. 1999; Rojo et al., 2003). Este problema acarrea unas series de disfunciones en el plano biológico, psicológico y social, lo que conlleva en la mayoría de los casos a una intervención multidisciplinar: dermatólogo-a, endocrino-a, psiquiatra, ginecólogo-a, etc. y por supuesto psicólogo-a.

La AN, se manifiesta fundamentalmente a través de los siguientes síntomas:

- Miedo intenso a la posibilidad de engordar, incluso estando por debajo del peso normal o ideal para la persona.

- Extrema delgadez. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo que se considera normal según la talla y edad de la persona (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable).

- Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal propia (no así en las demás personas), exageración de su importancia y negación del peligro que supone el bajo peso. La aparición de esa alteración en la percepción, hace que la persona realmente se vea gorda frente al espejo, cuando objetivamente para los ojos de los de su alrededor está delgada-o o extremadamente delgada-o.

- Trastornos orgánicos a consecuencia de la inanición, como es en el caso de las mujeres que se encuentran en la etapa posterior a la pubertad, aparición de amenorrea, es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, o ciclos irregulares además de alteraciones en la piel, caída del cabello, trastornos gástricos y cardiovasculares, etc. (todo esto último también observado en los varones que desarrollan este trastorno).

Si bien es cierto que la extrema delgadez es el síntoma más evidente a simple vista, el trastorno conllevará otro tipo de afectaciones a otros niveles tal y como veremos más adelante. Gran parte de estos síntomas descritos, deben darse para poder diagnosticar este trastorno a una persona (a excepción del criterio de amenorrea a varones), según establece el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), herramienta que utilizan muchos psicólogos-as y psiquiatras que sirve para determinar los criterios necesarios para el diagnóstico de los problemas psicológicos.



Además, la Anorexia Nerviosa se manifiesta de una forma más específica a todos los niveles de la persona: nivel cognitivo (lo que suelen pensar), nivel emocional (lo que suelen sentir) nivel conductual (lo que suelen hacer) y nivel orgánico (lo que suele ocurrir en el organismo).

Por ello, vamos a describir a continuación las manifestaciones más características de cada uno de esos niveles una vez iniciado el problema, para más adelante visualizar el ámbito externo de la persona, importantísimo en esta afección.

Nivel cognitivo: lo que suelen pensar

Como hemos descrito a lo largo del presente trabajo, la Insatisfacción Corporal supone un importante elemento desencadenante de este trastorno. Las personas con una alta IC, generarán de forma automática, un torrente de pensamientos negativos relacionados con su cuerpo.

Esos pensamientos negativos, pueden llegar a expresarse de múltiples formas que va desde la autoexigencia corporal que puede rozar lo delirante en determinados estadios del trastorno, referido a cantidad de peso a perder y/o forma que los diferentes elementos corporales deben adoptar, hasta la culpa por haber ingerido algún alimento “prohibido” o no haber conseguido la pérdida del peso autoexigido, pasando por el autocastigo y sobre corrección por el incumplimiento de objetivos.

También y como ya sabemos, la distorsión perceptual de su propio cuerpo y figura (se ven más corpulentos-as y con más peso de lo que realmente tienen) afectará negativamente a su estado de ánimo debido a esos pensamientos magnificados y autoexigentes que pueden generar el suficiente malestar como para utilizar su conducta como forma de evitar lo temido.

Por otro lado, una constante en la mente de las personas afectadas, es el carácter obsesivo que tienen los pensamientos negativos con independencia de la forma en la que estén expresados. La obsesividad de esos pensamientos, se traduce en una repetición continua y casi inevitable en la mente de la persona (sensación de intrusividad de esos pensamientos) de los objetivos a alcanzar, de lo permitido y no permitido, etc.

Los rituales, acompañan a las obsesiones y se traducen como veremos más adelante en conductas compulsivas (sobre lectura y control de calorías, el peso, comprobaciones, etc.).

La propia sintomatología de la AN, tiende a generar un estado depresivo en la persona. La inanición, presión familiar, malestar creciente por la IC, obsesiones, culpa, etc. generan una afectación y un malestar significativo en el plano emocional. Esto provocará en casi todos los casos, la aparición de pensamientos negativos al margen de lo corporal que podríamos denominar como pensamientos depresógenos del tipo: “soy un-a inútil”, “no valgo para nada”, “soy débil”, etc. Lo que favorece la presencia de desesperanza que refuerza el estado depresivo.

A pesar de la particularidad de cada persona a la hora de pensar y expresar de una forma u otra este trastorno, existe cierta convergencia o aspectos comunes en el pensamiento de aquellas con un problema de este tipo. Esos pensamientos alcanzan una amplitud difícil de redactar en pocas páginas. Por ello, realizamos a continuación un resumen de lo planteado en este punto, estableciendo sólo las categorías más frecuentes donde posteriormente fluirán todos los pensamientos que se activan en diferentes y numerosas situaciones que vive la persona afectada.

Las categorías de pensamientos más frecuentes se pueden resumir en las siguientes:



- Autoexigencia: la autoexigencia no sólo se engloba dentro de lo corporal (“tengo que: comer menos, “debería bajar de peso, etc.”) sino también en otros ámbitos de la vida cotidiana (estudios, trabajo, obligaciones...). En este sentido, la AN suele ocurrir en un mayor número de casos de personas con un alto grado de autoexigencia generalizado.

- Culpa: el propio trastorno se acompaña como hemos expuesto, de pensamientos culpabilizadores sobre objetivos no cumplidos (“no he bajado el peso que debería”; “tengo que compensar lo que he comido...”) lo cual refuerza todos los síntomas: mayor restricción u obsesión, más ejercicio excesivo, etc.

- Auto castigos: en ocasiones surgen pensamientos de este tipo ante acontecimientos que perjudican la consecución del objetivo (“ya no como más hasta mañana”, “tengo que quemar lo ingestado...”).

- Magnificación o Exageración: sobre la posibilidad de incrementar su peso o no disminuirlo, ubicando a este y otros objetivos corporales como los más importantes de sus vidas, como algo vital en ese momento y estableciendo consecuencias muy negativas si no se obtiene lo propuesto (“no voy a gustar a nadie”; “nadie me querrá”). También esta magnificación, se pone de manifiesto en una característica de este trastorno como es evaluar los alimentos (sólo como incrementadores de peso de forma incondicional y no como aportadores de energía vital para nuestro desarrollo), por ejemplo, comer un dulce = aumento de medio kilo.

- Pensamientos obsesivos: relacionados con todo lo que tiene que ver con el problema: pérdida de peso, control de alimentos permitidos/prohibidos, cálculo de calorías, etc.

- Ciertos pensamientos persecutorios: en ocasiones, se tiende a idear situaciones irreales respecto al entorno más cercano (familia, profesores-as, amigos-as...) a través de pensamientos persecutorios o de confabulación (“todos se ha puesto de acuerdo para ir en contra de mí”).

- Odio a determinados elementos corporales o incluso de forma generalizado.

- Pensamientos negativos al margen de lo corporal. Como hemos descrito, esta situación genera un malestar significativo que induce a un estado de ánimo deprimido debido a pensamientos negativos en otros ámbitos de la vida: “soy un desastre”, “no valgo para nada”, etc.

Hay que recordar, que cuanto más tiempo lleva instaurado el problema y más objetivos va consiguiendo la persona afectada, más fuerza tendrán esos pensamientos negativos por puro refuerzo y más incontrolables serán las conductas de pérdida y control de peso.

Por último reseñar algunas características cognitivas que se observa en las personas con una AN y que darán lugar posteriormente a pensamientos que se traducirán en conductas:

- Perfeccionismo. Que conlleva a planteamientos de objetivos en muchos casos inalcanzables como ya incidimos en páginas anteriores.

- Rigidez en los pensamientos y decisiones: persistencia hasta que consiguen lo propuesto.

- Hiperresponsabilidad. La mayoría son personas con mucho grado de responsabilidad en diversos ámbitos de su vida.

- Elevada autocrítica. Debido al perfeccionismo, autoexigencia e hiperresponsabilidad, llevando a la persona a ser muy crítica especialmente con sus defectos.

- Necesidad de control (“si controlo mi dieta controlo mi vida”). El control es un elemento fundamental en el desarrollo del problema. Hablamos en general, de personas que no suelen tolerar la incertidumbre y por tanto requieren de un grado de control importante a varios niveles. La búsqueda del control en este caso, será a través de la dieta y todo lo que lleva asociado el trastorno.



Nivel Emocional: lo que suelen sentir

Describiendo el plano cognitivo de las personas con una AN, podemos hacernos una idea de cómo afecta el propio trastorno al ámbito emocional. Las emociones desagradables que le acompañan, serán una de las primeras consecuencias negativas más visibles.

Una emoción predominante una vez se ha consolidado el problema, es la tristeza. Esta emoción en un grado intenso puede dar lugar al trastorno denominado depresión. En muchos casos, la AN se solapa con la depresión añadiendo una dificultad más al propio tratamiento y recuperación.

La tristeza intensa, genera normalmente desesperanza y anhedonia (pérdida de interés por las cosas) así como ganas de llorar. La aparición de esta emoción predominante junto con otras que comentaremos más adelante, es causada no sólo por la presión del exterior o no consecución de objetivos corporales, sino también por la inanición o insuficiencia de la ingesta que genera una alteración orgánica importante a muchos niveles (menos nutrientes, menos energía y más cambios en el humor).

Es frecuente también la presencia de continuos cambios emocionales, con una importante irritabilidad por pequeños incidentes en el ámbito cercano, lo cual afecta a las relaciones familiares en particular y sociales en general.

Del mismo modo, una constante en el plano emocional de la persona con AN es la ansiedad generalizada, que se particulariza en todo lo referente a la ingesta de comida y control del peso. Muchos autores ponen de manifiesto cierto desarrollo fóbico hacia la alimentación, especialmente aquella “prohibida”, llegando a hablar por tanto, de una fobia hacia todo ello: silueta, cierta alimentación, aumento de peso, etc.

Por último, destacar en el acompañamiento del trastorno otras emociones desagradables y con gran impacto en el malestar de la persona, como es la culpa (al realizar una “conducta prohibida” o no conseguir lo propuesto con la rapidez esperada), la vergüenza (por la silueta, peso, etc.) o la impotencia (al estar viviendo una situación claramente desesperanzadora).

Nivel Conductual: lo que suelen hacer

El repertorio conductual de una persona con AN puede llegar a ser amplísimo, incluyendo desde conductas de evitación a varios niveles, a comportamientos extraños en relación con la alimentación, pasando por el incremento de otras conductas que antes no existían. Por ello, a continuación, realizaremos una visión muy genérica de cómo subdividir este plano conductual.

- Conductas de evitación. Aunque casi todo el repertorio conductual de la persona con un trastorno de este tipo podría considerarse como conductas de evitación (a engordar, a poner peso, sentir vergüenza, etc.) vamos a establecer una diferenciación en este sentido más específica. En esta categoría, podríamos incluir tanto la frecuente y característica disminución de la ingesta de alimentos, es decir, la llamada restricción alimentaria (que provocará la disminución del peso), como también el uso de diuréticos, laxantes, ejercicio excesivo, o los vómitos que aparecen en muchas ocasiones. Todo ello, como forma de compensar la poca o mucha ingesta evitando así el posible incremento de peso.

Otros comportamientos pertenecientes a esta categoría, podría ser evitar pesarse (debido al alto nivel de ansiedad que les produce a muchas personas no conseguir lo propuesto o simplemente conocer el peso actual) o también numerosas evitaciones en el ámbito social, como es no asistir a reuniones sociales como cumpleaños, comidas familiares, etc. donde la ingesta vaya a estar presente.



Todo lo referente a la vestimenta, en el sentido de no utilizar un tipo u otro de tejidos o colores podríamos ubicarlos en esta categoría. En cualquiera de los casos, el objetivo es evitar el malestar que genera estimar consecuencias negativas como un posible incremento de peso y el rechazo que pudiera producir esto en los-as demás. Como ya dijimos, después de la evitación, viene el alivio correspondiente, al creer que no ocurrirá lo temido (engordar, rechazo...) con lo que se refuerza la propia conducta.

- Conductas obsesivas-compulsivas. Como ya dijimos, en el plano cognitivo o lo que suelen pensar las personas con AN, existen numerosos pensamientos obsesivos que podrán dar lugar a conductas y rituales compulsivos, tales como: controlar el tipo de alimento y el número de calorías con el total ingestado durante el día, en ocasiones pesarse de forma compulsiva varias veces, realizar ejercicio excesivo, entre otras muchas.

- Comportamientos extraños. En esta categoría podríamos englobar conductas tales como: guardar la comida para luego tirarla sobre todo en presencia de familiares u otras personas, secar con una servilleta de papel alimentos con contenidos grasos (frituras, una tortilla, etc.), expandir o separar la comida en el plato para dar la sensación de haber comido más, cortar en minuciosos trozos alimentos (por ejemplo una patata frita), entre otras muchas.

- Incremento de otros comportamientos que incluso antes no se hacían. Como el uso de laxante o diuréticos cuyo fin es la “disminución” de peso, ejercicio excesivo, contabilizar el total de calorías ingerido durante el día, entre otros.

- Disminución de otros Comportamientos. En esta categoría podríamos incluir lo relacionados con el aislamiento social y actividades que generaban cierto bienestar en la persona.

- Conductas manipulativas. Se dan sobre todo en el contexto familiar y social cercano. Giran en torno a mentiras y manipulaciones relacionadas con la ingesta.

Nivel Orgánico: lo que suele ocurrir en el organismo

La AN lleva consigo un conjunto de alteraciones o trastornos orgánicos (según el estadio del problema) debido en gran parte al déficit alimentario.

Además de la amenorrea (y esterilidad temporal consecuente hasta que ésta está presente) que suele acompañar a la mujer con este problema y la pérdida de peso, se observa en muchas ocasiones, un conjunto de manifestaciones a este nivel que destacamos a continuación (Toro y Vilardell, 1987):

- Alteraciones cardiovasculares: como la disminución del volumen cardíaco, hipotensión, bradicardia (lentitud en el ritmo cardíaco), arritmias o prolapso de la válvula mitral.

- Alteraciones gastrointestinales: como el vaciado gástrico incompleto, saciedad y plenitud, hinchazón, estreñimiento, dolores abdominales o vómitos.

- Alteraciones renales: como la formación de cálculos o hiperazotemia (abundancia de sustancias nitrogenadas en sangre).

- Otras alteraciones: osteoporosis, hiperuricemia (gota), lanugo (aumento de vello) o alteraciones dérmicas.

Tipos de Anorexia

Los dos tipos de AN más frecuentes son las siguientes:

1- *Anorexia restrictiva*: durante el episodio de AN, la persona no recurre a atracones o purga (vómitos o uso de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se produce pues por una restricción continua de la alimentación.

2- *Anorexia purgativa / o con ingesta compulsiva*: durante el episodio de AN, la persona recurre al vómito (después de la ingesta, se utiliza el vómito para evitar ganar peso) o uso de laxantes, diuréticos o enema.

Hay que anotar, que en ocasiones tendemos a confundir este último tipo de anorexia, con la Bulimia precisamente por la aparición de vómitos. Aclarar, que el vómito puede estar presente en ambos trastornos tal y como estableceremos más adelante al describir la Bulimia.

No obstante, en ocasiones pueden describirse cuadros mixtos, donde hay una combinación de AN y Bulimia.

Ámbito Familia y Social

Todo trastorno psicológico (ó físico) lleva normalmente consigo en mayor o menor medida, además de una afectación personal, otra familiar (o del contexto más cercano). La irritabilidad, tristeza, ansiedad, preocupaciones, ira, etc. de la persona afectada, se proyectan también en el entorno cercano. La intervención de la familia en el caso de la Anorexia Nerviosa, supondrán una pieza clave para la recuperación de el/la afectado/a.

La progresiva restricción alimentaria y pérdida de peso supone la primera alarma. Como ya dijimos, la persona intenta mantener oculta la conducta de rechazo a la ingesta de comida, tira parte de ella, la esconde o simplemente se niega a comer. Estos comportamientos son observados desde el espacio familiar con perplejidad, impotencia o incomprensión.

En ocasiones, la hora de la comida entorno a la mesa, provoca momentos de tensión y presión por parte el entorno, con el fin de mantener la ingesta anterior y evitar agravar el problema. No obstante y en la mayoría de las ocasiones, a pesar del buen fin que con ello persigue la familia velando por el bienestar del familiar afectado-a, se genera probablemente de forma inconsciente, una “atmósfera” de presión que perjudica a la propia relación con el familiar así como al desarrollo del propio trastorno. El/la afectado-a puede experimentar como consecuencia la exacerbación de los síntomas anoréxicos empeorándose a corto plazo el problema.

Podríamos establecer por otra parte, diferentes estadios por los que suelen pasar los miembros del entorno más cercano de la persona afectada (padres, madres, hermanos...) teniendo en cuenta la gran variabilidad que se observa en la respuesta en función de cada familia. En ocasiones, en el inicio del problema bien por la falta de información para identificar síntomas o por cierta negación a la hora de asumir la situación, la familia puede tender a achacar muchos comportamientos a otras causas diferentes a las del inicio de un TCA. Además, tal y como hemos expuesto, el solapamientos de estos trastornos con otros (como un estado de ánimo deprimido), pueden favorecer conclusiones que se alejan de la realidad.

Pasado un tiempo, es probable que el agravamiento del problema ubique a los miembros en una fase de afrontamiento y aceptación del problema, en un primer momento sin ayuda profesional (control de lo que se ingiere, presión, castigos, etc.) y más tarde con ayuda de especialistas como psicólogos-as, médicos, nutricionistas, etc.

Los altibajos en el ámbito emocional de los miembros de la familia, son frecuentes en todo el proceso, experimentándose una mezcla de emociones como: impotencia, ira, tristeza, culpa, entre otras.

De ahí la importancia de incluir en el tratamiento de este trastorno al ámbito familiar, para ayudar a sus miembros en el manejo de situaciones con la persona afectada.



Causas de la Anorexia Nerviosa

Numerosas hipótesis intentan explicar qué variables causas y mantienen a lo largo del tiempo este problema.

A continuación, exponemos la propuesta de un autor reconocido en esta materia, Slade (1982) el cual propone un modelo teórico formado por la existencia de factores de vulnerabilidad (aquellos que favorecen la aparición del problema) y factores de mantenimiento (aquellos que mantienen el problema a lo largo del tiempo cuando ya está instaurado).

Factores de vulnerabilidad

- Insatisfacción corporal general.
- Baja autoestima.
- Exceso de auto castigo y déficit de auto refuerzo.
- Elevada autocrítica.
- Hiperresponsabilidad.
- Rigidez Cognitiva.
- Perfeccionismo.
- Estricto sentido de la justicia.
- Ansiedad interpersonal, miedo al rechazo.
- Miedo al futuro.
- Diferencias entre ellos-as y el resto del mundo (“a los demás no le rechazarán por estar gordo-a y a mi sí”).
- Sensación de falta de control.
- Haber sido gimnasta.
- Tener un familiar obeso.
- Familiar con depresión.
- Familiar con conductas adictivas.

Factores de mantenimiento

- Sensación de control (“controlando la comida, controlo mi vida”).
- Refuerzo por parte del medio (“que delgadita estás”...)
- Aumento de la ansiedad y de las obsesiones (cuando se ha instaurado el problema aumenta la ansiedad y obsesión por el peso y la comida: necesitan más control, aumentan la restricción).
- Limitaciones de la red social.
- Aspectos biológicos relacionados con la inanición (aumento de las endorfinas tras la restricción como mecanismo de defensa del organismo, lo que produce euforia y por tanto cierto “enganche” a la inanición).

Factores precipitantes

- Enfermedad que hace perder peso.
- Problemas interpersonales (dejar una relación)
- Vuelta de un viaje de estudios.
- Pequeño sobrepeso.
- Fracaso académico.
- Final de curso (por la posible disminución en la ingesta tras los exámenes).



MODELO DE SLADE

FACTORES DE VULNERABILIDAD

PERFECCIONISMO, AUTOEXIGENCIA PENSAMIENTO DICOTÓMICO AUTOCRÍTICA	NECESIDAD DE CONTROL IMPULSIVIDAD INSATISFACCIÓN CORPORAL
--	---



INSATISFACCIÓN GENERALIZADA
SENTIMIENTO DE FALTA DE CONTROL



FACTORES PRECIPITANTES

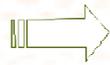
PEQUEÑO SOBREPESO, ESTRES, VIAJE DE ESTUDIOS, PROBLEMAS INTERPERSONALES.



DIETA
PÉRDIDA DE PESO
(por dieta u otra causa)



FACTORES DE MANTENIMIENTO



SENSACION DE CONTROL
INCREMENTO DE LA SATISFACCIÓN



MIEDO A ENGORDAR Y PERDER EL CONTROL



AUMENTO DE LA RESTRICCIÓN
ADICCIÓN A COMP.RESTRICTIVOS



FACTORES DE VULNERABILIDAD EXACERBADOS PENSAMIENTO DICOTÓMICO Y RÍGIDO FBIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA INANICIÓN OBSESIÓN, ANSIEDAD, CULPA	IRRITABILIDAD AISLAMIENTO DEPRESIÓN DESESPERANZA
---	---



Problema dependiente de la cultura, edad y sexo

Este problema tiene una prevalencia importante en países industrializados (Europa, EEUU, Canadá, Australia...) y muy poco prevalente en los países no industrializados. Probablemente a causa de la mayor satisfacción de necesidades básicas en los primeros, hecho que hace dirigir las preocupaciones a otros campos (tener una casa en propiedad o un cuerpo perfecto).

Por otra parte, el problema se circunscribe de una forma más frecuente a la población adolescente, aunque hay que alertar del incremento de casos por debajo de los 13 años y por encima de los 25, algo infrecuente en épocas pasadas.

Aunque la afectación de la AN es mayor en mujeres jóvenes (0.3%-1%) que en hombres, hay que señalar igualmente el incremento de números de casos en la población juvenil masculina, debido probablemente a los cambios de tendencias y exigencias por lo corporal en la población masculina que estamos experimentando en nuestro contexto.

Cambios corporales en la pubertad

Un elemento a tener en cuenta y a trabajar con este sector poblacional, es la explicación y normalización de los cambios corporales que empezarán a producirse en los siguientes meses o años según el caso, ya que el desarrollo que se producen a esta edad, puede tener una afectación en el plano emocional debido en parte a la presión social por lo corporal y por la necesidad de aprobación y reconocimiento que de forma especial, afecta más a esta población.

Es importante en ese sentido, ayudar a conocer y anticipar a través de la información de dichos cambios, a los chicos y chicas que pasan por esta fase del ciclo evolutivo. Siendo esencial, la normalización y funcionalidad de los mismos (ensanchamiento de caderas, desarrollo de los pechos, cambios en los genitales, etc.) desde una perspectiva positiva y adaptativa para nuestro desarrollo y adaptación futura al medio.

En ese sentido, la información a transmitir sobre los cambios corporales en el caso de la mujer, podrían ser los siguientes:

- Inicio de la menstruación, la primera regla suele aparecer entre los 9 y 16 años aproximadamente. Los siguientes ciclos suelen ser muy irregulares, pudiéndose presentarse sin ovulación en los primeros.

- Crecimiento del vello púbico, que representa uno de los primeros cambios corporales.

- Cambios en los genitales, la membrana mucosa de la vagina también cambia en respuesta de los niveles ascendentes de estrógenos, engordando y adquiriendo un color rosáceo. También cambia el flujo vaginal en cuando a color y abundancia.

- Ensanchamientos de caderas, en respuesta a los niveles ascendentes de estrógenos, se produce este fenómeno fundamental para posteriores partos.

- Aumento de pechos, representa uno de los primeros cambios en la pubertad. Siendo habitual al inicio del crecimiento, la asimetría entre ambos.

- Crecimiento de vello corporal, en los meses o años posteriores al crecimiento del vello púbico, otras áreas de la piel desarrollan vello más denso aproximadamente en la siguiente secuencia: vello axilar,

vello peri anal, encima de los labios y peri areolar.

- Aumento de estatura, inducidos por los estrógenos, en tornos a los 7,5-10 cm. anuales.

- Olor corporal, cambios de la piel y acné, debido al incremento de los andrógenos.

En el hombre:

- Cambios genitales, como es el aumento en tamaño del pene y testículos y aparición de vello púbico.

- Desarrollo de la musculatura, gracias al incremento de andrógenos.

- Capacidad para eyacular y erecciones involuntarias.

- Poluciones o emisiones nocturnas en muchos casos, consistentes en eyaculaciones durante el sueño (“sueños húmedos”).

- Cambios en la voz, modificándose paulatinamente hacia una voz grave.

- Aumento en la estatura, que finaliza entre los 15 y 20 años.

Bulimia Nerviosa

¿Qué es la Bulimia Nerviosa?

La bulimia nerviosa (BN) es otro trastorno de la alimentación cuya causa es también psicológica. Afecta en torno al 1% de la población juvenil (Morandé et al. 1994; Gual et al., 1999; Ruiz et al. 1999; Rojo et al., 2003). Como veremos, la Bulimia tiene puntos en común y diferenciadores respecto a la Anorexia Nerviosa.

Los criterios para el diagnóstico de la Bulimia son los siguientes:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (por ejemplo en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un tiempo similar y en las mismas circunstancias. Normalmente los atracones son de alimentos hipercalóricos (dulces, hidratos de carbono, etc.) aunque podría tratarse de cualquier otro.
 - La persona, siente una pérdida de control de la conducta de ingesta (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Realización de conductas compensatorias inapropiadas que se repiten en el tiempo, como forma de evitar ganar peso (debido al atracón), como son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayunos y ejercicio excesivos.
- Los atracones y conductas compensatorias ocurre al menos dos veces a la semana durante un periodo mínimo de tres meses.
- La auto evaluación de la persona está exageradamente influenciada por el peso y la silueta corporal, existiendo una preocupación intensa en este ámbito.
- Los episodios no aparecen en el transcurso de una anorexia nerviosa.

Por tanto, la característica más diferenciadora de este problema, es en la aparición de atracones acompañados de la pérdida de control de la propia ingesta, seguidos de métodos compensatorios de una gran variabilidad (vómitos u otros) para evitar el incremento del peso.

Normalmente este repertorio conductual, se realiza como forma de disminuir y afrontar de una forma inadecuada la ansiedad que provocan situaciones de la vida cotidiana (problemas interpersonales, académicos, profesionales, etc.).

Anotar la importante diferencia de padecer este problema, y comer mucho ("ser glotón-a") la cual reside no sólo en la cantidad (elevada de alimentos que aparece en bulimia) sino en la pérdida de control y compulsividad así como vómitos u otro tipo de compensaciones que aparece en este cuadro y no en el caso de personas con gran apetito.

La Bulimia Nerviosa, comparte con la Anorexia Nerviosa una preocupación intensa por la silueta corporal. Aunque por otro lado, un elemento diferenciador de ambos trastornos es la no existencia en el caso de la Bulimia de pérdida de peso importante gracias a la compensación (en muchos casos incluso aparece sobrepeso) lo que dificulta la visibilidad del problema.

Como veremos, la afectación de este problema en el plano emocional es evidente. Emociones como tristeza, ansiedad, impotencia, vergüenza y sobre todo culpa (después del atracón) acompañan a la persona que padece este problema durante este proceso.

A continuación, hacemos un resumen de la manifestación de la Bulimia según el triple sistema de respuesta (cómo suelen pensar, sentir y actuar).

Nivel Cognitivo: lo que suelen pensar

- Pensamientos obsesivos relacionados con la comida, llegando a planificar con antelación qué alimentos constituirán el atracón, así como el lugar y el momento.

- Pensamientos autoexigentes y críticos con su silueta corporal, llegando al auto odio. La presencia de la magnificación por lo corporal, favorecerá en este caso al igual que ocurría en la AN, este tipo de pensamientos.

- Pensamientos negativos referentes por un lado a la conducta de ingesta, que provocarán emociones como las anteriormente descritas (culpa, vergüenza, ansiedad, etc.). Y por otro, pensamientos negativos generalizado que podrán dar lugar a un estado depresivo.

Nivel Emocional: lo que suelen sentir

El problema genera una afectación emocional claramente significativa, observándose una interferencia importante en la vida de la persona.

Como hemos adelantado, las emociones más frecuentes que acompaña a la Bulimia Nerviosa es por un lado la ansiedad, bien que genera la vida cotidiana y que se intenta disminuir con el atracón, como forma de reducirla de forma inadecuada y la ansiedad y arrepentimiento por lo consumido durante el episodio de ingesta excesiva.

En consecuencia, otra emoción claramente identificable, es el alivio momentáneo que experimenta la persona durante el atracón y el vómito. Esta emoción efímera, genera normalmente otras dos: la vergüenza y la culpa por las cantidades ingeridas, lo cual darán lugar a conductas compensatorias para evitar el incremento de peso.

La impotencia tras sentirse atrapado-a por el propio problema, suele ser también frecuente así como la tristeza antes descrita que pudiera dar lugar a estados depresivos.

Nivel Conductual: lo que suelen hacer

- Conductas compulsivas. Estas, son probablemente el tipo de respuesta más frecuente en personas con este problema. La base de estos comportamientos es la Impulsividad. En esta categoría, incluiríamos:

- El propio atracón, como una pérdida de control que lleva a unas secuencias de conductas compulsivas de ingesta excesiva.

- Conductas compensatorias, no sólo el vómito que en muchas ocasiones la persona se provoca después del atracón, sino otras como el excesivo ejercicio físico, uso de laxantes, diuréticos o ayunos.

- Control del número de calorías y los alimentos. A pesar de los atracones y debido a la preocupación por la silueta corporal, es frecuente observar este tipo de comportamientos al igual que en el problema anteriormente descrito.

- Gasto excesivo de dinero. En los casos de atracones muy frecuentes, puede representar un gasto importante para la persona la compra de alimentos, pudiendo influir negativamente en su economía sobre todo en salarios bajos o medios. En ocasiones, se recurre a hurtos de alimentos en supermercados.

- Inhibición conductual. Representada en algunos casos como ayunos en momentos o días posteriores a un atracón, y compensar así lo ingerido.

- Ocultamiento del problema. En general el motivo por el cual este problema tarda más en detectarse que la Anorexia Nerviosa, es por un lado por la poca variabilidad del peso, y por otro, por el ocultamiento del problema. El atracón y las conductas compensatorias suelen realizarse en solitario.

Tipos

1- Bulimia purgativa. Durante el episodio de Bulimia Nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito, o utiliza diuréticos, laxantes o enemas en exceso.

2- Bulimia no purgativa. Durante el episodio de Bulimia Nerviosa, la persona utiliza otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni a la utilización de diuréticos, laxantes o enemas en exceso.

Anotar otra categoría diagnóstica como es el “Trastorno por Atracón” donde existiría tanto el atracón, acompañado de: ingesta mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno-a, ingesta de grandes cantidades de comida incluso sin tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad o sentirse culpable después del atracón por la cantidad ingerida. Además, la sensación de pérdida de control del propio atracón está presente. Pero sin existencia de ningún tipo de conducta compensatoria, lo que daría lugar a un evidente incremento de peso (obesidad incluso).

Ámbito Familia y Social

Como hemos descrito, este problema tiende a ocultarse con mayor facilidad respecto a la AN, debido a que la persona suele mantenerse en su peso frecuente (gracias a la compensación del atracón) y al ocultamiento.

El ámbito social y familiar en la construcción de este problema al igual que el anterior, serán fundamental como consecuencia de la importancia que las variables ambientales tienen para la Bulimia Nerviosa. El estrés, representa una causa que lleva a la persona a realizar el repertorio bulímico (como forma de aliviarlo).

El apoyo y ayuda que pudieran prestar el entorno en el sentido no sólo en la derivación a los servicios profesionales sino en la comprensión del problema y en su intervención supervisada, determina la evolución y pronóstico del mismo.

Problema dependiente de la Cultura, edad y sexo

Este trastorno, se expresa también de forma más frecuente en los países industrializados.

El inicio es más tardío que en el caso de la AN, iniciándose en la mayoría de los casos a final de la adolescencia y principios de la vida adulta. La afectación es mayor en mujeres (en torno al 1%) que en hombres (0.1%).

Causas

Las propuestas de hipótesis que intentan explicar las causas del origen y mantenimiento de este problema son diversas.

La idea de haber aprendido una estrategia inadecuada de solucionar o refugiarse de los problemas a través de la conducta bulímica es compartida por muchos autores.

En este sentido, se plantea que la bulimia nerviosa es funcionalmente similar al trastorno obsesivo-compulsivo, en donde el episodio de ingesta desenfrenada o atracón, es precedido por pensamientos que generan un elevado nivel de ansiedad. El purgarse, al igual que las compulsiones del paciente obsesivo-compulsivo, cumple la función de reducir esta ansiedad (Williamson y col. 1989) lo que reforzaría el problema a medio y largo plazo.

Además, es importante hacer referencia una vez más a factores personales que predisponen, como la impulsividad, el sobrepeso, perfeccionismo corporal, insatisfacción corporal o déficit en la solución de problemas, así como factores desencadenantes: problemas interpersonales, profesionales, personales, entre otros.

Diferencias entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

(Hsu, 1990)

Característica	Anorexia Restrictiva	Anorexia Purgativa	Bulimia
Pérdida de Peso	Grave	Grave	Leve o moderado
Peso Corporal	Muy bajo	Muy bajo	Normal
Amenorrea	Presente	Presente	Variable
Bulimia	Ausente	Presente	Presente
Vómitos/ Purgas	Ausente	Presente	Presente
Miedo a engordar	Presente	Presente	Presente

Otras diferencias importante:

Anorexia	Bulimia
Delgadez Extrema	Normo peso u obesidad
Comienzo más temprano	Comienzo más tardío
Dificultades en las relaciones sexuales.	Relaciones sexuales normales
Minimizan o niegan más	Minimizan o niegan menos
Más difícil de ocultar	Más fácil de ocultar
Hipercontrol comportamental	Déficit de autocontrol
Hipercontrol emocional	Impulsividad

Vigorexia

La vigorexia es un trastorno de la alimentación caracterizado por la presencia de preocupación intensa por la imagen corporal a niveles obsesivos, acompañado de distorsión perceptual, autoevaluando determinadas zonas corporales objetivamente definidas muscularmente, como poco definidas a pesar del intenso ejercicio físico al que se someten. La vigorexia, afecta a más proporción de hombres que de mujeres.

Las características más importantes de este problema son las siguientes:

- Práctica de ejercicio excesivo de forma compulsiva, sin importar en muchos casos las consecuencias negativas que pudiera acarrear. El objetivo se suele centrar en la ganancia de musculatura (masa magra, no grasa).

- Alteración en la imagen corporal. Existe cierta tendencia a percibirse poco definidos-as cuando objetivamente lo están para las personas de su alrededor. Presencia de Insatisfacción Corporal y de pensamientos obsesivos sobre no ser suficientemente grande.

- En muchos casos, consumo de sustancias dopantes, esteroides anabolizantes, así como sustancias existentes en el propio organismo como la creatina (que favorece el volumen muscular).

- Alteración en la alimentación, adoptando un estilo obsesivo en el número de veces de ingesta al día (comer cada 2-3 horas), tipo de alimentos, cantidad, etc.

- Los gimnasios y centros deportivos se convierten en puntos de encuentro y lugar donde la persona afectada de este problema, pasa gran parte del día.

Hablamos de un término relativamente reciente (aunque no así el problema), acuñado por el psiquiatra Harrison G. Pope (1993) el cual lo utilizó para designar una muestra de sujetos que se caracterizaban por una obsesión por la musculatura que le impedían verse como realmente eran (distorsión perceptual), sintiéndose débiles y delgados. Se ha denominado también anorexia inversa, pero aun no está incluida en las clasificaciones diagnósticas a pesar de su frecuencia. Algunos estudios, refieren que la prevalencia podría establecerse entre el 1 y 10% de las personas que acuden a gimnasios y centros deportivos.

Ortorexia

Es otro término no incluido por el momento en los manuales diagnóstico. Fue acuñado por Steven Bratman (2000, *orthos* correcto y *orexis* apetito) para denotar un trastorno de la alimentación caracterizado por la obsesión de comer alimentos que la persona considera saludables, lo que puede generar consecuencias negativas para la salud de quien desarrolla este cuadro.

La persona evita comer determinado tipo de alimentos como aquellos que contienen grasas o son de origen animal. Este autor señala que la desnutrición de estas personas suele ser frecuente.

Según Bratman, la sintomatología de este problema es la siguiente:

- 1- Dedicar mucho tiempo a pensar en la dieta sana.
- 2- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que por el placer de consumirlos.
- 3- Culpabilidad cuando se infringe alguna norma creada por el sujeto (comer alimentos “prohibidos”).
- 4- Planificación excesiva sobre qué se comerá al día siguiente.

5- Aislamiento social cuando la situación requiere algún tipo de ingesta de alimentos “prohibidos”.

6- Rituales obsesivos. Utilización de formas de cocinar y utensilios peculiares (cortar los alimentos de una determinada manera o utilizar ciertos utensilios sólo de madera, cerámica, etc.).

7- Interferencia del problema en la vida del sujeto.

Este autor, señala por otro lado las consecuencias negativas de este patrón comportamental como la desnutrición, anemia, hipotensión, osteoporosis, etc. Así mismo, señala que suele manifestarse en personas con cierta tendencia a la obsesión y con cierto nivel cultural. La influencia de los medios de comunicación por los productos y dietas sanas, se establece como otro factor determinante en el inicio del problema.

No obstante, es importante diferenciar este problema de establecer pautas normales y saludables en el cuidado de la dieta, la obsesión y compulsión determinará la diferencia.

Alimentación saludable

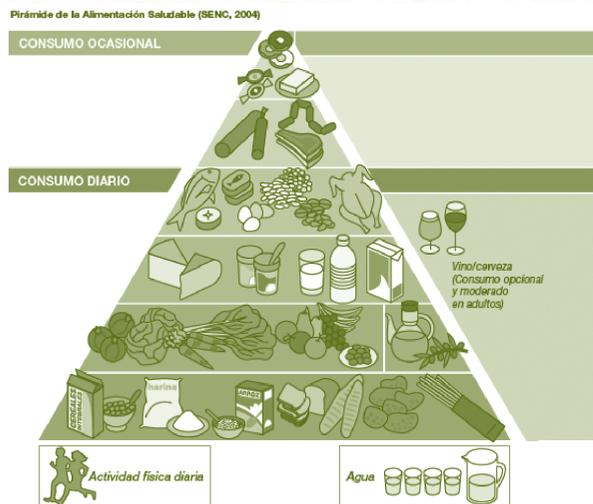
Una preocupación actual en torno a la alimentación de la población española, es el incremento de sobrepeso y obesidad observado en la población infantil-juvenil y adulta debido a los cambios de hábitos alimentarios (lo que contribuye al aumento de enfermedades cardiovasculares o diabetes tipo 2, entre otros).

Entre 1984 y 2006, la obesidad infantil se ha triplicado en España. La Organización Mundial de la Salud, ha calificado la obesidad como la epidemia del siglo XXI, problema que se agrava cuando hablamos de la afectación de este problema en etapas infantiles y juveniles.

En España, el 42% de los chicos y el 20% de las chicas de entre 10 y 13 años tienen sobrepeso u obesidad. Esa cifra, baja entre los 14-17 años al 26,2% en el caso de los chicos y al 17,1% en el caso de las chicas (estudio EnKid). Razón por la cual, las intervenciones se deban centrar en ambos lados del extremo, no sólo en el defecto (como la Anorexia Nerviosa) sino también en el exceso (que puede dar lugar a la Obesidad, previniendo los malos hábitos alimenticios).

Determinadas características orgánicas en la persona, así como una dieta inadecuada y la disminución de gasto energético, parecen ser la causa del exceso de peso. Por ello la receta ya ampliamente conocida, es decir, evitar una actividad sedentaria fomentando la actividad física frecuente y mantener una dieta equilibrada centrada más en hábitos saludables a largo plazo que en el control alimenticio puntual (como hacer dietas con la llegada del verano o fechas posteriores a excesos alimenticios) se plantea como la mejor alternativa al exceso de peso.

Por ello, es conveniente tener en cuenta en nuestra dieta diaria, la “pirámide de la alimentación”, con el fin de interiorizarla e incluso utilizarla como recurso formativo en nuestras intervenciones con los-as más jóvenes.



Ningún alimento contiene todos los nutrientes esenciales que nuestro organismo necesita. Por ello, debemos incorporar una amplia variedad de alimentos a nuestra dieta. A continuación, los detallamos en función del grupo.

Cereales

Los cereales deben constituir la base fundamental de nuestra alimentación, ya que nos aportan una importante fuente de energía. En este grupo, incluiríamos el pan, la pasta, el arroz, y los propios cereales. Si estos alimentos son integrales, aportarán más fibra, vitaminas y minerales.

La recomendación de ingesta a la semana para la pasta y arroz es de 2-3 raciones cada una. El pan es recomendable introducirlo de forma razonable en todas las comidas (mejor si es integral).

Frutas Verduras y Hortalizas

Las frutas aportan una importante fuente de vitaminas, fibras, azúcares, agua y minerales entre otros. Su consumo debe ser diario, siendo recomendable la ingesta de tres o más piezas al día, preferiblemente que al menos una de ellas sea cítrica (kiwi, fresas, naranja, etc.).

Las frutas y hortalizas son otra fuente importante de vitaminas, minerales y antioxidantes, por lo que es recomendable también ingerirlas diariamente (unos 300g). La mejor manera de aprovechar sus vitaminas es conviniéndolas crudas a través de ensaladas.

Leche y Derivados

La leche y sus derivados son una importante fuente de proteínas y vitaminas (A, D, B₂ y B₁₂) calcio y minerales, fundamentales para la formación de los huesos.

Los lácteos están compuestos por la leche, la leche fermentada, el yogurt (con propiedades prebióticas, que mejora el sistema inmunitario), quesos, natillas...

La ingesta recomendable de este grupo sería de dos a cuatro raciones al día según nuestra edad y situación (embarazo, edad de crecimiento, etc.).

Carnes y Embutidos

La carne aporta una gran cantidad de proteínas de gran valor, vitamina B₁₂, hierro, potasio, fósforo y zinc.

El color de la carne (carnes rojas frente a la blanca) no afecta ni al valor nutritivo ni al carácter digestivo. Es conveniente el consumo de 3-4 raciones a la semana de carne, preferentemente la ingesta de carnes magra (aves) frente a las grasas (cerdo, cordero), ya que éstas últimas, favorecen la aparición de colesterol.

Los embutidos grasos, deben consumirse de forma ocasional (por su aporte en grasas saturadas que afectan a nuestro sistema cardiovascular).

Pescados y Mariscos

Los pescados aportan una fuente de proteínas, vitamina D, yodo y ácidos grasos poli saturados omega-3 (que reducen el colesterol "malo"), especialmente los azules (sardinas, atunes, bonito, salmón, etc.). El consumo recomendado de pescado semanal, es de 3-4 raciones.

Los mariscos son otra fuente de proteínas, vitaminas B₁, B₁₂ y minerales. Son bajos en calorías y grasas saturadas.

Huevos

Los huevos aportan nutrientes importantes, entre otros, proteínas en gran cantidad, vitaminas y minerales. El color de su cáscara no condiciona su valor nutritivo. Es recomendable la ingesta de 3-4 huevos a la semana.

Legumbres

Las legumbres nos proporcionan también una gran cantidad de proteínas, hidratos de carbono, fibra y minerales, necesarias para nuestro buen funcionamiento. En este grupo incluiríamos las alubias, garbanzos, guisantes, lentejas y habas. Su consumo recomendable es de 2 a 4 raciones por semana (60-80gr/ración en crudo).

Aceites y Grasas

Son necesarias para nuestra salud ya que intervienen en la composición de las membranas celulares entre otros procesos.

No obstante, es recomendable su uso moderado debido a su gran aporte calórico, siendo preferible las de origen vegetal (aceite de oliva) que las de origen animal (embutidos, pasteles, etc.).

Azúcares y Dulces

Hablamos de azúcares de absorción rápida como el azúcar de mesa. La recomendación de su consumo es ocasional (tal y como indica la pirámide de la alimentación), ya que su exceso puede producir incremento de peso.

El agua

El agua es esencial para nuestra supervivencia, ya que aparece en casi todas las reacciones químicas que ocurren en nuestro organismo. Además, nuestra composición orgánica está formada en su mayoría por este elemento fundamental. Su consumo recomendado al día es de 1 a 2 litros (en caso de no hacer deporte).

Relación de ingesta por comidas

El desayuno

Es fundamental comenzar el día con un importante aporte energético a través del desayuno. Un buen desayuno podría estar compuesto de lácteos (leche, yogurt, queso...), fruta y cereales (pan, galletas, cereales de desayunos, etc.).

Según el estudio *enkid*, en torno al 8% de los-as niños-as españoles-as, acuden al colegio sin haber desayunado y sólo el 5% habiendo realizado un desayuno completo, el 76% habiendo ingerido un vaso de leche sólo o acompañado de galletas, pan o bollería.

Media mañana

Es recomendable realizar esta ingesta entre el desayuno y la comida. La composición podría estar formada por una pieza de fruta y un yogur, o un café con leche y una tostada, un zumo de frutas y un bocadillo, etc.

La comida

Representa la ingesta mayor diaria y como hemos comentado anteriormente, debe estar compuesta por una amplia variedad de alimentos.

En ella, podemos incluir: arroz, pasta, ensalada, carne o pescado, pan, fruta y agua, como lo indican las siguientes propuestas:

- Paella + ensalada + pan + fruta y agua.
- Hamburguesa + ensalada + pan + fruta y agua.
- Ensalada de arroz + pechuga de pollo a la plancha + pan + fruta y agua.

La merienda

En la merienda podemos elegir entre: una pieza de fruta, zumos, leche o yogur, un pequeño bocadillo o pieza de bollería (no de forma recurrente).

La cena

En la cena, es recomendable consumir alimentos fáciles de digerir como verduras, pescados, sopas, para evitar alteraciones en el sueño. También aquellos alimentos no consumidos durante el resto del día.

La cena, representa en torno a un tercio del total de ingesta diaria.

Fuente: SENC
Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

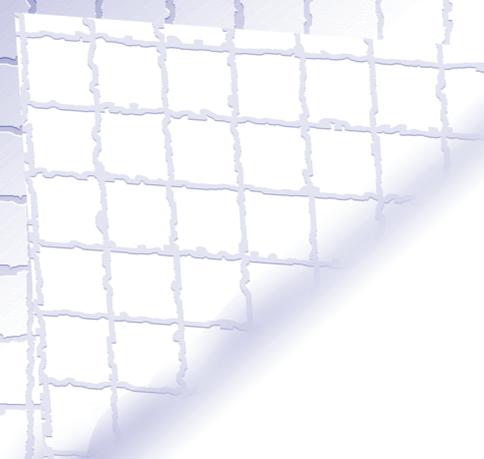
Planificación de un menú saludable

Primeros platos	Segundos platos
Cereales <i>Aroz: en paellas, al horno, en sopas, en ensaladas.</i> <i>Pasta: con tomate, en ensaladas, con atún, con verduras al vapor.</i>	Pescado (blanco y azul) <i>Al horno, al papillote, a la plancha, en guisos, en fritos o rebozados, en ensaladas.</i>
Legumbres <i>Lentejas, judías, garbanzos, guisantes y habas: en potajes, en sopas, en guisos, en ensaladas.</i>	Huevos <i>Cocidos en ensaladas, en tortillas, revueltos, fritos.</i>
Tubérculos y verduras <i>Patatas: guisos, en ensaladillas, en tortillas, asadas.</i> <i>Verduras cocidas.</i> <i>Verduras crudas.</i>	Carne <i>Aves, cerdo, ternera, buey, cordero, conejo: a la plancha, al horno, asadas, hervidas, estofadas, fritas, en ensaladas.</i>

Guarniciones	Postres	Bebidas
Ensaladas <i>Zanahoria, lechuga, tomate, aceitunas, maíz, judías, aguacate, cebolla, espinaca, remolacha, etc.</i>	Fruta <i>Manzana, pera, plátano, naranja, mandarina, albaricoque, cereza, melocotón, melón, frutos secos, macedonias, etc.</i>	Agua <i>Recordar que debemos consumir como mínimo 1 litro y medio (de 6 a 8 vasos) de agua al día.</i>
Patatas, cereales, legumbres	Otros <i>Lácteos: yogur fresco, leche fermentada, flan, queso, natilla, cuajada.</i>	Aguas con gas, bebidas refrescantes
Otros <i>Verduras y hortalizas cocidas: hervidas, asadas, al vapor o rebozadas.</i>	Zumos	Bebida alcohólica de baja graduación <i>Vino, cerveza, cava. (Consumo opcional y moderado en adultos).</i>

3ª PARTE

Prevención



TERCERA PARTE

Prevención

Existen tres niveles de prevención en el cual ubicar en nuestro caso, la intervención de los TCA o de la IC.

La prevención primaria, haría referencia a acciones dirigidas a la población general con el fin de evitar la aparición de un determinado problema. Es un tipo de intervención inespecífica en tanto en cuanto, no se sabe a priori si la población con la que se trabaja está afectada del problema que se pretende prevenir (aunque puede trabajarse con grupos con mayor probabilidad de afectación). Campañas de sensibilización, talleres de alimentación y prevención de los TCA en centros escolares, etc. serían acciones ubicadas en este nivel.

La prevención secundaria o detección precoz haría referencia a acciones contempladas dentro de un tratamiento o intervención en una población específica y asintomática pero de alto riesgo (por ejemplo la prescripción de vacunas).

Por último, la prevención terciaria se centra en la rehabilitación sobre población afectada con el fin de reestablecer lo máximo posible la salud de la persona afectada.

Entendemos por otro lado, que todo programa de educación para salud, debe estar compuesto al menos por dos componentes. Uno informativo: causas, manifestaciones del problema, factores de riesgo y de protección, etc. y otro conductual: qué es lo que tiene que hacer la población diana para emitir la o las conductas saludables y extinguir las insaludables. En ese sentido, la información es necesaria pero no suficiente por si sola.

Por ello, pensamos que los contenidos tanto en la prevención de la IC como de los diferentes TCA desarrollados en página anteriores, puede servir de orientación para educadores-as, mediadores-as en salud, profesores-as, etc. en la preparación de un taller, charla o intervención de otro formato, con el fin de modificar creencias erróneas, conductas insaludables u ofrecer información preventiva a la población más vulnerable.

Así pues, presentamos a continuación un conjunto de propuestas ideadas desde una perspectiva flexible (pudiéndose modificar determinados aspectos con el fin de adaptarlas a las características y objetivos de cada grupo) para aplicarlas con chicos y chicas a partir de 12 años, dentro de proyectos o acciones concretas de prevención de los TCA.

Anotar que antes de la en la elección de la actividad, deberá tenerse en cuenta la edad de los-as participantes y su desarrollo mental, aunque siempre se podrá realizar adaptaciones de los contenidos y formas por parte del monitor-a o responsable de la sesión. No obstante, en cada actividad propuesta, indicamos una edad recomendada mínima y aproximada de aplicación.

Actividad 1

Paseando mis complejos

- Objetivo:
 - Aceptación del propio cuerpo.
 - Favorecer la desdramatización de la no obtención de un cuerpo ideal o elementos corporales concretos.
- Edad recomendada de los-as participantes: >15.
- Duración aproximada: 25´.
- Materiales necesarios: cartulinas o papel continuo, rotuladores, folios, bolígrafos y tijeras.
- Contenidos previos a trabajar:
 - Errores en el pensamiento (Distorsiones Cognitivas, en especial, la magnificación y pensamiento dicotómico).
 - Asociaciones irracionales entre la consecución de objetivos corporales y el bienestar y aprobación de los-as demás, entre otras.
 - Perfeccionismo y aceptación racional de la realidad corporal (de aquellos elementos inmodificables).
- Desarrollo: se trata de escenificar la aceptación y desdramatización de complejos frecuentes en la población. Para ello, el-la monitor-a, reparte al azar a cada participante un dibujo en cartulina o papel continuo de distintas partes del cuerpo en tamaño grande o pequeño en función del elemento en sí (por ejemplo unas orejas algo grandes, unos pechos pequeños, etc.).

Luego de forma individual, cada participante elabora en base a los contenidos trabajados previamente, un conjunto de medidas personales que contengan pensamientos y actitudes para afrontar ese elemento motivo del supuesto complejo (de qué forma tendría que pensar y actuar sin dramatizarlo, en qué no limitaría la vida de la persona, etc.).

Por último, se hace una puesta en común donde cada chico-a exponga no sólo el trabajo elaborado individualmente, sino otro tipo de sensaciones de la propia dinámica: cómo se sintieron con el elemento corporal asignado, en qué podría limitarle su vida, etc. con el fin de identificar asociaciones irracionales y corregirlas.

- Variante: esta dinámica podría acoger muchas variantes como:
 - Que cada participante elija y elabore su elemento corporal (lo dibuje y lo corte).
 - Que todos y todas tenga asignado el mismo elemento.
 - Que a los chicos se les asigne elementos donde las chicas centren más su preocupación (pechos, culo, etc.) y viceversa, las chicas elementos de chicos (abdominales, bíceps, etc.) para trabajar así la empatía con el otro sexo.



Actividad 2

Una historia real

- Objetivo:
 - Identificar la sintomatología anoréxica y/o bulímica.
 - Sensibilizar y empalzar sobre los principales TCA.
- Edad recomendada de los-as participantes: >14.
- Duración aproximada: 50´.
- Materiales necesarios: cartulinas, rotuladores, folios y bolígrafos.
- Contenidos previos a trabajar:
 - Sintomatología y afectación de la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otro TCA.
- Desarrollo: una vez expuesta las manifestaciones del trastorno de la alimentación a trabajar, se propone que de forma individual, cada participante se ponga en la piel de una persona con esta problemática y elabore una historia que retrate el día a día (cómo afrontar cada comida, las sensaciones de hambre o frente al espejo, etc.) y la interferencia del problema en su vida cotidiana (ámbito familiar, social, personal, profesional...). La historia podría comenzar asignando un nombre al personaje: "Pedro- Laura, es un-a chico-a..."
- Luego, se procede a la lectura de algunas historias, y se van sintetizando los aspectos comunes o sintomatología en cartulinas a modo de resumen, con el fin de quedarlas de recordatorio en el aula.

- Variante:

- Llevar una o varias historias ya elaboradas (por ejemplo de diferentes problemáticas: una de anorexia, otra de bulimia o vigorexia). Aunque recomendamos la elaboración de la historia por parte del participante, para favorecer así la empatía y comprensión de los contenidos.

Actividad 3

Influencia mediática

- Objetivo:
 - Desarrollar una actitud crítica ante la presentación de modelos insaludables desde el entorno mediático próximo al joven.
- Edad recomendada de los-as participantes: >14.
- Duración aproximada: 50´.
- Materiales necesarios: revistas juveniles (tipo super pop) y de otro género, cartulinas, pegamento, tijeras y rotuladores.
- Contenidos previos a trabajar:
 - Influencia de los medios de comunicación en la construcción y mantenimiento de gustos y preferencias corporales.
 - Análisis de la contribución en la presión que en ocasiones el poder mediático realiza por la perpetuación de modelos corporales insaludables.
 - Errores en el pensamiento (DC) frecuentes en la población relacionado con lo corporal.



- Desarrollo: el grupo se divide en subgrupos que deberán desde una perspectiva crítica, analizar en las imágenes y textos de los artículos de diferentes revistas juveniles y de otra índole, los distintos tipos de mensajes que se tratan de transmitir así como determinar la salubridad o insalubridad del mismo, identificación de DC, etc.

Posteriormente, cada subgrupo pega la-s imagen-es o texto-s en una cartulina anotando al lado las conclusiones obtenidas y nombra a un-a portavoz que las comentará en una puesta en común al resto de subgrupos.

Actividad 4

Asociaciones irracionales

- Objetivo:

- Disminuir asociaciones y conclusiones irracionales y/o insaludables relacionadas con lo corporal.

- Potenciar asociaciones y conclusiones racionales respecto a la imagen corporal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >12.

- Duración aproximada: 30´.

- Materiales necesarios: fotocopias y bolígrafos.

- Contenidos previos a trabajar:

- Asociaciones irracionales como las ya expuestas en páginas anteriores (por ejemplo, cuerpo10-aprobación-bienestar) así como su contra argumentación racional.

- Desarrollo: se trata de proporcionar a los-as participantes, dos fotocopia, una con un ejercicio de “une con flechas” diversas afirmaciones relacionadas con la Insatisfacción corporal o los TCA con afirmaciones insaludable o irracionales, y otra con afirmaciones saludables o racionales, como las que se ejemplifica a continuación:

Une con flechas

Para encontrarme bien conmigo-a mismo-a	depende de lo atractiva que sea.
La gente me aprobará y querrá.	debe generar mucho malestar.
El valor de una persona	me vengo abajo.
Un pequeño incremento de peso	necesito tener un buen cuerpo.
Si alguien critica algo de mi aspecto	en función de mí físico.

Une con flechas

Mi valor como persona	no depende de lo atractivo-a que sea.
No debo ver a los alimentos	no depende de lo delgado-a que esté.
Mi bienestar,	como meros incrementadores de peso
Un pequeño incremento de peso	Es imposible
Pretender conseguir un cuerpo 10	no debe afectar mi estado de ánimo.

Luego, se comenta en grupo el resultado aprovechando la situación para repasar conceptos antes trabajados, fomentando el cambio de creencias y de asociaciones irracionales.

- Variante: el ejercicio puede ser realizado de forma individual o en subgrupo para favorecer así el debate, haciendo igualmente una puesta en común final.

Actividad 5

Cambio de papeles

- Objetivo:
 - Favorecer otros valores personales al margen de los corporales.
 - Adoptar otro punto de vista diferente al normativo (ideal de belleza).
- Edad recomendada de los-as participantes: >15.
- Duración aproximada: 50´.
- Contenidos previos a trabajar:
 - Convendría trabajar los elementos causantes de la IC para generar argumentación necesaria para esta dinámica.
- Desarrollo: se divide inicialmente al grupo en dos. Uno de ellos, debe defender el modelo actual generalizado de preocupación por lo corporal y la estética, generando argumentación a favor de esta situación. El otro grupo, adopta el papel contrario, es decir, critica el actual modelo de preocupación excesiva. Ambos, dispondrán de 15´ para elaborar la argumentación y luego exponerla a través de un-a portavoz dentro de turnos de palabras y pudiendo participar cualquier miembro de ambos grupos durante el debate dentro del orden preestablecido.

Luego, se cambian los papeles (el grupo defensor para a criticar el modelo actual y viceversa).

Actividad 6

“Una propuesta de ley...”

- Objetivo:
 - Adoptar una visión multicausal de los TCA.
 - Aportar alternativas a nivel “macro” en la prevención de los TCA.
- Edad recomendada de los-as participantes: >15.
- Duración aproximada: 50´.
- Materiales necesarios: cartulinas, rotuladores, bolígrafos y papel.
- Contenidos previos a trabajar:
 - Contenidos sobre TCA (causas, sintomatología, influencia mediática, etc.)
- Desarrollo: se pide al grupo que imagine la siguiente situación: “el gobierno, está interesado en elaborar una ley integral de prevención de los TCA. Con el fin de escuchar las propuestas de los representantes de las partes afectadas, se ha convocado una reunión a representantes de los siguientes sectores”:
 - Representantes de Asociaciones de Empresarios-as del sector textil.
 - Representantes de los diferentes medios de comunicación.
 - Representantes del gobierno.
 - Representantes del Consejo de la Juventud.
 - Representantes de otros grupos sociales que se consideren importantes (por parte de el-la monitor-a).



A continuación, y en función del tamaño del grupo, se asignan participantes a cada grupo, los cuales defenderán la posición del sector que representen. Dispondrán de 15'-20' para preparar la argumentación.

Por último, comenzará la reunión quien moderará los representantes del gobierno durante unos 20', los cuales tendrán que llegar a una solución óptima para atajar esta problemática (TCA).

Finalmente, se hace una puesta en común anotan opcionalmente las conclusiones de cada grupo en cartulinas.

Actividad 7

Verdadero o Falso

- Objetivo:

- Disminuir asociaciones y conclusiones irracionales y/o insaludables relacionadas con lo corporal.

- Potenciar asociaciones y conclusiones racionales respecto a la imagen corporal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >12.

- Duración aproximada: 25'.

- Materiales necesarios: fotocopias y bolígrafos.

- Contenidos previos a trabajar:

- Contenidos sobre causantes y manifestaciones de la IC, Nutrición y los TCA.

- Desarrollo: se distribuye al grupo fotocopias donde aparezcan unas series de afirmaciones elaboradas por el-la monitor-a y relacionadas con la preocupación corporal, indicando desde un punto de vista racional-saludable, si tales afirmaciones son Verdaderas o Falsas. Por ejemplo.

	V	F
Siempre hay que evitar la ingesta de grasas.		
Mi bienestar depende de lo atractivo que sea mi cuerpo para los-as demás.		
Un cuerpo perfecto genera felicidad.		
La Anorexia Nerviosa se relaciona con el atracón y la Bulimia Nerviosa con la restricción.		
Etc.		

Actividad 8

Cuestionario

- Objetivo:

- Disminuir asociaciones y conclusiones irracionales y/o insaludables relacionadas con lo corporal.

- Potenciar asociaciones y conclusiones racionales respecto a la imagen corporal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >12.

- Duración aproximada: 25'.

- Materiales necesarios: fotocopias de cuestionarios.

- Contenidos previos a trabajar:

- Contenidos sobre causantes y manifestaciones de la IC, Nutrición, los TCA o cualquier otro que interesara trabajar relacionado con esta temática.

- Desarrollo: con los mismos objetivos y metodología que la anterior propuesta, se plantea realizar un cuestionario de 3 respuestas múltiples o más (según criterio de el/la monitor-a) como forma de repasar y resumir los contenidos trabajados anteriormente. La propuesta sería algo así:

1) La Anorexia Nerviosa:

- A) Tiende a ocultarse más que la Bulimia.
- B) Se oculta menos que la Bulimia.
- C) Tiene un inicio más tardío que la Bulimia.

2) la Insatisfacción Corporal:

- A) Genera bienestar en la persona.
- B) Es un factor de riesgo para el desarrollo de una Anorexia Nerviosa.
- C) Ambas son correctas.

Actividad 9

Distorsiones Cognitivas

- Objetivo:

- Identificación de errores en el pensamiento (en forma de DC) en la vida cotidiana.

- Favorecer y aplicar el cambio de DC por pensamientos racionales.

- Edad recomendada de los-as participantes: >13.

- Duración aproximada: 25'.

- Materiales necesarios: papel, bolígrafos y fotocopias de DC (opcional)

- Contenidos previos a trabajar:

- Distorsiones Cognitivas: tipos y manifestaciones.

- Desarrollo: esta dinámica puede tener una gran variedad de formatos o variantes, las cuales exponemos a continuación.

- Variantes: las DC puede identificarse:

1) En la forma de pensar de el/la participante: que cada uno-a identifique posibles DC que comete en el día a día, como magnificar y dicotomizar por un hipotético y pequeño incremento de peso, *auto imposiciones* y *deberías* en el control de la dieta, etc.

2) Se puede utilizar la historia realizada en la Actividad 2 para identificar en su relato DC.

3) Ofreciendo a los y las participantes, una tabla incompleta sobre DC y situaciones (en fotocopias). Su tarea consistiría en identificar el tipo de DC que se suelen dar en determinadas situaciones o viceversa (bajo qué situaciones se dan determinado tipo de DC), para ello se recomienda ver los ejemplos de la Tabla resumen de las DC. Una propuesta podría ser la siguiente.

Situación	Pensamientos que provoca	Tipo de DC	Cambio de pensamiento
Estoy acomplejado porque estoy "enclenque"	"tengo que definir más mis músculos, porque así no gustaré a nadie".		
Estoy acomplejada porque mis pechos son pequeños		Magnificación Filtro mental Pensamiento Dicotómico	
	"Sería horrible poner 2 Kg., no quiero ponerme como una foca"		

En cualquiera de los casos, la actividad no se limita a identificar situaciones y DC, sino también generar pensamientos alternativos a esos errores (cómo cambiar esa forma de pensar irracional-insaludable).

Actividad 10

"Carta a mí..."

- Objetivo:

- Desdramatizar el hecho de no tener lo deseado (desde un punto de vista corporal).

- Valorar la funcionalidad de la o las partes de nuestro cuerpo que nos genera insatisfacción (por no estar dentro de nuestro ideal estético).

- Edad recomendada de los-as participantes: >14.

- Duración aproximada: 30'.

- Materiales necesarios: folios y bolígrafo.

- Contenidos previos a trabajar:

- DC incidiendo en la magnificación de no tener lo deseado y en su desdramatización.

- Desarrollo: esta dinámica que pretende introducir un tono de humor en el trabajo de la asunción de complejos, consiste en repartir al azar papelitos (uno a cada participante) en cuyo contenido, aparece escrito una parte del cuerpo que normalmente es motivo de insatisfacción por "defecto o exceso" como: pechos, barriga, abdominales, bíceps, muslos, etc. cada participante, tendrá que elaborar en 15' una carta dirigida a esa parte corporal con las siguientes premisas:

- Hay que ponerse en el lugar de una persona que tiene gran complejo por esa parte del cuerpo (cada uno-a la que se le haya asignado).

- La carta va dirigida en tono positivo y “reconciliador” (por ejemplo. “quería pedirte perdón por el trato recibido en estos años...”).

- Se hará referencia a las actividades que nos permite hacer esa parte del cuerpo y cómo sería nuestra vida sin su presencia (limitaciones que nos produciría no tener esa parte que tanto he criticado u odiado).

- También se debe introducir la funcionalidad que tiene esa parte del cuerpo, para qué la tenemos y para qué no.

Transcurrido el tiempo de elaboración, se procede a la lectura de aquellos participantes que deseen leerla y se sacan conclusiones de las mismas.

- Variantes: cada uno-a elige la parte del cuerpo a quien realizará la carta o todos-as por igual realizan el ejercicio sobre una misma parte del cuerpo.

Actividad 11

Mano positiva

- Objetivo:

- Fomentar la autoestima positiva en el participante así como la grupal.

- Mostrar valoraciones positivas hacia los-as otros-as en el ámbito corporal y personal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >11.

- Duración aproximada: 20’.

- Materiales necesarios: folios y bolígrafos.

- Desarrollo: cada participante, coloca una palma de la mano abierta sobre un folio y dibuja todo el contorno poniendo su nombre en la parte superior. A continuación, todos-as sentados en círculo, pasan su folio en sentido de las agujas del reloj, de tal forma que reciben la silueta de la mano de el/la compañero/a de la derecha, al cual tendrá que poner dentro de la silueta, dos palabras o características positivas (sólo positiva) que le guste de esa persona: una física (altura, ojos, pelo, etc.) y otra personal (simpatía, sociable, etc.). Posteriormente, se repite el procedimiento (pasan los folios en el mismo sentido) introduciendo en cada silueta dos palabras según esas características a todos-as los-as compañeros-as hasta que cada participante reciba la suya.

De forma opcional, se comenta en grupo.

Actividad 12

Ronda de caricias

- Objetivo:

- Favorecer la autoestima a través del contacto verbal de los-as otros-as.

- Edad recomendada de los-as participantes: >16.

- Duración aproximada: 20’.

- Materiales necesarios: es recomendable realizar esta dinámica con un casete y música relajante así como una venda o similar para tapar los ojos.

- Contenidos previos a trabajar:

- Conceptos sobre Autoestima y su importancia en la IC.

- Desarrollo: esta dinámica, es recomendable realizarla para grupos en los que se plantee una intervención duradera y en los que haya una confianza importante.

En pie, el grupo hace un círculo. Mientras la música relajante suena, el-la monitor-a, señala a un-a participante que se pondrá en el centro del círculo con los ojos tapados, el cual recibe al oído de cada participante (en orden) un elogio, aspecto positivo, piropo agradable o pequeño comentario reforzante (pudiéndose acompañar de alguna caricia).

Luego, se realiza el mismo procedimiento con otro miembro del grupo, y así sucesivamente hasta completar todo el grupo. Por último, se comentan las sensaciones y conclusiones producidas por el ejercicio.

Actividad 13

Conductas de evitación

- Objetivo:

- Identificar conductas de evitación que frecuentemente emitimos relacionadas con la IC.

- Ser consciente y valorar estas conductas así como a motivación que nos lleva a hacerlas.

- Provocar cambios positivos en su emisión (a partir del anterior objetivo).

- Edad recomendada de los-as participantes: >16.

- Duración aproximada: 30´.

- Materiales necesarios: folios y papel.

- Contenidos previos a trabajar:

- Material referente a las conductas de evitación (modelo expuesto en páginas anteriores) centrando la atención en la motivación que nos lleva a emitir este tipo de comportamientos (evitación = alivio a corto plazo, y “enganche” y limitación a medio-largo plazo).

- Desarrollo: una vez explicado los contenidos sugeridos, se divide al grupo en subgrupos de 5-6 participantes y se nombra a un-a portavoz quien tomará nota y expondrá posteriormente.

El trabajo de cada subgrupo consistirá en identificar conductas de evitación relacionadas con la IC que de forma general y frecuente, solemos emitir (como las que se indican en el apartado correspondiente de esta guía: no ponerse ropa ajustada o de color claro en determinadas partes del cuerpo cuando existe algún complejo, etc.). Además, por cada conducta se identificará también cual es el temor predominante que la justifica (por ejemplo, realizar dieta para adelgazar, porque lo que se teme es seguir con algún “kilo de mas” o engordar).

Este ejercicio, puede hacerse con una tabla del siguiente estilo:

Temor	Conducta de evitación	Consecuencia a corto plazo	Consecuencia a medio-largo plazo
Viene el verano y tengo miedo a engordar	Control de la dieta	Alivio (pienso que no engordaré)	Positivas para la persona: no engordar. Negativas para la persona: Incremento del miedo a engordar.
Hacer el ridículo-que me critiquen.	Ponerme ropa oscura	Alivio (pienso que lo temo ya no ocurrirá)	Negativas para la persona: Limitación en la vestimenta e incremento del miedo a la crítica.
Sentir vergüenza al verme en el espejo algún complejo	No mirarme al espejo	Alivio	Negativas para la persona: incremento del complejo.
ETC.			

Luego se hace una puesta en común y se incita a recapacitar sobre las conductas de evitación que cada uno-a suele emitir así sobre sus consecuencias a medio y largo plazo (ver si realmente compensa a este nivel).

Actividad 14

Aceptación corporal

- Objetivo:

- Favorecer la desdramatización así como la aceptación de elementos corporales fruto de Insatisfacción.

- Edad recomendada de los-as participantes: >16.

- Duración aproximada: 30´.

- Materiales necesarios: folios y bolígrafos.

- Contenidos previos a trabajar:

- Contenidos sobre IC: pensamientos (necesidad de aprobación-herramientas para combatir su exceso; perfeccionismo, DC, etc.) conductas de evitación, influencia mediática, factores personales, etc.

- Desarrollo: esta propuesta de trabajo, es recomendable hacerla con grupos con cierta madurez mental y en los que la intervención no sea muy puntual (por ejemplo una charla de una o dos horas) sino en el que dispongamos de tiempo para exponer todos los conceptos necesarios en la comprensión de la IC y sus consecuencias.

Una vez trabajado los conceptos previos recomendados, se le pide a cada participante que haga una relación de objetivos corporales que desearía obtener (ser más alto-a, tener más pechos, estar más delgado-a, etc.) así como el esfuerzo que tendría que realizar para conseguirlo, el refuerzo que obtendría y sobre todo, en qué dificultaría su vida no tenerlo (con el fin de que se favorezca la desdramatización de no obtener lo deseado). Todo ello, se puede hacer igualmente con una tabla como la siguiente:

Elemento a conseguir	Esfuerzo a realizar	Recompensa que obtendría	En qué dificultaría mi vida no tenerlo (aceptar ese hecho)

Uno de los objetivos de esta dinámica, es que el/la participante valore las ventajas e inconvenientes de la aceptación corporal o de la evitación según convenga.



Se puede sugerir para favorecer la intimidad, no personalizar el ejercicio sino ponernos en el lugar de alguien imaginario o que conozcamos con algún complejo o insatisfacción en este ámbito.

Actividad 15

Pirámide de la alimentación

- Objetivo:
 - Adquisición y auto aplicación de conocimientos básicos sobre alimentación saludable.
 - Eliminar creencias erróneas sobre determinados alimentos.
- Edad recomendada de los-as participantes: >12.
- Duración aproximada: 50´.
- Materiales necesarios: folios y bolígrafos.
- Contenidos previos a trabajar:
 - Pirámide de la alimentación.
 - Aporte nutricional de los diferentes alimentos.
- Desarrollo: una vez explicado los contenidos referentes a la Pirámide de la alimentación, se divide al grupo en cuatro subgrupos, el primero representará al grupo de los cereales, el segundo al de las verduras y frutas, el tercero al de las carnes, pescados y productos lácteos y el cuarto al de las grasas.

La distribución de los subgrupos será para el primero del 60% del total de participantes, para el segundo y tercero el 15% respectivamente y para el cuarto el 10% (representando la distribución recomendada de ingesta por alimentos de la pirámide).

Cada subgrupo, dispondrá de 10' para preparar la posterior explicación al resto de subgrupos sobre la importancia de la ingesta de los alimentos que representan en las cantidades recomendadas para el buen funcionamiento, así como la función que cumplen en el organismo y las consecuencias negativas del exceso o defecto de su consumo.

Actividad 16

Asertividad

- Objetivo:

- Dotar a los-as participantes, de habilidades asertivas ante situaciones conflictivas relacionadas con la exigencia corporal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >12.

- Duración aproximada: 50'.

- Materiales necesarios: fotocopias sobre asertividad, folios y bolígrafos.

- Contenidos previos a trabajar:

- Contenidos sobre los diferentes estilos de conductas en el ámbito social (estilo pasivo, asertivo, agresivo, pasivo-agresivo) aplicado a situaciones de exigencia corporal (mensajes desde lo mediático o entorno cercano, etc.).

- Desarrollo: de forma resumida, se expone al grupo los diferentes tipos de estilos de conductas existentes en el ámbito social, recalando por un lado la importancia del estilo pasivo que en ocasiones tendemos a adoptar en lo referente a la exigencia por lo corporal, así como sus consecuencias negativas. Por otro lado, el estilo asertivo, más saludable en el afrontamiento de esas situaciones.

A continuación, se divide al grupo en varios subgrupos y se les pasa una situación a resolver (a cada uno una diferente) como por ejemplo:

Situación 1: Un-a amigo-a se burla de algo que llevas puesto (por ejemplo unos pantalones) y eso no te gusta.

Situación 2: Ves un anuncio en el que se favorece un físico excesivamente delgado y eso te molesta.

Situación 3: Un conocido-a, se ríe de un rasgo físico tuyo y eso te incomoda.

A continuación, cada subgrupo debe elaborar en función de la situación que le haya tocado, los posibles diálogos sobre la forma de pensar y actuar de una persona pasiva, otra asertiva y otra agresiva así como las consecuencias positivas y negativas de actuar de cada una de las formas.

Por último, se exponen y anotan las conclusiones de cada subgrupo y su aplicación en la vida cotidiana.

- Variante: hacer una pequeña representación de cada situación exponiendo los diferentes estilos de respuesta.

Actividad 17

Una tertulia invertida

- Objetivo:

- Adoptar un punto de vista alternativo a la excesiva exigencia corporal-estética.

- Edad recomendada de los-as participantes: >16.

- Duración aproximada: 30´.

- Contenidos previos a trabajar:

- Contenidos sobre la excesiva presión e importancia actual sobre la estética.

- Desarrollo: se trata de escenificar una tertulia de un programa de radio cuyo tema a tratar es el culto al cuerpo y todo lo que ello conlleva. En dicha tertulia, participan tanto tertulianos de diversos medios, como los-as oyentes del programa.

Papeles:

- Un-a presentador-a del programa: su trabajo consiste en moderar el debate, dando turnos de palabras a los-as invitados-as u oyentes, introduciendo temas, etc.

- Un-a representante de la plataforma “no tan delgad@s.com”: critica la excesiva y tendencia actual preocupación por obtener un cuerpo10 y propone alternativas.

- Un-a representante de una asociación de familiares de Anorexia y Bulimia. Alertan sobre las consecuencias negativas de centrar de forma excesiva-obsesiva la atención en lo corporal. también habla de la experiencia de su familiar afectado-a.

- Un-a representante de mundo de la moda, quien defiende la delgadez como forma de llegar al público.

- Un miembro de una asociación juvenil, quien expresa y defiende una postura crítica y alternativa al actual modelo de exigencia por lo corporal.

- Público (el resto del grupo), quien realiza llamadas durante el transcurso de la tertulia para ofrecer su opinión o formular preguntas a los-as invitados-as.

La dinámica comienza distribuyendo los papeles a los-as participantes y dando un tiempo razonable para preparar la argumentación. Posteriormente, se escenifican todos los papeles y se sacan conclusiones de la propia dinámica.

Actividad 18

Funcionalidad corporal

- Objetivo:

- Fomentar la aceptación corporal.

- Disminuir la atribución de funciones corporales incorrectas.

- Edad recomendada de los-as participantes: >14.

- Duración aproximada: 25´.

- Materiales necesarios: cartulinas, tijeras, rotuladores, folios y bolígrafos.

- Contenidos previos a trabajar:

- Contenidos sobre la función que cumple las diferentes zonas corporales que suelen suscitar complejos, como forma de disminuir ideas irracionales causantes de la IC.

- Desarrollo: se divide al grupo en varios subgrupos a los cuales, se les asignan varias tarjetas con la silueta de diversas partes corporales que suelen suscitar la aparición de complejos o exigencia (pechos, bíceps, culo, barriga, etc.). Cada subgrupo, debe definir para cada parte del cuerpo, la función que cumple en nuestra vida (para qué está ahí, en qué nos ayuda, etc.) y la función para la cual no fue creada, pero que sí solemos exigirle (funciones estéticas).

Luego, se hace una puesta en común sobre el trabajo de cada subgrupo, incidiendo en las ocasiones en las que anteponemos la importancia de la estética, a la funcionalidad del propio elemento corporal (si “funciona y sirve” correctamente, qué sentido tiene preocuparse por lo estético...)

Actividad 19

Puzzle corporal

- Objetivo:

- Identificar causantes de la IC.

- Generar una actitud crítica ante la búsqueda de la perfección corporal.

- Promover la aceptación corporal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >14.

- Duración aproximada: 30´.

- Materiales necesarios: dibujo de una silueta corporal en cartulina o papel continuo, rotuladores, bolígrafos, tijeras y papel.

- Contenidos previos a trabajar:

- Importancia de la necesidad de aprobación, perfeccionismo, presión social, influencia mediática etc. en la construcción de la IC.

- Desarrollo: se corta la silueta corporal en tantas partes como grupos se vayan a realizar (brazos, piernas, abdomen...). A continuación, se reparte a cada grupo una zona corporal, el cual deberá indicar en la parte delantera, una o varias causantes de la IC (por ejemplo, querer gustar a los-as demás, buscar un cuerpo perfecto, no aceptar la realidad corporal, presión social, etc.) y por la parte trasera, propuestas de cambio desde lo personal o social para cada elemento causante.

Actividad 20

Carta a los-as legisladores-as

- Objetivo:

- Fomentar una visión crítica así como plantear alternativas al actual modelo estético.

- Edad recomendada de los-as participantes: >16.

- Duración aproximada: 40´.

- Materiales necesarios: bolígrafos y papel.

- Desarrollo: por grupos, se elabora una carta dirigida a algún-a alto cargo responsable del Ministerio o Consejería de Sanidad, grupo parlamentario, etc. En ella, plantean propuestas realizables de cambios sociales reguladas a través de normas sobre tallaje de ropa, publicidad, moda, etc. Luego, se exponen al resto de grupos.

Actividad 21

Siluetas corporales

- Objetivo:

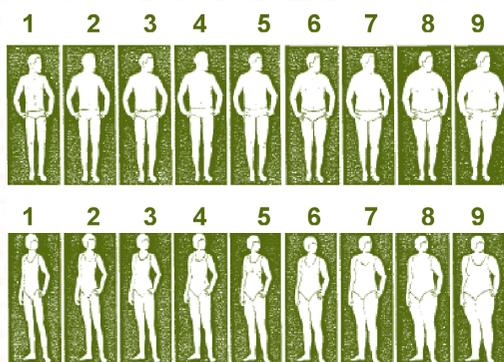
- Minimizar las consecuencias de no tener la silueta idealizada o "perfecta".

- Contrastar la preferencia personal con la grupal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >14.

- Duración aproximada: 20'.

- Materiales necesarios: papel, bolígrafos y secuencias de siluetas corporales graduales de hombre y mujer como la que se presenta a continuación.



- Contenidos previos a trabajar:

- Errores en el pensamiento o Distorsiones Cognitivas.

- Desarrollo: se pide a cada participante a modo individual previa presentación de la secuencia de siluetas corporales (hombre y mujer), que respondan en un papel a cuestiones como las siguientes:

1- ¿Qué silueta de las femeninas y/o masculinas es la ideal para ti?

2- La silueta que has elegido de cada sexo, ¿crees que representa la más saludable?

3- ¿Qué silueta de cada sexo crees que sería la más frecuente o representativa en tu entorno más cercano?

4- ¿Qué silueta de ambos sexos se relacionaría con la Felicidad-Bienestar?

5- ¿Cuál de las siluetas de ambos sexos crees que va a elegir de media el resto de compañeros-as?

A continuación, el-la monitor-a realiza la media elegida por los-as participantes para comparar la elección individual, con la estimación grupal que cada uno-a realizó. Al mismo tiempo, invita a la reflexión en caso de discrepancia y trabaja cuestiones como la número 3 y 4 (eliminar asociaciones insaludables-irracionales) entre otras.

Actividad 22

Auto masaje

- Objetivo:
 - Fomentar la autoestima y conocimiento del propio cuerpo.
 - Favorecer la aceptación corporal.
- Edad recomendada de los-as participantes: >15.
- Duración aproximada: 25´.
- Materiales necesarios: radiocasete, música relajante y colchonetas (esterillas o similar).
- Contenidos previos a trabajar:
 - Aceptación corporal, aludiendo a las funciones necesarias y positivas que nos proporcionan las diferentes partes del cuerpo en nuestra vida.
- Desarrollo: como hemos recomendado en dinámicas anteriores, esta actividad está indicada para grupos en el que se haya realizado previamente un trabajo de confianza o en el que ya exista.

Se trata de crear un ambiente relajante a través de la música, luz tenue, etc. Se invita a los-as participantes a que intenten relajarse y se dejen llevar por la música.

Tumbados-as boca arriba y con los ojos cerrados, van siguiendo las instrucciones de el-la monitor-a, el cual indicará que se proceda a la auto-estimulación de distintas partes corporales, realizando un recorrido como por ejemplo el siguiente: brazos, cara, abdomen y muslos.

Es importante introducir y resaltar en las instrucciones, aspectos positivos de la parte que se esté trabajando en cada momento, así como valorar la funcionalidad del mismo, por ejemplo: "...ahora, recorre con tu mano derecha, todo tu brazo izquierdo: mano, antebrazo, bíceps, acariciando estas partes y centrando tu atención en las sensaciones agradables que esto te genera; piensa en lo valioso que es tener un brazo que te permite hacer todo aquello que te gusta...."

Por último, se realiza una puesta en común sobre sensaciones sentidas en el ejercicio y su aplicación en satisfacción corporal.

- Variante: el ejercicio puede ser complementado realizando la estimulación en parejas (para grupos en donde exista mucha confianza).

Actividad 23

Cambios corporales

- Objetivo:
 - Conocer, normalizar y aceptar los cambios corporales que acontecen en la pubertad.
- Edad recomendada de los-as participantes: 10-15.
- Duración aproximada: 50´.
- Materiales necesarios: rotuladores, papel continuo, información sobre los cambios corporales (como el que se incluye en el apartado correspondiente de esta guía) y de forma complementaria, material audiovisual de colecciones como: los secretos de la vida: "qué me está pasando" de Visual Educación.
- Contenidos previos a trabajar:

- Desarrollo corporal durante la pubertad en el chico y la chica (ver apartado de esta guía).

- Desarrollo: una vez expuesto los cambios más importantes que se producen en la pubertad tanto de chicos como chicas, se divide al grupo en dos. El primero, tendrá que dibujar en papel continuo una silueta femenina. En ella, tendrán que ir indicando en las zonas corporales correspondientes, los cambios que se producen en esta etapa evolutiva (por ejemplo, aumento de pechos, ensanchamiento de caderas, etc.).

El grupo dos, realizará lo mismo pero dibujando una silueta corporal masculina (aumento de vello en la cara, cambio en la voz, etc.). Luego, se expone el trabajo realizado y se incita a la normalización y funcionalidad de dichos cambios por parte de el/la monitor-a.

Actividad 24

Empresa de bienestar

- Objetivo:

- Favorecer la disociación entre la Felicidad-Bienestar y los objetivos corporales.

- Fomentar a través de la reflexión, la búsqueda del bienestar personal a través de otras metas.

- Edad recomendada de los-as participantes: >15.

- Duración aproximada: 40´.

- Materiales necesarios: cartulinas y rotuladores.

- Desarrollo: se divide al grupo en varios subgrupos a los que se les da las siguientes instrucciones: “imaginad que habéis sido contratado por una empresa, la cual, tiene como objetivo programar actividades para generar bienestar a sus clientes (Empresa de Bienestar). Vuestra función en esta empresa, es programar durante un mes, actividades que consigan ese fin para un cliente cuyas características personales (edad, sexo, situación social, etc.) vais a determinar. El presupuesto para todas las actividades sería de 30.000 € y hay que estimar el coste aproximado de cada actividad” (el total no superará esa cantidad).

Luego, cada grupo expone su propuesta en una cartulina al resto de compañeros-as. El-la monitor-a, junto al grupo saca las conclusiones pertinentes sobre la gran variabilidad de opciones para conseguir un objetivo ampliamente compartido: encontrarnos bien con nosotros-as mismos-as.

Así mismo, anota en el caso de que algún grupo haya hecho referencia a ellas, aquellas propuestas de actividad que hayan utilizado lo corporal como forma de conseguir bienestar (cirugía estética para eliminar algún complejo, etc.) comparando éstas, con las actividades programadas de otro carácter (como viajar, actividades de tiempo libre...) con el fin de abrir el abanico de posibilidades y disociar así Felicidad = satisfacción corporal.



Actividad 25

Gominola

- Objetivo:

- Disminuir la posible creencia de percibir los alimentos como meros incrementadores de peso.

- Valorar la contribución de los alimentos en nuestro funcionamiento normal.

- Edad recomendada de los-as participantes: >16.

- Duración aproximada: 20'.

- Materiales necesarios: una gominola tipo mora para cada participante.

- Contenidos previos a trabajar:

- Alimentación sana (pirámide de la alimentación).

- Desarrollo: se asigna a cada participante una gominola tipo mora, la cual observarán en la palma de la mano con detalle durante unos segundos: color, textura, forma, etc.

Luego, cada participante la introduce en la boca y sin masticala, la saborea lentamente centrando la atención en la textura y en el cambio de sensaciones producido durante unos segundos.

Por ultimo, la mastica suavemente disfrutando de su sabor hasta tragarla.

Luego, se da la palabra a los miembros del grupo para que

expresen las sensaciones surgidas en la actividad así como la finalidad que creen que tiene la misma.

El-la monitor-a incide en la importancia de valorar y disfrutar de todos los alimentos de una forma saludable y consciente y evitar percibirlos como “enemigos” o meros incrementadores del peso.

- Variante: utilizar otro alimento como un trozo de manzana, un caramelo, etc.

Actividad 26

Planifica tu menú saludable

- Objetivo:

- Implicar a los-as participantes en la construcción de su propio menú saludable.

- Fomentar la dieta saludable en el repertorio alimenticio de los participantes.

- Edad recomendada de los-as participantes: >11.

- Duración aproximada: 50'.

- Materiales necesarios: rotuladores y cuartillas de cartulinas de colores.

- Contenidos previos a trabajar:

- Dieta saludable: tipos y propiedades de los alimentos así como proporciones recomendables.

Planificación de un menú saludable

Primeros platos	Segundos platos
Cereales Arroz: en paellas, al horno, en sopas, en ensaladas. Pasta: con tomate, en ensaladas, con atún, con verduras al vapor.	Pescado (blanco y azul) Al horno, al papillote, a la plancha, en guisos, en fritos o rebozados, en ensaladas.
Legumbres Lentejas, judías, garbanzos, guisantes y habas: en potajes, en sopas, en guisos, en ensaladas.	Huevos Cocidos en ensaladas, en tortillas, revueltos, fritos.
Tubérculos y verduras Patatas: guisos, en ensaladillas, en tortillas, asadas. Verduras cocidas. Verduras crudas.	Carne Aves, cerdo, ternera, buey, cordero, conejo: a la plancha, al horno, asadas, hervidas, estofadas, fritas, en ensaladas.

Guarniciones	Postres	Bebidas
Ensaladas Zanahoria, lechuga, tomate, aceitunas, maíz, judías, agucate, cebolla, espinaca, remolacha, etc.	Fruta Manzana, pera, plátano, naranja, mandarina, albaricoque, cereza, melocotón, melón, frutos secos, macedonias, etc.	Agua Recordar que debemos consumir como mínimo 1 litro y medio (de 6 a 8 vasos) de agua al día.
Patatas, cereales, legumbres	Otros Lácteos: yogur fresco, leche fermentada, flan, queso, natilla, cuajada.	Aguas con gas, bebidas refrescantes
Otros Verduras y hortalizas cocidas: hervidas, asadas, al vapor o rebozadas.	Zumos Bebida alcohólica de baja graduación Vino, cerveza, cava. (Consumo opcional y moderado en adultos).	

Ejemplo de menú de primavera - verano

Día	Desayuno	Comida	Merienda	Cena
Lunes	Leche con cacao. Pan de molde tostado con mermelada. Zumo de naranja.	Ensalada de patatas. Cordero a la plancha con tomate. Melocotón.	Yogur de frutas con galletas.	Crema fría de calabacín. Merluza a la plancha y ensalada de lechuga con maíz Níperos.
Martes	Café con leche. Galletas integrales. Zumo de frutas.	Espagueti napolitana. Pollo al horno con berenjenas asadas. Melón.	Zumo de frutas. Bocadillo pequeño de queso.	Cogollos con anchoas. Tortilla de patata y cebolla y pan con tomate. Yogur.
Miércoles	Yogur con trozos de fruta. Cereales de desayuno. Zumo de frutas.	Ensalada con garbanzos y huevo duro. Sepia a la plancha con chips de calabacín. Cerezas.	Leche merengada con bizcocho.	Tomates con patatas a la provenzal. Brochetas de carne y champiñones. Albaricoques.
Jueves	Café con leche. Tostadas con queso fresco. Manzana.	Sopa fría de melón. Ternera a la plancha con patatas fritas. Mouse de yogur.	Batido lácteo con rosquilla.	Crema de verduras. Pizza de jamón y queso. Sandía.
Viernes	Cusajada con azúcar o miel. Pan con aceite y tomate. Zumo de naranja.	Ensalada de lentejas. Pollo a la cerveza. Macedonia de plátano y fresas.	Leche y barrita de cereales.	Pasta fresca con zanahoria y remolacha rallada. Hamburguesa de ternera con pisto. Yogur.
Sábado	Batido de frutas y leche. Bizcocho casero.	Lasaña de verano. Pececito frito con lechuga. Sorbete de limón.	Sándwich vegetal y zumo de fruta.	Ensalada de tomate y queso fresco. Tortilla de patata, cebolla y calabacín. Yogur con melocotón.
Domingo	Yogur con cereales y frutos secos.	Gazpacho. Paella de pescado. Melón.	Helado.	Espárragos a la vinagreta. Lomo a la sal con puré de manzana. Nectarina.

Acompañar la comida y la cena con pan y agua

- Desarrollo: de forma individual, cada participante elabora una posible dieta semanal incluyendo cantidades aproximadas en función de sus características personales (si hace o no deporte, edad, etc.) y lo plasma en una cartulina tamaño cuartilla y a modo de semanario (lunes, martes...).

Ejemplo de menú de otoño-invierno

Día	Desayuno	Comida	Merienda	Cena
Lunes	Café con leche. Tostadas con mantequilla y mermelada. Zumo de fruta.	Puré de patata y zanahoria gratinado. Solomillo de cerdo con alcachofas. Mandarinas.	Yogur y barrita de cereales.	Sopa de pescado con fideos. Tortilla paisana. Pera.
Martes	Yogur con cereales y fruta troceada.	Lentejas estofadas con verduras. Croquetas de jamón con ensalada. Rodajas de naranja con miel.	Leche con galletas.	Menestra tricolor. Papillote de salmón y merluza. Flan.
Miércoles	Cuajada con miel y galletas integrales. Zumo de fruta.	Fideos a la cazuela. Filete de pollo a la plancha con tomate y aceitunas. Manzana.	Bocadillo pequeño de jamón. Yogur líquido.	Sopa de arroz. Salchichas a la plancha con espinacas salteadas. Membrillo.
Jueves	Yogur con cereales y frutos secos. Zumo de fruta.	Arroz a la milanesa. Conejo en salsa. Combinado de kiwi con mandarina.	Café con leche y magdalenas.	Crema de verduras. Filete de mero con patatas al vapor. Manzana.
Viernes	Leche con muesli y zumo de fruta.	Tortellini a la italiana. Escalope de ternera con ensalada de lechuga. Plátano.	Sándwich de atún con tomate. Zumo de fruta.	Sopa de cebolla. Tortilla de patatas con tomate aliñado. Yogur.
Sábado	Yogur con tostadas y mermelada. Zumo de fruta.	Potaje. Muslitos de pollo asados. Dados de pera con miel.	Leche con galletas.	Judías y patatas salteadas con jamón. Sepia a la plancha con zanahoria rallada. Manzana al horno.
Domingo	Chocolate caliente con bizcocho casero.	Entremeses variados. Canelones de la abuela. Piña natural.	Cuajada con frutos secos e infusión.	Crema de zanahoria. Pizza 4 estaciones. Macedonia.

Acompañar la comida y la cena con pan y agua

Actividad 27

“Vamos de compra”

- Objetivo:

- Conocer las propiedades y características de los alimentos.
- Implicar a los-as participantes tareas de compra de alimentos.

- Edad recomendada de los-as participantes: >11.

- Materiales necesarios: bolígrafos y folios.

- Duración aproximada: 1´30h.

- Contenidos previos a trabajar:

- Dieta saludable: tipos y propiedades de los alimentos así como proporciones recomendables.

- Características recomendables de los alimentos a la hora de comprarlos (color, olor, texturas, producto de temporada, estimación de cantidades que se necesita, etc.) como se indica en el siguiente ejemplo.

Es importante, trabajar por un lado la importancia de la ingesta de todo los tipos de alimentos teniendo en cuenta la proporción de los mismos (hay que comer grasas pero en menor cantidad que verduras y frutas, por ejemplo.) y por otro, la no obsesión excesiva de lo que se come, ya que como hemos descrito en páginas anteriores, el exceso en la preocupación por lo que comemos puede dar lugar a problema de orden psicológicos como los ya comentados.

Consejos para la compra de algunas verduras y hortalizas

Verduras y Hortalizas	Aceptar	Rechazar
Lechuga, escarola, espinaca, acelga	De hojas frescas, tiernas e intactas, de color verde brillante y uniforme.	Las plantas de hojas ásperas, con tallos toscos y fibrosos, y color verde tomando a amarillo.
Berenjenas	De color morado oscuro, firmes, pesadas y de piel suave y uniforme.	De color poco lustroso, blandas o resacas, con defectos en la piel o manchas de color marrón oscuro.
Tomates	Maduros, de piel lisa y sin defectos.	Los tomates demasiado blandos, muy maduros o con magulladuras, con manchas de sol (áreas verdes o amarillas cerca del tallo), con partes hendidas, blandas y acuosas u hongos en la superficie.
Patatas	Las más firmes y libres de defectos, y que estén en buen estado.	Con cortes, golpes, con brotes o arrugas, con partes verdes.
Zanahorias	Bien formadas, suaves, de buen color y firmes.	Con la parte superior de apariencia quemada, blandas y con manchas en la superficie.
Remolacha	Firmes, redondas y carnosas, de color rojo oscuro y superficie suave.	Blandas, alargadas y de piel escamosa.
Pepino	Firmes y de color verde oscuro.	De diámetro muy ancho y de color amarillo, con extremos marchitos o resacos.
Espárragos	Con puntas cerradas y compactas, de tallo tierno y redondo, de color verde brillante.	Con puntas abiertas o extendidas, con tallos con estrías, y con tierra entre las escamas del tallo.
Alcachofas	Con hojas gruesas y compactas, y de escamas de apariencia fresca.	Con hojas rotas y blandas en la base, y con partes pardas.
Brócoli	Firmes, de flores pequeñas y compactas, con tallo no demasiado grueso o duro.	Con flores abiertas, marchitas o de color amarillo, con manchas o partes acuosas.
Judías verdes	De apariencia y color brillante, con vainas frescas y firmes.	Con vainas flojas y blandas.

- Desarrollo: se trata de planificar una visita a una frutería, carnicería etc. de un centro comercial para elaborar la compra de un supuesto menú semanal, previa exposición de cuestiones a tener en cuenta en la visualización de los alimentos antes de su compra (color, textura, tamaño, etc.). Los-as participantes en grupos, deberán realizar un recorrido predeterminado por el centro que se visite y observar dichas características de los alimentos frescos (en frutas, pescados, carnes, etc.) para su posterior compra, con la guía de un-a monitor-a.

Luego, y fuera del centro comercial (en un lugar apropiado) se hace una puesta en común con el resto de los grupos justificando el por qué de cada elección.

GUÍA DE RECURSOS

CONSEJO DE LA JUVENTUD DE EXTREMADURA

C/ Reyes Huertas, 1 - 1 Izquierda. 06800 Mérida
Telf.: 924 00 93 30 - Fax: 924 00 93 37
<http://www.cjex.org>

Asociaciones de personas afectadas y familiares de Anorexia nerviosa y Bulimia

ADETAEX

Badajoz

Godofredo Ortega Muñoz, 1, Local 9, 06011. 924 233 950. 679 322 593. Badajoz. adetaex@teleline.es
<http://www.badajoz.org/adetaex/>

Cáceres

C/ Tiendas, 3 – 10003. Tlfs: 927 22 67 65 - 619 683.
adetaex@teleline.es

Mérida

C/ Concordia, 1 - 06800 Telf: 620 248 877. adetaex@teleline.es

AEXCAB

Villanueva de la Serena - Don Benito.

Tlf: 924 84 72 87

ADANER

Madrid

Tlf: 91 577 02 61
C/ Comandante Zorita 50, 1º Izquierda. 28020 MADRID.
info@adaner.org

Sevilla

Avd. San Francisco Javier. Edif. Sevilla II. Plata sótano.
Módulo 21.41018 Sevilla. Tlfn: 954 636 401

Teléfonos

900 60 50 40

Instituto de nutrición y Trastornos Alimentarios de la consejería de sanidad de la comunidad de Madrid.

Horario de atención: de 9:00 a 18:00.

Ofrecen tanto información sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, como de Nutrición: etiquetado nutricional, legalidad etiquetado, productos dietéticos, dietas, menús escolares, cualidades de los alimentos, normo peso, obesidad, alimentación específica (celiacos-as, etc.)

inutcam.telefono@salud.madrid.org

Hospitales públicos con unidades de atención a pacientes con TCA



Madrid

Hospital del Niño Jesús. Tlf: 91 503 59 00

Hospital La Paz. Tlf: 91 727 70 00

Hospital Ramón y Cajal. Tlf: 91 336 80 00

Hospital Gregorio Marañón. Tlf: 91 586 80 00

Internet

Direcciones de interés

Asociación de afectados y familiares de enfermos de anorexia nerviosa y bulimia

<http://www.adaner.org/>

Consejo de la Juventud de España

<http://www.cje.org>

Consejo de la Juventud de Extremadura

<http://www.cjex.org>

En su bloque de centro de documentación, se obtiene información sobre las campañas de prevención sobre TCA a través de un buscador.

Juegos sobre alimentación y TCA.

<http://obesidadinfantil.consumer.es/web/es/6-10/test/index.php>

<http://www.saludactiva.com/>

Bibliografía recomendada:

Anorexia y Bulimia

Joseph Toro. “ El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad”. Editorial. Ariel Ciencia. Barcelona. 1996.

Rosa Calvo. “Anorexia y bulimia, guía para padres educadores y terapeutas”. Editorial. Planeta. Barcelona, 2002.

Ulrike Schmidt. Aprender a comer: “Un programa para bulímicos”. Editorial Martínez Roca. Barcelona. 1996.

Christopher Faiburn. “La superación de los atracones de comida”. Editorial Paidós Ibérica, S.A.

Fernández- Aranda, F. y Turón, V. “Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia”. Barcelona: Editorial Masson. 1998.

Gonzalo Morandé. “ Un peligro llamado Anorexia: La tentación de adelgazar”. Editorial. Temas de hoy. Madrid, 1995.

Chinchilla Morano A Et cols; “Guía teórico-practica de los trastornos de la conducta alimentaria”. Editorial Masson Barcelona. 1995.

Gismero, E.; Habilidades Sociales y Anorexia Nerviosa. Editorial. Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 1996.

Otros

Larry Michelson, Don P. Sugai, Randy P. Wood, Alan E. Kazdon. “Las Habilidades Sociales en la Infancia”. Editorial Martínez Roca. 1987

A.Ellis. “Razón y emoción en psicoterapia”. Editorial DDB.Bilbao. 1980.

