

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Título

*“PSICOTERAPIA GRUPAL: EFECTOS EN
IMAGEN CORPORAL Y APEGO EN
UNIVERSITARIOS CON CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO”*

TESIS

Para obtener el Grado de Maestro (a) en
Psicología

PRESENTA

Mayra Lizet Carreño Gutierrez

Director de Tesis:

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Comité Tutoral

Dr. Luis Pérez Álvarez

Mtra. Iliana Murguía Álvarez Rubio

Dra. Dení Stincer Gómez

Mtra. Gabriela Añorve Valdez

Cuernavaca, Morelos, diciembre del 2025

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	5
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.4 JUSTIFICACIÓN	9
1.5 OBJETIVOS	10
CAPÍTULO II	11
1. ANTECEDENTES TEÓRICOS	11
1.3 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, PERCEPCIÓN DE PRÁCTICAS PARENTALES Y CONDUCTA ASERTIVA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA.	16
1.5 TIPOS DE APEGO Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.	18
1.6 FACTORES CURATIVOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO: SU EVALUACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA MUESTRA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS	20
1.7 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, SINTOMATOLOGÍA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON EL DSM IV, DSM V, CIE-10 Y CIE-11.	21
2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 TEORIA DEL APEGO JOHN BOWLBY	24
2.2 LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO, FRANÇOISE DOLTO	26
2.2 TEORIA SEPARACIÓN- INDIVIDUACIÓN MARGARET MALHER	27
2.3 LA ADOLESCENCIA NORMAL ABERASTURY KNOBEL	29
2.4 BASES PSICODINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	30
3.4 PSICOTERAPIA DE GRUPO	33
3.5 TERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO Y PROCESO DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO	34
3.6 EL GRUPO	36
3.8 EL APARATO PSÍQUICO GRUPAL.....	38
3.9 COTERAPIA, BASES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.	38

4.0	TEORÍA DE APEGO Y EL PSICODRAMA	40
3.	MARCO LEGAL.....	40
3.1	CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS Y LOS PSICÓLOGOS MEXICANOS, FENAPSIME, 2018.....	40
3.2	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	41
5.2	DEFINICIÓN DE VARIABLES	43
CAPÍTULO III. METOLOGÍA		45
3.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2	PARTICIPANTES	47
3.3	ESCENARIO	47
3.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	47
3.5	INSTRUMENTOS.....	48
3.6	PROCEDIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN.....	51
6.7	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN.....	58
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....		71
4.1	PARTICIPANTES.....	71
4.2	RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	71
4.2	RESULTADOS CUALITATIVOS	75
ANÁLISIS GRUPAL		98
CAPITULO V. DISCUSIÓN.....		101
CONCLUSIONES		106
ANEXOS		108
CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADOR/.....		115
CO-INVESTIGADORES/AS		115
REFERENCIAS.....		125

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia: a mis padres y a mis hermanos, quienes han sido el pilar fundamental, mi motivación constante y el ejemplo a seguir en cada paso. Este logro es también el resultado de su amor y apoyo constante. A pesar de las dificultades y las dudas que surgieron en el camino, su confianza en mí fue la fuerza que me permitió avanzar y concluir esta importante etapa.

A mi novio y amigos, Jhoe, Alheli, Rodo y Franco, por su compañía incondicional, por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba, y por recordarme siempre de lo que soy capaz, su orientación en lo teórico y práctico fue hito para la toma de decisiones. A toda mi familia en general, gracias por estar, y con ello un recuerdo especial para quienes, aunque ya no están, sé que me acompañan en espíritu.

Finalmente, extendiendo mi sincero reconocimiento a los integrantes de mi comité evaluador. Agradezco a cada uno de ellos por su valiosa orientación, sus acertadas observaciones y la guía experta que brindaron a lo largo de todo este proceso, haciendo posible la culminación de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en la población universitaria se presentan como formaciones sintomáticas que expresan un malestar que trasciende a lo nutricional, lejos de ser solo hábitos disfuncionales, estas conductas pueden entenderse como manifestaciones de conflictos psíquicos inconscientes, anclados en la historia vincular temprana y en la construcción de la imagen corporal. La psicoterapia grupal psicoanalítica se muestra como un dispositivo para abordar la dimensión relacional y simbólica de dichos malestares.

Este estudio se sustenta en la premisa de que el grupo, concebido desde el marco psicoanalítico, opera como un campo transferencial y un aparato psíquico grupal, donde se actualizan y resignifican conflictos internos. La matriz grupal, facilita la emergencia de contenidos inconscientes vinculados al cuerpo y figuras de apego, permitiendo que lo individual se despliegue y elabore en un espacio intersubjetivo. El grupo, en este sentido, funciona como contenedor de angustias, donde la imagen del cuerpo se ve ligada a la historia libidinal, puede ser revisitada y reconstruida a través de la palabra y la identificación con los otros.

La investigación presentada implementó y evaluó los efectos de un dispositivo de psicoterapia grupal psicoanalítica en universitarios de la UAEM con conductas alimentarias de riesgo. Partiendo de teorías fundamentales como el apego de Bowlby y la imagen inconsciente del cuerpo de acuerdo con Dolto, el diseño de la intervención se centró en doce sesiones que utilizó técnicas grupales como la asociación libre, la dramatización del átomo social y la elaboración para promover insight y resignificación.

El objetivo central no fue solo la reducción de las conductas, sino analizar como el proceso grupal incidió en la reelaboración de la imagen corporal y en la modificación de los modelos internos de apego. A través de una metodología cualitativa y del análisis minucioso de las narrativas individuales y grupales, esta investigación busca analizar como el grupo psicoanalítico puede ofrecer un espacio para el abordaje de las conductas alimentarias de riesgo.

CAPÍTULO I.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), hoy en día se consideran una de las tantas problemáticas latentes en población infantil, adolescente, joven e inclusive adulta, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos trastornos se presentan con comportamientos alimentarios anormales, acompañados por una distorsión en la percepción de la imagen corporal, preocupación excesiva por el peso y por la comida, se ubican entre las enfermedades mentales de prioridad dado el riesgo que esto implica para la salud mental, (OMS, 2019).

A su vez, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022), muestra que por lo menos una vez en los últimos tres meses en la población adolescente mexicana el 45.7% ha comido demasiado, 35% se preocupó por engordar y 23.4% perdió el control sobre lo que come. Las prácticas de Conductas Alimentarias de riesgo (CAR) que se reportan de manera frecuente en hombres son preocupación por engordar (2.2%) y hacer ejercicio en exceso para bajar de peso (2.4%); para las mujeres, destacan la preocupación por engordar (6.5%), comer demasiado (3.9%) y pérdida del control sobre lo que se come (2.2%). Estos datos muestran y señalan la importancia de conocer e identificar las conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, muchas de las primeras señales de alerta pasan desapercibidas por la desinformación que existe en poblaciones vulnerables a estas conductas, así como a los contextos que les rodean. Así mismo, se observan mayores proporciones de adolescentes con riesgo en las zonas urbanas (2.1%), metropolitanas (1.8%), y región Centro (2.9%) en la cual se ubica el estado de Morelos. (Villalobos Hernández, Borjórquez Chapela, Hernández Serrato, & Unikel Santocini, 2022)

Según la Secretaría de Salud Pública del Gobierno de México (2023), estima que el 25% de adolescentes padecen en distintos grados un trastorno de la alimentación, la mayoría de las causas asociados con algún problema mental, a su vez, la secretaria de salud del Hospital psiquiátrico infantil “Juan N Navarro”, Ana Rosa García Berdeja, refiere, se cuenta con un protocolo para detectar y tratar cualquier tipo de trastorno en niños, niñas y adolescentes, mencionó haber identificado en un mes que 15 de 25 personas atendidas de entre 13 a 17 años estaban en riesgo de desarrollar un TCA.

Estos comportamientos alimentarios pueden tener afectaciones médicas, psicológicas y sociales en la vida de las personas que lo manifiestan, siendo una de las principales causas de suicidio y desnutrición en poblaciones

vulnerables. La adolescencia y juventud ha sido la población con mayor prevalencia, al ser las etapas que evidencian cambios en sus relaciones afectivas, en la búsqueda de identidad, en la concepción de sí mismos y en la identificación con los otros. Como sabemos las causas pueden ser varias, ya que hasta ahora no se conoce una sola que propicie o predisponga la aparición de un TCA, sin embargo, al ser multicausales se debe prestar mayor atención en aquellos indicadores que podrían brindarnos información para su prevención, detección y/o tratamiento.

Resulta importante hacer una distinción y contraste con otro concepto, el cual podría anteceder e indagar en la problemática de estudio. El término conductas alimentarias de riesgo (CAR), se refiere a aquellas conductas que intencionalmente se dirigen al control del peso corporal y que son poco saludables, como la dieta restrictiva, el atracón, los ayunos prolongados, saltarse comidas, el vómito autoinducido y el consumo/abuso de laxantes, diuréticos o píldoras, no prescritas por especialistas, (Paredes et al. 2019).

Así mismo, es útil mencionar el planteamiento de Coderch (2014), sobre la distinción de TCA y CAR, él refiere que los trastornos de conducta alimentaria mantienen su origen por causas o enfermedades somáticas, por lo tanto, corresponden a un ámbito médico, sin embargo, las conductas alimentarias de riesgo se vinculan a problemas y/o situaciones psíquicas o emocionales, es decir, de causalidad psíquica y social, de donde proviene la intención de indagar en dicha investigación. La necesidad de identificación, prevención y tratamiento de estas problemáticas resulta cada vez más compleja, la tarea de generar protocolos ha surgido incluso con relación a la comorbilidad que esto trae consigo y la prevalencia que posee en la población joven.

Es importante recalcar que los TCA y las CAR, parecieran ser fenómenos multifactoriales, y las investigaciones primarias tanto como las recientes han sido parteaguas a nuevos cuestionamientos y nuevas formas de intervenir y abordar dichas problemáticas.

Un estudio realizado por Escondon et al. (2021), Chile, sobre los factores predictivos asociados a conductas alimentarias de riesgo en universitarios chilenos, se interesó por las variables predictivas de CAR y a su vez evaluar la prevalencia de estas conductas, el trabajo fue realizado con una muestra de 601 participantes, concluyendo en la importancia de la prevención de sintomatología de depresión y estrés, como una acción de prevenir las CAR, enfatizando en la población femenina, por la vulnerabilidad que se posee.

A su vez, FORBES México, en enero del 2022 anunció la cultura de la delgadez extrema elevada al 300% los trastornos alimenticios, sabemos que dentro de la etapa de la adolescencia y desde la infancia la identificación con el otro permite involucrarse, nombrarse y construir una percepción de sí, es por ello que de acuerdo a este reporte, en los últimos 20 años los desórdenes alimenticios y conductas de riesgo aumentaron en el país, se estima 20000 casos en su mayoría se presentan con conducta autodestructivas, que se acompañan de dismorfia corporal lo que provoca una autopercepción equivocada.

Otros de los estudios que resulta importante destacar, es el realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca Morelos en el 2020, el cual aborda la evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2016-2018, dentro de sus resultados obtienen que la prevalencia de CAR normativas pasó de 11.9% de incidencia a 15.7% y las CAR no normativas de 12.1 a 21.9 dentro de esos años, concluyendo que las conductas alimentarias de riesgo se presentaron con mayor frecuencia en población femenina, principalmente adolescentes con indicadores de sobrepeso u obesidad con una posición económica alta de zonas urbanas.

La situación problemática y los antecedentes investigativos presentados anteriormente, han demostrado que las CAR Y TCA, siguen siendo problemáticas controversiales estudiadas desde diferentes enfoques, pero principalmente desde el ámbito médico multidisciplinario, así como también con intervenciones de corte cognitivo conductual, con ello se busca orientar, educar y modificar a nivel cognitivo y conductual, así como proporcionar estrategias y habilidades que les permita cambiar ciertas conductas, de esta manera muchos concuerdan en la necesidad de atención e inclusive en la detección temprana para su prevención, sin embargo, son escasos en relación a factores intrapsíquicos, como lo son los vínculos de apego, relaciones objetales y la subjetivación de la imagen corporal, los cuales podrían propiciar un panorama que amplíe conocimiento y entendimiento sobre la dinámica en que se gestan las CAR actualmente. Considerando como manifestaciones a las conductas alimentarias de riesgo, es importante mencionar cómo estas podrían relacionarse con la identificación de sus cuidadores primarios e inclusive específicamente con la madre y cómo esto puede influir en la simbolización de lo que el sujeto va a construir como esquema corporal y derivado de ello, la forma de relacionarse, de afrontar diversas situaciones, de la toma de decisiones y de la percepción que tiene de su

propia imagen para la aparición de conductas alimentarias mayormente de riesgo y como éstas podrían ser determinantes para la vida adulta.

Por tal razón, es importante cuestionar que otros factores o indicadores podrían estar ligados a la presencia de conductas alimentarias de riesgo en jóvenes, por consiguiente se plantean la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos de la psicoterapia grupal y la relación en la construcción de la imagen corporal y apego en universitarios de la UAEM con conductas alimentarias de riesgo?

1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación analiza los efectos de la psicoterapia de grupo con orientación psicoanalítica en la comprensión de la imagen corporal y los tipos de apego en jóvenes universitarios con presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR). Su relevancia radica en la creciente prevalencia de estas conductas

de tipo alimentario en la población joven, en donde influyen factores biopsicosociales que incrementan la vulnerabilidad a alteraciones en la imagen del cuerpo y vínculos afectivos.

Las conductas alimentarias de riesgo son aquellas alteraciones multifactoriales que afectan los distintos ámbitos de la vida, personal, familiar, social y académico, sus manifestaciones pueden ser varias, como practicar dietas poco saludables, atracones, conductas purgativas, obsesión por el peso, entre otras. Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se consideran el precedente para los trastornos de conducta alimentaria, así mismo, constituyen un problema de salud pública prioritario, no solo por su asociación con el desarrollo de TCA, sino por su impacto multidimensional.

La elección del contexto universitario se justifica por ser una etapa crítica en la consolidación de la identidad, donde se vinculan presiones académicas, sociales, familiares y culturales que exacerbaran la insatisfacción corporal y su relación con los tipos de apego.

La psicoterapia grupal psicoanalítica ofrece un espacio para el abordaje de estas variables. Desde esta perspectiva, el grupo funciona como un campo transferencial donde emergen conflictos inconscientes vinculados al cuerpo y las figuras de apego, permitiendo su resignificación través de la interacción con el propio grupo y terapeutas.

En síntesis, esta investigación busca no solo evaluar la eficacia de un abordaje terapéutico, sino también comprender los sustratos de las CAR, contribuyendo a estrategias que mitiguen su impacto en poblaciones vulnerables.

1.5 OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar el efecto de la psicoterapia grupal y la relación de la imagen corporal y tipos de apego en jóvenes universitarios con presencia de conductas alimentarias de riesgo de 18 a 25 años

Objetivos específicos:

- Identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en jóvenes universitarios de 18 a 25 años.
- Explorar los tipos de apego y la construcción de la imagen corporal presentes en los participantes para el abordaje con el grupo psicoterapéutico.
- Diseñar una entrevista semiestructurada para la comprensión de la imagen corporal.
- Implementar la psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica para el abordaje con los participantes.
- Determinar los efectos de la psicoterapia de grupo.
- Identificar la relación entre la construcción de la imagen corporal y los tipos de apego en jóvenes universitarios de 18 a 25 años con conductas alimentarias de riesgo.

CAPÍTULO II.

1. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Los antecedentes de investigación presentados no solo establecen la prevalencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en población joven, sino que evidencia limitaciones desde distintos

enfoques, permitiendo de esta manera cuestionamientos necesarios que esta investigación propone.

Este apartado organiza los estudios revisados para su fundamento.

1.1 PREVALENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES MEXICANOS: ENSANUT CONTINUA 2022.

El estudio se enmarca en el reporte de prevalencias poblacionales de conductas alimentarias de riesgo (CAR), con un enfoque específico en la prevalencia de estas conductas en jóvenes mexicanos, tomando como referencia los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022. Su objetivo se centró en actualizar las prevalencias poblacionales de las CAR a partir de la información obtenida.

Así mismo, al presentar datos epidemiológicos muestra la urgencia y relevancia a la investigación, sus hallazgos entre la población joven denotan una preocupación constante del esquema corporal, así como una dificultad para controlar lo que se come, esto va más allá de cifras, son datos que denotan un malestar también psíquico. La identificación de que estas conductas son más frecuentes en mujeres y en zonas urbanas como la región Centro, espacio donde se ubica el estado de Morelos, proporciona un mapa demográfico esencial para enfocar los objetivos de esta investigación.

Las CAR son prácticas en la alimentación que son llevadas a cabo con el principal objetivo de bajar de peso. La CAR no son trastornos de conducta alimentaria, más bien su diagnóstico tardío podría ser el precedente a la instauración de un TCA, algunas de las conductas alimentarias de riesgo implican; el uso del ejercicio de manera excesiva, ayunos, atracones de comida, supresión en grupos de comida, conductas purgativas y uso de laxantes y diuréticos sin prescripción médica.

Para la metodología del estudio se implementaron 3,547 adolescentes provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022), los datos se obtuvieron de datos sociodemográficos y a través del cuestionario breve conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) propuesto por la autora Unikel y colaboradores, este instrumento consiste en un total de 10 preguntas de autorregistro diseñadas para evaluar las conductas alimentarias de riesgo y las actitudes relacionadas con el deseo de perder peso, se evalúa con un rango de no más de 3 meses con presencia de estas conductas. Cuenta del 0 al 3 como opciones de respuesta: nunca, algunas veces, frecuente y muy frecuentemente. Un puntaje superior a 10 puntos sugiere una alta probabilidad de un trastorno de conducta alimentaria y de 7 a 10 puntos un riesgo moderado. Se profundiza

en dicho instrumento al ser uno con lo que se trabajará esta investigación, si bien, es un instrumento que demuestra tener una validez concurrente y es capaz de diferenciar eficazmente entre un grupo clínico y un grupo comunitario en México.

Los resultados arrojados por el reporte permiten identificar a la población con mayor vulnerabilidad, se identificó entre las practicas más comunes, el comer en exceso como conducta compensatoria, la preocupación por el peso que pudiera estar relacionada con la introyección de la imagen corporal y la pérdida del control sobre lo que se come. En la población femenina destacan la preocupación por engordar, el comer en exceso y la pérdida de control sobre lo que se come, en cambio, en los hombres hay una mayor preocupación por engordar que está fuertemente relacionada con el aspecto físico y la imagen corporal autopercebida. Sabemos que los desórdenes alimenticios no difieren por el sexo, sino por infinidad de factores que se ven altamente relacionados con su presencia.

Este estudio muestra la incidencia y la población que se ve inmersa en la problemática, sin embargo, resulta importante indagar el ¿cómo? Y ¿por qué? Podrían subyacer a esas cifras. El artículo utiliza el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) para obtener un puntaje y de esa manera ubicar a la población en un espectro de riesgo, por ende, la investigación utiliza este instrumento como un primer paso para el acercamiento al problema, poniendo énfasis en la historia de la alimentación, es decir, como fueron alimentados, de que manera y bajo que condiciones se fue conformado la percepción de su propio cuerpo. Si bien, dicho estudio es fundamental para delimitar una de las problemáticas de salud pública, el interés de esta investigación radica en conocer de cerca algunas de las razones de estas conductas.

1.2 RELACIÓN DE LA INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

Las conductas alimentarias de riesgo han tenido mayor aparición en los últimos años y su prevalencia ha sido mayormente en adolescentes, sin embargo, no descarta su presencia en la niñez, juventud e incluso en la etapa adulta. Con esto, resulta importante mencionar la Tesis en Psicología Clínica de las autoras; Jenny Rocío Tenezaca Sánchez y Joselyn Yessenia Ortega Pino, que tiene por nombre “Relación de la insatisfacción

de la imagen corporal con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes” en Riobamba, Ecuador, 2023, siendo este uno de los estudios más consistentes en relación con la imagen corporal.

La pertinencia de mencionar esta investigación surge por la importancia que tiene evidenciar la prevalencia que existe en la población joven, las conductas alimentarias de riesgo afectan diferentes aspectos de la vida de la persona, uno de los principales es la imagen corporal a raíz de la influencia de factores sociales, familiares y psicológicos, la aceptación del cuerpo en adolescentes y jóvenes forja parte de su identidad, pero creer que existe un ideal en cuanto al cuerpo genera una serie de dificultades en los jóvenes, tanto hombres como mujeres.

Dentro de la metodología, la investigación corresponde a una revisión bibliográfica de diseño transversal y de nivel descriptivo, el muestreo empleado fue no probabilístico de tipo intencional, dicha investigación tuvo por objetivo analizar la relación de la insatisfacción de la imagen corporal con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. La población de estudio estuvo constituida por documentos científicos (N=715) en los que se consideró el tema relación de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de los adolescentes, publicados en revistas con indexación de base de impacto global regional, incluidos Scopus, Science Direct, Google Scholar, ProQuest, Gale, Redalyc, Scielo, PudMed, PsycNet y Sage Revistas publicadas entre 2012 y 2023. (Ortega Pino & Tenezaca Sánchez, 2023)

Los métodos utilizados para la recopilación de información fueron el analítico-sintético, en el cual se analizó la relación entre la insatisfacción corporal y las conductas alimenticias de riesgo, en el método inductivo-deductivo, de esta manera se reunió la información relacionada a las variables con los adolescentes, así como la identificación de los datos y resultados referentes a la investigación.

La indagación minuciosa de la información entre variables permite evidenciar algunos de los múltiples factores intervinientes en la aparición de las CAR, dicho estudio concluye en la importancia que tiene la apariencia física en el adolescente y joven, ya que implica en cierta parte la formación de su identidad y la imagen que tomará en contextos sociales, es por ello que las conductas alimentarias de riesgo son esas pautas para prevenir la instauración de un trastorno de conducta alimentaria. Se logró identificar que la prevalencia de la insatisfacción corporal se ve fuertemente relacionado con la construcción de la identidad y la percepción

que se genera al estar en interacción con la sociedad, sin embargo, la prevalencia se manifiesta principalmente en mujeres por el estándar de belleza para ser socialmente aceptable. Por ello, la importancia de mencionar dicha investigación, ya que las aportaciones permiten vincular y destacar que la problemática no es específica de una población, sino más bien es un referente para el trabajo arduo en la identificación, prevención y tratamiento.

El trabajo de Ortega Pino y Tenezaca Sánchez, sintetiza un vínculo causal entre la insatisfacción corporal y la adopción de conductas alimentarias de riesgo. Al identificar a la imagen corporal como un núcleo problemático, los autores hablan de casos subclínicos que pueden ser atendidos para prevenir un Trastorno de conducta alimentaria (TCA), señalan directamente la importancia de su intervención, jóvenes universitarios que, sin un diagnóstico formal, ya representan una sintomatología relevante. No obstante, aunque se señala que la imagen corporal se puede ver alterada, no se explica como se constituye esa imagen ni porque suele ser un foco en la presencia de las CAR, esto ya que el estudio se centra en la percepción consciente de un esquema corporal.

1.2 AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE INGRESO A NIVEL SUPERIOR.

El estudio Autopercepción corporal y su relación con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, representa una pieza crucial en el entendimiento de las CAR al focalizarse en la dimensión experiencial y perceptual del cuerpo en población mexicana de nivel educativo superior. Este estudio transversal realizado con 438 adolescentes del Colegio de Bachilleres en la Ciudad de México, empleo una

metodología mixta que combino el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo con la prueba de siluetas de Montero y mediciones somatométricas.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, para variables cualitativas frecuencias y porcentajes, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y para las variables ordinales, medias y medianas, para la correlación de variables nominales coeficiente de Phi y Chi cuadrada, Los datos fueron presentados mediante tablas comparativas entre grupos de estudio que permitió el análisis de variables.

La investigación permite confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, en donde las tendencias o casos subclínicos pueden ser atendidos para la prevención de algún trastorno de conducta alimentaria (Jiménez, 2019).

Pareciera que de alguna u otra forma las aportaciones en investigación hasta ahora van del trabajo de identificación para prevenir cuadros alimenticios graves y/o crónicos, refieren la existencia de una relación estadísticamente significativa al demostrar que existe una relación significativa entre la imagen corporal distorsionada y la presencia de CAR. Así mismo, se identifica que los casos que se refieren como subclínicos representan aquellos casos con CAR sin un trastorno alimentarlo.

El hallazgo central de Jiménez se centra en la autopercepción corporal distorsionada, sin embargo, esta puede ser vista y entendida desde otra perspectiva. Cuando Jiménez reporta que los participantes se ven con más peso”, o se ven mas delgados de lo que son, está describiendo la manifestación consciente de una imagen constituida a través de las primeras relaciones. Al este estudio encontrar la correlación de ciertas variables, esta investigación busca entender el como estas experiencias tempranas de apego configuras la imagen corporal.

1.3 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, PERCEPCIÓN DE PRÁCTICAS PARENTALES Y CONDUCTA ASERTIVA EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA.

El presente estudio aborda la dimensión psicosocial de la alimentación en los seres humanos, se involucran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales, que representan un punto central en el proceso de socialización. Al respecto, cuando la alimentación presenta alteraciones importantes que tienen como base las cogniciones o bien la conducta, ya sea con disminución o aumento de la ingestión de alimentos para controlar

el peso corporal, surgen las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y en casos extremos de frecuencia, intensidad y morfología de las CAR pueden conducir a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA; Asociación Americana de Psicología (APA), 2013; Bermúdez, Machado, & García, 2016; Contreras et al., 20015; Cortez et al., 2016).

Las CAR, son un conjunto de aspectos multifactoriales que intervienen en el desarrollo de factores biológicos y psicosociales que pueden dar paso a la comorbilidad médica y/o psiquiátrica y en muchas ocasiones llegar al suicidio, por esta razón es campo de estudio en la psicología de la salud, ya que representa una problemática individual y de salud pública nacional e internacional que ha cobrado importancia principalmente en mujeres, pero cada vez más, se reportan casos de varones con estas psicopatologías.

El objetivo de la investigación fue evaluar la asociación entre conductas alimentarias de riesgo (CAR), prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria de acuerdo con el sexo. El diseño fue de tipo no-experimental de tipo transversal, con un muestreo no probabilístico, participaron 200 estudiantes mexicanos (104 hombres y 96 mujeres) de una preparatoria pública, con edad promedio de 16 años, quienes después de un consentimiento informado contestaron el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). Desarrollado para evaluar actitudes y conductas alimentarias de riesgo, a través de 26 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, el cual posee tres subescalas: 1) Dieta; 2) Bulimia y preocupación por la comida; 3) Control oral y posee un punto de corte ≥ 20 el cual indica riesgo elevado de desarrollar TCA. Las escalas evalúan: Comunicación y control conductual, evalúa la comunicación entre el padre/madre y el/la adolescente; Autonomía, respeto por las decisiones de lo(a)s hijo(a)s; Imposición, grado en el que padre/padre imponen creencias y conductas a lo(a)s hijo(a)s; Control psicológico, la inducción de culpa y críticas excesivas hacia lo(a)s hijo(a)s; Control conductual evalúa el conocimiento sobre las actividades cotidianas de lo(a)s hijo(a) s. (Díaz, Castelán Olivares, Tovar, Franco, & Mancilla Díaz, 2020)

El estudio visualiza a las conductas alimentarias de riesgo como alteraciones alimentarias que se manifiesta en una gran cantidad de estudiantes y su detección temprana reside en la repercusión del desarrollo de un TCA, sin embargo, este estudio muestra indicadores acordes a lo que se pretende hacer en esta investigación, ya que la presencia de CAR en esa población, refiere que se asocia en mayor medida con la

percepción de prácticas parentales no adecuadas de la madre, por lo tanto, la pertinencia de nuevos estudios permitirá aportar al campo de estudio y tener mayor fundamento para la generación de planes de acción en las CAR.

1.5 TIPOS DE APEGO Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

El estudio propuesto por los autores Johana Gabriela Villalba Parra (2022), Ambato, Ecuador, menciona a las conductas alimentarias de riesgo, así como los trastornos de la conducta alimentaria, se han incrementado significativamente en los últimos años reforzando la interrogante sobre su etiología, que podría encontrarse en factores personales, sociales o familiares, dentro de los cuales se encuentra el apego, que se describe como el vínculo que se forma a partir de las relaciones establecidas desde el nacimiento que permiten la regulación de emociones y el aprendizaje de conductas desde la infancia. La presencia de las CAR varía en cada una de las personas, los factores intervinientes en el desarrollo de estas conductas en su mayoría son de tipo sociocultural, individual o familiar, la incidencia de estas se presenta en poblaciones vulnerables, en este caso la adolescencia, por ello la importancia de atender y prevenir, pero sobre todo concientizar. Las problemáticas son varias en la adolescencia, sin embargo, la atención en el ámbito familiar y escolar es donde generalmente se normalizan las conductas que esta población manifiesta.

Entender la parte vincular afectiva en la adolescencia forma parte importante para su desarrollo, a partir de este momento el niño obtiene sus primeras ideas sobre sentirse amado o rechazado, la relación establecida entre el niño y el cuidador principal que permite la regulación emocional, por lo tanto, los tipos apego pueden ser modificadas según las experiencias y etapas de la vida, muchas de las vivencias del niño pasaran a la parte inconsciente y se plantea influirá en la etapa adulta de la persona.

El objetivo de dicha investigación plantea el conocimiento de la relación que existe entre el tipo de apego y la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la adolescencia. La presente investigación tuvo un alcance de tipo correlacional debido a que se verificó la relación entre la variable apego con las conductas alimentarias de riesgo mediante la administración de pruebas psicológicas, además es de enfoque cuantitativo, puesto que se realiza un estudio a partir de los datos obtenidos, cuyos resultados se emplearán para el

desarrollo de un análisis estadístico. Es de diseño no experimental, con un corte transversal ya que la medición de variables en la población indicada se llevará a cabo en una sola ocasión y con una modalidad bibliográfica considerando que se emplearan documentos y otras publicaciones como sustento para la investigación.

La muestra se desarrolló mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia en base a criterios de exclusión e inclusión con un total de 145 participantes (54 hombres y 91 mujeres). Los criterios se consideraron a partir de las siguientes características: rango de edad de 13 a 19 años, personas que aceptaron formar parte del proceso investigativo, además se emitió un consentimiento informado dirigido a los padres y tutores debido a la edad de los adolescentes, además que los participantes no tengan un diagnóstico previo de trastornos de la conducta alimentaria ni daño neurológico o discapacidad intelectual. (Zumbana & Villalba Parra, 2022)

Los instrumentos utilizados en este estudio fue el cuestionario de apego CaMir-R que analiza la percepción del sujeto sobre las relaciones de apego formadas durante de infancia, así como las condiciones actuales de su sistema familiar. Está conformado por tres escalas; seguro, inseguro evitativo e inseguro ansioso. Adicionalmente, presenta dos dimensiones sobre la estructura familiar, que son: valor de la autoridad de los padres y aceptación o negación de la autoridad, siendo estas prescindibles para los propósitos del presente estudio. Las propiedades psicométricas de este cuestionario dieron valores de 0.60 y 0.85 en Alfa de Cronbach lo que indica un buen nivel de consistencia interna. Para la variable de conductas alimentarias se administró el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR), este instrumento está conformado por 10 preguntas sobre el comportamiento alimentario que evalúan tres dimensiones generales, que son: Atracón- purga, medidas compensatorias y conductas restrictivas. La interpretación se clasifica en tres niveles: sin riesgo, riesgo moderado y riesgo alto. Y presenta un nivel de consistencia interna elevado 0.83 en alfa de Cronbach.

Dentro de las conclusiones del estudio se plantea que al ser la adolescencia una de las etapas más vulnerables debería prestarse mayor atención para el abordaje oportuno y el caso de la alimentación es uno de los indicadores que propicia múltiples consecuencias. Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian la presencia de un tipo de apego inseguro en la mayor parte de la muestra empleada (60%), lo que implica que durante el desarrollo existieron situaciones en función del cuidador principal que no permitieron

la regulación de emociones de la forma adecuada, esto provoca que el sujeto lleve a cabo conductas que pueden resultar poco efectivas para el afrontamiento de diferentes problemáticas en su presente.

Adicionalmente, se realizó una comparación de la conducta alimentaria de riesgo según el sexo de los participantes lo que evidenció un nivel de prevalencia notablemente mayor en mujeres, este dato ha estado presente en la mayoría de los estudios realizados al respecto y podría deberse a que existe mayor presión social hacia las mujeres por mantener una figura esbelta o bajo peso corporal. Sin embargo, es importante recalcar que, aunque en un porcentaje mucho menor, también existieron hombres que reportaron una conducta alimentaria de riesgo lo que debería ser tomado en cuenta para futuras investigaciones.

De acuerdo con lo planteado, permite evidenciar la problemática en la que se indagará y como los tipos de apego influyen en la aparición de conductas alimentarias de riesgo, el cuidador primario tiene un papel importante ya que a través del reconocimiento del otro el infante inicia el proceso de identificación.

1.6 FACTORES CURATIVOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO: SU EVALUACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA MUESTRA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS

Este estudio constituye un referente fundamental para comprender los mecanismos de cambio en intervenciones grupales. Este estudio cualitativo realizado con 30 participantes en rehabilitación por alcoholismo identificó que los factores terapéuticos más eficaces son: la cohesión grupal, universalidad, aprendizaje interpersonal y catarsis, esto coincide con los postulados de Yalom, sobre las dinámicas grupales.

Los autores demostraron que el contexto grupal facilita: a) la ruptura del aislamiento característico en trastornos adictivos mediante la identificación con pares (universalidad), b) la modificación de patrones relaciones disfuncionales a través de la realimentación entre miembros (aprendizaje interpersonal) y c) la expresión emocional de conflictos no verbalizados (catarsis). Posteriormente se encontró que el altruismo y la instalación de la esperanza operan como motores de cambio, particularmente en fases iniciales del tratamiento. Así mismo, se identificó que la confrontación y el modelado fueron cruciales para romper la negación típica del alcoholismo, (Alonso M. C., 2002).

El estudio describe una progresión terapéutica, en la Fase 1, predominan la cohesión y la universalidad como reducción de resistencia al tratamiento, en la Fase 2, surgió el aprendizaje interpersonal y la catarsis como forma en la reestructuración de patrones y en la Fase 3, surgió la reevaluación existencial como cambio en valores y prioridades. Las limitaciones reportadas señalan que factores como la socialización y la información tuvieron menor impacto en su muestra sugiriendo que la dimensión emocional fue el núcleo de cambio.

Metodológicamente, el empleo de entrevistas semiestructuradas permitió capturar la vivencia subjetiva de los participantes, algo que resulta relevante para el presente estudio al explorar dimensiones como la imagen corporal.

Estos hallazgos adquieren una pertinencia para la investigación sobre Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Si bien, Colli Alonso y Zaldívar Pérez trabajaron con población clínica en adicciones, sus conclusiones pueden entenderse bajo el abordaje de las CAR, ya que comparten características centrales, como la estigmatización, patrones relacionales rígidos y dificultad en la regulación emocional.

1.7 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, SINTOMATOLOGÍA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON EL DSM IV, DSM V, CIE-10 Y CIE-11.

Se observan diferencias significativas en la definición de los trastornos alimentarios según los diversos manuales diagnósticos, lo que subraya una distinción importante entre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Mientras que los manuales como el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) se centran en diagnósticos clínicos específicos, los cuales requieren que los individuos presenten una serie de criterios más estrictos y persistentes para ser clasificados como TCA, las CAR son más amplias y se refieren a patrones de comportamiento alimentario que, aunque pueden ser problemáticos, no

necesariamente cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno, además de estar relacionadas con contenido psicosomático. Esta distinción es fundamental para comprender el espectro de las conductas relacionadas con la alimentación, ya que las CAR pueden ser un antecedente de los TCA, pero también pueden presentarse en ausencia de un trastorno clínico formal. De este modo, los estudios sobre CAR permiten identificar comportamientos que requieren atención antes de que evolucionen hacia trastornos más graves.

DSM IV

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

DSM V

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Dentro del DSM V, ya no se considera trastornos de la conducta alimentaria, se nombra Trastornos alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, los cuales se definen como la Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

CIE-10

TRASTORNO DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS F50

CIE-10, la clasificación que se establece excluye anorexia SAI (R63.0), dificultades y mala administración de la alimentación (R63.3), polifagia (R63.2) trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez (F98.2). Incluye Anorexia Nerviosa (F50.0), Anorexia Nerviosa Atípica (F50.1), Bulimia Nerviosa (F50.2), Bulimia Nerviosa Atípica (F50.3), Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas (F50.4), Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas (F50.5), Otros trastornos de la ingestión de alimentos (F50.8), Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado (F50.9).

CIE-11

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los trastornos del comportamiento alimentario abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación que no pueden explicarse por otra afección de salud y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo ni congruentes con las normas culturales. Incluyen tanto alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporales como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos, como comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales.

1.8 DEVELOPMENT AND VALIDATION OF TWO NEW SCALES FOR ASSESSMENT OF BODY-IMAGE

El presente estudio tiene como objetivo desarrollar y reportar herramientas para evaluar la imagen corporal, mediante una aplicación adecuada que permita conocer la percepción de esta, así como las experiencias relacionadas con el propio cuerpo. Es importante destacar que el concepto de imagen corporal se diferencia del esquema corporal; mientras que la imagen corporal se refiere a la introyección de esa percepción y las vivencias asociadas a ella, el esquema corporal es una representación más objetiva y común que todos comparten. Las escalas para evaluar la imagen corporal son fundamentales en áreas como la psicología, la nutrición y la medicina, ya que la imagen corporal está estrechamente vinculada con diversos conflictos psíquicos, así como con patologías y trastornos. (Gardner, Stark, Jackson, & Friedman, 1999)

La forma, el peso y la internalización de la imagen corporal son factores clave para estudiar en profundidad cómo se relacionan las personas con su propio cuerpo. Sin embargo, las evaluaciones de la imagen corporal mediante escalas de esquemas corporales pueden carecer de consistencia entre las percepciones de una figura a otra, ya que estas varían en función de la corporalidad de hombres y mujeres, lo que implica que cada uno tiene una percepción distinta de su cuerpo. Por esta razón, es crucial que la evaluación se realice de manera integral, considerando todos los aspectos posibles. En este sentido, la escala utilizada en el estudio tiene como objetivo interpretar, más que calificar, cómo los participantes perciben su cuerpo y cómo internalizan esa imagen, enfocándose en la manera en que la imagen corporal se integra introyecta y se muestra con los otros.

2. MARCO TEÓRICO

Este marco teórico se articula como una construcción de conceptos y bases teóricas que permiten comprender las Conductas Alimentarias de Riesgo como formaciones con significados psíquicos. Partiendo

de los antecedentes que señalan la influencia de los vínculos tempranos y la imagen corporal, la sección propone un modelo que vincula teorías en función del apego, la construcción de la imagen corporal y la simbolización de la alimentación, para finalmente fundamentar la psicoterapia grupal como una intervención idónea.

2.1 TEORIA DEL APEGO JOHN BOWLBY

La Teoría del Apego de John Bowlby (1993) proporciona el fundamento para entender el desarrollo y vinculación afectiva. Bowlby postula que los seres humanos poseen una tendencia innata a buscar proximidad con una figura cuidadora para obtener protección y seguridad, estableciendo un modelo interno de funcionamiento.

Los cuatro tipos de apego principales, seguro, ansioso-ambivalente, evitativo y desorganizado, no son solo categorías descriptivas, sino, patrones relacionales que se internalizan. Un apego seguro, caracterizado por la consistencia y la respuesta sensible del cuidador, permite desarrollar una base segura desde donde explorar el mundo. Por el contrario, los apegos inseguros, son el resultado de cuidadores inconsistentes o negligentes.

Se considera una de las teorías más importantes para comprender parte del desarrollo humano, Bowlby menciona que los seres humanos poseen una forma innata de formar vínculos con los cuidadores primarios durante la infancia, ya que esta etapa es fundamental para su desarrollo como adolescente y adulto, por lo tanto, estos vínculos tienen un impacto a nivel social, emocional y psicológico.

Bowlby basó su teoría para explicar mediante observaciones que el mismo realizaba, así como el estudio e investigaciones de otras áreas, como lo es la etiología y psicología, con ello Bowlby argumenta al apego como un comportamiento adaptativo que le permite al infante sobrevivir e identificarse.

Bowlby identificó cuatro tipos de apego principales:

Apego seguro: Se considera el apego más sano a nivel emocional. Surge en los casos en que el niño es capaz de confiar en que sus padres no le van a fallar, de manera incondicional. Para que se dé, el cuidador debe proporcionar no solo seguridad al niño, sino que también debe esforzarse por tener suficiente contacto y comunicación. Las personas que cuentan con este tipo de apego no tienen dificultad para establecer vínculos íntimos con los demás. Asimismo, tampoco tienen miedo al abandono. Esto hace que les resulte fácil tener

una vida adulta independiente, sin que esto implica prescindir de los vínculos afectivos y las relaciones personales.

Apego ansioso y ambivalente: Las personas con ambivalencia emocional tienen una tendencia a sentirse angustiados. Los niños que desarrollan esta forma de apego no confían en sus cuidadores, por lo que al crecer experimentan una sensación de inseguridad e incertidumbre. La causa de esta falta de confianza se debe a que los cuidados que recibieron fueron ambivalentes e inconsistentes. A raíz de esto, es común que sientan angustia y miedo ante las separaciones. Incluso les puede resultar difícil recuperar la calma cuando reaparece la figura del apego.

Apego evitativo: Esta forma de apego es típica de los niños cuyos cuidadores no les proporcionan suficiente seguridad. Esto los ha obligado a desarrollar un distanciamiento social y autosuficiencia compulsiva con respecto a sus creadores. Se caracterizan por no llorar cuando la figura del cuidador desaparece. De hecho, buscan evitar el contacto. Es común que tal conducta se confunda con seguridad, pero lo cierto es que en el fondo produce malestar en el niño.

Apego desorganizado: Es una especie de mezcla entre el apego evitativo y el ansioso y ambivalente. Surge cuando los cuidadores tienen una conducta negligente e insegura. Los niños que lo desarrollan presentan una conducta contradictoria e inadecuada, hasta el punto de que pueden sentir miedo de sus cuidadores, a la vez que desconfían de los mismos. (Bowlby, 1993)

La importancia de este sustento teórico surge por la forma en la que las personas se relacionan con el otro, los tipos de apego, como se mencionó anteriormente tienen un impacto significativo en su desarrollo, los infantes con apego seguro son propensos a tener una buena autoestima, tener relaciones saludables, resiliencia al estrés y ser emocionalmente estables, donde logre esta identificación en el mismo y con otro. Sin embargo, al establecerse vínculos ansiosos, evitativos y desorganizados con los cuidadores primarios propiciará a problemas sociales, emocionales y de comportamiento a relaciones poco estables, asiladas y dependientes, no obstante, se debe tener en cuenta que el apego no es el único factor que determina el desarrollo de un niño, influye, pero no determina, con ello pueden manifestarse malestares en las diferentes etapas de su vida. En este caso se pretende vincular los tipos de apego con la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

2.2 LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO, FRANÇOISE DOLTO

Dentro del marco psicoanalítico que sustenta esta investigación, la Teoría de la imagen inconsciente del cuerpo desarrollada por Françoise Dolto (1984) ofrece una comprensión profunda de las dinámicas psíquicas que subyacen a las conductas alimentarias de riesgo. Dolto postula que existe una dimensión inconsciente de la experiencia corporal que se estructura desde los primeros vínculos afectivos y que determina significativamente la relación del sujeto con su cuerpo.

Para Dolto esta imagen se constituye a través del lenguaje y el deseo de los otros, la madre o el cuidador primario, al nombrar las sensaciones corporales de ese bebé, le permite convertir lo biológico en experiencia psíquica. Una falla en esta función, es decir, una madre que no nombre o lo haga de manera ambivalente, da lugar a una imagen del cuerpo frágil, fragmentada o persecutoria.

Según Dolto, la imagen inconsciente del cuerpo se constituye a través de tres procesos fundamentales:

1. Las experiencias tempranas de cuidado, donde el cuerpo del infante es hablado por los otros significados, es decir, el cómo la madre nombra las sensaciones corporales del bebé.
2. La internalización de las prohibiciones edípicas, que organizan simbólicamente los límites del cuerpo propio y ajeno.
3. El lenguaje como mediador que permite convertir lo puramente biológico en una experiencia psíquica significativa.

Así mismo Dolto, diferencia la imagen corporal con el esquema corporal. Se concibe la imagen del cuerpo como aquella formación de experiencias relaciones y desarrollo con el entorno desde etapas infantiles. La autora establece de manera clara la distinción entre dos conceptos que juegan un papel importante en el estudio y clarifica una de las variables a trabajar, ella habla del “esquema corporal” y “la imagen del cuerpo”.

“El esquema corporal, es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima). La imagen del cuerpo, por lo contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia”. (Dolto, 1986)

Como resultado de ello, el esquema corporal tiene aspectos tanto inconscientes, preconcientes e inconscientes, mientras que la imagen del cuerpo es principalmente inconsciente. Esta imagen puede volverse

parcialmente preconsciente y al relacionarse con el lenguaje mostrarse consciente, a través del empleo de metáforas y metonimias que se ven vinculadas a expresiones y lenguaje corporal y verbal.

Dolto señala que la no estructuración de una imagen corporal se debe en gran medida a que la madre, cuidadores o quien cubre con la función de la madre no propicia las respuestas que normalmente espera un niño, este cuidador deja de intentar comunicarse de formas distintas y se limita a un contacto físico que solo busca satisfacer necesidades. Al establecer la relación de esta manera el niño elaborará una imagen del cuerpo a raíz de ese lenguaje. De tal manera el esquema corporal puede no tener afectación alguna y la imagen corporal puede aparecer por conformarse de una manera ambivalente.

“La imagen del cuerpo es siempre inconsciente, y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional, y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones” (Dolto, 1986)

La presente investigación retoma estos postulados para analizar como las experiencias de apego temprano han influido en la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo y de esta manera comprender las conductas alimentarias de riesgo no como conductas aisladas, sino como expresiones sintomáticas de conflictos psíquicos más profundos relacionados con el establecimiento de vínculos afectivos. Esta perspectiva permite a la investigación trascender hacia lo objetivo, es decir, sobre lo que el grupo pudiera expresar verbalmente sobre su cuerpo, para acceder a lo que el esquema corporal manifiesta como síntoma o malestar de manera inconsciente.

2.2 TEORIA SEPARACIÓN- INDIVIDUACIÓN MARGARET MALHER

La Teoría de la separación-individuación propuesta por Margaret Malher, es una teoría del desarrollo infantil que describe el proceso por el cual el infante se separa de sus cuidadores primarios para el desarrollo de una identidad. Malher describió este proceso como algo gradual en la evolución del infante, es decir de una dependencia total hacia la madre a una autonomía.

Malher dividió el proceso de separación-individuación en cuatro fases:

- Fase simbiótica (0-4 meses): En esta fase, el niño experimenta una fusión indiferenciada con la madre. El niño no es capaz de diferenciarse de la madre ni de reconocerse como un individuo separado. "En la fase simbiótica, el bebé no puede distinguir entre sí mismo y la madre, y experimenta un estado de fusión indiferenciada con ella. El bebé siente que es una parte de la madre, y no tiene sentido de su propia identidad." (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 10)
- Fase de separación-individuación (4-24 meses): En esta fase, el niño comienza a diferenciarse de la madre y a desarrollar una identidad propia. El niño empieza a explorar el mundo que le rodea y a desarrollar sus propias habilidades. "En la fase de separación-individuación, el bebé comienza a diferenciarse de la madre y a desarrollar una identidad propia. El bebé empieza a explorar el mundo que le rodea y a desarrollar sus propias habilidades." (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 10)

Fase de diferenciación (24-36 meses): En esta fase, el niño consolida su sentido de identidad separada de la madre. El niño empieza a desarrollar un sentido de autonomía y a establecer límites con la madre. "En la fase de diferenciación, el bebé consolida su sentido de identidad separada de la madre. El bebé empieza a desarrollar un sentido de autonomía y a establecer límites con la madre." (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 10)

Fase de individuación (36-60 meses): En esta fase, el niño completa el proceso de separación-individuación. El niño se ha convertido en un individuo independiente con su propia identidad y autonomía. "En la fase de individuación, el bebé completa el proceso de separación-individuación. El bebé se ha convertido en un individuo independiente con su propia identidad y autonomía." (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 10)

La importancia de la separación-individuación es necesario para que el infante forje parte de su identidad y para el establecimiento de relaciones estables, sin embargo, este proceso podría parecer desafiante tanto para los padres como el niño ya que en esos momentos la forma de hacer esta separación podría traer consigo malestares de ansiedad y angustia al no entender por que motivos la madre se está alejando. De alguna forma los malestares que se manifiesten en este proceso darán pautas para el niño intentar comprender incluso el concepto de amor y establecer nuevas relaciones, lo importante aquí es destacar como se puede apoyar en este proceso, es decir, mediante el establecimiento de límites, comprensión, apoyo y fomento a la independencia sin que se viva en angustia o asilamiento. A través de esto es como se manifiestan malestares que podrían dar

paso a la instauración de diferentes patologías, en este caso la presencia de conductas alimentarias de riesgo podría estar vinculadas a este proceso, como es que se vive con los cuidadores primarios y como se manifiesta en la actualidad, con la familia, escuela, relaciones de pareja y consigo mismos, muchas de las veces se viven con culpa aunada la baja autoestima, depresión y ansiedad, como parte de la comorbilidad en diferentes patologías.

2.3 LA ADOLESCENCIA NORMAL ABERASTURY KNOBEL

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales significativos. Es un período de transición entre la infancia y la adultez, en el que el adolescente se separa de sus padres y desarrolla una identidad propia. La psicoanalista argentina Arminda Aberastury (1911-1990) desarrolló una teoría del desarrollo adolescente que se centra en el proceso de separación-individuación. Aberastury propuso que la adolescencia es una continuación del proceso de separación-individuación que comenzó en la infancia.

De acuerdo con la autora, la adolescencia normal se caracteriza por las siguiente:

1. Cambios físicos: Los adolescentes experimentan cambios físicos rápidos, como el desarrollo sexual, el crecimiento corporal y los cambios hormonales. Estos cambios pueden generar inseguridad y ansiedad.
2. Cambios emocionales: Los adolescentes experimentan cambios emocionales intensos, como la ira, la tristeza y la confusión. Estos cambios pueden dificultar la relación con los padres y otros adultos.
3. Cambios sociales: Los adolescentes empiezan a pasar más tiempo con sus amigos y a desarrollar su propia identidad. Esto puede generar tensión en la relación con los padres.

La adolescencia normal según Aberastury, es una etapa del desarrollo humano que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales significativos. Es un período de transición entre la infancia y la adultez, en el que el adolescente se separa de sus padres y desarrolla una identidad propia.

Aberastury acuñó el término "síndrome de la adolescencia normal" para describir los cambios físicos, emocionales y sociales que experimentan los adolescentes. El síndrome de la adolescencia normal incluye los siguientes síntomas:

- Resistencia a la autoridad: Los adolescentes pueden desafiar la autoridad de los padres y otros adultos.
- Desafío de los límites: Los adolescentes pueden probar los límites establecidos por los padres y otros adultos.
- Búsqueda de identidad: Los adolescentes pueden experimentar confusión sobre su identidad y su lugar en el mundo.
- Cambios de humor: Los adolescentes pueden experimentar cambios de humor repentinos y extremos.
- Fluctuaciones en la autoestima: Los adolescentes pueden experimentar fluctuaciones en la autoestima, sintiéndose a veces seguros de sí mismos y otras veces inseguros.

La adolescencia es una etapa normal y saludable del desarrollo humano. Es un período de transición en el que el adolescente se separa de sus padres y desarrolla una identidad propia. Los padres pueden apoyar a los adolescentes durante este período proporcionando comprensión, apoyo y límites, sin embargo, si no se vive de esta manera el adolescente manifestará una serie de cambios en los que debe tenerse mayor atención.

2.4 BASES PSICODINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Para el abordaje de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) desde una perspectiva psicodinámica, se encuentra en la obra de Joan Coderch, *Psiquiatría Dinámica*, capítulo XV: *Patología de la Alimentación*, un marco teórico fundamental para comprender los conflictos inconscientes que subyacen a estas manifestaciones.

Coderch (2001) propone que los trastornos alimentarios y por extensión las CAR no pueden reducirse a meras alteraciones conductuales, sino que constituyen expresiones simbólicas de dinámicas psíquicas no

resueltas, vinculadas a conflictos en la relación madre-hijo/a, Coderch retoma las teorías de M. Klein y D. Winnicot para señalar que las dificultades en la etapa oral (0-2 años) sugiere fallas en la contención materna o lactancia conflictiva puede generar fijaciones que pudieran ser expresadas posteriormente a través de la relación con la comida.

(Klein, 1937) introduce conceptos como “fantasma”, refiriéndose a representaciones internalizadas de figuras significativas, estos fantasmas pueden ser gratificantes o frustrantes que influirán en la manera de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Según Melanie Klein, “El objeto más importante en el mundo del bebé, es el pecho. Preocupado solo por la gratificación de las necesidades, un bebé está limitado a dos categorías importantes de experiencia: placer y dolor”. (Sollod, Wilson, & Monte)

Al ser el pecho el primer objeto de amor y odio, la frustración con la madre consigue generar fantasías agresivas con ella o consigo misma, por lo que se vinculan aquellos conflictos no resueltos con la figura de alimentación y se traduce en conductas alimentarias poco sanas y prácticas restrictivas, evitativas y purgativas.

El bebé experimenta el pecho como su primer objeto de constante deseo, lo ama cuando satisface, lo odia cuando frustra. De esta manera las distorsiones en su forma de comer y en la imagen pueden identificarse como internalizaciones negativas del propio cuerpo o de figuras parentales. Klein hablaría de la culpa y reparación, el niño siente culpa por sus impulsos destructivos hacia el objeto amado y busca repararlo, sin embargo, las conductas alimentarias de riesgo, pueden entenderse como intentos fallidos de reparar una imagen corporal dañada o una relación conflictiva con esas figuras primarias.

Winnicot, en cambio aborda el holding y la madre suficientemente buena, la madre funge como el sostén físico y emocional que le permite al niño desarrollar un self verdadero. Un falso self puede manifestarse como una distorsión, en este caso en la imagen del cuerpo e inclusive una distorsión con la forma de alimentarse.

“El sostén proporciona una red de seguridad para que el niño sobreviva a los temores iniciales y más aterradores.” (Winnicot, 1956)

De tal manera, la comida adquiere un valor transicional que no solo nutre el cuerpo, sino que representa el primer vínculo afectivo, cuando esta falla o es ambivalente, la alimentación se convierte en un campo de batalla psíquico. Así mismo, el autor enfatiza sobre la función paterna, la ausencia de esta función que es

entendida como aquella que introduce la ley y la separación contribuye a la indiferenciación cuerpo-madre, dificultando la autonomía.

Winnicott diría, “Muy pronto, además de sus otros problemas el niño tiene que reconocer que también está el padre al que hay que tomar en cuenta.” (Sollod, Wilson, & Monte)

Para Winnicott el padre aparece como una figura secundaria en el desarrollo temprano, se ve al padre como parte de la realidad externa que el niño o niña debe aceptar, por lo tanto, el padre representa la ruptura de la posesión exclusiva de la madre. El autor diría que la ilusión de la posesión exclusiva de la madre se disuelve en la desilusión de un objeto amoroso compartido. Klein diría, que el padre representa la ley que prohíbe la posesión exclusiva de la madre, su falla en esta función podría dar paso a dificultades para internalizar límites, desde patrones alimentarios, como atracones y conductas purgativas.

Con esto, resulta importante enfatizar de manera puntual las fallas en la función materna y la función paterna, en la primera, fallas en el sostén predispondría a una relación disfuncional con la comida, percibida como un objeto persecutorio o insatisfactorio. Fallas en la función paterna, es decir, la ausencia se relacionaría a la dificultad para internalizar límites, manejo de la impulsividad, esto conduciría a patrones alimentarios poco saludables e inestabilidad y distorsión de la misma imagen.

Con esto, resulta importante definir las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y comprender el porqué de su vinculación con conflictos psíquicos. Las CAR son aquellas alteraciones en los hábitos alimentarios, mismas que se encuentran relacionadas con sentimientos de angustia, culpa e insatisfacción con el cuerpo en la ingesta de alimentos, a comparación de los trastornos de conducta alimentaria, éstas tienen menor durabilidad y aunque poseen características similares, las CAR no son conductas diagnósticas ya que su presencia puede ser muy variada en cada individuo, sin embargo puede diferenciarse de los TCA por la intensidad, frecuencia y durabilidad. Otro de los conceptos que aborda el autor es acerca de las heridas narcisistas, en donde el cuerpo se convierte en el objeto de control compulsivo para compensar carencias afectivas, en el ámbito de la anorexia, Coderch plantea una negación de la sexualidad, al haber y buscar un adelgazamiento extremo se evita enfrentar la sexualidad adulta, por ello se habla de una manifestación de conflicto inconsciente intrapsíquico que torna en función de la pulsión sexual.

Joan Coderch, plantea la distinción de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), él refiere los trastornos de conducta alimentaria mantienen su origen por causas o enfermedades somáticas, por lo tanto, corresponden a un ámbito médico, sin embargo, las conductas alimentarias de riesgo se vinculan a problemas y/o situaciones psíquicas o emocionales, es decir, de causalidad psíquica y social, (Coderch, 2014).

Para Coderch los trastornos alimentarios y por extensión, las CAR, son expresiones simbólicas de conflictos inconscientes arraigados en la relación madre-hijo, de esta manera la comida adquiere un valor transicional, no solo nutre, sino que representa el primer vínculo afectivo. Cuando este vínculo es conflictivo, la alimentación se convierte en un campo de batalla psíquico, por ello es que la anorexia puede simbolizar un rechazo a incorporar un objeto malo o a dejar las necesidades dependientes, en cambio, el atracón en la bulimia, puede verse como el intento constante de llenar una falta. La distinción de Coderch es crucial para emplear una psicoterapia y no un tratamiento médico nutricional.

3.4 PSICOTERAPIA DE GRUPO

Scheidlinger y Slavson, 1953, definen la psicoterapia de grupo como un campo específico en el ámbito de las psicoterapias. Es una realidad condicionada, planificada estrictamente por el terapeuta, con miras a un objetivo terapéutico que tiene en cuenta la conveniencia de ese grupo para sus participantes. Proceso psicosocial en el que un psicoterapeuta experto, con entrenamiento adicional especializado en procesos de grupo, utiliza la interacción emocional en grupos pequeños, para reparar la salud mental enferma; es decir, para llevar a cabo la mejoría de las disfunciones de la personalidad en individuos seleccionados para este

propósito específico, caracteriza al grupo terapéutico como una organización microsociedad objetivamente describible; reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que tienen como objetivo la revelación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas. (Portillo, Bases de la terapia de grupo, 2015)

Ana María Fernández, en su obra *El Campo Grupal*, propone una elucidación crítica del concepto “campo grupal”, distinguiéndolo de una mera teoría sobre los grupos. Para la autora, lo grupal no se reduce a un objeto de estudio, sino que constituye una serie de situaciones y problemáticas que se ven atravesadas por perspectivas históricas, institucionales, políticas y sociales. Con esto, María Fernández enfatiza en una distinción fundamental, los grupos son conjuntos restringidos de personas con objetivos en común, en cambio, lo grupal se refiere a la trama de relaciones e intercambios subjetivos que se producen y reproducen.

Los tres momentos epistémicos en construcción de lo grupal:

1. El todo es más que la suma de las partes, se instituye así el dispositivo grupal como tecnología de intervención social y clínica.
2. Los organizadores grupales, aquí el grupo se concibe como un campo de descubrimiento y no solo de aplicación.
3. Hacia una epistemología de lo múltiple, se cuestiona la lógica del “objeto discreto” y se propone un enfoque transdisciplinario, donde lo grupal se piensa como un nudo de múltiples hilos teóricos y prácticos. (Fernández, 1989)

3.5 TERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO Y PROCESO DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Las técnicas fundamentales del psicoanálisis se aplican por igual al tratamiento individual y de grupo. El foco del análisis de la transferencia y resistencia para que mejore el funcionamiento del yo, al igual que para que se expanda el dominio del yo sobre la experiencia y conducta, caracterizan al tratamiento psicoanalítico en cualquiera de sus formas. Tanto en el tratamiento de grupo como en el individual, debe lidiarse con la resistencia de modo que la transferencia esté disponible para escrutinio analítico. Cuando la resistencia está determinada de manera caracterológica y aparece en combinación con la transferencia (es decir, cuando se incorpora dentro de las conductas y actitudes sintónicas, con patrón y duraderas del paciente), con frecuencia,

la modalidad de grupo es más efectiva en facilitar el proceso analítico que en la modalidad diádica, A pesar de que el enfoque técnico general y las metas del tratamiento psicoanalítico, tanto en el grupo como en la diada, son básicamente iguales, existen algunas diferencias que deben considerarse. Éstas incluyen las fuentes de datos, el aspecto de la regresión y el uso general del grupo como un contexto de tratamiento.

Los datos primarios en el tratamiento analítico son, en términos básicos, lo que el paciente dice, lo que hace y la forma en que es "de manera característica". Ningún "ello", "superyó" o "mecanismo de defensa" se presentan de manera observable o tangible. Éstos son constructos hipotéticos que se deducen de los datos conductuales (por ejemplo, palabras, acciones y comunicaciones corporales) que están disponibles, en un sentido empírico, ante el terapeuta. Es a partir de estos datos conductuales inmediatos que se derivan los conceptos explicatorios del material inconsciente y de las operaciones defensivas. Es claro que entre más de estos datos se tengan, es mejor. (Alonso & Swiller, 1995)

La psicoterapia grupo-analítica, desarrollada por S. H. Foulkes, representa un modelo teórico-clínico que integra influencias el psicoanálisis, la psicología de la Gestalt y la sociología. Su enfoque se distancia del psicoanálisis grupal clásico, proponiendo una terapia por el grupo, del grupo y con el grupo, donde el grupo mismo es el agente principal de cambio. Foulkes concibe al ser humano como un ser social, cuya subjetividad se constituye en y a través de la red de relaciones en la que participa.

“No se trata de un psicoanálisis de individuos en grupo, ni del tratamiento psicológico de un grupo por un psicoanalista, sino de una de psicoterapia por el grupo y del grupo, incluyendo al terapeuta.” (Foulkes, 1981)

Foulkes define la matriz grupal como la red de comunicaciones, relaciones y procesos inconscientes que se teje entre los miembros del grupo. Es un concepto dinámico y estructural que representa el campo donde ocurre el proceso terapéutico, por ende, se constituye el sustrato relacional desde el cual emergen los fenómenos observables.

Así mismo el autor introduce conceptos importantes, uno de ellos es la libre discusión flotante como equivalente grupal de la asociación libre psicoanalítica, a través de ella, los miembros expresan espontáneamente sus pensamientos, emociones y asociaciones, lo que permite que emerjan contenidos inconscientes. La comunicación es entendida como requisito del proceso analítico y los síntomas son vistos

como bloqueos en los sistemas de comunicación. Así mismo, se habla de red y plexus, de esta manera Foulkes entiende al paciente no como un ente aislado, sino como un nodo en una trama relacional, por lo tanto, diría que un desequilibrio en esa red (el plexus), que incluye a la familia y todas aquellas relaciones significativas. Con esto, el autor establece que en todo momento la actitud analítica será primordial, todo aquello que ocurra en el contexto grupal será materia analizable, por ende, la actitud se basa en la escucha activa, la abstinencia de juicios y la interpretación de los procesos grupales e individuales en el aquí y el ahora.

Foulkes establece elementos puntales para la selección, composición y duración del grupo. Para la composición se sugiere un número ideal de ocho personas, heterogeneidad diagnóstica, pero homogeneidad en el nivel educativo y social, el autor lo piensa como aspectos importantes sin que se evite el aislamiento de miembros, sin embargo, también considera el hecho de el acceso a distintos diagnósticos sin más de tres casos graves. El autor aborda dos tipos de grupos, grupo cerrado, en el que se inicia y se termina el proceso de manera conjunta, y el grupo abierto, en donde la entrada y salida de los miembros puede ser gradual. Con esto el autor elabora el proceso terapéutico y mecanismos de cambio, para Foulkes el cambio terapéutico se produce a través de la elaboración conjunta de conflictos en y con el grupo, el insight logrado a través de la interacción y la interpretación, la corrección emocional en la experiencia grupal y la traducción de síntomas en problemas verbalizables y con ello la resignificación.

3.6 EL GRUPO

El uso del grupo como entorno de tratamiento se ejemplifica mejor en el trabajo de Wolf y Schwartz (1962). Como seguidores rigurosos de los primeros modelos del psicoanálisis (topográfico, genético y económico), consideraban que la psicopatología se localizaba a nivel intrapsíquico, en función del material reprimido y conflictivo, cuyos aspectos específicos se esperaba que surgieran a la conciencia durante el tratamiento. El papel del analista consistía en "tomar el mando en la búsqueda de los procesos inconscientes mediante promover la asociación libre, el análisis de sueños, resistencia y transferencia" (Wolf y Schwartz, 1971, página 250). Debido a que el crecimiento y diferenciación del individuo era una de las principales metas del tratamiento, estos profesionales tendían a ser bastante cautelosos acerca de cualquier involucramiento con el grupo o con los llamados procesos grupales, a los que consideraban raticos. Más bien, veían al grupo tan sólo

como un conjunto de individuos interesados de manera mutua, que podían contribuir al tratamiento de un compañero miembro en cualquier variedad de formas, todas auxiliares. Podían escuchar y dar apoyo, empatía y sugerencias. También podían actuar como objetos alternativos de transferencia, pero no se esperaba que participaran en la transferencia o en su interpretación, que era un trabajo que se reservaba para el analista. (Alonso & Swiller, 1995)

El grupo como continente, Bion traslada su modelo de la función materna al ámbito grupal, así como la madre actúa como un continente para aquello que puede llegar a ser abrumador, el grupo terapéutico puede funcionar como un contenedor colectivo de angustias.

Bion postula que la madre, a través de su capacidad de reviere, metaboliza lo abrumador en el infante y se las devuelve en una forma digerible.

La elección de la teoría de Bion se justifica en lo siguiente:

- Bion, traslada su modelo de la función materna al ámbito grupal. Postula que, así como la madre funciona como "continente" de las emociones y ansiedades primitivas del bebé, el grupo terapéutico puede operar como un continente colectivo para las angustias, proyecciones y emociones crudas del grupo.
- El concepto central de "reverie", la capacidad materna de recepción y transformación de las experiencias emocionales del infante, encuentra su análogo grupal en la función contenedora del encuadre terapéutico y en la capacidad de metabolización del grupo en su conjunto.

La teoría bioniana del grupo como continente proporciona el sustento teórico-clínico que explica cómo el sentido del grupo puede facilitar la transformación de las CAR, entendidas como expresiones de conflictos psíquicos no elaborados, en experiencias emocionales susceptibles de ser pensadas, elaboradas e integradas desde la subjetividad del grupo.

3.8 PROCESO GRUPAL

El concepto de proceso grupal es crítico para la comprensión de una orientación que cultiva, de manera deliberada, al grupo como herramienta terapéutica. El término proceso grupal se refiere al producto de las interacciones espontáneas, verbales y no verbales, entre los miembros del grupo y su líder. En una extensión metapsicológica de la dinámica del individuo a la del grupo, Foulkes y Anthony (1965) describieron un proceso que llamaron "asociación grupal" como sigue:

En el grupo, las mentes de personas que se desconocen, con condicionamientos individuales totalmente diferentes, reaccionan y responden unas hacia otras. Sus respuestas, verbales o no verbales, conscientes o inconscientes, hacia las producciones de cada uno de ellos, pueden utilizarse como asociaciones aproximadas a un contexto común. Ahora tratamos a las asociaciones como basadas en el campo común de la comprensión instintiva inconsciente de cada uno. Aceptamos que las ideas y comentarios que expresan diferentes miembros tienen el valor de interpretaciones inconscientes.

El proceso grupal es la analogía más cercana dentro del entorno grupal al proceso de asociación libre en el ambiente diádico y el líder se dedica a facilitar este proceso a lo largo del tratamiento de grupo. El desenvolvimiento del proceso grupal se asemeja a aquel de la asociación libre, pero supera los límites intrapsíquicos y se mueve en un plano horizontal (entre miembros) y hacia un plano vertical (miembro o miembros hacia terapeuta). Incluye al conjunto completo de transferencia y resistencia, función y disfunción yoica y síntomas y defensas de carácter que se esperaba se manifestaran en el entorno individual intensivo. (Alonso & Swiller, 1995)

3.8 EL APARATO PSÍQUICO GRUPAL

El aparato psíquico grupal estrictamente, consideramos que hace referencia a un ámbito de representaciones compartidas de cuyas formas de construcción puede hallarse indicios en la situación grupal, y que aludirán justamente a la posibilidad de creación de significados, que no pueden ser tales sino a condición de que sean varios sujetos quienes participen de su inteligibilidad. Lo que para Kaës es evidencia de una estructura y funciones psíquicas que no radican en el sujeto individual, parece evidencia de la fuerza normativa del lenguaje como organizador de la experiencia de estar frente a otros, con otros, sin otros, sucesiva o alternativamente. Eventualmente, las funciones del aparato psíquico grupal nos refieren a la creación de sentidos, que por singulares o individuales que parezcan, están siempre soportados en una trama de significaciones que es por definición social (Kaes, 2009).

3.9 COTERAPIA, BASES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

La Coterapia según la autora Isabel Díaz Portillo, sus orígenes se remontan a las necesidades de enseñanza de los psicoterapeutas, sin embargo, lejos de su origen, la importancia de la psicoterapia de pares, la autora menciona que las ventajas de la coterapia permiten un aumento en la efectividad terapéutica (por ejemplo, un terapeuta sirve de continente y apoyo y el otro ataca e interpreta las defensas caracterológicas cuya ruptura genera montantes de angustia severos), así mismo, brinda el apoyo emocional recíproco permite mantener la objetividad y analizar sus sentimientos y contratransferencias, facilita la escisión bueno-malo, división muy conveniente al inicio del tratamiento con pacientes preestructurales, protege a los pacientes contra sus impulsos destructivos y también contra los del terapeuta único. La coterapia en instituciones evita el síndrome de stress en los terapeutas y en la práctica privada amortigua la soledad profesional. Así como incrementa el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas, favorece la investigación del proceso de tratamiento, la evaluación de las habilidades de los terapeutas y el análisis de los estilos de liderazgo. Los pacientes aprenden un modelo de relación adulta cuando contemplan diferir, sin violentarse, a sus terapeutas, iguales en poder y autoestima.

La cualidad de la relación entre los coterapeutas determina el curso de la terapia. La efectividad de la coterapia se incrementa cuando: a) La pareja no se selecciona por amistad o coincidencia, sino por compatibilidad, que no depende de la concordancia entre sus respectivas orientaciones teóricas, b) Se dialoga antes y después de la sesión con la finalidad de establecer una estrategia previa a la sesión y favorecer el tipo de comunicación que permite elaborar la contratransferencia y los problemas de la coterapia.

El funcionamiento del equipo terapéutico se encuentra estrechamente ligado con la transferencia y contratransferencia de sus integrantes. Todo obstáculo en su comunicación dificulta la evolución de la terapia. El diálogo interclínico permite detectar la porción transferencial no metabolizada, a través del intercambio de las percepciones y pensamientos sobre el grupo, la contratransferencia, los ecos históricos que despierta el material en cada uno, lo que se percibe en el compañero y la reacción que provoca en el otro, así como los sucesos del afuera que inciden sobre la vida de los coterapeutas. (Portillo, Bases de la Terapia de Grupo , 2000)

4.0 TEORÍA DE APEGO Y EL PSICODRAMA

La teoría del apego ha evolucionado y transformado la manera de comprender el desarrollo socioemocional y su abordaje en la práctica clínica, sus inicios remontan al psicoanálisis, a partir de ello, se introducen cambios significativos en varios de sus principios teóricos. Su fundamento se basa en conocimientos derivados de observaciones clínicas y estudios en áreas como la psicología del desarrollo, neurociencias, sociología y etología. Dicha teoría ofrece una nueva perspectiva de conocer y comprender las funciones de los vínculos afectivos entre los cuidadores primarios y los hijos e hijas, así como las relaciones que se establecerán a lo largo de las etapas de desarrollo del individuo.

Generalmente, la teoría del apego suele ser aplicada en la terapia psicoanalítica individual, sin embargo, se alinea con la psicoterapia grupal, incluyendo el psicodrama. Grandes pioneros como Moreno en el psicodrama y Foulkes en la psicoterapia de grupo, dieron paso a la creación de métodos grupales de intervención terapéutica. Por esta razón, Bowlby mantuvo un diálogo continuo con terapeutas de familia sistémicos y analistas de grupo. En la tradición de la psicoterapia de grupo (Foulkes, Moreno), se considera que el individuo es un nodo central dentro de una red de interacciones grupales (Marrone, 2014b, capítulo 13). Esto da lugar a un cambio hacia la psicología multipersonal, en lugar de la bipersonal. Así, la teoría del apego se alinea perfectamente con el psicodrama y su concepto de matriz sociométrica (Marrone, 2018).

Por ello, para comprender al individuo, es fundamental considerar el funcionamiento del grupo familiar en el que se desarrolló e integra.

3. MARCO LEGAL

3.1 CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS Y LOS PSICÓLOGOS MEXICANOS, FENAPSIME, 2018.

Por el desarrollo profesional, científico y la trascendencia social de la psicología, la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A. C. (FENAPSIME), establece una base deontológica para profesionales de la psicología, el propósito del presente Código de Ética fundamenta reglas de conducta profesional, a la par aporta orientación para las psicólogas y psicólogos dentro del ejercicio profesional de la Psicología en cualquiera de sus funciones.

De acuerdo con esta investigación se considera de manera puntual el apartado de principios éticos, comprende la autonomía, competencia, compromiso profesional y científico, confidencialidad, integridad, justicia y equidad, legalidad, respeto y defensa de los derechos humanos, responsabilidad y sustentabilidad. Así mismo el apartado de las Normas Éticas, el apartado VI sobre la investigación en Psicología, en la que se menciona en los artículos 94, 98 y 99, donde se sustenta que el profesional de la psicología llevara este ejercicio con respeto, dignidad y bienestar de los sujetos que participen, así como la solicitud de consentimiento informado a los participantes en donde se les exponga las implicaciones de su participación en el estudio. Así mismo establecen la solicitud de autorización a los sujetos para la publicación de resultados, cuidando primordialmente todos aquellos datos sensibles.

3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Los criterios establecidos en esta norma inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable. El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del

derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, etc., las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

3.3 DECLARACIÓN DE HELSINKI, PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS

La Declaración de Helsinki, emitida por la Asociación Médica Mundial, establece principios éticos que guían los procesos dentro de investigaciones médicas y psicológicas, principalmente en estudios que involucran seres humanos. Estos principios son esenciales cuando se trabajan temas y poblaciones vulnerables.

- **Consentimiento informado:** La Declaración de Helsinki subraya que los participantes deben dar su consentimiento informado antes de participar en cualquier estudio. Esto implica que los participantes deberán comprender plenamente los objetivos de la psicoterapia grupal, los métodos utilizados, y los posibles efectos tanto positivos como negativos de la intervención. Los participantes deben ser informados sobre la naturaleza de las conductas alimentarias de riesgo y cómo su participación en el estudio podría influir en su bienestar emocional y psicológico.
- **Confidencialidad y privacidad:** La Declaración de Helsinki enfatiza la importancia de proteger la privacidad de los participantes y de manejar los datos de manera confidencial. En este caso, los datos personales, así como los detalles sobre su imagen corporal, apego y conductas alimentarias, serán manejados con la máxima confidencialidad.
- **Minimización de riesgos:** Destaca que los investigadores deben evitar causar daño a los participantes. Dado que la investigación involucra a personas con conductas alimentarias de riesgo, es crucial que la psicoterapia grupal se implemente de forma cuidadosa para no generar efectos adversos, por lo que el cuidado de los datos y la misma preparación de las personas a cargo, permitirán el establecimiento del reglamento y el encuadre para su mayor seguridad.
- **Beneficios y riesgos equilibrados:** Establece que los beneficios para los participantes deben superar los riesgos involucrados en la investigación. En este estudio, los beneficios potenciales incluyen una posible resignificación de la imagen corporal y en los patrones de apego, mientras que los riesgos podrían incluir la exposición emocional durante la psicoterapia grupal, especialmente si los participantes enfrentan dificultades al tratar temas sensibles sobre su cuerpo y sus relaciones.

5.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.2.1. Conductas Alimentarias de riesgo

“La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de esta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados. Las CAR incluyen: atracones o episodios de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de

control al comer, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso, conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal.” (Saucedo Molina & Unikel Santocini, 2010)

Se comprenderá desde un punto de corte >10 en función del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) constituido por 10 ítems, el cual cuenta con una estructura de tres factores, que son: Atracón-purga (AP), conformado por cuatro ítems; Medidas compensatorias (MC), integrado por tres reactivos; y Restricción, que incluye los tres ítems restantes, para la identificación de conductas alimentarias de riesgo en los participantes, de esta manera determinar el nivel de riesgo presente. Integra una medida específica para evaluar la frecuencia, intensidad y duración de estas conductas.

5.2.2. Imagen corporal

Es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. La imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente, puede tornarse en parte preconscious y solo cuando se asocia al lenguaje consciente, el cual utiliza metáforas y metonimias referidas a la imagen del cuerpo, tanto las mímicas fundadas en el lenguaje, como en el lenguaje verbal.

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se le puede considerar como la reencarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal “Yo”, se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, del gozar frustrado, coartado o prohibido (castración en el sentido psicoanalítico, del deseo en la realidad). Por lo que ha de ser referida exclusivamente a lo imaginario, a una intersubjetividad imaginaria marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica. Es siempre inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional, y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones, (Dolto, 1986).

Toma de peso y talla mediante una báscula mecánica y cinta métrica para registrar la estatura hasta el milímetro más cercano, con el objetivo de obtener el índice de masa corporal (IMC) mediante el sistema métrico ($IMC = PESO/ALTURA^2$). El IMC es uno de los indicadores del estado nutricional que permite la

visualización de una imagen corporal alterada, alejada del ideal o dentro de un rango de normalidad con una percepción adecuada del propio cuerpo, de acuerdo con la tabla de Estado Nutricional de IMC que establece la OMS, 2010.

5.2.3. Apego

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultados el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo identificado que brinde protección y cuente con la accesibilidad de propiciar seguridad. La teoría del apego considera la tendencia de establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana. (Bowlby, 1993)

La conducta de apego es considerada como una clase de comportamiento social de importancia equivalente a la de la conducta de apareamiento. Los sistemas de comportamiento de apego se desarrollan en el niño como resultado de su adaptabilidad evolutiva en interacción con su entorno, en especial la interacción con la figura principal dentro de ese medioambiente, por lo común la madre, por ello el ser alimentado tan solo constituye una pequeña parte dentro del proceso de desarrollo de la relación de apego. (Ezquerro, 2023)

De acuerdo con la teoría de apego propuesta por John Bowlby y Mary Ainsworth, se definen 4 tipos de apegos principales; seguro, evitativo, ansioso y desorganizado, por lo que los últimos tres son considerados estilos de apego inseguros.

Cuestionario de Estilos de Apego en el Adulto, descrito como niveles de: confianza, inconformidad con el acercamiento, necesidad de aprobación, preocupación por las relaciones y relaciones como secundarias. Permite identificar la presencia o ausencia de apego en la relación de un sujeto con sus cuidadores primarios. Cuestionarios de Relación con la Madre (CRM), Cuestionario de Relación con el Padre (CRP), reflejará vinculación afectiva, seguridad emocional, búsqueda de proximidad, respuestas a la separación y forma de vinculación actual.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se enmarca en un diseño cualitativo y utiliza la teoría fundamentada como metodología. La teoría fundamentada, según Corbin y Strauss (2002), se deriva de datos recopilados de manera

sistemática y analizados a través de un proceso de investigación que facilite la recolección y el análisis de datos. En este contexto, la teoría emergente se construye a partir de las relaciones entre los procesos observados y el marco teórico revisado.

La muestra se compone por universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Chamilpa, seleccionados a través de un muestreo por conveniencia. Los participantes se eligen de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Estos criterios consideran, entre otros factores, la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Se incluyen estudiantes de ambos géneros, con edades comprendidas entre los 18 a 25 años. Para la intervención, el grupo psicoterapéutico se conformará de 4 a 12 participantes, un número que favorece los fenómenos grupales de acuerdo autores.

Para el diagnóstico y la selección de participantes, se aplicarán los siguientes cuestionarios: el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), (Unikel, Bojórquez, Carreño, 2004). Cuestionario de Relación con la Madre (CRM), el Cuestionario de Relación con el Padre (CRP), (Unikel, Bojórquez, Carreño, 2008). Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ), (Ahumada, 2011). Una vez realizada la fase de diagnóstico, se llevará a cabo la entrevista semiestructurada con los participantes seleccionados, dicha entrevista será aplicada en dos momentos, uno, previo a la intervención grupal, y dos, posterior a la intervención grupal.

La información obtenida se recopilará de manera sistemática y se analizarán a través de un proceso de investigación que facilite su recolección y análisis. Para el análisis de contenido, se transcribirá la información, se codificarán los fragmentos significativos, para posteriormente agrupar categorías, analizar los patrones e interpretación los resultados. La teoría emergente se desarrollará a partir de las relaciones observadas entre los datos y el marco teórico revisado (Corbin & Strauss, 2002).

Para garantizar la seguridad de los participantes en esta investigación, se implementará un proceso de obtención de consentimientos informados al inicio del estudio y durante la intervención. Siguiendo la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), que establece principios éticos para la investigación médica en seres humanos, se prestará especial atención a la protección del material humano y la información identificable. Se tendrán en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y

justicia, así como aspectos fundamentales como la autodeterminación, privacidad, anonimato y confidencialidad de los participantes.

Al finalizar el estudio, se enviará un informe breve de los resultados a todos los participantes que completaron los formularios. Además, se les proporcionará un directorio de instancias a las que puedan acudir para recibir la atención necesaria, así como un documento informativo sobre conductas alimentarias de riesgo.

3.2 PARTICIPANTES

Mujeres y hombres universitarios de 18 a 25 años de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, la selección de los participantes será mediante un muestreo por conveniencia, ya que serán elegidos por los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se definirá el trabajo con un grupo de 8 a 12 personas para la conformación del grupo psicoterapéutico.

3.3 ESCENARIO

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ubicada en Avenida Universidad 1001 Col. Chamilpa C.P. 62209, Cuernavaca, Morelos. La estructura arquitectónica de la facultad cuenta con un sótano de servicios escolares, dos plantas con aulas para licenciatura, una planta de espacios para posgrado, un auditorio, biblioteca y áreas comunes. Tiene un aproximado de 1000 estudiantes de licenciatura en psicología. Las edades que prevalecen en la población estudiantil van de los 18 a los 25 años principalmente, predominando el sexo femenino en la adscripción de la población estudiantil.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 INCLUSIÓN

- ✓ Se considerará aquellos casos que presenten un punto de corte de 7-10 como se establece en el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR; Unikel et al., 2004).
- ✓ Mujeres y hombres universitarios de 18 a 25 años, estudiantes de la UAEM, Campus Chamilpa.
- ✓ Con o sin diagnóstico reciente de TCA de riesgo leve a moderado.
- ✓ Que no se encuentren en proceso psicoterapéutico.

7.3.4 EXCLUSIÓN

- ✓ Personas que cuenten con algún diagnóstico de tipo médico, (diabetes, hipotiroidismo e hipertiroidismo).
- ✓ Personas que cuenten con algún diagnóstico de tipo psiquiátrico, (depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno límite de la personalidad, psicosis).
- ✓ Sujetos que se encuentren en tratamientos psiquiátrico, (medicación psiquiátrica como; estabilizadores del humor, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, etc.).
- ✓ Personas con consumo de algún tipo de sustancia adictiva.

3.5 INSTRUMENTOS

Los instrumentos se trabajarán mediante un tamizaje con mujeres y hombres universitarios de 18 a 25 años de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Chamilpa, el tamizaje permitirá seleccionar a los participantes mediante la aplicación del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), posteriormente los Cuestionarios de extensión del (CBCAR) de Relación con el padre y Relación con la madre y la aplicación del Cuestionario de estilos de Apego. Su administración será por medio de Formularios de Google Forms, los datos obtenidos serán respaldados y encriptados para la protección de la información mientras están en reposo en el ordenador del investigador, único responsable para su posterior procesamiento. Posterior al primer acercamiento a la población

Los cuestionarios por utilizar son autoaplicables o de autoregistro, de los cuales se reportarán propiedades psicométricas una vez aplicados, ambos instrumentos están validados para población mexicana mayor de 18 años. A continuación, se expondrá detalladamente las propiedades de los instrumentos a utilizar.

1. Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR): cuestionario de autoregistro desarrollado y validado en la Ciudad de México en estudiantes y pacientes con un TCA (Unikel, Bojórquez, Carreño, 2004). Su propósito se basa en la identificación de conductas anómalas en la alimentación. Es una escala tipo Likert, con un recorrido de respuesta; (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=frecuentemente y 3=muy frecuentemente) cuya suma se utiliza para obtener el punto de corte (>10). El CBCAR cuenta con una estructura de tres factores, que son: Atracón-purga (AP), conformado por cuatro ítems; Medidas compensatorias (MC), integrado por tres reactivos; y

Restricción, que incluye los tres ítems restantes. Este cuestionario fue desarrollado con base a los criterios diagnósticos de TCA del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) y validado en población mexicana por Unikel et al., quienes fundamentaron que la estructura tri-factorial del CBCAR explicó 64.7% de la varianza, con consistencia interna adecuada ($\alpha = .83$). (ANEXO 1)

2. Cuestionario de Relación con el Padre (CRP) y Cuestionario de Relación con la Madre (CRM): elaborado por Claudia Unikel Santoncini, Ietza Bojórquez Chapela y Silvia Carreño García, (2008). Las preguntas que se incluyeron en esta sección provienen de tres diferentes fuentes de información:
 1. Fueron elaboradas a partir de la información recopilada mediante entrevistas a profundidad; 2. Provinieron de la escala Drug Risk Scaledrs (Climent, Aragón y Plutchick, 1989), validadas por González-Forteza (1992) en adolescentes mexicanos, y 3. Surgieron de la escala de maltrato emocional de Marshall (1992), validada por Cervantes (1999) en mujeres mexicanas. Los cuestionarios identifican manifestaciones conductuales de afecto, maltrato emocional, control, apoyo y comunicación por parte del padre o de la madre hacia los hijos, así como por algunas características de los mismos progenitores. La escala se califica de 1 a 4 (4=nunca o casi nunca, 3=a veces, 2=con frecuencia, 1=con mucha frecuencia). En el cuestionario de la relación con el padre, las propiedades psicométricas son las siguientes; A partir del análisis factorial, la escala de relación con el padre quedó integrada por 24 ítems que se distribuyen en dos factores (Afecto y Autoritarismo-Crítica), con una varianza total explicada de 56% en 39 iteraciones (Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004). La escala obtuvo una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.94, y de cada factor entre 0.63 y 0.94. Para la interpretación, si la muestra son estudiantes universitarios se pueden usar los puntos de corte ≥ 46 y ≥ 48 para mujeres y hombres, valores altos indican una relación negativa con el padre. (Unikel Santoncini , Díaz de León Vazquez, & Rivera Márquez , 2017)

Cuestionario de Relación con la Madre, conformado por 24 preguntas, se constituye por dos factores, con un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.93, que explicaron 55.9% de la varianza total en cinco iteraciones. Ninguno de los 24 ítems que la conforman obtuvo un valor menor a 0.28 en la correlación de ítem-total. El primer factor, compuesto por 14 ítems, explicó 42.7% de la varianza y obtuvo una confiabilidad de 0.94; el segundo factor explicó 13.3% de la varianza con diez ítems y

obtuvo una confiabilidad de 0.91. Los ítems del factor 2 se agruparon de igual manera que en la escala original, dentro del factor de “afecto”. El factor 1 está compuesto por los ítems de “autoritarismo” y “crítica” de la escala original. (Unikel Santocini , Díaz de León Vazquez, & Rivera Márquez , 2017)

Los cuestionarios serán aplicados para la integración de información en cuanto a las relaciones que el participante tenga con los padres o cuidadores primarios, la información obtenida se integrará para el acercamiento a los tipos de apego que el participante presente, posteriormente los datos obtenidos serán considerados para el abordaje en la entrevista semiestructura. (ANEXO 2 Y 3)

3. El Cuestionario de estilos de apego (ASQ; Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994) adaptación por el Dr. Juan Pablo Ahumada Castillo Traducción y validación del cuestionario de Estilos de Apego en el Adulto (2011): Su propósito permite identificar los elementos que integran las dimensiones y los estilos de apego en el adulto, busca crear un método de medición que muestre los elementos que forman las dimensiones de apego en el adulto y el número de estilos que se necesitan para definir diferencias individuales esenciales. Este cuestionario consiste en 40 reactivos, los cuales se califican en una escala del 1 al 6 tipo Likert, con la solución de 5 factores, los cuales son descritos como niveles de: confianza, inconformidad con el acercamiento, necesidad de aprobación, preocupación por las relaciones y relaciones como secundarias. De acuerdo con revisiones previas los factores representan los estilos de apego. Cada rubro se califica en una escala del 1 al 6: 1= “totalmente en desacuerdo”, 6= “totalmente de acuerdo”. Se determinó la consistencia interna del instrumento mediante el alfa de Cronbach, el resultado fue de 0.823 para los 40 ítems que conforman el instrumento, esta elevada consistencia interna es similar a la encontrada por los autores del instrumento original en inglés en donde se reportó en 0.83. La validez interna del instrumento se realizó a través de un análisis factorial de los 40 ítems, se tomó como factores fijos los propuestos por el instrumento original. Se realizó una rotación varimax y se incluyó todo resultado menor a 0.40 para el análisis, posteriormente se verificó que los reactivos en español con carga factorial mayor a 0.40 correspondieran con los propuestos en el instrumento original. La solución de 3 factores representó el 39.2% de la varianza comparada con el 35.7 reportado por Feeney y Cols, mientras que la de 5 factores representó 47.551% de la varianza comparado con el 43.3% reportado en las propiedades psicométricas del instrumento original. (Ahumada Castillo, 2011)

(ANEXO 4)

4. Entrevista clínica semiestructurada: Se compone de 3 dimensiones:

1. Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con la imagen corporal, (Coderch, 2014): Esta dimensión incluye tres preguntas generales y ocho preguntas específicas, con el fin de explorar cómo las conductas alimentarias se vinculan con la percepción de la imagen corporal de los participantes.

2. Imagen corporal, (Dolto, 1986): Comprende tres preguntas generales y ocho preguntas específicas, que buscan indagar sobre la concepción que los participantes tienen de su propio cuerpo y cómo esta influye en su bienestar emocional y conductas.

3. Tipos de apego, (Bowlby, 1993): Esta dimensión está formada por cuatro preguntas generales y diecinueve preguntas específicas, cuyo objetivo es analizar los vínculos afectivos con la madre, el padre y/o los cuidadores primarios, así como el impacto de estos vínculos en la percepción de uno mismo y las conductas relacionadas con la imagen corporal.

El objetivo de la entrevista es profundizar en las características que ofrecen información sobre los vínculos afectivos familiares y la percepción de la imagen corporal de los participantes. A través de esta herramienta, se busca obtener datos clave que ayuden a entender cómo se construye la imagen corporal de cada participante. Para la elaboración de la entrevista, se tomaron en cuenta los siguientes elementos: la estructura familiar, el tipo de relaciones, la imagen corporal autopercebida y las conductas alimentarias de riesgo asociadas con la imagen corporal. (ANEXO 5)

3.6 PROCEDIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN

Este estudio se pretende realizar en las siguientes etapas:

Primera Etapa: Diseño

1. La primera etapa del proceso de investigación se centra en la elaboración detallada del plan de intervención. Esta fase inicial incluye la formulación y desarrollo completo de las sesiones del

protocolo de intervención, la definición de los objetivos por sesiones, y la selección de la metodología que se utilizarán para alcanzar los resultados esperados. Además, en esta etapa se establecerán los procedimientos para la recopilación de datos, los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, así como los aspectos a considerar para garantizar la ética y confidencialidad de la información obtenida.

2. Una vez estructurado el plan de intervención, el comité tutorial procederá a la revisión del protocolo. Durante este proceso de revisión, se evaluarán aspectos como la viabilidad, la relevancia de las actividades propuestas y la alineación con los objetivos de la investigación. Tras esta evaluación, si el comité lo considera adecuado, se procederá a la aprobación formal del plan de intervención, lo que permitirá avanzar hacia las siguientes fases del estudio.

Segunda Etapa: Captación y Aplicación (diagnóstico)

1. Consiste en el lanzamiento de la convocatoria para la identificación de conductas alimentarias de riesgo en universitarios de 18 a 25 años de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Campus Chamilpa. Dicha convocatoria establece podrán participar universitarios que identifiquen tener presencia de alguna conducta alimentaria de riesgo.

La convocatoria permanecerá abierta los meses de noviembre 2024-enero 2025, para el margen de captación de participantes de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se establece en el estudio, por lo que la convocatoria no tendrá un límite de personas a participar en la fase uno para la captación. La difusión de ésta será mediante correo institucional, Radio eUaem, redes sociales y grupos de Facebook, impresiones ubicadas en puntos estratégicos de la unidad académica de la UAEM, Campus Chamilpa.

2. Posteriormente se procederá a la primera aproximación de posibles participantes en la investigación mediante los siguientes instrumentos: 1. Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), 2. Cuestionario de relación con la madre, 3. Cuestionario de relación con el padre, se utilizarán las dos son extensión antes mencionadas del CBCAR de acuerdo con la autoría Unikel, y 4. Cuestionario de estilos de apego (ASQ), siendo el momento uno de la investigación.

3. Previo al llenado de los cuestionarios autoaplicables, se proporcionará la información concerniente al consentimiento informado y aviso de privacidad en el cual se especifica objetivos del estudio, implicaciones de este, autorización para el manejo y uso de los datos proporcionados con fines de la investigación; el participante podrá contestar los instrumentos siempre y cuando autorice y este de acuerdo en participar en el estudio. Una vez finalizada la aplicación, se calificarán los cuestionarios y se hará el procesamiento de información con el fin de identificar de acuerdo con sus puntajes aquellos que cubran los criterios de inclusión en el estudio para la conformación del grupo de intervención.
4. Una vez establecido el grupo psicoterapéutico, se procederá a la devolución de resultados vía correo electrónico a los participantes de la fase 1, proporcionándoles los resultados obtenidos, así como un documento informativo acerca de las CAR. En el mismo correo se les compartirá un directorio con instituciones u organizaciones públicas gratuitas donde podrán dar seguimiento si así lo desean. (Véase en anexos)

Tercer Etapa: Selección

1. Una vez identificados los participantes que cumplen con los criterios de inclusión para la conformación del grupo psicoterapéutico, se les contactará a través de los datos proporcionados (correo electrónico y/o número de celular) para invitarlos a participar en la investigación.
2. Se seleccionarán un total de doce personas que hayan aceptado participar en el grupo psicoterapéutico. Según Isabel Díaz Portillo, un grupo pequeño se compone idealmente de entre cuatro y ocho miembros, ya que este tamaño permite que cada participante reciba una atención adecuada. Sin embargo, se considerarán doce participantes para compensar posibles ausencias durante el proceso de intervención.
3. Las entrevistas semiestructuradas se llevarán a cabo en un período de dos semanas y tendrán una duración de entre una y dos horas. En estas entrevistas se abordarán los siguientes aspectos:
 - Objetivo: Indagar sobre la estructura familiar, tipos de relaciones, autopercepción y conductas alimentarias de riesgo asociadas a la imagen corporal. Las entrevistas individuales se programarán en un espacio asignado dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología, Campus Chamilpa.

- **Consentimiento Informado:** En la fase de diagnóstico por medio del formulario de Google Forms se proporcionará un primer consentimiento informado y aviso de privacidad, dentro de estos se detalla el nombre de la investigación, responsables, objetivo, duración de la intervención, y el uso anónimo de sus datos, mismos que serán utilizados exclusivamente para fines de la investigación, explicándoles las responsabilidades de los participantes dentro del grupo, así como el reglamento.

Cuarta Etapa: Intervención

5. **Metodología de trabajo:** La intervención con el grupo psicoterapéutico será llevada a cabo en un total de doce sesiones, las cuales se trabajarán de la siguiente manera: Sesión 1, 2, 3 abordaje de conductas alimentarias de riesgo, sesiones 4, 5, 6 abordaje de imagen corporal, sesión 7, 8, 9, abordaje de los tipos de apego y sesión 10, 11 y 12 abordaje del cierre grupal. Las sesiones serán dos veces a la semana con una duración de 90 minutos. Las sesiones grupales serán llevadas de manera presencial en instalaciones de la Facultad de Psicología, se considerará el trabajo en modalidad online cuando el grupo por complicaciones, temporada vacacional o por alguna otra circunstancia que no se pueda llevar a cabo de manera presencial para el seguimiento con el grupo, las sesiones virtuales se trabajarán mediante la plataforma de Google Meet, las ligas de acceso se compartirán vía WhatsApp o correo electrónico de la persona responsable a los participantes. En cada una de las sesiones se tomarán notas clínicas para el llenado de bitácoras, así como las relatorías correspondientes de cada sesión. Es relevante mencionar la importancia de la coterapia en el proceso grupal, por lo que el/la coterapeuta será un prestador de servicio de la licenciatura en psicología con formación y/o práctica en el trabajo con grupos psicoterapéuticos del CITPsi.
6. **Fase diagnóstica final:** Se llevará a cabo un diagnóstico tanto individual como grupal para evaluar las características y avances o retrocesos de los participantes y grupo antes y después de la intervención. En el diagnóstico individual, se aplicará por segunda ocasión la entrevista semiestructurada, la cual permitirá obtener información detallada sobre las experiencias, percepciones y emociones de cada participante en relación con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y tipos de apego. Por otro lado, el diagnóstico grupal se realizará mediante las relatorías de cada sesión psicoterapéutica, donde los participantes tendrán la oportunidad de reflexionar y compartir en conjunto

lo trabajado en cada sesión. A través del grupo se podrán reconstruir y expresar sus vivencias, permitiendo a los terapeutas identificar patrones y dinámicas comunes, así como el progreso colectivo. Además, al devolver al grupo lo trabajado en cada sesión, se fomenta la retroalimentación y la cohesión grupal, lo que facilita la integración de los aprendizajes en el proceso terapéutico y permite a los participantes visualizar los cambios a nivel grupal e individual.

Consideraciones éticas:

Para salvaguardar la seguridad de los partícipes en cada una de las fases del estudio, se les informará sobre los beneficios y riesgos asociados a su participación a través de los consentimientos informados presentados en diferentes momentos de la investigación/intervención. Estos documentos explicarán de manera concisa las implicaciones de su participación en la investigación, así como, el uso de sus datos con fines de investigación, garantizando la protección de todos los datos sensibles.

Se cumplirá con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, que establece que toda información personal y datos integrados en expedientes, fichas de identificación y notas clínicas deberán ser resguardados de manera encriptada por el investigador. Además, se seguirá el Código de Nuremberg (1947), que estipula que los participantes deben tener la capacidad legal para otorgar su consentimiento. Esto implica que deben encontrarse en una situación que les permita ejercer su libertad de elección sin coacción, fraude o engaño, y que poseen el conocimiento suficiente para tomar decisiones informadas sobre su participación.

En este contexto, se define a un sujeto vulnerable como aquel que:

- No tiene la capacidad legal para otorgar consentimiento, aunque puede atender el contenido de la información.
- Se encuentra en una situación de dependencia que limita su libertad para decidir participar, aunque pueda comprender la información y tenga la capacidad legal.
- Carece del conocimiento o comprensión necesarios sobre los aspectos relacionados con la investigación para tomar una decisión consciente.

Se seguirá también la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), que propone principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluyendo la investigación sobre material humano e información identificable. Se considerarán principios bioéticos como la beneficencia, autonomía y justicia, así como la autodeterminación, privacidad, anonimato y confidencialidad de los participantes.

Finalmente, se enviará a los participantes el informe de los resultados obtenidos de la fase postest, por medio de correo electrónico a todos aquellos que hayan participado en el llenado de formularios. Además, se les proporcionará un directorio de instancias de atención necesarias y un documento informativo sobre las conductas alimentarias de riesgo.

Quinta Etapa: Análisis de datos

El análisis de contenido se realiza a través de la teoría fundamentada, la teoría emergente se desarrollará a partir de las relaciones observadas entre los datos recopilados y el marco teórico revisado, siguiendo el enfoque propuesto por Corbin y Strauss (2002). Este enfoque permite que la teoría surja de los datos mismos. A medida que se analicen los datos, se buscarán conexiones y discrepancias que puedan ofrecer nuevas perspectivas sobre las conductas alimentarias de riesgo, la imagen corporal y el apego en los participantes.

El análisis incluirá varias etapas:

1. Transcripción de los datos: Una vez obtenidas las grabaciones de las entrevistas semiestructuradas individuales, se procederá a la transcripción de cada una de ellas, así como la preparación de la información obtenida de cada una de las sesiones, la información procesada y analizada se obtendrá de las audiograbaciones, bitácoras y relatorías grupales. La información se dividirá por participantes y de manera grupal.
2. Codificación inicial: En este paso se asignarán etiquetas a fragmentos de texto que representan conceptos o ideas clave. Este paso implica dividir los datos en unidades más pequeñas y etiquetarlas con códigos generales y/o descriptivos, obtenidos de fragmentos del texto relevantes.
3. Agrupación de códigos en categorías: Después de codificar la información obtenida, el siguiente paso es agrupar los códigos similares bajo categorías o temas más amplios. Estas categorías deberán reflejar los conceptos que emergen del análisis de la información.

4. Análisis de patrones y relaciones: Una vez definidas las categorías, se identificarán patrones o relaciones entre categorías, esto permitirá analizar la relación de las conductas alimentarias de riesgo, la imagen corporal y tipos de apego dentro de la investigación.
5. Interpretación de los datos: Una vez analizada la información, se vinculará la información con la pregunta de investigación y marco teórico, la finalidad de la interpretación de los datos es generar conclusiones y discusiones sobre como el grupo han vivido y percibido la intervención en función de la terapia focalizada en las variables del estudio.

6.7 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

	No. SESIÓN	TEMA/S	OBJETIVO/S	PROCEDIMIENTO	MATERIAL/TÉCNICAS	DURACIÓN
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	1	<p>Presentación y encuadre de Intervención.</p> <p>Tema inicial: Relación con la comida.</p>	<p>1. Establecer el encuadre de trabajo entre participantes y terapeutas para el desarrollo del programa de intervención.</p> <p>2. Analizar e identificar las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación actual con la comida, entre los participantes.</p>	<p>1. Se iniciará con la presentación de los terapeutas y objetivos de la intervención, abordando con el grupo el número de sesiones, duración, modalidad, así como, el conjunto de acuerdos en función del reglamento, lectura y llenado del consentimiento informado para la participación en la intervención. (15 min)</p> <p>2. Se preguntará al grupo que conocimiento tienen de las (CAR) y se procede con las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describirían su relación actual con la comida? (20 min) - ¿Qué emociones experimentan antes, durante y después de comer? (20 min) - ¿Qué situaciones identifican desencadenan 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio libre con las sillas ubicadas a manera de círculo. • Reglamento de trabajo • Consentimiento informado • Preguntas rectoras. 	90 minutos

				<p>a estas conductas? (20 min)</p> <p>3. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se sintieron en esta sesión? (5 min) - Dudas y comentarios sobre su participación en el grupo. (5 min) - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 		
2	Aparición y duración de las conductas alimentarias de riesgo.	Indagar en la aparición, duración y factores relacionados en las conductas alimentarias de riesgo con el grupo.	<p>1. La sesión se guiará por los terapeutas a través de las siguientes preguntas, permitiendo el análisis en el grupo propiciando el insight, mediante la asociación libre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Desde cuándo consideran se han manifestado estas conductas de alimentación en ustedes? (30 min) - ¿Con qué frecuencia se presentan estas conductas? (30 min) - ¿Qué influye para que aparezcan estas conductas? (30 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas rectoras. • Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de círculo. <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación libre • Elaboración • Focalización 	95 minutos	

				<p>2. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 		
	3	Pensamientos y recuerdos en relación con la comida.	<p>I</p> <p>Indagar sobre los pensamientos, sensaciones, temores manifiestos en relación con la forma de comer del grupo.</p>	<p>1. La sesión se guiará por los terapeutas a través de las siguientes preguntas, se convocará al grupo por medio del análisis con las mismas, a manera de que el grupo asocie su relación actual con la comida en función de sus etapas tempranas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué asocian con el momento de comer? (30 min) - ¿Cómo recuerdan eran los momentos a la hora de comer en casa? (30 min) - ¿Quién o quiénes generalmente les alimentaba en su infancia? (30 min) <p>2. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas rectoras • Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de circulo. <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación libre • Señalamiento • Elaboración 	95 minutos
IMA GEN COR	4	Construcción de la imagen corporal	Explorar la influencia de las figuras	<p>1. La sesión se iniciará brindándole a cada integrante del grupo una hoja con la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado con las sillas 	100 minutos

		primarias en la introyección de la imagen y esquema corporal del grupo.	<p>escala de los Trece dibujos impresos, se les pedirá observen cada una de las siluetas, se les brindarán 5 minutos y posteriormente se guiará la sesión con las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué silueta se identifican y cual desearían tener? (30 min) - ¿Qué recuerdan les decían frecuentemente sus padres o cuidadores acerca de su cuerpo? (30 min) - ¿Cómo se sienten consigo mismos y su imagen corporal? (30 min) <p>3. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 	<p>ubicadas a manera de circulo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de los Trece Dibujos del Contorno de la Figura(13-CS). Véase Anexo 10 (Figura 1). • Figuras impresas. • Preguntas rectoras <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focalización • Identificación • Elaboración • Señalamiento • Intervención vertical y horizontal • Fortalecimiento 	
5	Evolución de la imagen corporal a lo largo de las etapas	Abordar el desarrollo de la imagen corporal y su introyección conforme las distintas etapas de crecimiento.	<p>1. Se iniciará la sesión con una serie de preguntas enfocadas en la evolución de su imagen corporal. Durante la sesión los terapeutas abordarán las preguntas focalizadas promoviendo el insight en el grupo, identificando mediante sus discursos para la elaboración de intervenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de circulo. • Preguntas rectoras <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación libre • Señalamiento 	95 minutos

				<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo recuerdan se sentían con su cuerpo cuando eran niños? (30 min) - ¿De qué manera les nombran? (30 min) - ¿Cómo describirían su adolescencia, como vivían su cuerpo? (30 min) <p>2. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención • Elaboración • Fortalecimiento • Transferencia 	
6	Imagen corporal autopercebida	Indagar en la relación que el grupo tiene con su cuerpo y percepción de sí mismos.	<p>1. La sesión se focalizará en la elaboración e identificación consciente de sí mismos para indagar en la concepción de sí mismos, a través de la intervención de los terapeutas se pretende devolver al grupo para reelaborar el contenido inconsciente que pudiera salir a través de la actividad, el fortalecimiento y la introyección serán fundamentales.</p> <p>2. Se le pedirá al grupo se siente en círculo sobre el piso, posteriormente se le entregará a cada uno una</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado, libre de objetos. • Plumas y hojas • Preguntas rectoras <p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focalización • Asociación libre • Elaboración • Intervención • Transferencias 	90 minutos	

				<p>hoja y pluma. Las indicaciones son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Escribir en la hoja su respuesta en función de las preguntas que les realizarán los terapeutas. 4. Descríbete a ti mismo, mencionando que te gusta y no te gusta de ti. (10 min) 5. ¿Cómo les describen los demás? (10 min) 6. ¿Con qué de lo que dicen los demás están de acuerdo y en desacuerdo? (10 min) 7. ¿Si pudieran qué cambiarían de ustedes? (10 min) <ol style="list-style-type: none"> 3. Al finalizar las preguntas se pedirá comenten las respuestas de sus preguntas provocando en el grupo la expresión de emociones y sentimientos relacionadas a su imagen. (45 min) 4. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo: ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 		
TIPO S DE APE	7	Relaciones con los	Representar la relación del grupo con sus redes vinculares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se planteará la actividad con el grupo para la dramatización del átomo 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado, libre de objetos. 	90 minutos

		padres y/o familia.	significativas y el impacto de sus dinámicas interpersonales.	<p>social, el grupo se sondeará los papeles a desempeñar o los terapeutas los designaran. Una vez designados, el protagonista se pondrá en el centro del círculo y sus seres significativos a diferentes distancias de él, simulando el lugar que ocupa cada uno a su alrededor. Posteriormente se analizará la vivencia del entorno social en etapas tempranas y actuales.</p> <ol style="list-style-type: none"> El grupo identificará su rol en la actividad y lo desempeñará como desee, de tal manera que el lugar que ocupe cada uno será significativo propiamente. La actividad permitirá la asociación de sus vínculos y la introyección de consciente de éstas. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo: <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dramatización del átomo social Elaboración Señalamiento Transferencias al grupo y terapeutas 	
8	Los vínculos en las relaciones	Conocer las formas en que el grupo se vincula con sus		<ol style="list-style-type: none"> La sesión dará inicio con las preguntas rectoras que los terapeutas irán guiando. Los terapeutas abordarán el tema de las relaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de círculo. Preguntas rectoras 	90 minutos

			relaciones familiares y sociales.	<p>indagando en los vínculos y sus formas de establecerse, a través del discurso del grupo los terapeutas realizarán señalamientos e intervenciones del contenido inconsciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué sienten cuando alguien se aleja de ustedes? - ¿Qué piensan cuando alguien no demuestra afecto? - ¿Cómo les hace sentir perder el interés en personas? - ¿Cómo les hace sentir que alguien pierda el interés en ustedes? - ¿De qué manera actúan y demuestran sus sentimientos con y para los demás? <ul style="list-style-type: none"> • Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo: ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (5 min) 	<p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación libre • Señalamiento • Identificación • Intervención • Confrontación 	
	9	Relación con los otros y el comer		1. La sesión dará inicio con las siguientes preguntas rectoras que los terapeutas guiarán.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado con las sillas 	95 minutos

			<p>Conocer como el grupo se relaciona con los demás en el contexto de la alimentación, explorando los vínculos emocionales y dinámicas interpersonales asociadas.</p>	<p>2. Los terapeutas iniciarán focalizando el tema mediante las preguntas, indagando en la relación que tienen con el comer y con sus relaciones interpersonales, de esta manera conocer como sus experiencias tempranas pueden influir en comportamientos alimentarios, propiciando el insight.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Hubo algún evento o situación significativa en su vida que consideren pudo haber influido en su relación con el comer? (30 min) - ¿Cómo describirías tu forma de comer con tu estado emocional? - ¿Con todo lo que han mencionado anteriormente, consideran su forma de relacionarse con los demás podría ser similar a esa relación con la comida? (30 min) <ul style="list-style-type: none"> • Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en 	<p>ubicadas a manera de círculo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas rectoras <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación libre • Identificación • Elaboración • Interpretación • Transferencias 	
--	--	--	---	---	--	--

				<p>una frase corta o palabra? (5 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> Una vez nombrada la sesión, se le recordará al grupo acerca de la etapa (Postest) de la intervención en la que tendrán que contestar por segunda ocasión los cuestionarios de Google Forms. 		
CIEREE	10	Cierre grupal de la variable: Conductas alimentarias de riesgo	Facilitar un cierre significativo en el grupo psicoterapéutico centrado en las conductas alimentarias de riesgo.	<p>1. Se abordará la primera sesión de cierre, preguntando inicialmente sobre el sentido, pensamiento y emociones en función de su participación con el grupo. A través de intervenciones verticales (hacia un paciente) horizontal (hacia el grupo), propiciando el insight que permita la identificación de contenido inconsciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se han sentido con el grupo? (20 min) ¿Qué les ha hecho sentir y pensar el grupo? (20 min) <p>2. Posteriormente se les preguntará en función del tema de conductas alimentarias, dando paso a la elaboración y evocación a través del insight del grupo, permitiendo la expresión dentro del grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de círculo. Preguntas rectoras <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación Elaboración Intervención Devolución 	90 minutos

				<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se sienten respecto a los temas en relación con las conductas alimentarias de riesgo? (20 min) - ¿Cómo fue para ustedes abordar el tema? (20 min) <p>3. El terapeuta devolverá al grupo lo trabajado de acuerdo con la variable de las CAR, clarificando de acuerdo con las participaciones del grupo.</p> <p>4. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (10 min) 		
11	Cierre grupal de la variable: Imagen corporal.	Facilitar un cierre significativo en el grupo psicoterapéutico centrado en la imagen corporal.	<p>1. Se conducirá la sesión relacionando la presencia de las CAR en relación con la imagen corporal, logrando en el grupo la identificación y en todo caso la introyección de la imagen y el esquema corporal.</p> <p>2. Dentro de la segunda sesión de cierre, los terapeutas guiarán mediante las siguientes preguntas rectoras:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de circulo. • Preguntas rectoras <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación • Elaboración • Intervención • Devolución 	90 minutos	

				<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se sienten respecto a los temas en relación con la imagen corporal? (30 min) - ¿Cómo les hizo sentir expresarlo con el grupo? (30 min) <p>3. El terapeuta devolverá al grupo lo trabajado de acuerdo con la variable de la imagen corporal, clarificando de acuerdo con las participaciones del grupo.</p> <p>5. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (10 min) 		
12	Cierre grupal de la variable: tipos de apego y cierre final de la intervención	Facilitar un cierre significativo en el grupo psicoterapéutico centrado en los tipos de apego.	<p>1. Se iniciará la sesión escuchando al grupo sobre el cómo se sienten con el cierre final del grupo psicoterapéutico. La forma en la que los integrantes del grupo manejan su despedida refleja la manera de lidiar con la separación en otras relaciones, por lo que se hará una devolución del trabajo realizado, interpretando e interviniendo de manera</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio cerrado con las sillas ubicadas a manera de círculo. • Preguntas rectoras <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Señalamientos en cuanto a los avances del grupo. • Orientación • Devolución 	90 minutos	

				<p>vertical u horizontal. (30 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué consideran aprendieron dentro del grupo? (20 min) - ¿Qué se llevan y que dejan en el grupo? (20 min) <p>2. Unos minutos antes de finalizar la sesión se le preguntara al grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo nombrarían la sesión del día de hoy en una frase corta o palabra? (10 min) <p>3. Los terapeutas agradecerán al grupo por su participación, posterior a esta sesión final se les proporcionará el informe con sus resultados finales del postest del estudio, así como un directorio con espacios públicos, gratuitos y un documento informativo por medio de sus correos electrónicos.</p>	
--	--	--	--	---	--

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 PARTICIPANTES

EDAD	SEXO	FACULTAD	SEMESTRE
20	Femenino	Psicología	Sexto
22	Masculino	Instituto de Ciencias de la Educación	Sexto
21	Femenino	Contaduría, Administración e Informática	Octavo
21	Femenino	Contaduría, Administración e Informática	Séptimo
23	Masculino	Psicología	Noveno
21	Femenino	Facultad de ciencias químicas e ingeniería	Tercero

La tabla 4.1 muestra datos demográficos sobre los seis participantes, se incluye, edad, sexo, facultad y semestre. Las edades de los participantes oscilan entre los 20 y 23 años. Cuatro de los participantes corresponden al sexo femenino y dos de sexo masculino. En cuanto a las facultades, dos de ellos pertenecen a Psicología, dos de Contaduría, Administración e Informática, uno de ellos pertenece al Instituto de Ciencias de la Educación. Los semestres reportados incluyeron de sexto a noveno semestre.

4.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS

En esta sección se presentan los resultados del análisis cuantitativo de los datos recopilados, con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención en la variable de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Para las comparaciones pres-post de la intervención, se utilizó la prueba W Wilcoxon, una prueba no paramétrica adecuada para comparar dos mediciones relacionadas de una misma muestra.

Análisis Comparativo Pretest-Postest Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)

Se llevo a cabo una serie de pruebas de Wilcoxon para examinar las diferencias en las puntuaciones de la variable de estudio CAR antes y después de la intervención. Los resultados se detallan a continuación por cada factor que conforma el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), tres factores: Atracón-Purga, Medidas Compensatorias, Restricción:

- ***Cambios en Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR):***

Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de CBCAR_POST Y CBCAR_PRE ($Z = -2.214$, $p = .27$). Esto sugiere que la intervención tuvo un efecto significativo en las conductas alimentarias de riesgo.

- ***Cambios en el factor Atracón-Purga:***

Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de Atracón-Purga_Post y Atracón-Purga_Pre ($Z = -2.226$, $p = .026$). Este hallazgo indica que la intervención influyó positivamente en la reducción de los comportamientos de atracón purga.

- ***Cambios en el factor Medidas Compensatorias:***

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de Medidas Compensatorias pre-post ($Z = -1.732$, $p = .083$). Esto sugiere que la intervención no produjo un cambio significativo en las medidas compensatorias asociadas a los de medidas compensatorias.

- ***Cambios en el factor Restricción:***

Se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de Restricción_Post y Restricción_Pre ($Z = -2.032$, $p = .042$). Este resultado indica que la intervención tuvo un impacto significativo en los niveles de restricción.

Análisis de los cuestionarios Relación con la madre y Relación con el padre

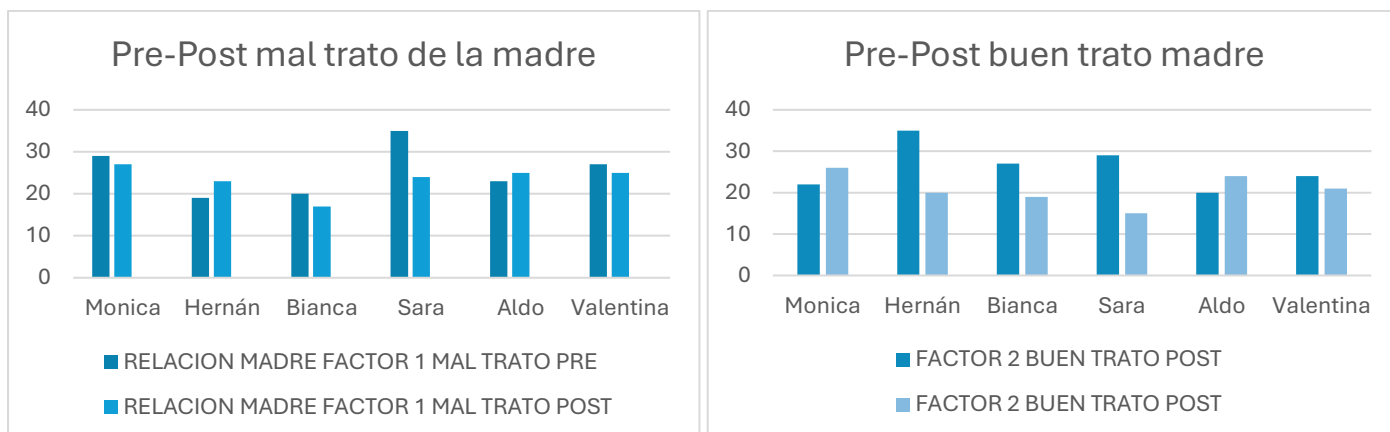
En los Cuestionarios de Relación con el Padre (CRP) y Cuestionarios de Relación con la Madre (CRM) (Unikel, Bojórquez & Carreño, 2008), el análisis se centró en dos dimensiones clave: Factor 1. Buen trato y Factor 2. Mal trato por parte de las figuras parentales.

Los resultados reflejan variaciones en la percepción del trato recibido, observándose una tendencia hacia una mejora en la calidad de la relación, especialmente en algunos participantes que pasaron de percibir un mal trato a un buen trato por parte del padre. Sin embargo, debido a la diversidad en las dinámicas familiares de los participantes (algunos no contaban con ambas figuras parentales), estos hallazgos deben interpretarse con precaución, ya que no son generalizables a todo el grupo.

Aunque los datos sugieren cambios positivos en la interacción con las figuras parentales, no es posible atribuirlos exclusivamente a la intervención, dado que otros factores externos pudieron influir. No obstante, estos resultados se abordarán de manera cualitativa en lo reportado dentro de las sesiones con el grupo psicoterapéutico.

Tablas. Factor 1 y 2 Pretest-Postest Relación con la madre.

Las tablas muestran que para la mayoría de los participantes sugieren una tendencia general a un aumento en la percepción de buen trato materno después de la intervención.



Tablas. Factor 1 y 2 Pretest-Postest Relación con la madre.

Las tablas muestran que las puntuaciones para algunos participantes, las puntuaciones post-intervención fueron muy similares o ligeramente inferiores a la pre-intervención, sugiriendo que la intervención no tuvo un impacto visualmente claro en la mejora de la percepción de buen trato por parte del padre.

Tabla 1.

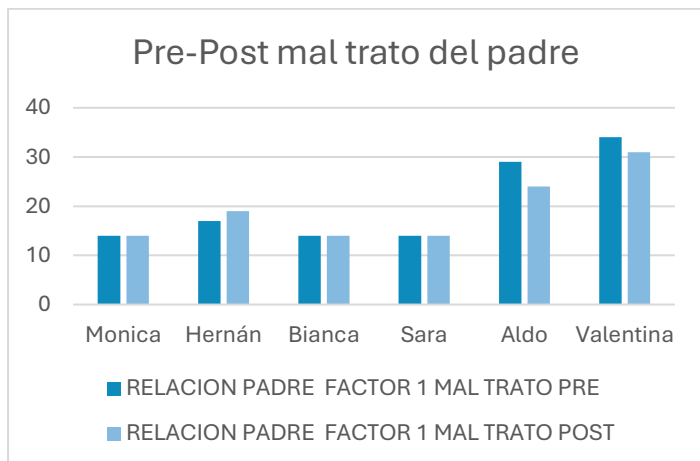
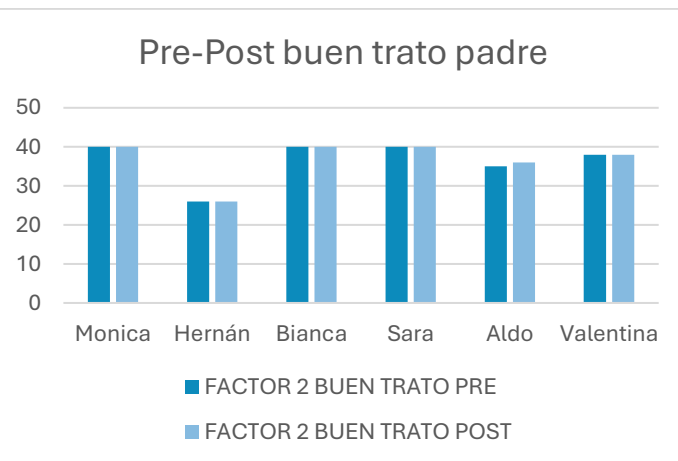


Tabla 2.



Análisis del Cuestionario Estilos de Apego en el Adulto.

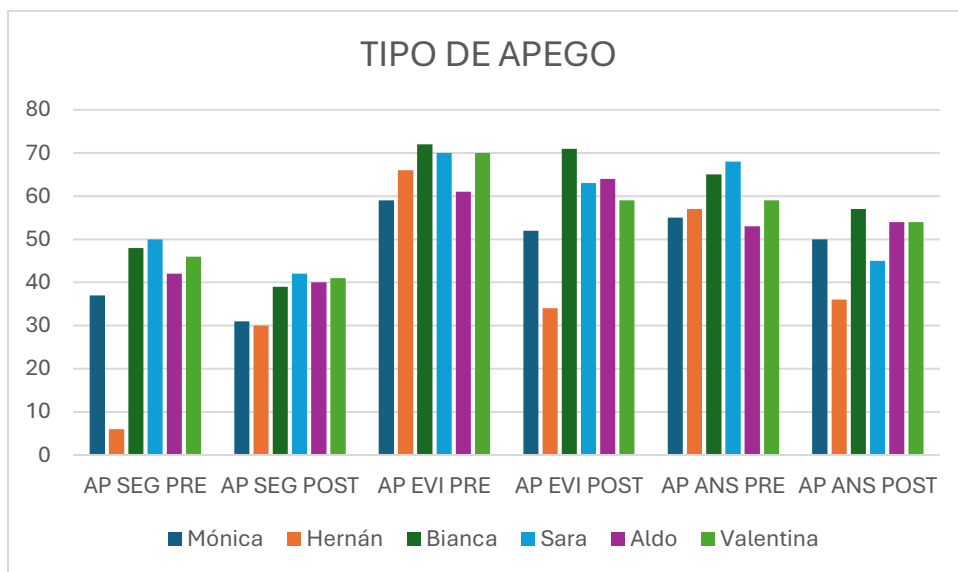
En el momento Pretest de la intervención, la mayoría de los participantes (n=5) fueron categorizados con un estilo de apego evitativo (Mónica, Bianca, Sara, Aldo, Valentina), mientras que un participante (n=1) presentó un estilo de apego ansioso (Hernán). No se identificaron participantes con un tipo de apego seguro como predominante al inicio de la intervención. Para el momento Postest de la intervención, todos los

participantes (n=6) fueron categorizados con un estilo de apego evitativo. Este cambio sugiere que, aunque las puntuaciones dimensionales pudieran variar, el estilo de apego predominante para todos los participantes convergió hacia el apego evitativo.

Tabla 3. Comparación Pretest-Postest de los Tipos de Apego

PARTICIPANTES	AP SEG PRE	AP EVI PRE	AP ANS PRE	AP SEG POST	AP EVI POST	AP ANS POST	TIPO EN PRE	TIPO EN POST
Mónica	37	59	55	31	52	50	Evitativo	Evitativo
Hernán	6	66	57	30	34	36	Evitativo	Ansioso
Bianca	48	72	65	39	71	57	Evitativo	Evitativo
Sara	50	70	68	42	63	45	Evitativo	Evitativo
Aldo	42	61	53	40	64	54	Evitativo	Evitativo
Valentina	46	70	59	41	59	54	Evitativo	Evitativo

Tabla 4. Tipos de Apego en los participantes Pretest-Postest



4.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

Los datos de la presente sección detallan los hallazgos cualitativos obtenidos mediante el Análisis de Contenido manual de los datos recabados en la fase Pretest-Postest de la Entrevista Semiestructurada y de las doce sesiones de Intervención con el Grupo Psicoterapéutico. Los resultados se organizan en torno a las dimensiones: Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), Imagen Corporal y Tipos de Apego, con las cuales se buscan proporcionar una comprensión profunda de los efectos de la psicoterapia grupal en universitarios con conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal y los tipos de apego.

El análisis de contenido se realizó a partir de las grabaciones de audio de las entrevistas semiestructuradas de la fase Pretest-Postest de la intervención, así como de las relatorías y bitácoras realizadas de las 12 sesiones.

RESULTADOS FASE PRETEST-POSTEST DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Esta sección presenta los hallazgos cualitativos obtenidos mediante un análisis de contenido comparativo de las entrevistas semiestructuradas realizadas en las fases pretest y postest de la intervención. El objetivo es analizar los efectos, continuidades y relaciones identificados en los participantes, tomando como eje tres dimensiones abordadas en las entrevistas: Conductas Alimentarias de Riesgo, Imagen Corporal, y Tipos de Apego.

El proceso de análisis se realizó de la siguiente manera: primero, se examinaron las respuestas de manera individual, pregunta por pregunta, dentro de cada dimensión. Posteriormente, se identificaron y definieron categorías, interpretando sus significados. Finalmente, se compararon los resultados entre las fases pretest y postest para evaluar efectos.

DIMENSIÓN

PREGUNTAS

Conductas Alimentarias de Riesgo	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo describirías la relación que tienes con la comida?2. ¿Qué emociones o sentimientos sueles experimentar antes, durante y después de las comidas?3. ¿Qué significado tienen para ti las distintas comidas del día, como el desayuno, el almuerzo y la cena?
Imagen Corporal	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo te sientes cuando piensas en tu cuerpo?2. ¿Qué pensamientos generalmente tienes sobre tu imagen?3. ¿Qué aspectos de tu cuerpo te gustan más, cuales menos y por qué?
Tipos de Apego	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo describirías la relación con tus cuidadores (mamá, papá o quién fungió como cuidador) cuando eras pequeño?2. ¿Con qué cuidador consideras tener un vínculo cercano?3. ¿Con qué cuidador consideras tienes una relación que te brinda bienestar o malestar y por qué?

4. Describe la relación que tienes con las personas que te rodean. ¿Qué aspectos consideras importantes para que estas relaciones sean buenas o malas?

Dimensión 1: Conductas Alimentarias de Riesgo

Pretest.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se vinculan a problemas y situaciones psíquicas o emocionales, es decir, de causalidad psíquica y social. Entre las CAR se incluyen la práctica de atracones, dietas restrictivas, uso de laxantes, ayunos, práctica excesiva de ejercicio y vomito autoinducido. A continuación, se presentan las categorías identificadas en la primera dimensión del estudio: Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR).

Pregunta 1. ¿Cómo describirías la relación que tienes con la comida?

Se destacan las siguientes categorías: Placer-displacer ante la ingesta, Conducta restrictiva y Episodio recurrente de atracón. Se entiende como placer-displacer ante la ingesta a la dualidad ligada con la forma de comer, por un lado, aparece un gusto o placer por la comida y por el otro una aversión o rechazo, *Hernán “Es una relación de amor odio”*. Se refiere con Conducta Restrictiva a los patrones de alimentación en los que se limita la cantidad o algún grupo de alimentos que se consuma, se asocia a la preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal, *Bianca “Si solo como estas 2 comidas yo estoy bien, no necesito más y así me conservaría y chance y bajaría más de peso”*. Se entiende por Episodio recurrente por Atracón a los episodios que cumplen con comer una cantidad significativamente grande en un periodo de tiempo y una sensación de pérdida de control ante la ingesta, *Sara “A veces cuando me siento muy ansiosa o me siento triste me atarrago de chocolates o empiezo a comer compulsivamente”*. La frecuencia de la categoría (Placer-displacer ante la ingesta) se presentó en un participante, en la categoría de (Conducta restrictiva) se repitió en tres de los seis participantes y la categoría (por Episodio recurrente por Atracón), se presentó en dos de los seis participantes.

Pregunta 2. ¿Qué emociones o sentimientos sueles experimentar antes, durante y después de las comidas?

Las categorías identificadas fueron las siguientes: Culpa Post-ingesta, Supresión alimentaria ante emociones displacenteras, Compulsión alimentaria ante situaciones displacenteras y Ansiedad anticipatoria ante la ingesta. Se entiende por Culpa Post-ingesta a la sensación abrumadora de remordimiento y tristeza que surge inmediatamente después de alguna comida actuando como una consecuencia emocional ante la ingesta,

Hernán “Después de comer pues me siento triste, enojado y frustrado”. La categoría Supresión alimentaria ante emociones displacenteras se define como la reducción o eliminación intencional de la ingesta de alimentos como una respuesta a la presencia de emociones intensas, *Bianca* “Me siento bien cuando como, pero si estoy muy enojada, no como, si estoy muy triste, no como, hasta la comida chatarra siento que me cae bien mal en esos momentos”. Compulsión alimentaria ante situaciones displacenteras se puede definir como la tendencia a comer de forma continua al experimentar un estado de malestar, lo que conduce a una sensación de saciedad insuficiente y una necesidad persistente de seguir comiendo, *Mónica* “Cuando estoy en mi casa sola, estoy picoteando cosas y ya después de comer digo ya comí mucho, más lo que pique, pero a veces siento que ya no me lleno, sé que comí bien, pero siento que todavía necesito”. La categoría de Ansiedad anticipatoria ante la ingesta se entiende como un estado de inquietud que se experimenta antes de comer caracterizado por una necesidad de comer independientemente de las señales de hambre, *Sara* “Creo que ansiedad, necesito ya comer, ya ahorita voy a comer, qué voy a comer, tengo la sensación de que ya lo quiero, creo que es eso, como que siento mucha ansiedad porque lo quiero yo”. La frecuencia de las categorías fue de esta manera: Culpa Post-ingesta se presentó en tres participantes, Supresión alimentaria ante emociones displacenteras se presentó en un participante, Compulsión alimentaria ante situaciones displacenteras un participante y Ansiedad anticipatoria ante la ingesta un participante.

Pregunta 3. ¿Qué significado tienen para ti las distintas comidas del día, como el desayuno, el almuerzo y la cena?

Las categorías emergentes fueron: Satisfacción e insatisfacción al comer, Omisión en la necesidad de alimentación, Privación de la alimentación, Ansiedad y control ante la forma de alimentarse y Aversión alimentaria. Se entiende por Satisfacción e insatisfacción al comer al placer acompañado por sentimientos de culpa lo que sugiere una internalización de normas o expectativas sobre la alimentación y el cuerpo, *Hernán* “Me gusta mucho comer, siempre estoy pensando en comida, y mientras como me siento bien, me gusta, pero después de haber comido mucho siento culpa”. La categoría Omisión en la necesidad de alimentación se entiende como la capacidad del individuo para suprimir las señales de hambre en periodos prolongados que se ve influenciado por factores internos y externos, *Aldo* “Puedo pasar todo el día sin comer y no me siento cansado, de hecho, siento más energía”. Ansiedad y control ante la forma de alimentarse se entiende como la

preocupación constante para gestionar o restringir su ingesta que a menudo se ve impulsado por el miedo a la pérdida de control, *Mónica* “*Yo siempre estoy pensando en comida, solo hago una comida completa y trato de yo siempre traer mi comida para que no se me antoje lo que venden en la uni*”. Se entiende por Aversión alimentaria al rechazo y desagrado hacia ciertos alimentos o momentos de ingesta que conduce a la omisión de comidas específicas, *Sara* “*No desayuno, nunca he desayunado, me mucho asco la comida en la mañana, y en las tardes es como para satisfacer el deseo de comer y en las noches no ceno a veces. A menos que sea como algo dulce*”. La frecuencia de dos participantes se identificó en la categoría Omisión en la necesidad de Alimentación, en el resto de las categorías fue de un participante.

En los hallazgos obtenidos, se destaca que en los participantes del grupo las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) suelen enfocarse en la presencia de emociones y pensamientos negativos asociados a la alimentación, así como en la existencia de conflictos internos relacionados con el acto de comer y el peso corporal.

La comida y el acto de alimentarse se ve fuertemente ligado a la satisfacción oral, como lo menciona Coderch en su libro *Psiquiatría Dinámica*, esta acción no cubre solo una necesidad fisiológica, sino que se ve acompañada de la experiencia de ser alimentado y en este mismo acto ser acogido, pero si la experiencia no es satisfactoria y no brinda bienestar se puede traducir a una experiencia de abandono, soledad o inclusive de muerte (Coderch, 2014). Por ello, al interpretarse las CARS como manifestaciones de conflictos inconscientes es que se pueden identificar fijaciones en etapas tempranas. La relación con la figura materna o quien cubre con ello y las dinámicas familiares tempranas también se consideran influyentes en el desarrollo de patrones alimentarios disfuncionales, algunos de los participantes refieren que su forma de comer se ve fuertemente relacionada con experiencias tempranas principalmente con quienes brindaron el alimento. Tal cual lo mencionó Coderch (2014), “Esto hace que el hecho de comer, e incluso el de poner algo en la boca, quede investido por una gran implicación de significados emocionales y relacionales”.

Por lo tanto, se identifica en el grupo de intervención una relación principalmente ambivalente y restrictiva con la comida, el grupo refiere un intento de control sobre lo que se come ante exigencias de los distintos contextos, principalmente familiar y social. La ambivalencia emocional ante el acto de comer parece vincularse a una regulación afectiva un tanto deficiente, donde el alimento funciona como un objeto

transicional que calma el malestar y angustia. Por su parte Unikel Santocini en su artículo sobre las CAR, destaca que las conductas alimentarias restrictivas y atracones, son comportamiento asociados con la insatisfacción corporal y desregulación emocional, por lo que la restricción en sí suele traducirse como ese acto fallido de control de algo, en este caso, principalmente del peso.

El sentimiento de culpabilidad antes y/o después de la ingesta, sugiere una posible fijación en la etapa oral, donde el alimento se convierte en una fuente primaria de gratificación y la restricción genera un conflicto interno con un Super yo punitivo que castiga el placer asociado con la comida. Con esto resalta que la comida en los participantes se usa como mecanismo de afrontamiento ante situaciones displacenteras que puede relacionarse con lo que Coderch describe como angustia frente al descontrol, donde la comida adquiere un significado o valor simbólico.

Postest.

Pregunta 1. ¿Cómo describirías la relación que tienes con la comida?

La categoría Con regulación emocional y conciencia alimentaria describe una relación con la comida en la que el participante ha desarrollado mayor conciencia de sus estados emocionales y su influencia en la conducta alimentaria, logrando sustituir conductas alimentarias de riesgo por estrategias de regulación más adaptativas. De acuerdo con Coderch, esto reflejaría un cambio en los mecanismos defensivos. *Hernán” Buena, noto cuando quiero comer por emoción y cuando es por hambre, en mi casa tendía ir al refri para ver qué comer, eso lo hacía cuando me sentía estresado, antes siento que era inconsciente, ya no siento esa sensación, ahora utilizó la música o podcast y me siento bien”*. La categoría Con introyección de normas saludables en la alimentación se entiende que la norma saludable se ha introyectado como un aspecto favorable desde un discurso consciente, *Valentina” Creo que mejor, ahora es más consciente esto, y es más por salud el que quiero dejar de consumir tanta azúcar”*. En la categoría Ambivalencia alimentaria en entornos sociales disruptivos, el participante refleja una relación conflictiva con la comida, donde factores externos (vacaciones, fiestas familiares) desencadenan culpa por excesos. Esto sugiere una falta de consolidación de normas saludables o regulación emocional, ubicándose en una fase de transición o recaída, *Mónica ” Siento que a veces está bien, pero sigue estando inestable, más en estas semanas de vacaciones, me he sentido culpable*

porque fue de muchas fiestas en mi familia y sentí que comía mucho”. En cuanto a la distribución de participantes por categorías, se observó que:

- Tres participantes correspondieron a la categoría Introyección de normas saludables en la alimentación
- Dos se ubicaron en Regulación emocional y conciencia alimentaria, y
- Solo un participante fue clasificado en Ambivalencia alimentaria en entornos sociales disruptivos

Pregunta 2. ¿Qué emociones o sentimientos sueles experimentar antes, durante y después de las comidas?

La categoría de Reducción de culpa como factor protector, describe un cambio en la dinámica asociada a la alimentación, desde la culpa post-ingesta, antes presente, disminuye permitiendo una relación más saludable con la comida. En los participantes, esto se observa como *Hernán "ya no siento culpa por comer" o P2 "me siento satisfecha y no siento culpa"*, donde la comida deja de ser un objeto de conflicto moral para convertirse en una necesidad biológica y/o fuente de placer aceptado. La categoría Bajas señales internas (hambre/saciedad), alude a la dificultad para reconocer adecuadamente las señales fisiológicas de hambre y saciedad, ya sea por desconexión corporal o por priorización de normas externas, *Bianca "Hay comidas que las siento ricas, pero otras no, pero a veces nada, solo como me siento satisfecha y ya"*. Y la categoría Culpa persistente con reducción de conductas purgativas, describe un estado transicional en la relación con la comida donde persiste la culpa post-ingesta, pero se observa una disminución en la frecuencia de conductas compensatorias como el vómito, *Mónica "La culpa, pero seguía comiendo, si entre al baño e intenté vomitar pero me detenía porque había mucha gente, me daba miedo que me vieran y mejor no lo hacía, además estoy intentando ya no hacerlo, antes era diario, ahorita por mucho una vez a la semana"*. Respecto a la frecuencia por categorías, se encontró que:

- Tres participantes se ubicaron en Reducción de culpa como factor protector,
- Dos en Dificultad para reconocer señales internas (hambre/saciedad), y
- Uno en Culpa persistente con reducción de conductas purgativas.

Pregunta3. ¿Qué significado tienen para ti las distintas comidas del día, como el desayuno, el almuerzo y la cena?

La categoría Conciencia corporal reparadora describe un proceso de reconexión con las señales fisiológicas como el hambre y una reinterpretación positiva del acto de comer, donde la alimentación se asocia con bienestar físico y emocional, *Hernán* “*Ahora veo la comida como algo necesario, algo que es parte de mi día a día y que no está mal comerme unas galletas en algún momento*”. La categoría Vinculación afectiva a través de la comida alude a la dimensión relacional de la alimentación, donde las comidas se experimentan como espacios de conexión emocional con otros, *Bianca* “*Creo que son necesarias y en cierto punto de convivencia con mis amistades, mi mamá y mis hermanas*”. En la categoría Regulación parcial de patrones restrictivos, esta categoría captura un estado intermedio en el que persisten conductas restrictivas con intentos de regulación, *Mónica* “*Antes no desayunaba y ahorita si trato de hacerme un desayuno, y ya no ceno, quiero intentar dejar las cosas con azúcar*”. En cuanto a la distribución por categorías, los resultados mostraron que:

- Dos participantes se ubicaron en Conciencia corporal reparadora,
- Tres en Vinculación afectiva a través de la comida, y
- Uno en Regulación parcial de patrones restrictivos.

Los hallazgos obtenidos en la fase posttest de la intervención con el grupo psicoterapéutico revelan avances significativos en la relación de los participantes con la comida o la forma de alimentarse. En la primera pregunta ¿Cómo describirías la relación que tienes con la comida?, se observó que la mayoría de los participantes (5 de 6), mostraron una conciencia alimentaria, ya sea mediante una regulación alimentaria (2 casos) o mediante la internalización de normas saludables (3casos). Estos cambios sugieren una transformación de mecanismos defensivos, donde la comida deja de ser un regulador emocional para traspasarse a un acto más consciente. Sin embargo, un participante evidenció la ambivalencia en entornos sociales disruptivos, lo que refleja la persistencia de conflictos aunados a la culpa.

En La segunda pregunta, ¿Qué emociones o sentimientos sueles experimentar antes, durante u después de las comidas?, se identificó una reducción notable de la culpa post-ingesta (3de 6 casos), lo que indico una relación menos conflictiva con la alimentación.

En la tercera pregunta, ¿Qué significado tienen para ti las distintas comidas?, predominaron discursos que asocian la alimentación con bienestar y una forma de vincularse afectivamente (5 de 6 casos), lo que refleja una resignificación positiva de su relación con la comida.

En conclusión, la intervención demostró ser efectiva para promover una relación más saludable con la comida, reducción de culpa y resignificación de la alimentación para este grupo de participantes universitarios con presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Dimensión 2: Imagen corporal

Pretest.

Pregunta 1. ¿Cómo te sientes cuando piensas en tu cuerpo?

La categoría Internalización negativa de la imagen, hace referencia a la adopción de críticas desfavorables sobre el propio cuerpo, influenciadas por estándares sociales y comparaciones con otros, Implica una autoevaluación constante bajo parámetros rígidos generando insatisfacción, crítica severa, y en el algún caso distorsión de la imagen, *Hernán "Me siento inconforme, a veces me siento gordo, es una sensación de sentirme muy ancho de esta parte de acá, siento que ocupo mucho espacio"*. La categoría de Ideal estético refiere una construcción de un modelo de belleza o apariencia física considerada "perfecta", según normas culturales, su persistencia puede generar presión por ajustarse a él, incluso mediante conductas poco saludables, *Mónica "Siento que tengo de bajar de peso para sentirme bien, a mí no me gusta esto que diga "normal", trato de ubicarme mejor en el otro, no el que diga sobrepeso ni en el normal, sino en el bajo"*. La categoría Aceptación Parcial de la imagen corporal, describe un proceso ambivalente en el que coexiste la valoración positiva de ciertos rasgos físicos con el rechazo o inconformidad hacia otros, *Aldo "Tristeza y frustración porque está en esa parte de que quisiera cambiarlo, me he sentido como triste de saber que no puedo lograrlo, resignado porque hay partes que ya no me causan aversión"*. En cuanto a la distribución por categorías, los resultados mostraron que: 3 de los participantes se ubicaron en la Internalización negativa de la imagen, dos en ideal estético y uno de los participantes en la Aceptación parcial de la imagen corporal.

Pregunta 2. ¿Qué pensamientos generalmente tienes sobre tu imagen?

La categoría Desvalorización de la imagen inconsciente del cuerpo alude a la presencia de pensamientos automáticos y negativos sobre la apariencia física, que surgen de manera involuntaria, reflejan la interiorización de ideales rígidos o experiencias de crítica, suelen asociarse a sentimientos de vergüenza, Sara "Que si hiciera ejercicio me vería diferente. ahorita es como que vivo, estoy como en un limbo". La categoría Conflicto en la internalización de la imagen corporal hace referencia a la subjetivación del cuerpo con estándares asumidos como deseables. El conflicto se expresa con comparaciones con otros, la valía de su propio cuerpo y frustraciones asociadas a un modelo, Aldo "No me siento bien, pero tampoco es como que me desprecie, sé que no me gusta mi cuerpo, me veo en el espejo y no me gusta". La categoría Rechazo del esquema corporal corresponde a pensamientos de negación o disociación con el cuerpo, donde se refiere aversión por características físicas concretas, el rechazo va más allá de la insatisfacción, implica un deseo de separación del cuerpo, acompañado de conductas de evitación, Mónica "Creo que debo bajar de peso para verme bien, quisiera verme delgada, menos cachetona, la cara delgada, el abdomen delgado, y también los brazos más delgados, yo prefiero estar flaquita". La distribución de categorías identifica a tres participantes en la categoría Desvalorización de la imagen inconsciente del cuerpo, dos participantes en Conflicto con la internalización de la imagen corporal y uno el Rechazo del esquema corporal.

Pregunta 3. ¿Qué aspectos de tu cuerpo te gustan más, cuales menos y por qué?

La categoría Insatisfacción focalizada, hace referencia a la concentración de pensamientos negativos en zonas corporales, la crítica se dirige a partes concretas, esta categoría suele asociarse a conductas de evitación, Hernán " Mis ojos nada más me gustan, no me gusta mi panza, es lo que no puedo ver", Sara "Siento que absolutamente me aprieta toda la parte superior, el abdomen no puedo ni verme". La categoría Negación completa de la imagen, representa un rechazo generalizado hacia el propio cuerpo, donde la persona no logra identificar ningún aspecto físico que le sea aceptable o le genere satisfacción y los pensamientos se caracterizan por una crítica absoluta, Mónica "No sé, ahorita siento que ninguno me gusta, no me gustan mis cachetes, me siento muy cachetona, mis brazos y el estómago y ya". La distribución de categorías muestra que 5 de los participantes se ubican en la categoría de Insatisfacción focalizada, siendo el abdomen el foco, y uno de los participantes en la negación completa de la imagen.

Posttest.

Pregunta 1. ¿Cómo te sientes cuando piensas en tu cuerpo?

La categoría Aceptación ambivalente del esquema corporal, en esta categoría se refleja un conflicto entre el esquema corporal y los mandatos sociales internalizados, los participantes no rechazan del todo su cuerpo, pero tampoco lo integra, *Hernán “Bien, he seguido en el gimnasio, de repente veo cuerpo y digo, me gusta como se ve, pero me pregunto a mí mismo si quisiera ese estilo de vida, donde hay mucha disciplina e incluso concursan, entonces sé que eso no es lo que quiero”*. Renegociación de la imagen corporal, esta categoría alude a un proceso activo de reconstrucción de la relación con el cuerpo con estrategias que permitan sobrellevar la manera en cómo se perciben, las participantes no se fijan en el rechazo, sino que prueban maneras de nombrar más aceptables, incluso si son fragmentarias, *Valentina “ Bien, de repente le he estado huyendo a los pantalones ajustados, me siento bien si no le pongo mucha atención, si me detengo a verme me hago críticas y empiezan esas inseguridades, pero he estado usando más vestidos y eso no podía usarlo porque no me sentía segura”*. Imagen corporal escindida esta categoría refleja una ruptura entre la percepción, desde de Dolto, esto corresponde a una falla en la integración de la imagen inconsciente, donde el cuerpo solo es tolerado cuando no es foco de atención, *Aldo “Creo que con mi cuerpo me siento ni tan bien ni tan mal, yo creo que me he estado distraendo con esto de mi exnovia no me he dado el tiempo para pensar sobre criticarme, pero si lo pienso si puedo tal vez empezar con los reproches”*. La categoría Distorsión del esquema corporal, define una fijación en la insatisfacción corporal, sugiere que el esquema está dominado por fantasías, el rechazo del cuerpo es global, *Mónica “mal porque no me gusta todavía, y pienso que alomejor nunca me va a gustar porque nunca voy a verme como quisiera. Mi cuñada me dice que ojalá pudiera verme y reconocirme, pero ni así lo logro ver, cuando tengo avances no los percibo”*.

Pregunta 2. ¿Qué pensamientos generalmente tienes sobre tu imagen?

Transición hacia la aceptación de la imagen corporal, Esta categoría describe el proceso dinámico en el que los participantes internalizan y adoptan una visión neutral de su propio cuerpo, se caracteriza por una disminución de la autocrítica, aunque no implica una aceptación completa, refleja un cambio y una relación menos conflictiva, *Hernán “Es diferente, me puedo ver en el espejo y no sentirme mal”*. La desvalorización

del esquema corporal refiere una percepción persistente y negativa, se manifiesta a través de pensamientos críticos, juicios y sentimientos de insatisfacción o rechazo hacia su aspecto físico, *Mónica* “*Yo creo que son pensamientos negativos, como que no puedo, me pongo metas, pero siento que a veces no puedo alcanzarlo*”.

La distribución de categorías muestra que 5 de los 6 participantes se ubican en la categoría Transición hacia la aceptación de la imagen corporal y uno en la categoría de desvalorización del esquema corporal.

Pregunta 3. ¿Qué aspectos de tu cuerpo te gustan más, cuales menos y por qué?

La categoría Relación positiva con la imagen describe cierta aceptación hacia la propia imagen, se traduce en una menor preocupación por la comparación, no implica necesariamente la ausencia de disgustos o el cumplimiento de un ideal de belleza, *Bianca* “*Creo que mi piel está muy sana, me empieza a agradar la forma de mi cara, ahorita mi cuerpo me agrada me desagrada los rollitos que se me hacen al sentarme y mi nariz*”. Búsqueda del ideal estético Esta categoría se caracteriza por pensamientos y acciones del participante dirigidos a modificar su cuerpo para que se ajuste a un modelo idealizado o perfección física. Esto puede manifestarse en deseos adelgazar, tener musculatura en donde la insatisfacción parece que surge de la brecha entre la imagen actual y la idealizada, *Aldo* “*Mi rostro, la forma de mi cara, me gusta saber que mi tipo de rostro es atractivo y lo que no me gusta sería mi abdomen sé que no ha cambiado porque así lo he mantenido yo, y mis brazos porque los he visto más delgados y quisiera estuvieran marcados*”. La distribución de categorías ubica a 3 de los 6 participantes en la categoría de Relación positiva con la imagen y 3 en la categoría de búsqueda de ideal estético.

Los resultados evidencian un impacto significativo de la intervención grupal en la concepción de la imagen corporal de los participantes. En el pretest, predominan narrativas de crítica severa con categorías como Internalización negativa de la imagen de Negación completa, donde la insatisfacción corporal era global o focalizada en zonas específicas del cuerpo, por ejemplo el abdomen, este no solo representa un ideal estético, sino que pareciera funcionar como una metáfora de procesos más profundos, en donde podría asociarse a funciones de contención y control que reflejen conflictos con la impulsividad, la culpa y el autocastigo.

Tras la intervención, se observa un desplazamiento hacia la aceptación relativa, como la Transición hacia la aceptación, lo que sugiere que el espacio grupal facilitó estrategias para entender la culpa generada y la resignificación de la imagen de una manera menos punitiva.

Dimensión 3. Tipos de Apego

Pretest.

Pregunta 1. ¿Cómo describirías la relación con tus cuidadores (mamá, papá o quién fungió como cuidador) cuando eras pequeño?

La categoría vínculos primarios disruptivos, hace referencia a relaciones tempranas con los cuidadores marcados por inconsistencia, negligencia o experiencias que dificultaron la formación de un apego seguro, puede incluir situaciones como ausencia emocional o física, abandono, o figuras parentales impredecibles, generando desconfianza y dificultad para el abordaje de emociones, estas dinámicas suelen asociarse a modelos internos negativos sobre sí mismos y lo demás, *Hernán* “No vivo con mis papás, vivo con mi abuela, siempre me he dirigido a ella como mamá, mi papá es como si no estuviera y mi mamá un día desapareció”, *P4* “Antes era mejor la relación con mi mamá, mi papá nunca estaba por el trabajo, ahora se la pasan peleando”. La categoría Vínculo materno ambivalente, describe una relación con la figura materna o quien fungió como madre, caracterizada por contradicciones entre cercanía y rechazo, donde el cuidado oscila entre la sobreprotección y la ambivalencia emocional, este patrón suele reflejar dificultad para confiar en los demás, miedo constante al abandono, incluso en relaciones estables, *Valentina* “La relación con mi mamá es buena, pero no hay confianza de mi parte hacia ella y con mi papá muy mala, mi papá es alcohólico, no está presente”, *Sara* “: La relación con mi mamá es complicada, a veces estamos bien y a veces estamos mal cuando estamos mal es porque le recrimino algo de mi hermana, mi mamá me rechazaba mucho”. La distribución de categorías refleja a tres de los participantes en la categoría de Vínculos primarios disruptivos y tres en el Vínculo materno ambivalente.

Pregunta 2. ¿Con qué cuidador consideras tener un vínculo cercano?

Se entiende por Vínculo de apego sustitutivo a la relación afectiva establecida con una figura no parental, como abuela, tía, hermanos, que asume el rol de cuidador primario ante la ausencia o de los padres, este vínculo surge como una forma adaptativa para cubrir necesidades afectivas y de protección, aunque pueden reaparecer conflictos derivados de la figura parental ausente, *Bianca* “Diría que mis hermanas porque ellas me criaron y me cuidaron, pero ahora vivo con mi mamá”. Se define como Objeto primario de apego a la figura principal ya sea parental o no a la que se le atribuye mayor afecto, incluso se puede considerar a

quien se perciba como base segura, Aldo “Con mi mamá porque ella fue quien me crió más tiempo cuando era niño, mi mamá fue con quien tuve una relación más cercana, ahorita ya no es así, pero fue con quien más tuve apego”. El análisis de frecuencia muestra que la categoría de Vínculo de apego sustitutivo se presenta en cuatro de los seis participantes y dos en la categoría de Objeto primario de apego.

Pregunta 3. ¿Con qué cuidador consideras tienes una relación que te brinda bienestar o malestar y por qué?

Se entiende por Ausencia de objeto de amor y bienestar a la falta percibida de una figura que proporcione afecto y seguridad, resultando a sensaciones de vacío o desprotección, Hernán “De bienestar con nadie, la abuela es la más cercana, pero es la menos indicada para eso y de malestar todos, abuela, papás, tíos”. Se entiende por Base de apego segura a la figura o figuras que generan ambientes y relaciones de confianza y estabilidad permitiendo la exploración autónoma del mundo, Valentina “Creo que mi mamá, ella siempre ha estado y no ha apoyado a mi hermana y a mí”. La categoría número tres Dependencia a la figura de apego, se define como la relación emocional que se establece entre uno y otro para autorregularse en su ausencia, esto puede manifestarse como ansiedad por separación, abandono o idealización, Aldo “Mi mamá creo de las dos partes, porque ella sigue siendo muy sobreprotectora y pienso que eso me entorpeció en cuanto a lo social, porque me protegía muchísimo y mi papá me decía que estaba bien gordo, ponte a hacer ejercicio”. La inconsistencia a la respuesta materna se entiende al comportamiento impredecible de la figura materna o sustituta que alterna entre bienestar y malestar, generando confusión e hipervigilancia, Mónica “No sé, mi mamá siento como que me juzga de alguna manera, trato de estar bien o hacer lo mejor, pero no compartimos las mismas ideas”. En el análisis de frecuencia se identifican a dos participantes en la categoría de Ausencia de objeto de amor y bienestar, dos en la categoría de Base de apego segura, uno en Dependencia a la figura de apego y uno en Inconsistencia en la respuesta materna.

Pregunta 4. Describe la relación que tienes con las personas que te rodean. ¿Qué aspectos consideras importantes para que estas relaciones sean buenas o malas?

Se entiende por Apego evitativo a la relación caracterizada por la dificultad para confiar en otros en el que se evita relacionarse afectivamente y mantiene distancia física y/o emocional en las relaciones, Valentina “Con amigos y compañeros no hablé de cosas personales, cuando he estado mal a veces me salgo

para llorar en el baño o simplemente me desaparezo si he conocido chicos, pero ahí si en cuestión de relación amorosa y afectiva ahí si está un poco más desastroso, al final termino huyendo". Se define como Apego Inseguro a la manera de establecer relaciones inestables y/o conflictivas, donde predomina la desconfianza, el miedo al abandono o la inconsistencia emocional, *Hernán "Siento que sedo demasiado, siempre trato de ser yo el que entiende, el que escucha el que es fácil de tratar. Mis relaciones son duraderas, pero siempre sobre pienso las cosas"*. Se identifica que estos dos tipos de apego prevalecen en los participantes, mostrando tres de ellos en un tipo de apego inseguro y tres en un tipo de apego evitativo.

En el análisis del pretest revela que las experiencias de apego en la infancia de los participantes se caracterizan principalmente por dos aspectos: vínculos primarios disruptivos como la ausencia parental, negligencia o dinámicas conflictivas y vínculos maternos ambivalentes como relaciones contradictorias con figuras primarias que oscilan entre la protección y el rechazo. La mayoría de los participantes parecen haber encontrado figuras sustitutas como abuelos o hermanos, para cubrir necesidades afectivas.

Postest

Pregunta 1. ¿Cómo describirías la relación con tus cuidadores (mamá, papá o quién fungió como cuidador) cuando eras pequeño?

Relación de Cercanía y apoyo perceptible, Esta categoría describe un vínculo en el que el cuidador es experimentado como emocionalmente disponible, es decir, sus necesidades son atendidas, lo que favorece un sentimiento seguridad y confianza, *Hernán "No sé si mi papá escucho algo de alguna de las sesiones que tuvimos virtual del grupo, porque él ha cambiado mucho conmigo, me pregunta como estoy, va a mi cuarto y me pregunta cómo me fue, me prepara de cenar y ya me pregunta más cosas, con los demás sigue igual. Pienso que ahora le intereso a mi papá"*. La categoría Relación con inconsistencia emocional, en este tipo de relación el cuidador oscila entre momentos de atención y conductas contradictorias, inclusive negligentes, *Valentina "Ahorita mi mamá ha estado distante porque ha tenido mucho trabajo, pero creo que bien, pero de pronto hace cosas que nos pide a nosotras que no hagamos, entonces siento que se comporta infantil o incongruente más bien"*. La categoría Relación de conflicto y ambivalencia, se caracteriza por una tensión no resulta, el participante experimenta enojo o agresión pasiva, la ambivalencia en estos participantes puede

reflejar conflictos entre dependencia y autonomía, Aldo “Últimamente he estado más enojado con mi mamá, me hace enojar no sé porque, a veces me cuenta cosas de otras personas y piensa que por ser psicólogo yo debería decirle algo, y de pronto actuó de forma agresiva y con mi papá es indiferente, ni buena ni mala. Pero con mi mamá creo siempre ha pasado así, cuando me hablaba me molestaba que lo hiciera. Hablar con ella ha provocado malestar entonces asocio que hablar con ella era sentirme mal”. La distribución de categorías ubica a 2 de los 6 participantes en la categoría Relación de cercanía y apoyo perceptible, tres de ellos en la categoría de Relación con inconsistencia emocional.

Pregunta 2. ¿Con qué cuidador consideras tener un vínculo cercano?

La categoría de Vínculo de apego consistente se caracteriza por la presencia de una figura cuidadora que ofrece respuesta ante las necesidades y seguridad en algunos aspectos, Hernán “Siento que seguiría siendo con mi abuela porque siempre está ahí le cuento cosas a detalle y en segundo lugar sería mi papá ahora”. La categoría Vínculo negligente, es inconsistente o incapaz de responder a las necesidades básicas y cuidados. El participante puede presentar dificultades para confiar en los demás, con tendencia a la desvinculación emocional, con sensación de no ser prioridad en las relaciones, Aldo “Creo que, con ninguno, pero supongo que, con mi mamá, porque no es siempre que me habla de sus problemas”. Vínculo sustituto, en este tipo de vínculo el participante traslada sus necesidades a una figura que no es primaria, ya sea por ausencia o conflicto con los cuidadores principales. Se dirige hacia un vínculo que cumpla con funciones de contención, Mónica “Con mi cuñada, no está aquí, pero hablamos diario y nos contamos las cosas, me escucha, ella me entiende y no me siento juzgada, pero me cuenta más ella, de mí no cuento mucho me da pena”. La categoría de Vínculo de autosostenimiento, describe una dinámica en la que el participante rechaza o no logra establecer vínculos afectivos con otros, Sara “Conmigo creo, porque tener una relación cercana con alguien no”. La distribución de categorías en esta pregunta se identifica de la siguiente manera, tres de los participantes se ubicaron en la categoría de Vínculo de apego consistente, un participante en Vínculo negligente, uno en Vínculo sustituto y uno en Vínculo de autosostenimiento.

Pregunta 3. ¿Con qué cuidador consideras tienes una relación que te brinda bienestar o malestar y por qué?

La categoría Figura de apego externa, se refiere a una persona fuera del núcleo familiar primario, como amigos, parejas, compañeros de trabajo, que adquieren un rol significativo en la satisfacción de necesidades. Su importancia radica en que permiten experimentar seguridad o bienestar, *Hernán* “*De mi casa sé que es puro malestar, aunque mi papá está cambiando no sé si esto va a ser por un rato, pero un amigo muy cercano de bienestar ahora*”. La categoría Figura de apego primaria, se refiere al cuidado principal durante la infancia, como padres o abuelos, cuya relación sienta las bases para los modelos de apego y estructuración psíquica, una figura primaria funcional promueve seguridad, *Valentina* “*Con mi mamá de bienestar y de malestar con nadie creo porque mi papá ahorita no está*”. La categoría Figura primaria desplazada, esta categoría hace referencia a una figura que asume simbólicamente el rol de figura primaria o un intento de ella. Esto ocurre cuando la figura primaria está ausente y el participante transfiere sus necesidades de apego a otra persona, *Aldo* “*No, eso me hace sentir un tanto mal, creo que yo ya estaba acostumbrado a estar solo, pero cuando conocí a mi ex empecé a hacer todo con ella, y desde que terminé con ella creo que ya no tengo a nadie, me siento más solo, aunque el trabajo me ayuda*”. La distribución de categorías se divide con cuatro participantes ubicados en la categoría de Figura de apego externa, uno de ellos en Figura de apego primaria, y uno en Figura primaria desplazada.

Pregunta 4. Describe la relación que tienes con las personas que te rodean. ¿Qué aspectos consideras importantes para que estas relaciones sean buenas o malas?

Relaciones de vinculación protectora, esta categoría describe los vínculos donde el participante establece límites con el fin de salvaguardar su bienestar, la dinámica se orienta a mantener una distancia segura para preservarse sin que implique una ruptura del vínculo, *Hernán* “*Pues no son las mejores porque además no depende de mí, entonces trato de ya no cargarme los problemas de mi familia o amigos, y he sentido más confianza con mis amigos*”. Relaciones de reafirmación, Son aquellas experiencias interpersonales que actúan como catalizador para el fortalecimiento del sentido de la valía. Este proceso permite reconocer la propia resiliencia, *Valentina* “*Ha sido como difícil porque con la persona que estaba hablando las cosas están raras, él iba a venir, pero yo trataba de no estar tan ilusionada, estar como neutral por si al final no venía. Entonces como que me sigue costando trabajo*”. Relaciones de fortalecimiento, Esta categoría abarca los vínculos que actúan como protector en el crecimiento y confianza de la persona. El participante encuentra un espacio

propicio para el desarrollo de habilidades sociales, *Mónica* “*Me metí a un grupo que hicieron de la UAEM de acompañamiento emocional presenciales gratis, yo lo haré para conocer gente y le hablé a una compañera de la facultad, la veré a una presentación que tendrá me invitó*”.

Los hallazgos en esta dimensión reflejan en el pretest, predominan vínculos primarios disruptivos y ambivalentes, estos patrones generan en la adultez dificultades para establecer relaciones de confianza, las figuras de apego inconsistentes o negligentes internalizan modelos de desvalorización o desconfianza hacia y los otros.

En el postest, se identifica que, aunque persisten estas dinámicas, emergen adaptaciones, algunos de los participantes empiezan a establecer vínculos sustitutivos, como abuelos, hermanos, que funcionan como bases seguras alternativas, permitiéndoles cierta estabilidad, “*mi abuela está ahí*”. Esto refleja la capacidad para buscar figuras de apego secundarias cuando las primarias fallan, sin embargo, estos vínculos suelen ser frágiles, y que no resuelven el conflicto con las figuras parentales.

En relaciones actuales, predomina el apego evitativo como un distanciamiento emocional y el inseguro se muestra con cierta ansiedad por abandono. Por ejemplo, participantes que evitan la intimidad “*huyo de relaciones afectivas*”, o idealizan vínculos “*mi ex era mi todo, ahora me siento solo*”, replican los patrones aprendidos. No obstante, algunos casos muestran relaciones de fortalecimiento como grupos de apoyo, lo que sugiere resiliencia y capacidad de resignificación de los modelos de apego.

ANÁLISIS DE LAS SESIONES POR DIMENSIÓN

Dimensión Conductas Alimentarias de Riesgo, sesión 1, 2 y 3.

Hallazgos.

Sesión 1. Se identifica la dinámica de las CAR, caracterizada por la ambivalencia en donde el placer derivado de la ingesta se ve influenciado por culpa constante por la pérdida de control durante el acto de comer, según Unikel, refleja intentos fallidos de regular la conducta alimentaria a través de reglas excesivamente rígidas, lo que conduce en los participantes a una desconexión de las señales internas de hambre y saciedad, ya sea por la atención a factores externos, así como horarios o estados emocionales, en lugar de responder a sus necesidades fisiológicas, *Valentina* “*a veces no me da tiempo de comer o paso mucho tiempo*”

sin hacerlo, si trato de comer algo, pero ya muy tarde, sé que es raro, pero de verdad hay días y momentos en los que se me olvida por completo comer”. Adicionalmente se observa una obsesión persistente por la comida, así como ansiedad pre-ingesta, por lo que se identifica que en el grupo la alimentación se convierte en un mecanismo desadaptativo para la regulación emocional y el control, *Hernán” Yo creo que mi relación con la comida es inestable, todo el tiempo estoy pensando en comida, pero después me siento mal por comer”.*

Sesión 2. Esta sesión profundiza en la trayectoria de las CAR, identificando un patrón común de origen temprano, principalmente la adolescencia, que se consolida de manera progresiva. Se identifica una disregulación emocional, aquí se utiliza la comida para manejar una “montaña rusa de emociones” generando ciclos de culpa, *Valentina “Yo empecé con ayunos intermitentes, restricción y fasting, por eso yo lo vivo como montaña rusa, llego a sentir tristeza e hipervigilancia al entorno”.* Así mismo, el control estético corporal como el uso de purgas y ayunos enfatizan en la idea de moldear el cuerpo de acuerdo con ideales internalizados principalmente por figuras primarias y posteriormente impulsados por aspectos culturales, *Sara” Yo creo que conmigo fue escalado, por ejemplo, en la prepa no comía por ahorrar, cuando entro a la universidad empiezo a notar más peso y empiezo a hacer ayunos”.*

Sesión 3. Esta sesión revela como la presencia de estas CAR en el grupo están asociadas a experiencias tempranas de cuidado disfuncional, en donde la comida adquiere un valor simbólico sustitutivo, como ese afecto no recibido que se internaliza a través de un mecanismo de control, a través de normas rígidas, o se resignifica el comer como un acto de displacer, *Aldo “Yo recuerdo que era muy incómodo comer, mis papás parecían o parece, porque lo siguen haciendo, que ocupan la hora de comer para pelearse y yo siempre estaba en medio, se decían de cosas y era muy raro para mí, a veces ya no quería comer”.*

A lo largo de las tres sesiones, emerge un punto clave, las conductas alimentarias de riesgo no son simplemente conductas poco saludables, sino expresiones de conflictos psíquicos arraigados a la historia de vida con los cuidadores primarios, principalmente con la madre o quien fungió como cuidador. Estas conductas en el grupo funcionan como mecanismos de adaptación fallidos.

Hallazgos.

Sesión 4. Destaca la identificación del grupo con objetos internalizados como actitudes o críticas de figuras primarias como los padres, que distorsionan la relación con el cuerpo, Aldo *“a mí me decían que estaba mal hechote, algunas veces me sigue diciendo así mi papá, él era el que también me lo decía de pequeño. A mí eso me suena a deforme o monstruo”*. Parte del grupo parecía idealizar un cuerpo perfecto como una forma de valía y autoexigencia, mientras otros incorporan objetos persecutorios, replicando el rechazo o la agresión hacia su propio cuerpo, Bianca *“Yo recuerdo que en la secundaria estaba muy flaquita y alta, eso me lo alagaban y a mí me gustaba mucho, siempre buscaba el perfeccionismo en todo, sentía que debía mantenerme, como no era agraciada, entonces mi cuerpo debía mantenerlo”*.

Sesión 5. Esta sesión muestra cómo estas dinámicas en el grupo generan una disrupción de la imagen corporal, donde la concepción de la imagen corporal asociada con etapas tempranas se fractura por influencias externas, dando paso a un rechazo parcial como el abdomen, esto refiere por una parte el cumplimiento de estándares de belleza, pero por otra parte, al ser el centro del cuerpo se convierte en un aspecto simbólico de conflictos inconscientes y representaciones internalizadas que se originan en las etapas tempranas del desarrollo, por ello si esta relación estuvo marcada por negligencia puede estar asociado con experiencias de privación, control excesivo o sensación de vacío, Aldo *“Mi mecanismo de defensa es como racionalizar cuando me siento mal. Yo siento que mi relación con mi cuerpo es evitativa de cuerpo completo y más si estoy sin ropa, principalmente lo que veo y me conflictúa mucho es el abdomen”*.

Sesión 6. En esta sesión se muestra la internalización compleja de la imagen del cuerpo que parece ser alimentada por deseos o conflictos con figuras primarias, creando una disociación y ambivalencia entre el esquema y la imagen corporales, en donde el grupo parece manifestar una insatisfacción focalizada que integra lo evidenciado en la sesión anterior, sobre el abdomen como foco.

Hallazgos.

Sesión 7. En esta sesión se identifican vínculos relacionales ansiosos, es decir, el grupo parece buscar vínculos que propicien seguridad, y vínculos evitativos con distanciamiento emocional como una forma de protección, el grupo refleja estrategias desadaptativas para manejar el miedo al abandono o al daño, *Hernán* “*Conmigo parece que yo siempre intento adaptarme a la otra persona para que no se aleje*”.

Sesión 8. En función de lo abordado a la sesión anterior, en esta se profundiza en lo que el grupo nombra distanciamiento emocional familiar y relaciones parentales disruptivas, en donde refieren figuras rígidas o ausentes. Se identifica que ante la carencia afectiva, algunos participantes del grupo sustituyen figuras de apego, buscando en otros lo que las figuras de apego primarias no propiciaron, pero repitiendo patrones de desconfianza, *Hernán* “*Yo no tengo una buena relación con mi papá, podemos comer juntos, uno frente del otro y ninguno dice nada, es como si no estuviera, ni siquiera me pregunta cómo estás o como te fue, menos como te sientes, mi mamá no está, ya tiene tiempo que no la veo, y con los demás pues es mala la relación, mi tía y mi abuela siempre se están quejando y a mi mandándome a hacer lo que necesitan. Así que ellos están cerca pero no lo siento de esa manera*”.

Sesión 9. En esta sesión se suscitó un tema fuera de los temas focalizados, se brindó la sesión para que el grupo abordará el tema del suicidio, esto al haber en las primeras sesiones un intento con uno de los participantes, es hasta este momento que el participante decide compartirlo con el grupo. Sin embargo, al analizar el contenido se identifican relaciones significativas. El grupo revela la autodestrucción oralizada, en donde se transforma la comida como una forma de autoagresión, *Hernán* “*la primera sesión a la que falté fue por un intento de suicidio que tuve, estaban pasando muchas cosas a la vez y la solución que vi fue esa, lo hice con pastillas las metí al yogurt y lo empecé a ingerir, después creo que reaccione y me provoqué el vómito*”. Así mismo el grupo refleja una contención frágil de impulsos que se basa en culpa y un distanciamiento emocional al no saber cómo afrontar situaciones que les genera malestar. En conjunto, estas categorías muestran que las dificultades alimentarias y corporales están asociadas a apegos inseguros, donde la comida y el cuerpo devienen espacios para expresar aquello que no puede verbalizarse.

Sesión 10. En esta sesión se identifica la relación entre el alimento y los vínculos interpersonales, el grupo refiere al alimento como un sustituto simbólico para compensar la falta de afecto derivada de relaciones inseguras, esta necesidad fisiológica trasciende a una necesidad que impulsa a una ingesta compulsiva y restrictiva. La reelaboración de objetos internalizados dirige un camino hacia la resignificación de patrones relacionales disfuncionales, mostrando en el grupo un esfuerzo por construir vínculos más sanos, *Hernán* “*Yo creo que me he refugiado mucho en la comida, ante emociones específicas mi respuesta a todo parecía que era comer, y comer con culpa, recuerdo que mi abuela siempre ha sido de darme de comer mucho, y yo podría terminarme todo, me decía que no me comparará con mi hermano porque él estaba muy delgado y me decía tu come bien, pero ahora pienso que ha mejorado algo, ya no veo totalmente la comida como un refugio a eso que me duele y que principalmente es por mis relaciones y por cómo me siento conmigo mismo*”.

Sesiones de Cierre, 11 y 12.

Hallazgos.

El proceso de cierre en el grupo muestra como el grupo opero como base segura transitoria que permitió la gratitud y duelo por la separación como la ambivalencia emocional, *Hernán* “*siento que los voy a extrañar, pero me llevo herramientas*”, esto refleja el éxito en la cohesión grupal. El duelo hablado no es patológico, sino un indicador de que el grupo cumplió su función como objeto de apego saludable, contrastando con sus experiencias previas de vinculación ansiosa o evitativa. La percepción de que *Bianca* “*el tiempo voló*”, subraya cómo el grupo se convirtió en un espacio en el que pudieron experimentar validación y contención, *Valentina* “*Yo siento raro, porque también sentí que se pasó el tiempo muy rápido, me acuerdo que yo no quería hablar y decía como será eso, habrán más personas y si me juzgan, y cuando llegue aquí y los vi y empecé a escucharlos me di cuenta que yo también podía compartir parte de mí y ahora que estamos por terminar creo que sentiré como un vacío, en esos días y esos horarios, porque de alguna forma ya estaba establecido ya formaba parte de mi rutina*”.

Así mismo, se identifica otras de los factores terapéuticos que refiere Yalom en el grupo, como la identificación y la universalidad, con ello se muestra que el reconocimiento mutuo no solo resignifico el aislamiento, sino que permitió contextualizar a lo que ellos nombraron como luchas individuales como

problemas compartidos, *Hernán* “Yo no sé cómo sentirme, sentí que se pasó muy rápido el tiempo, me acuerdo cuando nos dijiste que serían 12 sesiones, la verdad es que ha sido un espacio muy importante para mí, creo que no fue coincidencia, me han ayudado mucho, yo le dije al inicio cuando los escuché que pensé que era el único que se sentía de esa forma, pero no sé siento que los voy a extrañar”.

La evolución de miembros del grupo inicialmente resistentes hacía una participación demuestra como el grupo facilitó nuevos modelos de relación, mediante el modelaje y la desinhibición.

La frase “me llevo al grupo conmigo” sintetiza como se internaliza esta experiencia como un objeto interno seguro.

En la última sesión resaltó un momento en particular durante la fase de despedida. Bianca refirió que había llevado algo para el grupo, procedió a sacar una serie de llaveros con la forma de un corazón, destinados al grupo completo incluyendo terapeutas. Al entregarlos, explicó que el corazón era un símbolo del proceso vivido como grupo, y que para ella representaría “algo que se lleva consigo mismo siempre”. Este acto represento para el grupo un momento de catarsis ante la despedida. El grupo coincidió en describir la experiencia de lo grupal como un momento de pertenencia y seguridad.

Este episodio no fue solo un intercambio, sino la externalización ritualizada de un vínculo internalizado. La elección del corazón como símbolo de afecto y su formato (llavero, un objeto que se lleva siempre consigo), representa de manera concreta la internalización del grupo como un objeto bueno, un recurso psíquico que el grupo podrá “llevar consigo” más allá de la finalización formal de la terapia.

Como parte del proceso de evaluación de los efectos a mediano plazo de la intervención y como parte del compromiso ético con el grupo, se llevó a cabo una sesión de seguimiento dos meses después de la finalización de la intervención grupal. Esta sesión se realizó de manera virtual, con la participación del grupo completo, y tuvo como objetivo explorar y valorar la permanencia de los cambios significativos de las dinámicas individuales y grupales.

Desde la perspectiva psicoanalítica grupal, el seguimiento permitió observar la continuidad del proceso de elaboración iniciado durante las doce sesiones. El grupo se mostró cohesionado y con capacidad para retomar el espacio terapéutico, lo que refleja la internalización de la matriz grupal como un contenedor psíquico que perduró.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), el grupo refirió una disminución significativa de la culpa pos-ingesta y una relación menos conflictiva con la comida. Expresiones como “ya no me siento mal después de comer un dulce o algo que me gusta, sé que también puedo disfrutarlo”, dan cuenta de conductas más adaptativas. Esto sugiere una resignificación de los mecanismos defensivos, donde la alimentación deja de funcionar predominantemente como un sustituto de lo emocional.

Respecto a la imagen corporal, se observó un avance hacia lo que Dolto (1986) denomina una imagen de base más integrada. El grupo hizo referencia a una aceptación parcial de su cuerpo, con discursos menos persecutorios y autocríticos.

Un fenómeno importante en el trabajo grupal y en esta sesión de seguimiento, fue la expresión de una ilusión grupal por continuar con el grupo en un futuro. Este deseo puede interpretarse, como un indicador de que el grupo operó como un organizador de la experiencia emocional y que su disolución formal no anuló su función estructurante.

La sesión de seguimiento confirmó que los efectos terapéuticos del grupo se mantuvieron con mejoras en la relación con la comida, la imagen corporal y los vínculos afectivos. La permanencia del vínculo entre los participantes y la expresión del deseo de reencontrarse dan cuenta de la solidez del proceso grupal.

ANÁLISIS GRUPAL

Además del análisis individual, resulta fundamental examinar los procesos y dinámicas que emergieron a lo largo de la intervención de la psicoterapia grupal. El grupo funcionó como un espacio de contención, identificación y resignificación de las experiencias relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo, la imagen corporal y los tipos de apego.

A continuación, se presentan los hallazgos en torno a los factores terapéuticos que Yalom establece:

1. Universalidad

El proceso grupal dio inicio con una sensación constante de aislamiento entre el grupo, quienes vivían la presencia de CAR como algo que les generaba incomodidad. La universalidad no surgió de forma espontánea, sino que fue construyéndose a través del reconocimiento en el discurso del otro.

Lo que inicialmente fue un “alivio”, “no soy el único”, evolucionó hacia una comprensión compartida de la estructura del conflicto. El grupo no solo coincidía en sentir culpa por su forma de comer, sino que identificaron que la culpa y el alimento funcionaba como un sustituto simbólico de un super yo parental internalizado, que en la mayoría de los casos era punitivo y persecutorio.

“Cuando escuché hablar al grupo de lo que vivía y sentía después de comer o al verse en el espejo entendí que esto no solo me pasaba a mí, que no soy el único y que ahora no lo vivo solo”.

2. Aprendizaje Interpersonal

El grupo se conformó en un ámbito transferencial donde actuó como objeto de transferencia, permitiendo resignificar y en ocasiones reparar vínculos internalizados.

El análisis de su forma de relacionarse con los otros en contextos como comidas familiares, salidas con amigos, el grupo nombro patrones evasivos con su forma de alimentarse, así como con su manera de relacionarse afectivamente. El discurso del grupo: “Con amigos no hablo de cosas personales”, “En relaciones de pareja, conozco chicos, pero al final termino huyendo”, “Me doy cuenta de aquí también me cuesta trabajo confiar, así como con mi familia”. La interacción durante las sesiones mostró como el grupo dio paso a la confrontación y el insight sobre patrones relacionales disfuncionales.

3. Cohesión grupal

Se manifestó como un sentido de pertenencia y confianza en el dispositivo grupal, la cohesión se desarrolló progresivamente, lo que permitió el abordaje de temas complejos para el grupo.

A partir de la cuarta sesión, el grupo ya había establecido un lenguaje compartido, es decir, un lenguaje de identificación y apoyo. Discursos como “a mi también me pasa”, “me critico mucho por lo mismo”, o, “yo entiendo esa sensación de sentir que ocupo mucho espacio”, demostraron en el grupo una doble empatía. Así mismo, en las sesiones de cierre, nombraron al grupo como “un espacio donde poder hablar sin miedo”, “un espacio donde me sentí escuchado”. Así mismo nombran las últimas sesiones como un espacio de compañerismo, de reflexión, carencia, comprensión, despedida y de nuevos comienzos. Bion diría que el grupo funcionó como continente de experiencias abrumadoras y a la par como un espacio con atención receptiva y amorosa para que dichas experiencias empezaran a ser diferibles y resignificadas.

4. Catarsis

Al ser este un acto de expresión emocional principalmente reprimido, como consiguiente conduce a una sensación de alivio, al ser el grupo el espacio que brindó un entorno seguro y de apoyo, se abordaron experiencias de etapas tempranas de desatención e inclusive de crítica por los cuidadores primarios. A partir de la sesión tres, el grupo evocó recuerdos asociados al acto de comer y de ser alimentados, manifestando tristeza y enojo. “Yo recuerdo que era muy incómodo comer con mis papás, siempre lo ocupaban para pelear”, “Yo siempre comía solo”, “Prefería no comer”, “Olvidaba comer”, “No podía levantarme de la mesa si no me terminaba lo que había en el plato”. Este momento fue primordial para el grupo, la catarsis no fue individual, sino grupal y fue contenida por este mismo, permitiendo elaborar aquello que no habían compartido.

5. Infundir esperanza

La observación hacía cambios favorables del mismo grupo, permitió reconocer sus propios avances y a la par la de los otros. El factor de esperanza, de acuerdo con Yalom, no opera necesariamente a través de las intervenciones de los terapeutas, sino a través de la experiencia y escucha con los demás, donde

la desesperanza, angustia, y rechazo, este factor se convierte en un proceso que no solo instala la esperanza, si no que la demuestra de forma continua.

En las sesiones de cierre, el discurso del grupo evidencio parte de los mismos avances que se reconocían. “Recordé lo que hemos hablado en el grupo, pero he notado que puedo comer sin culpa”, “Estuve usando vestidos esta semana, algo que no hacía desde hace tiempo, me sentí vulnerable, pero también libre”, “Ahora cada vez que pase por una situación con la comida, la culpa y el rechazo, los recordaré a ustedes, sus historias me han ayudado mucho”.

El cierre reactivo lo que el grupo nombró miedo al abandono, sin embargo, la manera en que elaboraron el cierre fue en sí mismo un acto terapéutico.

La psicoterapia grupal psicoanalítica demostró ser un dispositivo eficaz, este aparato psíquico grupal permitió la puesta en escena de los conflictos internos, la simbolización de aquello que no podía ser nombrado y la experimentación de nuevas formas de vinculación.

CAPITULO V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo explorar los efectos de la psicoterapia grupal en la imagen corporal y el apego en universitarios con conductas alimentarias de riesgo. Los hallazgos obtenidos sugieren una relación significativa entre la participación en el grupo terapéutico y cambios favorables en ambas variables, lo que se alinea con la literatura previa en el campo, y sustenta las bases teóricas que guiaron este estudio.

El análisis de los datos cuantitativos del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), se realizó mediante la prueba no paramétrica W de Wilcoxon, para la comparación de datos en la fase pretest-postest. El análisis reveló una disminución estadísticamente significativa en dos dimensiones específicas tras la intervención: Atracón-Purga ($Z = -2.226$, $*p* = .026$) y Restricción ($Z = -2.032$, $*p* = .042$). La importancia de este resultado se amplía al contextualizarlo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022), reporta que 45.7% de los adolescentes en México han experimentado episodios como el comer en exceso, 35% preocupación excesiva por engordar y 23.4% ha perdido el control sobre su alimentación. Por lo tanto, la disminución de los puntajes en el factor Atracón-Purga y Restricción no solo es estadísticamente sólida, sino que evidencia algunas de las principales problemáticas alimentarias que han sido documentadas en la población joven.

No obstante, no se observaron cambios significativos en las Medidas Compensatorias ($Z = -1.732$, $*p* = .083$), lo que coincide con el modelo teórico, conductas como vómito autoinducido o uso de laxantes suelen aparecer en fases más avanzadas, cuando los patrones alimentarios muestran mayor persistencia y resistencia al cambio.

Desde la perspectiva del marco teórico sobre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la imagen corporal, se reconoce la naturaleza multifactorial de estas problemáticas. Las CAR son prácticas alimentarias dirigidas al control del peso que, si bien no constituyen trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero pueden precederlos (ENSANUT, 2022). La evidencia muestra que la diferencia clave entre ambos radica en la duración e intensidad: mientras las CAR suelen ser comportamientos transitorios (como episodios

aislados de atracción o restricción), los TCA, en cambio, implican patrones persistentes (≥ 3 meses según DSM-5) con deterioro funcional.

Los resultados de esta investigación, al mostrar un cambio significativo en la percepción de la imagen corporal, concuerdan con estudios como el de Ortega Pino y Tenezaca Sánchez (2023), quienes enfatizan la estrecha relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y las CAR en adolescentes. La tesis de Moreno Jiménez (2019) destaca la relación de la imagen corporal distorsionada con la presencia de CAR, subrayando la importancia de la autopercepción en esta problemática.

Y bien, dentro de los resultados cualitativos encontrados en el campo del lo grupal, revelan una relación significativa con la comida, es decir, una ambivalencia constante de amor-odio, episodios de atracones y restricción, así como culpa post ingesta. Estas manifestaciones encuentran una elucidación teórica en lo que Klein (1937) constituye como el primer objeto de amor-odio, de esta manera las conductas compensatorias presentes en el grupo se ven como intentos desesperados de incorporar un objeto bueno que calme la angustia, en cambio en conductas purgativas y restrictivas expresarían la expulsión de un objeto malo persecutorio internalizado. Coderch (2014) amplía esta comprensión al señalar que los trastornos alimentarios y, por extensión, las CAR, son expresiones simbólicas de dinámicas psíquicas no resueltas en la relación madre-hijo/a, la comida, por lo tanto, adquiere un valor que trasciende lo nutricional para representar aquellos primeros vínculos afectivos. Cuando este vínculo es conflictivo o ambivalente, como se observó en las narrativas del grupo respecto a sus figuras maternas, la alimentación se convierte en angustia.

La intervención grupal dio paso a una resignificación en los participantes, permitiéndoles desarrollar una percepción más saludable y menos distorsionada de su propio cuerpo. Esto se alinea con la noción de que la aceptación del cuerpo y la construcción de la identidad, especialmente en la juventud, están fuertemente influenciadas por factores sociales y psicológicos (Ortega Pino & Tenezaca Sánchez, 2023).

En relación con el apego, las bases teóricas que fundamentan este estudio se basan en la Teoría del Apego de John Bowlby, quien postuló que los seres humanos poseen una forma innata de formar vínculos con los cuidadores primarios durante la infancia, los cuales impactan el desarrollo social, emocional y psicológico. Las experiencias tempranas de apego influyen en la regulación emocional y en cómo el individuo maneja las dificultades en la vida adulta. Los hallazgos de este estudio sugieren que la psicoterapia grupal, al fomentar

un espacio seguro y de contención, pudo haber propiciado la exploración y, potencialmente, la resignificación de patrones de apego inseguros. Esto se traduce en una mejora en la capacidad de los participantes para establecer vínculos más seguros y funcionales. Esta observación se alinea con el estudio de Zumbana y Villalba Parra (2022), quienes evidenciaron la prevalencia de tipos de apego inseguro en adolescentes con CAR, sugiriendo que la incapacidad para regular emociones debido a experiencias tempranas con el cuidador principal puede llevar a conductas de afrontamiento poco efectivas. La importancia del cuidador primario en el reconocimiento del otro para la identificación del infante, (Zumbana & Villalba Parra, 2022) resalta cómo la dinámica grupal terapéutica puede ofrecer una experiencia de resignificación.

La efectividad de la psicoterapia grupal, como abordaje para poblaciones con problemáticas complejas, se sustenta en los antecedentes de investigación sobre sus factores curativos. El estudio de Alonso (2002) sobre alcohólicos rehabilitados, aunque en una población diferente, proporciona un marco valioso para comprender los mecanismos de cambio en el grupo. Factores como la cohesión grupal, la universalidad, el aprendizaje interpersonal y la catarsis, identificados por Alonso (2002) y en consonancia con los postulados de Yalom. La intervención grupal pudo haber facilitado la ruptura del aislamiento, la modificación de patrones relacionales disfuncionales a través de la retroalimentación entre miembros, y la expresión emocional de conflictos no verbalizados en los universitarios con CAR, quienes a menudo experimentan estigmatización y dificultades en la regulación emocional (Díaz et al., 2020). La identificación con pares y la observación de otros miembros del grupo (universalidad y modelado), elementos clave en la fase inicial de la terapia grupal (Alonso, 2002), probablemente contribuyeron a la reducción de la resistencia y a la instalación de la esperanza en los participantes.

El análisis del proceso grupal reveló que la psicoterapia no solo fue un contenedor de historias individuales, sino que el grupo mismo se constituyó en un aparato psíquico grupal (Kaes, 2009), capaz de generar representaciones compartidas y procesos de simbolización que trascendieron la experiencia individual. Los hallazgos se organizan en torno a los mecanismos de cambio específicos que operaron en este contexto. De esta manera, el grupo funcionó como un espacio donde la imagen corporal pudo ser puesta en palabras y reelaborada, ya que no se trabajó solo con el esquema corporal, sino con el cuerpo como objeto de

la historia relacional, a través de técnicas como la asociación libre, el grupo identificó sensaciones corporales con conflictos psíquicos específicos.

Parte de los hallazgos mostraron un desplazamiento significativo, desde la internalización negativa de la imagen, caracterizada por fuertes críticas hacia el abdomen como zona focal de insatisfacción, hacia una aceptación relativa. Este suceso encuentra sustento en la teoría de Dolto (1986), quien postula que la imagen inconsciente del cuerpo se estructura a través del lenguaje y del deseo del otro. En el grupo, pudieron nombrar y ser nombrados, lo que facilitó una resignificación menos punitiva de su imagen corporal, permitiendo una transición desde una percepción fragmentada hacia una concepción integrada y menos punitiva.

La predominancia de la insatisfacción focalizada en el abdomen, resulta particularmente significativa desde este marco teórico. Para Dolto, el cuerpo se constituye psíquicamente cuando la madre, o quien cumple con esa función, nombra las sensaciones corporales del infante, transformando así lo biológico en experiencia psíquica. En este contexto, el abdomen puede funcionar como un significante de la relación primaria con la figura de alimentación. La aversión o el rechazo a esta zona, se interpretan como la expresión simbólica de una falla en la función materna, donde la internalización del acto de ser alimentado no se experimentó como gratificante o contenido. Por lo tanto, el trabajo grupal no solo operó sobre la percepción consciente del cuerpo, sino que permitió acceder y reelaborar los significados inconscientes de la historia vincular del grupo.

Una de las contribuciones fundamentales de este estudio en la articulación de las variables en un contexto grupal, como señala Coderch (2014), la alimentación adquiere un valor transicional que media entre el cuerpo y los vínculos tempranos. En este sentido, el grupo facilitó una triangulación simbólica donde las CAR pudieron ser interpretadas no solo como un síntoma individual, sino como expresión de conflictos vinculares e identitarios dentro del grupo.

El análisis del proceso grupal, permite concluir que el dispositivo implementado operó como un aparato psíquico grupal (Kaës, 2009), donde la intersubjetividad facilitó una elaboración significativa de los conflictos nucleares asociados a las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). La eficacia del grupo no reside únicamente en una suma de técnicas, sino en un acto transferencial que permitió la puesta en acto y la posterior

resignificación de vivencias, fantasías, defensas y fijaciones del grupo. Ante los diferentes momentos del grupo, como la despedida en el cierre grupal, desde la perspectiva de Foulkes, se representa la catarsis afectiva y la libido grupal que circularon a lo largo de las sesiones permitiendo la elaboración de conflictos. El concepto del autor, sobre el grupo analítico proporciona una base segura transferencial que, una vez internalizada, continúa operando como una función de sostén en la vida cotidiana.

En síntesis, el grupo funcionó como un aparato colectivo para la resignificación de vivencias, donde la angustia corporal y el miedo en su forma de comer pudo inscribirse en un orden compartido. Con esto, los factores curativos de Yalom, fueron la manifestación de la reestructuración psíquica del grupo. La psicoterapia grupal psicoanalítica, se revela así, como un abordaje desde la subjetivación donde el cuerpo, el apego y la alimentación dejaron de ser núcleos sintomáticos para transcribirse a un malestar compartido desde lo grupal, por lo tanto, humanizado.

CONCLUSIONES

A partir del análisis integral de los datos cuantitativos y cualitativos, así como de la observación del proceso grupal, esta investigación permite establecer las siguientes conclusiones:

- La psicoterapia grupal psicoanalítica demostró ser una intervención efectiva y significativa para el grupo de universitarios con conductas alimentarias de riesgo (CAR) de esta intervención. Los datos cuantitativos confirmaron una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones globales de CAR, con mejoras específicas en los patrones de atracón-purga y restricción. Cualitativamente, este cambio se tradujo en una transición desde una relación conflictiva con la comida caracterizada por la culpa, la ambivalencia y el control hacia una mayor conciencia alimentaria y una disminución de la culpa post-ingesta.
- Los hallazgos cualitativos mostraron una transformación profunda en la construcción de la imagen corporal. En el pretest, predominaba una internalización negativa del cuerpo, se veía el abdomen como un significativo clave de insatisfacción y rechazo. Esto se interpreta como la expresión de una falta en la función materna primaria, donde la incorporación del alimento y el cuidado no fueron suficientemente simbolizados. Tras la intervención, se observó un desplazamiento hacia una aceptación relativa y una renegociación de la imagen. El grupo operó como un espacio donde, a través del lenguaje y la mirada de los otros, el grupo nombró sus cuerpos, facilitando una resignificación de la imagen del cuerpo menos punitiva.
- En la variable de apego, los datos cuantitativos mostraron la persistencia del apego evitativo como estilo predominante post-intervención, lo que indica ciertos patrones relacionales. Sin embargo, los hallazgos cualitativos mostraron una movilización afectiva significativa. El grupo reportaba una mayor percepción de apoyo y cercanía con figuras parentales y con esto, el grupo se convirtió en un laboratorio vivo de nuevos vínculos. Aunque el esquema de apego evitativo se mantuvo, la experiencia emocional dentro del grupo, mediante la universalidad, la cohesión y la catarsis, permitió a los participantes experimentar una forma de conexión segura y contenedora, lo que sienta bases para modelos operativos internos a largo plazo.

- La experiencia grupal fue eje central de los cambios terapéuticos, el grupo funcionó como un espacio transicional donde se pudo reelaborar experiencias tempranas. Por lo tanto, el dispositivo grupal actuó como contenedor de angustias y proyecciones individuales, metabolizándolas y devolviéndolas en forma de insight. La internalización del grupo como un objeto bueno quedó simbolizado con el cierre de los llaveros. Este acto comprendido, demostró que la matriz grupal fue internalizada como un recurso psíquico permanente. El grupo, por lo tanto, no fue solo el contexto de la terapia, sino su principal agente curativo.
- Así mismo, la investigación corrobora la relación entre variables. Los vínculos de apego inseguros se vieron relacionados en el grupo con una imagen del cuerpo frágil y una relación disfuncional y conflictiva con la comida. Por otro lado, las conductas alimentarias de riesgo restrictivas y por atracón se identificaron como síntomas de conflictos relacionales no resueltos, donde la comida simboliza el objeto de amor primario. La psicoterapia grupal resultó ser un abordaje que permitió intervenir de manera simultánea en estas dimensiones interrelacionales a través de las dinámicas transferenciales.

En conclusión, este estudio evidencia que la psicoterapia grupal psicoanalítica constituye un modelo de intervención efectivo para este grupo de universitarios con conductas alimentarias de riesgo, principalmente de tipo restrictivo. Su eficacia no se limita a la reducción sintomatológica cuantificable, sino que opera a un nivel estructural de mayor profundidad: la función del grupo, articulada a través de su campo relacional y los factores terapéuticos descritos por Yalom, facilitaron la reelaboración de los conflictos nucleares subyacentes.

El grupo funcionó como un espacio transicional donde pudieron resignificarse experiencias de apego temprano. Factores como la universalidad, al descubrir que las situaciones que vivían no eran únicas y la catarsis al expresar emociones contenidas, generaron lo que Yalom refiere como cohesión grupal que se dirigió como base del grupo. Fue esta dinámica de contención y validación mutua la que permitió al grupo confrontar sus dinámicas internas.

Así, lo grupal no solo complementa el trabajo individual, sino que constituye una vía privilegiada para acceder y resignificar conflictos arraigados.

ANEXOS

1. CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CBCAR).

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS (CBCAR)				
En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)				
	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (2 veces en la semana)	Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso.				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica:				
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es):				
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es):				

2. CUESTIONARIO DE RELACIÓN CON EL PADRE

Tabla 26
Cuestionario de relación con el padre Versión para ambos sexos

En general, tu papá o sustituto:	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Te demuestra afecto o cariño				
2. Realiza alguna actividad agradable contigo				
3. Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)				
4. Habla contigo de tus problemas				
5. Se muestra interesado en ayudarte				
6. Muestra que se preocupa por ti				
7. Es justo contigo				
8. Te expresa el amor que siente por ti				
9. Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces				
10. Eres importante para él				
11. Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)				
12. Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)				
13. Controla o critica tu forma de vestir				
14. Te ha tratado como si fueras una sirvienta				
15. Se molesta si te portas cariñosa con él				
16. Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas(os)				
17. Te ha hecho sentir menos				
18. Desconfía de ti				
19. Te exige demasiado				
20. Es difícil complacerlo				
21. Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él				
22. Te exige obediencia a sus antojos o caprichos				
23. Te exige que te quedes en casa				
24. Ha amenazado a alguien que quieres o estimas				

3. CUESTIONARIO DE RELACIÓN CON LA MADRE

Tabla 27
Cuestionario de relación con la madre Versión para ambos sexos

En general, tu mamá o sustituta	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Te demuestra afecto o cariño				
2. Realiza alguna actividad agradable contigo				
3. Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)				
4. Habla contigo de tus problemas				
5. Se muestra interesada en ayudarte				
6. Muestra que se preocupa por ti				
7. Es justa contigo				
8. Te expresa el amor que siente por ti				
9. Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces				
10. Eres importante para ella				
11. Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)				
12. Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)				
13. Controla o critica tu forma de vestir				
14. Te ha tratado como si fueras una sirvienta				
15. Se molesta si te portas cariñosa con él				
16. Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas(os)				
17. Te ha hecho sentir menos				
18. Desconfía de ti				
19. Te exige demasiado				
20. Es difícil complacerla				
21. Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con ella				
22. Te exige obediencia a sus antojos o caprichos				
23. Te exige que te quedes en casa				
24. Ha amenazado a alguien que quieres o estimas				

4. CUESTIONARIO DE ESTILOS DE APEGO (ATTACHMENT STYLE QUESTIONNAIRE)

Califique las siguientes aseveraciones en base a esta escala:

1= Totalmente en desacuerdo 2= Fuertemente en desacuerdo 3= Moderadamente en desacuerdo 4= Moderadamente de acuerdo 5= Fuertemente de acuerdo 6= Totalmente de acuerdo.

1	Por encima de todo pienso que soy una persona valiosa	
2	Soy más fácil de conocer que la mayoría de las personas	
3	Estoy seguro(a) de que los demás estarán ahí cuando los necesite	
4	Prefiero depender de mí mismo(a) que de otras personas	
5	Prefiero no ser sociable	
6	Pedir ayuda es admitir que uno ha fallado	
7	El valor de una persona de debe medir por sus logros	
8	Lograr las cosas es más importante que construir relaciones	
9	Hacer lo mejor de un mismo es más importante que llevarse con los demás	
10	Si tienes un trabajo que hacer, debes hacerlo sin importar quien salga lastimado	
11	Agradarle a los demás me parece importante	
12	Evitar hacer cosas que a los demás desagradan me parece importante	
13	Se me dificulta tomar decisiones sin saber lo que piensan los demás	
14	Mis relaciones con los demás generalmente son superficiales	
15	A veces pienso que no sirvo para nada	
16	Se me dificulta confiar en los demás	
17	Se me dificulta depender de los demás	
18	Pienso que los demás son reacios a acercarse tanto como me gustaría	
19	Se me facilita acercarme a los demás	
20	Se me facilita confiar en los demás	
21	Me siento cómodo(a) cuando dependo los demás	
23	Me preocupa que las personas quieran acercarse a mí	
24	Me preocupa no estar a la altura de los demás	
25	Tengo sentimientos encontrados acerca de estar cerca de los demás	
26	A pesar de querer estar cerca de los demás, me siento intranquilo(a) por ello	
27	Me pregunto por qué las personas quisieran involucrarse conmigo	
28	Para mí, es muy importante tener relaciones cercanas	
29	Me preocupo mucho por mis relaciones	
30	Me pregunto cómo me las arreglaría sin alguien que me quiera	
31	Me siento confiado(a) acerca de mi relación con los demás	
32	Me siento solo(a) o abandonado(a) muy seguido	
33	Me preocupa muy seguido que realmente no pertenezco a los demás	
34	Los demás tienen sus propios problemas, así que no los molesto con los míos	
35	Cuando hablo de mis problemas con los demás, generalmente me siento avergonzado(a) o tonto(a)	
36	Estoy muy ocupado(a) con otras actividades como para invertir mucho tiempo en mis relaciones	
37	Si algo me está molestando, los demás generalmente están al tanto y se preocupan	
38	Me siento confiado(a) de que agradaré a los demás y de que me respetarán	
39	Me frustra que los demás no estén ahí cuando los necesito	
40	Generalmente los demás me dejan mal	

5. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Entrevista Semiestructurada Conductas alimentarias de riesgo.

Ficha de identificación		
Nombre:		Edad:
Escolaridad:	Fecha de nacimiento:	
Nombre de la Institución:		
Ocupación:	Teléfono:	
Correo electrónico:		
Peso:	Estatura:	IMC:

Entrevista Semiestructurada

Dimensiones	Preguntas
	Generales
	<ol style="list-style-type: none"> 4. ¿Cómo describirías la relación que tienes con la comida? 5. ¿Qué emociones o sentimientos sueles experimentar antes, durante y después de las comidas? 6. ¿Qué significado tienen para ti las distintas comidas del día, como el desayuno, el almuerzo y la cena?
Conductas alimentarias de riesgo	Específicas
	<ul style="list-style-type: none"> • Narra tu día a día, la rutina que llevas, los horarios en los comes. • ¿Qué emoción generalmente notas se presenta a la hora de comer? • ¿Qué emoción y/o sentimiento notas se presenta después de comer? • ¿Con que asocias las palabras almuerzo, comida y cena? • ¿Qué opinas de tu peso? • ¿Generalmente qué haces mientras ingieres algún tipo de alimento? • ¿Generalmente que haces después de ingerir algún alimento? • ¿Con quienes compartes las horas de comida?
Imagen corporal	Generales
	<ol style="list-style-type: none"> 4. ¿Cómo te sientes cuando piensas en tu cuerpo? 5. ¿Qué pensamientos generalmente tienes sobre tu imagen? 6. ¿Qué aspectos de tu cuerpo te gustan más, cuales menos y por qué?
	Específicas
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo te describirías? • ¿Cómo describirías lo que es vivir en tu propio cuerpo? • ¿Qué es lo primero que observas al mirarte al espejo? • ¿Podrías comentarme que características físicas te gustan de ti? • ¿Qué palabras consideras describirían mejor la percepción que tienes sobre tu cuerpo?

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la respuesta que generalmente das cuando alguien te hace algún cumplido? • ¿Con qué frecuencia planificas actividades o tiempo que benefician directamente su salud? (Ejemplo, citas de cuidado personal, ejercicio, tiempo para desestresarse, preparación de comidas, etc.). • ¿Qué percepción crees o consideras que tienen los otros de ti (familia y amigos)?
Tipos de apego	<p>Generales</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. ¿Cómo describirías la relación con tus cuidadores (mamá, papá o quién fungió como cuidador) cuando eras pequeño? 6. ¿Con qué cuidador consideras tener un vínculo cercano? 7. ¿Con qué cuidador consideras tienes una relación que te brinda bienestar o malestar y por qué? 8. Describe la relación que tienes con las personas que te rodean. ¿Qué aspectos consideras importantes para que estas relaciones sean buenas o malas?
	<p>Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué palabras usaría para describir a su madre? • ¿Puede describirme como era su relación con ella cuando Ud. era chico/a? • ¿Se sentía cercano/a a ella? • ¿Cuándo ella se enojaba, cómo lo demostraba? • ¿Qué pasaba si Ud. hacía algo que a ella le molestaba? • ¿Cómo ejercía disciplina? • ¿Cómo le premiaba o alababa? • ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su madre que podría haber afectado el cómo ella le trataba? • ¿Qué palabras usaría para describir a su padre? • ¿Puede describirme como era su relación con el cuándo Ud. era chico/a? • ¿Se sentía cercano/a a él? • ¿Cuándo él se enojaba, cómo lo demostraba? • ¿Qué pasaba si Ud. hacía algo que a él le molestaba? • ¿Cómo ejercía disciplina? • ¿Cómo le premiaba o castigaba? • ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su padre que podría haber afectado el cómo él le trataba? • Actualmente, ¿Cómo consideras te relacionas con los demás, en los diferentes contextos (familia, amigos, escuela, trabajo)? • ¿Cómo consideras es tu reacción cuando alguien te demuestra afecto? • ¿Sientes que dependes de las personas que te rodean o, por el contrario, prefieres mantener cierta distancia con alguno de ellos?

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuernavaca, Mor., a ___ de _____ de 20__

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación. Psicoterapia grupal: Efectos en imagen corporal y apego en universitarios con conductas alimentarias de riesgo.

Yo _____, estudiante de _____, de ___ semestre, por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la Investigación que lleva por nombre: “Construcción de la imagen corporal y tipos de apego en jóvenes universitarios con conductas alimentarias de riesgo”, cuyo objetivo es: Analizar el efecto de la psicoterapia grupal y la relación de la construcción de la imagen corporal y tipos de apego en la presencia de conductas alimentarias de riesgo en jóvenes universitarios de 18 a 25 años. Llevado a cabo por la Psic. Mayra Lizet Carreño Gutierrez, en marco de la Maestría de la Facultad de Psicología de la UAEM. La aplicación consta de los cuestionarios autoaplicables: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), extendidos del mismo; Cuestionario de Relación con la madre, Cuestionario de la relación con el padre, Cuestionario de Estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire).

La intervención será llevada a cabo en el semestre Agosto-Diciembre 2024, el grupo psicoterapéutico tendrá un total de 15 sesiones. Cada sesión tendrá una duración aproximada de 90 minutos y una frecuencia semanal.

Considere que su participación es **voluntaria, anónima y confidencial**; por lo que puede retirarse del estudio en el momento que usted así lo decida, no habrá repercusión alguna si decide no participar en la intervención del grupo psicoterapéutico.

Su participación consistirá en lo siguiente:

- Se compromete a no compartir información de contacto personal como redes sociales, número de teléfono, correo electrónico, etc., con los/as demás participantes del grupo durante el estudio. Ello con el fin de salvaguardar la privacidad de todos los/as integrantes.
- Para resguardar su privacidad y la de los demás integrantes del grupo, por respeto al espacio psicoterapéutico y los demás miembros, todas las participaciones son confidenciales, por lo que nadie puede compartir fuera del grupo nada de lo que se haya dicho o hecho en sesión. De la misma manera, se compromete a no fotografiar y/o grabar bajo ningún formato (audio, video) las sesiones.

El estudio no representa riesgos de salud física. En cuanto al riesgo psicológico pueden presentarse mínimos, como malestar emocional al abordar ciertos temas durante la sesión. Es requisito brindar al investigador número de contacto de emergencia adicional al personal, ya sea de algún familiar o persona de total confianza, bajo el entendido de la persona acerca de su participación en la investigación.

Toda información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso del investigador y comité tutorial. Cualquier publicación o comunicación científica de resultados de la investigación será completamente anónima. Así mismo me han informado que tendré derecho a solicitar los resultados de dichos cuestionarios

Manifiesto que me fue informado el propósito, procedimientos y tiempos de la intervención, por lo que, en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en la investigación.

Hago constar que he leído y entiendo en su totalidad este documento, por lo que en constancia firma acepto su contenido.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

7. CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADOR/ CO-INVESTIGADORES/AS

Cuernavaca, Mor., a ___ de _____ de _____

Yo, _____, estudiante de la Maestría en _____

_____ De la Universidad _____, hago constar, en
relación con la investigación
titulada: _____ que me

comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, oficios, correspondencia, acuerdos, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como co-investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma

8. AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD

Investigación. Psicoterapia grupal: Efectos en imagen corporal y apego en universitarios con conductas alimentarias de riesgo.

Antes de proporcionarnos sus datos personales, lea el siguiente Aviso de Privacidad en el que informamos, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales para la Investigación; Psicoterapia Grupal: Efectos en la imagen corporal y apego en universitarios con conductas alimentarias de riesgo. Llevado a cabo por la Psic. Mayra Lizet Carreño Gutierrez, en marco de la Maestría de la Facultad de Psicología de la UAEM.

Al proporcionar datos personales para la investigación antes mencionada se da por entendido que está usted de acuerdo con los términos de este Aviso, las finalidades del tratamiento de los datos, así como con los medios y procedimiento que se ponen a su disposición para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la sección respectiva de este Aviso de Privacidad.

Fundamento para el tratamiento de datos personales

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, articulado de la Declaración de Helsinki, en el contenido de la Ley General de Salud, Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 100.

Información que recabar:

El estudio podrá recopilar la Información directamente y de forma personal del participante, la cual será mantenida en estricta confidencialidad, quedando prohibida su divulgación ilícita y limitando su uso a Terceros. La Información que se recabará de manera directa será la siguiente:

- a) Nombre.
- b) Sexo
- c) Escolaridad.
- d) Semestre.
- e) Facultad.
- f) Correo electrónico.
- g) Número de teléfono.
- h) Nombre y número de teléfono de (familiar, amigo, conocido que el participante prefiera).

Datos Sensibles.

El estudio recabará la Información relacionada con estados emocionales, antecedentes e historial clínico si aplica, aspectos familiares y sociales del participante, modo de vida, estado de salud presente y futuro con relación a la presencia de conductas alimentarias de riesgo, para los fines relacionados con la investigación descritos en el Aviso de Privacidad, obligándose a tratarla en estricta confidencialidad. De acuerdo con lo previsto se requerirá del consentimiento del participante para el tratamiento de sus datos personales sensibles, por lo que se le solicitará indicar si acepta o no dicho tratamiento.

Finalidades para recabar y tratar datos personales

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias dentro de las actividades propias de la Investigación:

- Para la devolución de informes con los resultados obtenidos a lo largo del estudio a cada uno de los participantes.
- Para el control y base de datos de la investigación.
- Para los objetivos investigativos, informes numéricos y descriptivos.
- Para los estadísticos necesarios y resultados de la investigación.

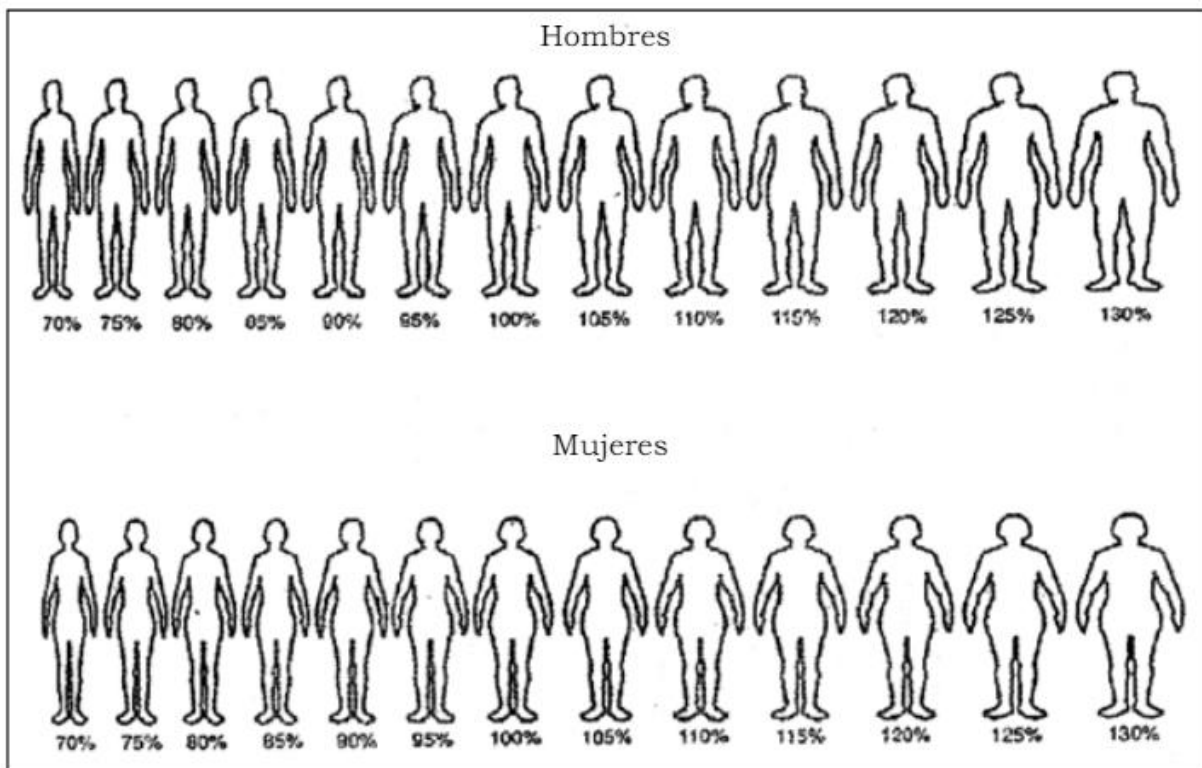
Negativa, revocación y limitación de uso y divulgación de la Información. El participante podrá revocar su participación, en el momento que decida hacerlo, así como cuando la información se hubiese utilizado para fines distintos a los antes mencionados.

9. DIRECTORIO DE INSTITUCIONES U ORGANIZACIÓN PÚBLICAS.

- Servicios de Psicología y Psicoterapia para la población en general en las instalaciones del Centro de Atención Gerontológica del Estado de Morelos (CEAGEM), se encuentra ubicado avenida Plan de Ayala número 2 de la colonia Lomas de Selva, de Cuernavaca; las citas pueden ser agendadas de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 14:00 horas.
- Servicio de consulta en la Unidad de Especialidades Médicas: Centro Integral de Salud Mental (UNEME CISAME), la dependencia responsable de los Servicios de Salud de Morelos, se encuentran ubicados en el Callejón Borda Num. 3, col. Centro, Cuernavaca, Morelos. Con horarios de atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.
- Orientel UAEM, sistema de apoyo telefónico el cual brinda información, orientación, apoyo psicológico y canalización a toda persona que lo solicite vía telefónica o por internet. Ubicado en el cuarto piso Torre de Rectoría, Campus Norte, Chamilpa, Cuernavaca. Morelos. Tel. (777) 329-7000 ext. 7944° Servicio sin costo LADA 01800 00 5 68 36 (01 800 00 JOVEN), orientel@uaem.mx.
- CJM, Centro de Justicia para las Mujeres, Cuernavaca, asesoría psicológica y legal gratuita. Avenida Morelos Sur, Num. 70, Col. Chipitlán ubicado en el centro de justicia para mujeres. Tel 777 310 2406.

10. FIGURA 1. ESCALA DE LOS TRECE DIBUJOS DEL CONTORNO DE LA FIGURA (13-CS). (Gardner et al., 1999; Rodríguez, Beato, Rodríguez y Martínez, 2003; Rueda, Camacho, Flórez y Rangel, 2012).

Figura 1. Escala de los trece dibujos del contorno de la figura (13-CS)





Si respondes sí a alguna de estas preguntas:

- ¿Constantemente piensas en la comida, el peso y la complexión de tu cuerpo?
- ¿Sueles comer compulsivamente (ingerir cantidades grandes de comida sin tener hambre)?
- ¿Haces dietas o ayunos para evitar comer?
- ¿Te sientes ansioso antes y/o después de comer?

¿TIENES ENTRE 18 A 25 AÑOS, ERES ESTUDIANTE DE LA UAEM Y TE PREOCUPA TU FÍSICO?

Te invitamos a formar parte de la investigación correspondiente a la Maestría en Psicología



GRUPO PSICOTERAPÉUTICO SIN COSTO

Si estás interesado@ escanea aquí

Responsable Psic. Mayra Lizet Carreño G.
Directora de Tesis. Mtra. Luz Ximena Ramirez B.

MODALIDAD PRESENCIAL



Facultad de Psicología, UAEM.



Convocatoria abierta: 04 de Nov al 13 de enero 2025

maestriapsic@uaem.mx Número: 3297000 EXT. 3704

12. CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE POSTEST

Cuernavaca, Mor., a ___ de _____ de 20__

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación. Psicoterapia grupal: Efectos en imagen corporal y apego en universitarios con conductas alimentarias de riesgo.

Yo _____, estudiante de _____, de ___ semestre, por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la Investigación que lleva por nombre: “Construcción de la imagen corporal y tipos de apego en jóvenes universitarios con conductas alimentarias de riesgo”, cuyo objetivo es: Analizar el efecto de la psicoterapia grupal y la relación de la construcción de la imagen corporal y tipos de apego en la presencia de conductas alimentarias de riesgo en jóvenes universitarios de 18 a 25 años. Llevado a cabo por la Psic. Mayra Lizet Carreño Gutierrez, en marco de la Maestría de la Facultad de Psicología de la UAEM, bajo la supervisión de la Directora de Tesis, la Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail.

Etapas de participación: Hago constar mi participación en la segunda etapa de este estudio, la cual consiste en una entrevista presencial, durante la cual se recopilarán datos personales, académicos y familiares. Asimismo, doy mi consentimiento para que dicha entrevista sea grabada en formato de audio.

Voluntariedad, anonimato y confidencialidad: Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria, anónima y confidencial. Puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello implique ninguna consecuencia negativa o repercusión.

Confidencialidad de la información: Toda la información recabada durante mi participación será manejada con la máxima confidencialidad y solo será accesible para el investigador principal y el comité tutorial del proyecto. Cualquier resultado o publicación relacionada con este estudio será completamente anónima. Además, se me ha informado que tendré derecho a solicitar los resultados de los procesos del estudio.

Información sobre el estudio: Manifiesto que he sido debidamente informado sobre el propósito, los procedimientos y los tiempos de la intervención, y que cuento con la capacidad de tomar esta decisión de manera libre y consciente. En pleno uso de mis facultades, acepto participar en esta investigación.

Por lo tanto, declaro que he leído, comprendido y aceptado en su totalidad el contenido de este documento. Al firmar, doy mi consentimiento informado para participar en el estudio descrito.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

13.RELATORIA Y BITACORA

INVESTIGACIÓN: “PSICOTERAPIA GRUPAL: EFECTOS EN IMAGEN CORPORAL Y APEGO EN UNIVERSITARIOS CON CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO”.

RESPONSABLE: MAYRA LIZET CARREÑO GUTIERREZ

Ficha de identificación	
Fecha:	Horario:
Día:	Número de sesión:

Participantes	Topología del espacio grupal

Portavoces	I. Temas de la sesión (Manifiestos y latentes)
Manifiestos	
Latentes	

Portavoces	II. Relatorías (comunicaciones e interacciones-incluye lenguaje no verbal)
	Nombre de la sesión:

Observaciones

(Grupo co-terapéutico. Incluye: terapeuta, coterapeuta, supervisor y observadores clínicos)

BITACORA

Psicoterapia grupal: efectos de la imagen corporal y apego en universitarios con conductas alimentarias de riesgo.

Terapeuta:

Co-terapeuta:

Fecha:

No. Sesión

Modalidad de sesión:

Presencial ()

Línea ()

Número de Asistentes:

Nombres de Asistentes:

Observaciones por participante:

Temas y/o categorías:

Observaciones grupales

Comentarios del investigador:

REFERENCIAS

- Ortega Pino, J. Y., & Tenezaca Sánchez, J. R. (10 de Mayo de 2023). *Relación de la insatisfacción de la imagen corporal con las conductas*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10887/3/Ortega%2c%20J.%20%282023%29.%20Relaci%3bn%20de%20la%20insatisfacci%3bn%20de%20la%20imagen%20corporal%20con%20las%20conductas%20alimentarias%20de%20riesgo%20en%20adolescentes.pdf>
- Unikel Santoncini, C., Díaz de León Vázquez, C., González Forteza, C., Wagner Echeagaray, F., & Rivera Márquez, J. A. (2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Acta Universitaria* , 25, 35-39.
- Ahumada Castillo, J. P. (30 de Julio de 2011). *Biblioteca Central Universidad Nacional Autónoma de México*. Obtenido de Biblioteca Central Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alonso, A., & Swiller, H. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica* . México: Manual Moderno .
- Alonso, M. C. (2002). *ADICCIONES*. Obtenido de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/493/489>
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Bunge, M. A. (2002). *Epistemología*. México : Siglo XXI.
- Coderch, J. (2014). Patología de la Alimentación . En J. Coderch, *Psiquiatría Dinámica* (págs. 231-238). Herder.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia .
- Díaz, M. L., Castelán Olivares, A. I., Tovar, A. M., Franco, P. K., & Mancilla Díaz, J. M. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *SCIELO*, 1-10.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires Méxcio: Paidós .
- Ezpinoza, M. S., Mancilla Díaz , J. M., & Vázquez Arévalo, R. (2023). Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo. *Psicología y Salud* , 1-8.
- Ezquerro, A. (2023). *Apego y desarrollo a lo largo de la vida* . Madrid : Sentir .
- García, R. (2006). *Sistemas Complejos* . Barcelona : Gedisa.

- Gardner, R. M., Stark, K., Jackson, N. A., & Friedman, B. N. (1999). DEVELOPMENT AND VALIDATION OF TWO NEW SCALES FOR ASSESSMENT OF BODY-IMAGE. *Perceptual and Motor Skills*, 13.
- Garduño, M. (24 de Enero de 2022). *Forbes México*. Obtenido de Forbes México : <https://www.forbes.com.mx/women-cultura-delgadez-extrema-eleva-trastornos-alimenticios/>
- Jiménez, A. M. (2019). *Repositorio de Tesis UNAM*. Obtenido de Autopercepción corporal y su relación con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de ingreso a nivel medio superior: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000801081/3/0801081.pdf>
- Kaes, R. (2009). *El aparato psíquico grupal: construcciones de grupo*. España: GEDISA.
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Revista Clínica Contemporanea*, 9.
- Paredes, K. F., Díaz Reséndiz, F., & Bautista Díaz, M. L. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Arch Med (Manzinales)*, 19(2):303-2.
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. Ciudad de México : Pax México .
- Portillo, I. D. (2015). *Bases de la terapia de grupo*. México: PAX México.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México : MCGRAW-HILL.
- Sánchez Sosa, J. C., Villareal González, M. E., & Mositu Ochoa, G. (2010). Psicología y Desórdenes Alimenticios, un modelo de campo psicosocial. En J. C. Sánchez Sosa, M. E. Villareal González, & G. Mositu Ochoa, *Psicología y Desórdenes Alimenticios, un modelo de campo psicosocial* (págs. 23-25). Monterrey : TENDENCIAS .
- Saucedo Molina, T. d., & Unikel Santocini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *SCielo*, 4-11.
- Unikel Santocini, C., Díaz de León Vazquez, C., & Rivera Márquez, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Ciudad de México .
- Villalobos Hernández, A., Bojórquez Chapela, L., Hernández Serrato, M., & Unikel Santocini, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. *Ensanut Continua 2022. Salud Pública de México*, 96.
- Villalobos Hernández, A., Bojórquez Chapela, L., Hernández Serrato, M., & Unikel Santocini, C. (2022). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: *Ensanut Continua 2022*. 1-6.
- Zumbana, E., & Villalba Parra, L. C. (2022). Tipos de apego y su relación con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*, 1-23.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Morelos a 10 diciembre 2025

ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
PRESENTE

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada: *"PSICOTERAPIA GRUPAL: EFECTOS EN IMAGEN CORPORAL Y APEGO EN UNIVERSITARIOS CON CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO"*. Trabajo que presenta la C. Mayra Lizet Carreño Gutierrez quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
MTRA. LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL	X		
DR. LUIS PEREZ ALVAREZ	X		
DRA. ILIANA MURGUIA ALVAREZ RUBIO	X		
DRA. DENI STINCER GOMEZ	X		
MTRA. GABRIELA AÑORVE VALDEZ	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(Se anexa e-firma)



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANÓ INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

DENI STINCER GOMEZ | Fecha:2025-12-10 10:51:49 | FIRMANTE

OBDsjVtiPle24kouNPHdNnGBWXqB9KajpulqAPvMdlVK7ORiWHKPIDd1NS/1PU6avTQvUx8KznsnW3xOeCNKinnE++kRPO+uBny6E66zQJOhyF+LUYqfwU9zA1ISoyTs8oNcs4R10znDxT1mk655bbqXjOtsZcaCH5g644hSGnpyPdrYTYwlpHnHIPnqNLiSdOLaX0fojCjPKNEm1Zvi92jM6yI/Uh1WTAEmXZODX8ld/eAQj70SfnMmITmKkC6TSUkjDcQQ3xalrhkf9s/es629mak2L5HxuoGwtpEnzoQHYYlteVS8R2D9FzoTAIQQQZLHLJZai9L8ywodXsTng==

GABRIELA AÑORVE VALDEZ | Fecha:2025-12-10 10:58:01 | FIRMANTE

BiE9rxnDMNnD0jud/TddFx9iJSteq31LM4AysdWrThxioOacbkO2b8PYF64qfiXwwC10ayd75Ev5e7yVKE7p3MwLoughxcTusqodx9B6Rjzpz9sm8qt9tklE/Jd7lesRSrGyhztgD3Z5OPF3OKUjUxj2t5dlv0oNcj6vqCZStQzopPY9dpm9dJKbK+I3cXsk5vHRw+QqJhPNlp2gE8EsEfGvRT+kbjX6xPyCeeHwaBMLNiAzf2PIYWyobktcJjRfPk+Mwx1c/kam4ePkYvmV5E4MSuY17064Sr8hXC5fvG+ruOAJq9ildUltJ+DfATD4/03y3EOGdiLBUIP4ZLZCEeQ==

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2025-12-10 13:15:39 | FIRMANTE

Xr5hiPWBjVUO379XBRfO0i0BBhXDtPBKmsGwnJ56ljU2KpVVFbYhfAhATYKw5e6fZG9fBY8/g1lxQqOhMba4tlb9Sel591XlpDox63UAE5QzVno8gnhuopaosaYLICyT3AC9Gs2WRH6POA+NKuYbQxYeyDk+IGlPim//6WNmmIQJmgmsbzCttivEbvRj4ANKc5ySIHufCLJNCGDeaxkMqMlvdyd4wVOkAYHZh28dtVDTDipR35YxutgJ1S6eI/OVduPlqLvAs9DspHW8vcl141GC4NPO4Q2XMBEvMsKaOgzUj9xG/7fjA+jooGYVp9o4kWOLJqvUtBva3DdKtw==

ILIANA MURGUIA ALVAREZ RUBIO | Fecha:2025-12-10 15:43:36 | FIRMANTE

NtJuA7tkFky82XGr45+y0eHxQAo5hZJgA0YV/ajjBRm3gk1OKqV7vJV7ySbkEQmw7vEU2E33zCwhwvsyQqDgB/SR3/E8qrfWLbqcoiA35me1V7PPwFGrh6NRnADONRUMHRoTEPyOvXGhQK971q9Pj5ybwSfInBn2IHOScLYWI7wzrGxWhjojlBAE/3erAhojwXLbfbPQxdsWtsXLf2HKi9syPdP/2UDLUuGwEF0x33aJVNtitKFwQpUvfXv9JSOqivTadUwYv0HpX/mMPBgL1DK4FUCQ8yWG+YXew7IBibMutvDpn15TZ64/byZ8l6/QXTDDlCM+6eh1I/86w5cLA==

LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL | Fecha:2025-12-11 16:58:13 | FIRMANTE

u3dt1/9zL4L+UPP6hcX2xeG5BfkVd9zxpqW3vWICVOgaLZu5CWKsEXLp5FSlyvqrk4LkjbPiX/widV1sM3q3gQXbQX72HRsGjAWMBt+CU1hJw0pRypOtqzkNXxr7ldLxU+tWfnytlE/5LH+98vLRTSbHPVkdP5Mzs1RiEGp1kin3FmoE13wUF19c06msJcugfgyJ7z4ME2789tSZYsK8aWu3PC9rNmFCn0zSPS0CazUg5W/Y+tvN8H3/vUC0PTbcBUevdyt75OQph3VWlqIFvpi/8Gf82ir/6jY8ULHn+Pr5pB1Q7ICvi5Hi4S990SVOXNEHYBzkhpd1yP6VTIADg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



EUiwKoCRP

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/J1DOKolWHcQpVS0bjdnSbNLI5Nf5A5Hf>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029