



U **NIVERSIDAD**
I **NSURGENTES**

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA
ADOLESCENCIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

C. JANET MARTINEZ BRAVO

ASESOR: MTRO. EDUARDO ANTONIO LEÓN IBARRA

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Ha habido personas que merecen las gracias por que sin su valiosa aportación no hubiera sido posible este trabajo y también hay quienes las merecen por haber plasmado su huella en mi camino.

Agradezco primeramente a Dios por ser mi mejor amigo, mi fortaleza, darme todo lo que tengo, no dejarme caer nunca y por llenar mi vida de bendiciones.

A mis padres, Rosa María y Víctor Manuel Por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación y su confianza en la realización de mis sueños. Soy afortunada por contar siempre con su amor y ejemplo. En todo momento los llevo conmigo. Esta tesis es suya.

A mi hermana Abril, por tus comentarios, sugerencias, opiniones y los sueños que hemos compartido. Además de ser una buena amiga eres la mejor compañía para compartir el mismo techo. Se que cuento con ella para siempre.

A Luís Fernando, por ser un gran amigo y con quien he compartido muchos momentos que siempre llevare en mi corazón. Gracias por recordarme que hay personas valiosas en el mundo. Y gracias por estar en el mío.

A mi asesor el profesor Eduardo Antonio, por asesorarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino que hoy culmina en el presente proyecto, por compartir su conocimiento conmigo y sus opiniones sirvieron para que me sienta satisfecha en mi participación dentro del proyecto de investigación.

Finalmente a cada uno de mis profesores que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

Al Profesor Luis Fernando por su disposición en todo momento y ayuda brindados.

A la Profesora Ana María por ayudarme desinteresadamente y brindarme su amistad

A la profesora Blanca Patricia que me brindo su apoyo y cooperación dedicadas.

INDICE

Introducción.....	1
Resumen.....	5
Capítulo 1 trastornos alimenticios.....	9
1.1. Antecedentes.....	9
1.1.1 Concepto de Trastorno Alimenticio.....	11
1.1.2. Trastornos Alimentarios y Factores Familiares.....	12
1.1.3. Factores de riesgo de los Trastornos Alimenticios.....	17
a) Sexo y edad.....	17
b) Geografía y Factores socioeconómicos.....	19
c) Profesión y deporte.....	20
d) Pubertad temprana.....	21
1.1.4. Posibles causas de los Trastornos Alimenticios.....	22
a) Trastornos emocionales.....	22
b) Factores familiares.....	24
c) Influencias culturales.....	25
d) Atletismo excesivo.....	26
e) Factores genéticos.....	27
1.2. Concepto de Anorexia.....	28
1.2.1. Tipos de Anorexia.....	29
1.2.2. Causas de la Anorexia.....	30
1.2.3. Síntomas de Inanición.....	32
1.2.4. Características de paciente con anorexia.....	33
1.2.5. Características psicológicas en la anorexia.....	35
1.2.6. Principales síntomas de la anorexia.....	39
1.2.7. Criterios diagnósticos del DSMI-IV para la anorexia.....	41
1.2.8. Complicaciones medicas de la anorexia.....	42
1.2.9. Consecuencias físicas y de comportamiento.....	44
1.3. Concepto de Bulimia.....	45
1.3.1. Tipos de Bulimia.....	46
1.3.2. Causas de la Bulimia.....	46
1.3.3. Principales síntomas de la Bulimia.....	47
1.3.4. Problemas emocionales en la Bulimia.....	49
1.3.5. Problemas psicologicos en la Bulimia.....	50
1.3.6. Criterios diagnosticos del DSM-IV para la bulimia.....	51
1.3.7. Complicaciones medicas de la Bulimia.....	52
1.3.8. Consecuencias fisicas y de comportamiento.....	54

1.3.9. Diferencias entre Anorexia y Bulimia.....	55
1.4. Concepto de Obesidad.....	56
1.4.1. Tipos de Obesidad.....	57
a) ¿Cómo se clasifica la obesidad?.....	60
b) ¿Cómo se mide la obesidad?.....	61
1.4.2. Causas de la Obesidad.....	62
1.4.3. Principales síntomas de la Obesidad.....	63
1.4.4. Obesidad en la Adolescencia.....	64
1.4.5. Obesidad en la Familia.....	65
1.4.6. Problemas emocionales en la Obesidad.....	66
1.4.7. Problemas psicológicos Por Obesidad.....	69
a) ¿Gordito simpático?.....	72
b) Alimento = Placer.....	75
1.4.8. Complicaciones médicas de la Obesidad.....	78
Capítulo 2. Adolescencia.....	84
2.1. Antecedentes.....	84
2.1.2. Concepto de la Adolescencia.....	84
2.1.3. El tiempo de la Pubescencia.....	86
a) La Preadolescencia.....	90
b) La Adolescencia propiamente dicha.....	91
2.1.4. Época de inmadurez en busca de la madurez.....	95
2.1.5. La historia de la Adolescencia como una etapa de desarrollo.....	98
2.1.6. Explicaciones teóricas de la Adolescencia.....	98
2.1.7. La crisis de la Adolescencia.....	99
2.1.8. La descripción de los periodos de Pubertad y Adolescencia.....	100
2.1.9. La misión de la Adolescencia.....	102
2.1.10. Metas de los adolescentes.....	103
2.2. Desarrollo físico del Adolescente.....	104
2.2.1. Efectos psicológicos del desarrollo físico del adolescente.....	106
2.2.2. Desarrollo emocional del Adolescente.....	108
2.2.3. Desarrollo social del Adolescente.....	109
2.2.4. El Adolescente en su ámbito social.....	110
a) El adolescente en su ámbito escolar y familiar.....	110
b) Sentimentalismo y agresividad como actitudes del adolescente.....	113
c) Amistad, compañerismo y otras relaciones afectivas.....	116
d) Importancia de las amistades y compañerismo.....	117
e) Abusos en la amistad.....	119

2.2.5. Procesos cognoscitivos sociales de la Adolescencia.....	120
a) Capacidad de iniciativa.....	121
b) El adolescente forja su personalidad.....	123
2.2.6. Cambios sociales en la Adolescencia.....	123
2.2.7. Cambios psicosociales en la Adolescencia.....	125
2.2.8. Características psicosociales en la Adolescencia.....	125
2.2.9. Cambios psicológicos durante la Adolescencia.....	127
2.3. Nutrición en la Adolescencia.....	129
2.3.1. Cambios en la distribución corporal.....	130
2.3.2. La imagen corporal del Adolescente.....	130
2.3.3. ¿Cómo se debe afrontar la alimentación del adolescente.....	135
2.3.4. ¿Qué situaciones del Adolescente requieren atención?.....	136
2.3.5. Cantidad necesaria de nutrientes en la Adolescencia.....	138
2.4. Psicología del Yo en la Adolescencia.....	139
2.4.1. La afirmación del Yo en la Adolescencia.....	142
2.4.2. Principio de Autonomía.....	144
2.4.3. El Adolescente y la Familia.....	147
2.4.3.1. Adolescente vs Padres.....	148
2.4.3.2. Noviazgo y pareja.....	153
2.4.4. Problemas frecuentes en la Adolescencia.....	156
a) Problemas emocionales.....	156
b) Problemas sexuales.....	157
c) Problemas conductuales.....	158
d) Problemas escolares.....	159
e) Problemas de alimentación.....	160
f) Drogas, pegamentos y alcohol.....	161
g) Problemas de salud en los adolescentes.....	161
2.4.5. Problemas menos frecuentes en la Adolescencia.....	162
2.4.6. ¿Es posible evitar el desorden Adolescente?.....	162
2.5. Principales teorías sobre la Adolescencia.....	163
2.5.2. El si mismo del adolescente.....	166
a) El adolescente con escaso sentido de singularidad.....	167
b) ¿Cómo desarrollar modelos en los adolescentes?.....	167
c) Problemas que pueden plantearse con los modelos.....	168
d) ¿Cómo relacionarse con el adolescente que carece de modelos?.....	168
e) Auto aceptación.....	169
2.5.3. Estereotipos sobre la Adolescencia.....	171
2.5.4. La imagen del Yo físico.....	172
2.5.5. La importancia del físico.....	173

2.5.6. La influencia de los medios de comunicación.....	174
2.5.6. Efectos emocionales de las desviaciones del ideal.....	180
Capitulo 3. Autoestima.....	181
3.1. Antecedentes.....	181
3.1.2. Creación de juicios.....	182
3.1.3. Vulnerabilidad a la autocrítica.....	184
3.1.4. Principales trastornos de la conducta del ser humano.....	186
3.2. Concepto de Autoestima.....	189
3.2.1. Procesos de la Autoestima.....	193
3.2.2. Los cuatro aspectos de la Autoestima.....	193
3.2.3. Tipos de Autoestima.....	195
a) Autoestima alta.....	195
b) Autoestima baja.....	196
3.2.4. Causas de Baja Autoestima.....	197
3.2.5. Características de la persona con bajo nivel de Autoestima.....	199
3.2.6. Elementos determinantes de una Baja Autoestima.....	200
a) Creencias y deberes.....	200
b) Manejo de los errores.....	201
3.2.7. La Autoestima en los adolescentes.....	201
a) ¿De que manera los padres contribuyen a la autoestima de los hijos?.....	206
b) ¿Desde que edad los padres influyen en la autoestima de los hijos?.....	207
3.2.8. Efectos de la Autoestima.....	208
3.2.9. Importancia de la Autoestima.....	209
a) La autoestima sirve para superar las dificultades personales.....	209
b) La autoestima fundamenta la responsabilidad.....	210
c) La autoestima apoya la creatividad.....	210
d) La autoestima constituye el núcleo de la personalidad.....	211
e) Contenidos de la autoestima.....	211
3.2.10. Los desequilibrios de Autoestima en adolescentes.....	214
3.2.11. Actitudes positivas y negativas en los adolescentes.....	216
3.2.12. Importancia de la Autoestima en la anorexia.....	222
3.3. Concepto de Personalidad.....	223
3.3.1. Los orígenes de la Personalidad.....	224
3.3.2. Aspectos que influyen en la Personalidad.....	225
3.3.3. La estructura de la Personalidad.....	228

3.3.4. La dinámica de la Personalidad.....	230
3.3.5. El desarrollo de la Personalidad.....	231
a) Equipo innato.....	231
b) Herencia y medio ambiente.....	233
c) El proceso del aprendizaje.....	233
3.3.6. Concepto de Identidad.....	237
a) Autonomía.....	240
b) La carga genética.....	241
c) La familia.....	241
3.3.7. Crisis de Identidad.....	241
3.3.8. Concepto de Trastorno de la Personalidad.....	244
3.3.9. Clasificación de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV.....	248
a) Trastorno paranoide de la personalidad.....	249
b) Trastorno esquizoide de la personalidad.....	250
c) Trastorno esquizotípico de la personalidad.....	251
3.3.10. Estereotipos de la personalidad.....	252
a) La conducta adolescente.....	253
b) Buscándose a si mismo.....	254
c) Idealismo adolescente.....	255
d) La personalidad ideal.....	256
e) La prueba de la alteridad: una prueba frente a uno mismo.....	257
f) Los marcadores de identidad.....	258
g) De la imagen de si mismo a la autoestima.....	259
h) Los trastornos de humor en los adolescentes.....	259
3.3.11. Desarrollo social y de la Personalidad en la Adolescencia.....	260
a) Las relaciones sociales del adolescente.....	260
b) La familia.....	261
c) Pautas emocionales comunes en la adolescencia.....	261
d) Miedo.....	262
e) Preocupación.....	263
f) Ansiedad.....	263
3.3.12. Cambios en la Personalidad.....	264
a) Significado de la mejora.....	264
b) Creencias tradicionales.....	265
c) Complejidad del patrón de personalidad.....	266
d) Factores que influyen en el autoconcepto.....	267
3.3.13. Medición de la Personalidad.....	268
a) Estructura de la personalidad en la adolescencia.....	268
b) Rasgos específicos de la personalidad durante la adolescencia.....	269

3.4. Cuestionario de 16 (FP) de la Personalidad.....	271
3.4.1. Antecedentes.....	271
3.4.2. Nomenclatura y/o comunicación.....	272
3.4.3. ¿Que mide el cuestionario?.....	272
3.4.4. Aplicación, calificación e interpretación.....	275

Capitulo 4. Metodología.....279

4.1. Justificación.....	279
4.2. Planteamiento del problema.....	281
4.3. Objetivos.....	281
4.4. Hipótesis.....	282
4.5. Descripción de Variables.....	282
4.5.1. Variable Independiente.....	282
4.5.1.2. Definición conceptual.....	282
4.5.1.3. Definición operacional.....	283
4.5.2. Variables Dependientes.....	283
4.5.2.1. Definiciones conceptuales.....	283
a) Anorexia.....	283
b) Bulimia.....	284
c) Obesidad.....	284
4.5.2.2. Definiciones operacionales.....	284
4.6. Muestra.....	285
4.7. Tipo de Muestreo.....	285
4.8. Tipo de Investigación.....	285
4.9. Diseño de Investigación.....	285
4.10. Descripción de los Instrumentos.....	286
4.11. Procedimiento.....	288
4.12. Escenario.....	290

Capitulo 5. Análisis de Resultados.....291

1.- Población seleccionada.....	291
2.- Áreas Representativas en la adaptación del sujeto.....	293
3.- Síntomas de Anorexia, Bulimia y Obesidad.....	297
4.- Factor de Personalidad.....	303
Conclusiones.....	309
Referencias.....	322

INTRODUCCION

En pleno siglo XXI uno de los temas más recurrentes en nuestra sociedad es la imagen, el como lucir, que vestir, preocupándose excesivamente por el peso corporal o por las dietas llegando a convertirse en una enfermedad que puede ser mortal, nos referimos a la anorexia, tema que nos motiva enormemente ya que afecta principalmente a jóvenes adolescentes.

Esta consiste en un trastorno de la conducta alimentaría que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de debilidad. Se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que la persona se vea gordo aún cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

Ninguna persona está libre de padecerla, cada vez se suman más, incrementándose peligrosamente , esto se debe principalmente a nuestro entorno, estamos sometidos en una sociedad que le brinda una excesiva importancia a la imagen del cuerpo y a la delgadez, más aún los adolescentes que intentan a través de un cuerpo perfecto resolver otra serie de problemas ligados principalmente a la autoestima y la aceptación de la sociedad, por lo tanto se auto presionan para mantenerse delgados perdiendo todo control sobre su cuerpo.

Por lo tanto a través de la presente investigación lo que quiero es profundizar y abordar en este interesante tema, investigar en qué consiste, mencionar los tipos que existen , síntomas, causas, además de sus consecuencias que la enfermedad va dejando en las personas que las padecen, pero principalmente comprobar a través de la investigación si la baja autoestima es el factor principal para que se produzca la anorexia, la bulimia y la obesidad en la sociedad ya que tienen gran influencia en cada una de las vidas de las personas, el problema radica en la vulnerabilidad y en el carácter de estas además de comprobar cuanto influye la moda que se impone en la juventud, por esa interminable búsqueda de encontrar una identidad propia, sometidos entre estereotipos, prejuicios, comerciales, los cuales nos forman una necesidad de aceptación.

Ahora bien todas las personas saben lo que es sentir ansiedad: los hormigueos en el estómago antes de la primera cita, la tensión que sientes cuando tu profesor (a) está enojado, la forma en que tu corazón late si estas en peligro. La ansiedad te incita a actuar. Te anima a enfrentarte a una situación amenazadora. Te hace estudiar más para ese examen y te mantiene alerta cuando estás dando un discurso. En general, te ayuda a enfrentarte a las situaciones.

Pero: ¿Sabías que la ansiedad lleva a la mayoría de las personas a consumir comidas azucaradas y grasosas en abundancia? ¿O que el problema psicológico de la nutrición más común no es la bulimia ni la anorexia, ni la obesidad sino el desorden compulsivo-alimentario que consiste en ingerir grandes cantidades de comida en poco tiempo y sin control? La calma no es sólo una aliada del equilibrio mental, sino también de la buena digestión y la salud.

El estrés afecta los hábitos alimenticios normales de la gente, haciendo que se inclinen por refrigerios poco sanos con mucha grasa y azúcar, en lugar de opciones alimenticias más sanas. Además, las personas estresadas comen menos de lo habitual en sus comidas principales.

"Las personas con más riesgo de comer refrigerios bajo situaciones de estrés son comedores emocionales, que tienen una mayor vulnerabilidad y tienden a recurrir a la comida como un escape a la conciencia de sí mismos. Cuando se sienten ansiosos o emocionalmente activados o mal consigo mismos, tratan de evitar estos sentimientos negativos enfocando su atención en la comida", según Higashida (2001).

García (1997) señala que los atracones pueden convertirse en un trastorno cuando una persona se refugia a menudo en la comida para aliviar sus problemas psicológicos y pierde el control sobre si misma.

Actualmente tanto hombres como mujeres viven al pendiente de su alimentación pero de una manera obsesiva y compulsiva. Ahora, hay muchos medios que te permiten llevar una vida "sana"; haz ejercicio y si debes de llevar una dieta, que sea por medio de un nutriologo, pero nunca por ti misma o por las dietas que vienen impresas en las revistas de moda o por las que te dicen tus amigos. **NO PERMITAS** que esta nueva generación que bombardea todos los medios de comunicación te invada y afecte.

Hay que entender antes que nada, que para verte y sentirte querido(a), primero tienes que estar bien contigo mismo (a) y la primera opción para dar ese paso es mirarte al espejo y sonreírte, **“TÚ ERES MÁS QUE UNA IMAGEN”**.

RESUMEN

La presente investigación trata el tema de los trastornos alimenticios en la adolescencia a partir de los 12 y 15 años de edad.

El objetivo de esta investigación es identificar si la baja autoestima en las y los alumnos entre 13 y 15 años de edad de la escuela secundaria oficial No.999 “Manuel Hinojosa Giles” turno matutino genera la prevalencia de los trastornos alimenticios.

Este trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se encuentra el origen y los factores de riesgo y posibles causas en los trastornos alimenticios, se aborda el concepto de Anorexia, sus tipos y causas de la misma, así como también las características de un paciente con anorexia, se mencionan así mismo las características psicológicas en la anorexia, los principales síntomas de la anorexia, los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia, las consecuencias físicas y de comportamiento de la anorexia.

También se ve el concepto de Bulimia, sus tipos, causas y principales síntomas, así como los problemas emocionales y psicológicos en la bulimia nerviosa, los criterios diagnósticos del DSM-IV para la bulimia y las diferencias entre Anorexia y Bulimia.

Finalmente se aborda el concepto de Obesidad, sus causas, tipos y principales síntomas de la misma, así como los problemas emocionales y psicológicos en la Obesidad, teniendo en cuenta las consecuencias físicas y de comportamiento de las personas que padecen obesidad.

En el segundo capítulo trata del origen y concepto de la adolescencia, así como la historia y explicaciones teóricas sobre la adolescencia, las crisis que existen en ella, la descripción de los periodos de pubertad y adolescencia, la misión y las metas de los adolescentes.

Consecutivamente se menciona el desarrollo físico del adolescente, los efectos psicológicos del mismo, el desarrollo emocional y social del adolescente, sus cambios y características psicosociales en la adolescencia.

Se hace referencia de la nutrición en la adolescencia, los cambios en la distribución corporal, como se debe afrontar la alimentación del adolescente, que situaciones del adolescente requieren atención y que cantidad de nutrientes se necesitan en la adolescencia.

Se ve la psicología del Yo en la adolescencia, la afirmación del Yo en la adolescencia, el principio de autonomía, el adolescente y la familia, así como el adolescente vs padres, los problemas frecuentes y menos frecuentes en la adolescencia y la patología en la adolescencia.

Ahora bien se observa la psicología de la adolescencia, sus principales teorías y estereotipos que surgen durante esta etapa de crecimiento, la imagen del Yo físico, su importancia y sus efectos emocionales de las desviaciones del ideal que tiene el adolescente.

En el tercer capítulo trata del origen de la Autoestima, la creación de juicios y la vulnerabilidad a la autocrítica, así como los principales trastornos de la conducta del ser humano.

Por lo tanto se ve el concepto de Autoestima, sus procesos, los cuatro aspectos y tipos de esta, las causas de una baja autoestima, características de una persona con bajo nivel de autoestima, la autoestima en los adolescentes, sus efectos y la importancia de la misma, así como los desequilibrios de la autoestima, las actitudes positivas y negativas y la importancia de la autoestima en la anorexia.

También se hace mención del concepto de personalidad, sus orígenes, aspectos que influyen en ella, su estructura, su dinámica y el desarrollo de la misma.

Además se observa el concepto de identidad y sus crisis, el concepto de trastorno de la personalidad, su clasificación según el DSM-IV, el desarrollo social y de la personalidad en la adolescencia, los cambios en la personalidad y la medición de esta.

Posteriormente se describirá y explicará una de las pruebas o test proyectivos que se utilizaron para dicha investigación como lo es: El Cuestionario de 16 FP (Factores de Personalidad).

Para finalizar en todos los resultados realizados se ha llegado a la conclusión que existe una gran influencia de que la baja autoestima es uno de los factores más predominantes para desarrollar este tipo de trastornos alimenticios, ya que debido a esta surgen problemas con el autoconcepto de los jóvenes.

CAPÍTULO 1. TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

1.1. ANTECEDENTES.

A últimas fechas los trastornos de la alimentación han despertado el interés de los investigadores, debido a las complicaciones en la salud que estos acarrearán, a los problemas psicológicos que les acompañan y al aumento acelerado de incidencias (García, 1997).

El potencial de influencia de los medios de comunicación, sobre gran parte de la población, ha sido discutido por muchas instancias, concluyendo que éste es innegable y contundente. "Los adolescentes y el sector femenino son las víctimas más directas, por lo relacionado a la moda".

En los últimos tiempos la televisión y los medios impresos, instauran un patrón de belleza, basado en la delgadez extrema, las dietas y un sin fin de "normas", trayendo como consecuencia, que las personas deseen parecerse a ese patrón ideal que muestran los medios, lo que desencadena la aparición de técnicas, tendencias y hasta trastornos psicológicos para llegar a estar a la moda (García,1997).

Es difícil que en una sociedad donde actualmente se crean mitos, especulaciones y complicaciones alrededor de las cosas más sencillas se evite que las personas caigan en enfermedades y trastornos relacionados con la autoestima, la imagen y la moda.

En nuestra sociedad es muy deseable ser esbelto. Por eso, muchos de nosotros hemos tratado de bajar de peso poniéndonos a dieta o saltándonos comidas. Al contrario de la mayoría de las personas que se ponen a dieta, las personas con trastornos de la alimentación tienen problemas médicos que causan alteraciones en la forma en que comen.

Al parecer, los trastornos alimenticios se deben a factores psicológicos y afectivos. Suelen ser “de familia” o hereditarios. Estos trastornos requieren de tratamiento profesional. Sin tratamiento, pueden causar problemas de salud graves o incluso la muerte. El tratamiento generalmente consiste de asesoramiento en nutrición, psicoterapia individual, terapia familiar y medicamentos. En casos extremos, puede ser necesario internar a la persona en el hospital.

Las anomalías de la conducta alimentaria son procesos psicopatológicos que manifiestan grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta; es decir la base y fundamento de dichos efectos se halla en la alteración psicológica y esto es importante corroborarlo mediante la investigación, a fin de incidir sobre la población afectada de manera oportuna, antes de que el

padecimiento comience a hacer estragos en la salud de pacientes (Tessier, 2004).

Ahora bien, se dice que las personas con sintomatología del trastorno coinciden con las personas con trastornos de la conducta alimentaria en los factores que les agobian, entre los que destacan la insatisfacción corporal, preocupación por el peso , la influencia o presión social a través del modelo estético corporal de la delgadez , sobretodo la influencia de la publicidad trasmitida por los medios de comunicación , insatisfacción de la imagen corporal, miedo a engordar, baja autoestima a causa de las apariencias, motivación para adelgazar, inefectividad y perfeccionismo (Izquierdo, 2003).

1.1.1. CONCEPTO DE TRASTORNO ALIMENTICIO

Un Trastorno en la Alimentación es una enfermedad causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se da cuando una persona coloca a la comida como centro de su vida. (Phares, 1999).

La comida se convierte, entonces, en el eje a partir del cual gira la vida y el mundo de relación de la persona enferma.

Comer demasiado como resultado de la tensión, los malos hábitos de nutrición y las comidas de moda son problemas alimenticios comunes entre los jóvenes.

Además, hay dos desordenes psiquiátricos de la alimentación, la anorexia nerviosa y la bulimia, los cuales están en aumento entre las muchachas adolescentes y mujeres jóvenes y que a menudo se da en la familia. (Mannoni, 1998).

1.1.2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y FACTORES FAMILIARES

Se dice que los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia y obesidad), son problemas de salud que tienen un origen multifactorial. En un enfoque de esta naturaleza, al cual se le ha llamado interaccionista o contextual, se propone que la patología no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema.

La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interrelaciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre si formando un todo. Para entender la conducta de cada miembro de la familia, es necesario examinar las normas que regulan la interacción familiar así como las secuencias repetitivas que conforman los patrones de crianza.

El sistema familiar puede operar por una serie de reglas que controlan las relaciones, de tal manera que los padres establecen y siguen ciertas normas con respecto a los hijos y estos últimos aprenden cuales patrones emplear para preguntar, para actuar o para interactuar (Behar, 1996).

Es importante entonces notar, que la familia actúa como un contexto ambiental para el individuo, como un sistema dinámico en el que las relaciones organizacionales entre sus miembros permite la identificación de patrones, lo que hace predictibles. La teoría del sistema familiar sugieren que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Rodríguez, 1998).

Es un hecho que cada padre tiene sus propias hipótesis respecto al desarrollo y crianza infantil, así como de los efectos de las diferentes formas de disciplina, y se ha visto que estos están directamente relacionados con los problemas en la conducta alimentaria.

Si la infancia de los padres fue feliz o desdichada, existe la posibilidad de que reproduzcan patrones defectuosos con sus hijos, también es posible que quieran cambiar sus aspectos negativos para que los hijos se desarrollen adecuadamente en un futuro.

A pesar de que muchos padres quieren tratar a sus hijos distinto de cómo ellos fueron tratados, siguen repitiendo patrones de interacción que vivieron en su niñez, ya que no conocen otros o no saben como cambiarlos (Behar, 1996).

Tessier (2004), propone que la anorexia nerviosa y la obesidad temprana están relacionadas con distorsiones en el proceso de concientización interna. El postula que estos individuos no son capaces de reconocer cuando tienen hambre y cuando están satisfechos, así mismo no pueden diferenciar la necesidad de alimentos de otras sensaciones y sentimientos desagradables. Aparentemente estos niños se confían a signos externos para saber cuando comer y cuanto, debido a que su propia capacidad de consciencia interna ha sido programada incorrectamente.

Generalmente las madres de este tipo de pequeños dan respuestas inapropiadas e inconsistentes a las necesidades de sus hijos, tienden a ser negligentes o sobreprotectoras, limitantes o indiscriminadamente permisivas, lo que crea en el niño gran confusión. Característicamente los padres de estos niños intentan **“TODO”** para conseguir que su hijo coma normalmente, es decir, que han recurrido al castigo, chantaje, distracción, obligarlo a comer y sus resultados son negativos (Castillo, 2001).

Con la finalidad de detectar cuales factores familiares influyen más como predictores de obesidad, se han realizado investigaciones cuyos hallazgos permitieron concluir que: La estructura de la familia (biológica o con padres adoptivos así como el número de hermanos) no afecta significativamente el riesgo de permanecer obesos en la edad adulta. La negligencia y el abandono paterno incrementan este riesgo en comparación con un apoyo familiar armonioso. Los niños descuidados tenían un riesgo mayor de obesidad infantil así como de permanecer en este estado hasta la edad adulta en comparación con los niños atendidos por sus padres (Phares, 1999).

Por otro lado el impacto que las relaciones paternas tienen sobre los niños preanorexicos, particularmente de los modelos que los padres presentan de relaciones maduras entre hombre-mujer. Los investigadores sugieren que los patrones de madres perfeccionistas y de auto-sacrificio, combinado con autoritarismo paterno hacen la madurez sexual aterradora particularmente en las niñas en este tipo de familias y esto posiblemente explique la enorme incidencia de la anorexia nerviosa en mujeres y su explosiva aparición en la adolescencia (García, 1997).

La identificación de una situación paradójica entre sobreprotección y carencia de cuidado se debe a que en este tipo de patrones paternos, los padres excesivamente ansiosos estorban el cuidado realmente significativo para los hijos (Buckroyd, 1998).

Diversos factores familiares han sido vinculados con el desarrollo y curso de los trastornos alimentarios, sin embargo, estos han sido identificados de manera global y aun no se ha detectado cuales de ellos son los de mayor peso para la aparición y mantenimiento de dichas alteraciones.

Buckroyd y sus colaboradores (1998) identificaron cinco patrones primarios observados a partir de 60 familias de anoréxicos y bulímicos mismos que pueden ser los causantes de estas patologías: entrapamiento, sobreprotección, autoritarismo, evasión de conflictos y poca resolución de problemas.

También se ha documentado que los bulímicos perciben a su familias como poco cohesivas, expresivas y recreativas y con mas conflictos cuando eran comparadas con las percepciones de sujetos normales (Rodríguez, 1998).

En otras investigaciones se describe a las madres de anoréxicos como: intrusitas, sobreprotectoras, ansiosas, perfeccionistas y temerosas de separarse de sus hijos. Por otro lado los padres de estas pacientes son descritos como obsesivos, pasivos, volubles, emocionalmente reprimidos y lejanos. Generalmente, en estudios de sistema y psicodinámica familiar los resultados convergen en describir a los anoréxicos como sujetos que tienen dificultades para apartarse de la familia y consolidar una separación e identidad (Phares, 1999).

La bulimia ha sido fuertemente asociada con la carencia de afecto paterno, con estilos afectivos negativos, hostilidad y patrones desajustados de interacción familiar, impulsividad paterna y con obesidad familiar. La bulimia se cree asociada a una deficiente autosuficiencia y autorregulación proveniente de un medio ambiente familiar inadecuado y adverso (hostil, rechazante, impulsivo, con discordia, etc.). Esta vulnerabilidad, en un contexto de presión por las dietas y para mantenimiento de un peso corporal bajo, puede dar lugar a los episodios periódicos de “atracones” seguidos de auto reproches y esfuerzos de purgarse para eliminar los alimentos ingeridos. También se ha propuesto que la bulimia es el reflejo de un sentimiento profundo de no haber sido cuidado con amor y como un remedio al intenso dolor que causa el haberse sentido rechazado y solo (Behar, 1996).

1.1.3. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

A) SEXO Y EDAD. Un estudio reportó que dos tercios de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta, aunque solo 20% sufrían en realidad de sobrepeso. Aunque un 90% de los casos reportados eran de mujeres, parece que la tasa entre los hombres está en aumento. Los hombres tienden a ocultar más un trastorno del comer que las mujeres por lo que la incidencia pudo ser subestimada. Un estudio reciente entre los hombres de la armada reportó una prevalencia de 2.5% de anorexia, 6.8% de bulimia y 40% de otra forma de trastornos del comer no especificado de otra manera. (Powell, 1998).

Por lo tanto un estudio entre los hombres civiles con trastornos del comer reporto que 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y 58% de los hombres con anorexia reportaron ser asexuales. Los otros factores de riesgo entre los hombres, incluyendo depresión, trastorno de personalidad y abuso de sustancias, fueron paralelos a los factores entre las mujeres con trastornos del comer. (Tessier, 2004).

Así mismo, la bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los pasados cinco años. Un estudio de estudiantes de escuela secundaria reporto que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron comportamientos bulímicos. Los estudiantes universitarios corren un riesgo inclusive mayor. Los cálculos de la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%. (Powell, 1998).

Algunos expertos sostienen que este problema esta bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal. Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; los jóvenes que ocasionalmente se provoca él vomitar después de comer demasiado, sin embargo, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento insalubre ocasional no continúa después de la juventud. (Horrocks, 1999).

Por lo tanto la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes, y se calcula que ocurre en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Ocurre generalmente en la adolescencia, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños hasta seis años de edad. (Powell, 1998).

B) GEOGRAFÍA Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

El vivir en naciones desarrolladas en cualquier continente parece plantear un riesgo mayor para el desarrollo de los trastornos del comer que el pertenecer a un grupo étnico particular, los síntomas pertenecen sorprendentemente similar en los países de alto riesgo. Extrañamente, dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres. (Mannoni, 1998).

Ahora bien los que se encuentran en grupos económicos más bajos pueden estar a un riesgo mayor de bulimia. La vida en la ciudad es un factor de riesgo de la bulimia pero no de anorexia. En una prueba, las personas con riesgos de los trastornos del comer obtuvieron una calificación significativamente mayor en las pruebas de coeficiente intelectual que las personas que no sufrían de estos trastornos. Las personas con bulimia, y anorexia, obtuvieron calificaciones más altas en pruebas no verbales que en las verbales.

Sin embargo las pacientes con anorexia nerviosa suelen ser jóvenes con buen rendimiento intelectual, ayudadas probablemente por su tendencia a la autoexigencia y el perfeccionismo. Además, las sociedades occidentales han proporcionado educación a la mayoría de jóvenes y hace a todos ellos igualmente susceptible a la presión cultural, vehiculizada por los medios de comunicación. (Myers, 1997).

C) PROFESIÓN Y DEPORTE.

Un grupo vulnerable son los modelos de pasarelas, donde progresivamente se solicitan cuerpos más altos, delgados y andrógenos. Así mismo la preocupación por el peso y la figura se manifiesta también en grupos de actores, gimnastas, patinaje artístico y bailarinas de ballet, a las que se les pide un peso bajo y un cuerpo esbelto, e incluso en otros deportes que inicialmente no estarían tan relacionados con el peso y la imagen corporal. (Powell, 1998).

Los cálculos de los episodios de los trastornos del comer entre dichos atletas y artistas oscilan entre el 15% y 60%. Los luchadores hombres y los remeros de peso liviano se encuentran también a riesgos de someterse a dietas excesivas. Un tercio de los luchadores en el ámbito de escuela secundaria emplea un método llamado cortado de peso para la pérdida rápida de peso; este proceso incluye la restricción de comida y la depleción de líquidos usando baños turcos, saunas, laxantes y diuréticos.

Aunque los atletas masculinos tienen una mayor tendencia a reanudar patrones normales una vez que la competencia concluye, los estudios están mostrando que los niveles de grasa del cuerpo de varios luchadores todavía están lo bastante por debajo que sus compañeros durante la estación baja y llegan a estar a menudo tan bajos como 3% durante la estación de lucha. (Castillo, 2001).

D) PUBERTAD TEMPRANA.

Un estudio de niñas que no sufrían de trastornos del comer reporto que antes de la pubertad, las niñas comían cantidades apropiadas a su peso corporal, estaban satisfechas con sus cuerpos, y la depresión se asocio con una menor ingesta de comida. Después de la pubertad, las niñas comían cerca de tres cuartos de la ingesta recomendada de calorías, tenían una auto imagen corporal más mala, y la depresión incremento con la mayor ingesta de comida. (Mannoni, 1998).

No es sorprendente, entonces, que haya un mayor riesgo de bulimia y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por los adolescentes se intensifican aun más por la atención que provoca ansiedad en sus cuerpos cambiantes temprano. (Powell, 1998).

1.1.4. POSIBLES CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

No existe una sola causa de los trastornos del comer. Un número de factores, incluyendo presiones culturales y familiares, desajustes químicos y trastornos emocionales y de la personalidad colaboran para producir la anorexia y la bulimia, aunque cada trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias. La genética también puede desempeñar un papel. (Mckinney, 1997).

A) TRASTORNOS EMOCIONALES.

Ahora bien los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastornos de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causa o resultados de los trastornos del comer. Entre un 40% y un 80% de los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y la depresión común en las familias de las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. (Tessier, 2004).

La gravedad del trastorno del comer tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después que los pacientes anoréxicos empiecen a aumentar de peso.

Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico. La estación a menudo afecta a la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de forma específica de bulimia la cual empeora en invierno y en otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia a haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año.

Por lo tanto los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo proceden por lo general al inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo a ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos del comer. Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo-rutinas repetitivas, rígidas y auto prescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. (Mannoni, 1998).

Así mismo, las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortándolo en pedazos diminutos, o poniéndola en envases diminutos. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia o bulimia no parece ejercer en efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno del comer a menudo es paralela a la ansiedad. (Behar, 1996).

B) FACTORES FAMILIARES.

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan un papel importante en la provocación y perpetuación en los trastornos del comer. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden empeñar un papel importante en el desarrollo de la anorexia en las niñas. (García, 1997).

Los estudios muestran que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancia que la población en general.

Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o haber sido ellas mismas obesas en la niñez. (Mckinney, 1997).

C) INFLUENCIAS CULTURALES.

Cuando se incluye la obesidad, es indiscutible que el comer no saludable es epidémico en América. Las presiones sociales de la cultura occidental desempeñan sin duda un papel importante en la provocación de los trastornos del comer. Por un lado, los anuncios comercializan a gran escala programas para la reducción y presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma de deseo sexual; Por otro lado, los medios de comunicación inundan al público con anuncios de galerías.

La ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados a pesar de la realidad de pocas mujeres podían llevarla con éxito. Aunque corren mayor riesgo las personas cuyo sentido de la autoestima se basa en la totalidad en la aprobación externa y en la apariencia física, pocas mujeres son inmunes a estas influencias. (Mckinney, 1997).

D). ATLETISMO EXCESIVO.

La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. En la pequeña comunidad atleta, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia (y, a un grado menor en bulimia. El término "triada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis un problema cada vez más común en atletas mujeres jóvenes y bailarinas. (Castillo, 2001).

Ahora bien la anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular añorada sin la acumulación normal de tejido graso en los senos y las caderas que podrían mitigar en su estilo competitivo.

Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías, pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso la vida de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan enfrente de miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta critica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos. (Mckinney, 1997).

E) FACTORES GENÉTICOS.

La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno alimenticio pero los expertos no saben precisamente cual podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndoles más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. (Rodríguez, 1998).

1.2. CONCEPTO DE ANOREXIA

La Anorexia (nerviosa) es una enfermedad que se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo. La Anorexia Nerviosa afecta mayormente a mujeres jóvenes. Las niñas con anorexia no comen lo suficiente para mantener sus cuerpos trabajando apropiadamente. Las anoréxicas pierden mucho peso por lo que se vuelven débiles y poco sanas debido a una dieta pobre. (Castillo, 2001).

Usualmente, la gente con anorexia ejercita mucho tratando de quemar calorías.

Se “sienten gordas” a pesar de estar perdiendo peso; así mismo, la anorexia tiene muchos aspectos emocionales y psicológicos como baja autoestima.

La gente con anorexia se convence a sí misma y a los que las rodean que no tienen hambre. (García, 1997).

Esta enfermedad afecta en la gran mayoría a mujeres jóvenes las edades fluctúan desde los 11 a los 25 años. Las personas afectadas a esta enfermedad se caracterizan por presentar un bajo nivel de su autoestima, considerando un logro el bajar de peso y un fracaso cuando aumentan su peso corporal, también presentan amenorrea (ausencia de periodos menstruales) causada por los bajos niveles de estrógeno en su organismo. (Behar, 1996).

Para evitar ganar peso recurren a una serie de métodos compensatorios inapropiados como el uso de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicios excesivos o recurrir al vomito, ayunos reiterados. (García, 1997).

1.2.1. TIPOS DE ANOREXIA:

ANOREXIA DE TIPO RESTRICTIVO:

La persona pierde peso por medio de dietas estrictas, reiterados ayunos o ejercicios intensos. Pero no se induce el vomito, ni hace uso de laxantes diuréticos o enemas. (Mannoni, 1998).

ANOREXIA DE TIPO PURGATIVO:

La persona usa otros métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso, como los vómitos reiterados, (aunque sea poco alimento ingerido) o puede hacer abuso de laxantes diuréticos o enemas.

No hay que olvidar que la anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimenticia caracterizado por limitaciones auto impuestas en la ingesta, es considerada como la ausencia de apetito, se caracteriza por un profundo trastorno en la imagen corporal y una obsesiva persecución por la delgadez. Generalmente comienza en la adolescencia y se presenta habitualmente en mujeres aunque también llegan a padecerla los hombres. El tiempo promedio de duración se calcula entre 4 y 12 años. (Castillo, 2001).

1.2.2. CAUSAS DE LA ANOREXIA:

La enfermedad no tiene una causa única, sino que existen elementos biológicos, psicológicos y sociales que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente. (García, 1997).

Según Myers, los factores que configurarían un grupo de riesgo serían uno o varios de los siguientes:

- Ser mujer joven.
- Tener antecedentes familiares de anorexia, bulimia, trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- Sufrir previamente un problema de obesidad o simplemente algo de sobrepeso.
- Poseer determinados rasgos de carácter: ser perfeccionista, excesivamente responsable para la edad o situación, sufrir de inseguridad, timidez o introversión, o tener una baja autoestima.

Los factores desencadenantes de la enfermedad suelen ser uno o varios de los siguientes:

- Haber ganado peso recientemente y estar a régimen.
- Padecer alguna enfermedad que dificulte o impida comer durante unos días (amigdalitis, gastroenteritis, etc.).
- Haber incrementado el ejercicio físico.
- Recibir críticas sobre el tipo o el peso, en cualquier ambiente.
- Tener que enfrentarse a situaciones nuevas o difíciles, perder a seres queridos, encontrarse en situaciones de aislamiento o soledad.

Ahora bien los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud. (Mckinney, 1997).

Así mismo, los factores que predisponen y los sociales interactúan entre si determinando una serie de cambios en la personalidad y conducta que, en la pubertad y bajo el influjo de los factores precipitantes, conducen al deseo de adelgazar mediante la realización de dietas y/o ejercicio físico exagerado, lo que en efecto produce una pérdida de peso progresiva. (Tessier, 2004).

La desnutrición resultante provoca trastornos mentales que refuerzan el deseo de seguir adelgazando, instaurándose de esta manera un terrible círculo vicioso psíquico del que es muy difícil escapar. (Castillo, 2001).

1.2.3. SÍNTOMAS DE INANICIÓN.

Cuando las personas no comen lo suficiente para mantener un peso saludable, ya sea deliberadamente o debido a circunstancias fuera de su control, desarrollan ciertos síntomas. Los síntomas psicológicos de inanición influyen en el tratamiento de la anorexia nerviosa estos síntomas de inanición según Mannoni (1998), son:

- ✓ Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada. Llamada hipotermia, esta afección es en parte resultado de la pérdida de tanta grasa corporal, la cual actúa como aislante. La paciente siente frío todo el tiempo, especialmente en manos y pies, incluso durante el verano.
- ✓ Dolor al sentarse. La paciente ha perdido tanta grasa que ya no hay almohadilla natural por encima de los huesos.

1.2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA PACIENTE CON ANOREXIA.

Ahora bien los expertos han aclarado ciertos rasgos familiares que posibilita el riesgo de la anorexia nerviosa, también han descubierto rasgos característicos de las pacientes. Una vez más, esto no se ha hecho como un intento de culpar a la enferma, sino más bien para ayudar a determinar quienes corren mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y con la esperanza de prevenirla. Algunos de estos rasgos son: Un historial de ligero sobrepeso. Alrededor del 33% de las pacientes tenían un ligero sobrepeso antes del comienzo de la anorexia nerviosa. De hecho, la enfermedad frecuentemente se inicia cuando la paciente se somete a una dieta estricta y luego no se detiene cuando llega al peso buscado. (Behar, 1996).

Algunas han perdido peso por alguna otra razón, como una enfermedad, luego se agradan de esa manera y continúan perdiendo peso. Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes. Quizás porque se le ha enseñado a reprimir sus propios deseos, las personas que desarrollan anorexia a menudo desarrollan una extrema necesidad de acomodarse y tratar de hacer felices a los demás, algunas veces a expensas de sus propias felicidades y necesidades. (Rodríguez, 1998).

Una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás. Mucho se ha escrito de la rigidez de las anoréxicas; se piensa que ese rasgo se desarrolla a partir de la necesidad de la futura paciente de mantener el mayor control sobre su entorno, en parte porque carece de control real sobre su propia vida y en parte porque sus circunstancias pueden estar en cierto modo verdaderamente fuera de control. Miedo a las situaciones nuevas. (Phares, 1999).

Así mismo, las mujeres anoréxicas a menudo resultan haber sido jovencitas tímidas e introvertidas que evitaban situaciones nuevas. Esto quizás encaja con los problemas contra los que luchan respecto de la identidad y el control.

Elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso. Las carreras de bailarina de ballet, modelo, actriz y deportistas son proverbiales por fomentar trastornos de la ingesta en las mujeres, debido al alto valor que se concede a poseer un aspecto delgado y, paradójicamente "saludable".

Todos estos problemas están entrelazados. Los trastornos de la ingesta son resultado de pasar toda una vida en un entorno social y familiar particular. Además, los miembros de la familia casi nunca se dan cuenta del impacto de su conducta en la futura paciente; muy probablemente se sentirían impresionados si alguien les dijera: " si nunca permites que tu niña tome sus propias decisiones, puedes estar proporcionándole una futura infelicidad". (Mannoni, 1998).

También es evidente la existencia de otros factores en juego, factores que los médicos aun no han identificado, porque muchas personas preceden de situaciones como esta y sin embargo no se vuelven anoréxicas. Así, culpar por completo a la familia por el trastorno de la ingesta de un miembro es tan irreal como echar toda la culpa a la sociedad; los problemas reales son mucho más complejos. (Behar, 1996).

1.2.5. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN LA ANOREXIA.

Junto con las consecuencias físicas de la inanición, la anorexia nerviosa tiene equívocas características psicológicas. La mayoría de las anoréxicas percibe una imagen corporal distorsionada; es decir, se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que sea su aspecto. De hecho, la preocupación por el aspecto, el tamaño del cuerpo, el sentirse gordas o creer que ciertas partes del cuerpo están demasiado gordas, son rasgos definitivos de la enfermedad.(Phares, 1999).

Sin embargo, algunos expertos consideran que no todas las personas con anorexia (o bulimia) exageran en el tamaño de su cuerpo. Ciertos estudios demuestran que esas pacientes se ven de manera correcta, pero están convencidas de que su aspecto esta inaceptablemente gordo. La diferencia es sutil pero importante: las percepciones de las pacientes pueden ser correcta, pero sus sentimientos u opiniones acerca de esas percepciones son inapropiadas. (Rodríguez, 1998).

Una de las características más importantes de la anorexia no es, como antes se pensaba, la incorrecta percepción de la paciente sobre si misma, si no un temor irracional a llegar a estar gorda y la decisión de mantener un peso corporal mórbidamente bajo cualquier precio. Las anoréxicas intentan controlar cada caloría que ingiere y gasta, puede preferir comer a solas, a menudo a horas extrañas y de manera ritual. Y aunque se encuentre obsesionada por estar delgada y aterrorizada de estar gorda, la anoréxica también se preocupa por la comida, por comer y por cocinar. (García, 1997).

Puede hablar de eso con exclusión de todo lo demás, puede estar absorta en el estudio de los libros de cocina y revistas culinarias, puede incluso hacer la compra y cocinar para toda la familia... pero luego se niega a comer. De hecho, la palabra anorexia en griego significa falta de apetito, pero la verdad es que las pacientes anoréxicas sienten hambre. Entonces ¿por qué persisten en su conducta? Los relatos de ex pacientes en vías de recuperación pueden proporcionar el mejor indicio. "Ahora parece malsano; pero entonces cuanto más peso perdía mejor me sentía". Me permitía tal vez una manzana y tres galletas de agua para almorzar. Aumentaba las apuestas conmigo misma: mira si puedes pasar con la manzana y dos galletas de agua, o simplemente la manzana y nada más. Cuanto menos comía, más especial y poderosa me sentía. Estaba hambrienta, de acuerdo, aunque hubiera preferido morirme antes que admitirlo.

Pero media mi éxito por esa sensación de hambre, de vacío. Si me iba a la cama con hambre todas las noches, sabía que estaba haciéndolo bien." Los sentimientos de este testimonio tipifican los de muchas anoréxicas, que obtienen gratificación al perder peso y rechazan la comida a pesar de sentir hambre. Hay más por supuesto. Hoy en día la mayoría de los expertos está de acuerdo en que la anoréxica con frecuencia surge en un momento decisivo de la vida de la paciente. (Castillo, 2001).

En el caso del testimonio reciente, coincidió con el traslado a una ciudad nueva y el comienzo del instituto; para otras pacientes el desencadenante puede ser el primer periodo menstrual o, en pacientes mayores, casarse o tener un niño. En todos estos ejemplos, el acontecimiento crucial señala la inminente adultez de la joven y la independencia que la sociedad espera que ella logre. A medida que se vuelve más delgada y más débil, la anoréxica requiere más atención de quienes la rodean, y ya no tiene que preocuparse por salir sola, asimismo la anorexia nerviosa supone un pedido a gritos de atención y, paradójicamente, mayor control sobre su vida.

Así mismo, esta enfermedad se produce en muchachas que por lo general han sido buenas estudiantes y niñas modelo, que nunca han causado mayor problema a sus padres.

A menudo los padres han tomado las decisiones más importantes de la niña en lugar de ella, y puede no haber aprendido a expresar sus propios deseos o necesidades.

Así, la atención centrada en ella durante las discusiones acerca del comer y la comida, y la preocupación de sus padres durante la extraña conducta, quizás es la mayor atención que la enferma ha recibido en mucho tiempo, y su peculiar manera de enfocar la cuestión de la comida puede ser la única forma de control que puede ejercer respecto de cualquier aspecto de su vida. (Buckroyd, 1998).

Con el enfoque de un psicólogo clínico, puede decirse que la anorexia nerviosa satisface varias necesidades conflictivas de la paciente: la libera de parte del estrés de entrar en la adultez y lograr independencia, mientras que a la vez atrae la atención de los padres y ofrece una medida de control de su propia existencia. (Phares, 1999).

1.2.6. LOS PRINCIPALES SÌNTOMAS DE LA ANOREXIA SEGÚN BUCKROYD

(1998):

- ❖ Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura.
- ❖ Miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo.
- ❖ Sensación de estar gordo/a en general o en algunas partes del cuerpo, como muslos y abdomen. Aunque estén realmente delgados/as, su espejo les dice que siguen estando gordos/a.
- ❖ Aparecen otro tipo de problemas físicos que acompañan a la desnutrición, como es en el caso de las mujeres la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.
- ❖ Ejercicio físico excesivo.
- ❖ Conducta alimentaría extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos.
- ❖ Incremento de horas de estudio y disminución de las de sueño.
- ❖ Tener un estado de ánimo triste con grandes cambios de humor y aislarse continuamente.
- ❖ En relación con los alimentos: hacer trozos pequeños, esparcirlos por el plato, revolver la comida, secarla con servilletas para evitar todo tipo de grasa.
- ❖ Preocupación extrema por los alimentos: sus calorías y preparación.

- ❖ Padecer estreñimiento debido a su escasa dieta y tener dificultades para dormir bien.
- ❖ Acumular golosinas y comer con la sensación de no poder parar, en el caso de la bulimia.
- ❖ Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para la edad y altura; por ejemplo, pérdida de peso dirigida a mantener el peso en 15 por ciento por debajo del esperado.
- ❖ Cambio del aspecto físico: palidez, cambio en el gesto facial, ropa más holgada, pérdida de fuerza y reflejos.
- ❖ Cambios de carácter (en ocasiones muy sutiles): sensibilidad mas acusada, mayor tendencia al llanto o a la agresividad, bajo rendimiento escolar, cambio de amistades, aislamiento, etc.
- ❖ Negación de la enfermedad.

En general, se puede estar absolutamente seguro de que una persona tiene anorexia si se observan las siguientes tres señales de alarmas constantes y esenciales que menciona Buckroyd:

SEÑALES DE ALARMA:

1- Peso corporal anormalmente bajo.

2- Mantenimiento deliberado de ese peso corporal mediante dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos, o una combinación de los tres.

3- Síntomas de inanición.

1.2.7. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-IV-TR:

Se diagnostica con base a los siguientes criterios operativos señalados en el DSM-IV-TR (2002):

- ❖ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- ❖ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- ❖ Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ❖ En las mujeres, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos.

1.2.8. COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA ANOREXIA

Es frecuente que los pacientes con anorexia nerviosa pierdan el interés en relacionarse con sus amigos. Así mismo, pueden experimentar una serie de complicaciones según Buckroyd (1998):

Alteraciones cardiovasculares

- Arritmias cardíacas
- Atrofia del miocardio
- Hipotensión y desvanecimientos
- Edemas en piernas y brazos

Problemas gastrointestinales

- Estreñimiento y cólicos digestivos
- Dilatación aguda del estómago

Alteraciones óseas y musculares

- Osteoporosis, que causa huesos frágiles
- Parada en el crecimiento
- Parálisis musculares
- Atrofia cortical

Alteraciones metabólicas y endocrinas

- Alteraciones de las hormonas hipotalámicas
- Infertilidad
- Diabetes
- Alteraciones tiroideas
- Hipotermia
- Mayor fatigabilidad
- Alteraciones en los iones de la sangre

Complicaciones urinarias

- Alteraciones renales
- Infecciones urinarias

Complicaciones hematológicas

- Disminución del número de células sanguíneas
- Alteración en la inmunidad

Trastornos dermatológicos

- Aparición de vello en el cuerpo (lanugo)
- La piel se vuelve más seca
- Enrojecimiento de la piel

Problemas psiquiátricos

- Depresión
- Pérdida de la concentración
- Trastornos obsesivos
- Aumento del riesgo de suicidio

1.2.9. CONSECUENCIAS FISICAS Y DE COMPORTAMIENTO SEGÚN

PHARES (1999):

- Pérdida de peso alarmante
- Amenorrea (pérdida de menstruación)
- Aparición de vello o intolerancia al frío
- Tensión baja, arritmias.
- Aislamiento social
- Irritabilidad
- Pánico a ganar peso

1.3. CONCEPTO DE BULIMIA

La bulimia (nerviosa) ocurre cuando un adolescente tiene episodios repetitivos en los que come exageradamente y luego se purga. Los atracones se caracterizan por el comer en un corto período de tiempo, de manera discreta, una cantidad enorme de comida. El adolescente también tiene la sensación de no poder controlar el impulso de comer y pierde el control sobre la cantidad de comida que ingiere. (Buckroyd, 1998).

Es común que después de comer exageradamente, ellos traten de evitar el ganar de peso mediante el vomito inducido, el uso de laxantes, diuréticos, enemas medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo, la autoestima de estos adolescentes se afecta de gran manera por el peso y la forma del cuerpo.

Estas personas, se caracterizan por tener un miedo intenso a subir de peso, y acompañado de una alteración de la imagen corporal (se ven así mismos más gordos). También se caracterizan por presentar una baja autoestima y alteraciones en cuanto a su estado de animo, hay un afloramiento de los estados depresivos y una sensación de falta de control durante un atracón de alimentos, y un autodesprecio después del atracón (causa por la cual recurren al vomito). (Phares, 1999).

1.3.1. TIPOS DE BULIMIA:

BULIMIA DE TIPO PURGATIVO:

La persona después de un atracón de alimentos para evitar ganar peso se auto provoca el vomito y en ocasiones puede recurrir a laxantes, diuréticos o enemas.

BULIMIA DE TIPO NO PURGATIVO:

La persona no se produce el vomito tras un atracón, ni hace mal uso de laxantes, diuréticos o enemas. Pero usa otros métodos compensatorios para evitar ganar peso como después de un atracón de alimentos están uno o más días sin comer alimentos bien, hacen mucho ejercicio intenso con el fin de quemar las calorías consumidas del atracón.

1.3.2. CAUSAS DE LA BULIMIA:

Según Phares (1999) menciona que existen tres tipos de factores:

Factores que predisponen individuales: sobrepeso, perfeccionismo, problemas para ser autónomo, baja autoestima, etc.

Genéticos: los precedentes familiares aumentan el riesgo de padecer el trastorno.

Socioculturales: ideales de delgadez, prejuicios contra la obesidad, ciertas profesiones y deportes, malos hábitos alimenticios, preocupación excesiva de los padres por la figura, mala resolución de conflictos, etc.

Factores que precipitan:

Cambios físicos y síquicos de la pubertad, dietas, mala valoración del cuerpo, insatisfacción personal, trastornos emocionales, etc.

Factores que la mantienen:

Ciclo atracción-purgas, reaparición de la ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones, etc.

La bulimia suele aparecer durante la adolescencia, entre los 16 y 18 años, pero puede presentarse en niñas de 11 años y mujeres hasta de 40. Las personas que lo padecen están preocupadas por su imagen corporal, temen a la obesidad, suelen ocultar y negar su problemática. (Buckroyd, 1998).

1.3.3. LOS PRINCIPALES SÌNTOMAS DE LA BULIMIA SEGÚN BUCKROYD (1998):

- ❖ Preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer, dándose grandes atracones de comida en períodos
- ❖ De tiempo y generalmente a escondidas. (2 veces por semana en un período de 3 meses).

- ❖ Conductas inapropiadas de manera repentina con el objetivo de no ganar peso: vómitos autoprovocados, abuso laxantes o diuréticos; ayunos y ejercicios excesivos.
- ❖ Menstruaciones irregulares.
- ❖ Peso normal o ligero sobrepeso.
- ❖ Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.
- ❖ Antecedentes de dietas frecuentes. Continuamente realizan intentos previos de controlar su peso.
- ❖ Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- ❖ Enorme temor y repulsión a la obesidad.
- ❖ Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.
- ❖ Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia también desarrollaran bulimia.
- ❖ Auto imposición de periodos de ayuno, como castigo tras una ingesta compulsiva.

1.3.4. PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA BULIMIA.

Muchas bulímicas se atracan cuando se sienten tensas, ansiosas o infelices. Algunas pacientes dicen que comen cuando no pueden dormir. Los psicólogos dicen que muchas veces las bulímicas se atracan en respuestas a sentimientos reprimidos de incapacidad, cólera o decepción. Incapaces de expresar sus sentimientos de manera directa, se atracan; sofocan sus sentimientos con comida, por decirlo así.

Ahora bien las personas más propensas a atracarse tienen sentimientos de incapacidad (es decir, sienten que ellas tienen poco o ningún control sobre sus propias vidas o las de otro), y en deseos de ser delgadas. Muchas bulímicas dicen que el deseo de atracarse es provocado por desaires o frustraciones intrascendentes, rechazo a confrontación, además de ansiedad o desilusión. (Phares, 1999).

Otras dicen que el deseo de atracarse aumenta cuando están preocupadas. Y algunas dicen que sienten pánico antes de comer y que el ritual atracón - purga alivia ese pánico. Algunas bulímicas, obsesionadas por el deseo de ser delgadas, sienten culpa después de comer algo, incluso si lo han hecho con moderación. Además, muchas bulímicas sufren al mismo de perturbaciones anímicas como ansiedad y depresión. Junto con las sustancias que usan para mantenerse delgadas también pueden abusar de sustancias químicas que alteran el ánimo, como sedantes, anfetaminas, cocaína, alcohol y narcóticos. (Buckroyd, 1998).

1.3.5. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y COMPORTAMIENTO AUTO-DESTRUCTOR.

Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamiento impulsivo peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de personas con bulimia. El abuso del alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia en que la población en general o en las personas con anorexia. (García, 1997).

En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban del alcohol y el 28% abusaban de drogas, como la marihuana. En el mismo estudio, fueron comunes otro tipo de comportamientos autodestructor, entre otros el autocortado y el robo. Otros trastornos psíquicos que provoca son: neurosis de angustia, culpabilidad, vergüenza, rasgos depresivos e inestabilidad emocional. (Rodríguez, 1998).

1.3.6. CRITERIOS DEL DSM-IV-TR:

El DSM-IV-TR (2002) señala los siguientes criterios de diagnóstico:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (posiblemente 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

1.3.7. COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA BULIMIA

Las complicaciones médicas que pueden surgir de la bulimia pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Ruptura de estómago.
- La purgación puede ocasionar insuficiencia cardiaca debido a la pérdida de minerales vitales, como el potasio.
- El vómito causa otros problemas menos mortales, pero serios, entre los que se incluyen:
 - El ácido del vómito desgasta la capa externa de los dientes.
 - Cicatrices en el dorso de las manos cuando los dedos se introducen en la garganta para provocar el vómito.
 - El esófago se inflama.
 - Las glándulas cercanas a las mejillas se inflaman.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Disminución de la libido.
- Las personas pueden luchar contra las adicciones y, o las conductas compulsivas.
- Muchas personas que tienen bulimia sufren también de depresión clínica, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y otras enfermedades psiquiátricas.
- Riesgo mayor de comportamiento suicida.

El pronóstico de la bulimia nerviosa va a depender en gran manera de las secuelas. Hay que tener en cuenta que los atracones, pero sobre todo las conductas compensatorias como son el vómito auto-inducido o el abuso de laxantes o diuréticos pueden acarrear graves complicaciones físicas según Phares (1999):

Problemas gastrointestinales

- Daños en la dentadura por los ácidos estomacales
- Engrosamiento de las glándulas salivares
- Esofagitis (inflamación del esófago) y úlceras esofágicas
- Lesiones en el estómago y en el intestino

Alteraciones cardiovasculares y metabólicas

- Arritmias cardíacas
- Alteraciones en los iones de la sangre
- Edemas (retención de líquido) en las piernas

Complicaciones urinarias

- Alteraciones renales
- Infecciones urinarias

Problemas neurológicos y musculares

- Contracturas y parálisis musculares
- Convulsiones epilépticas
- Trastornos endocrinos
- Disminuciones en las hormonas femeninas
- Atrofia de ovarios
- Quistes de ovarios
- Infertilidad

1.3.8. CONSECUENCIAS FISICAS Y DE COMPORTAMIENTO SEGÚN

PHARES (1999):

- Lesiones en las manos por los vómitos autoprovocados.
- Vómitos y diarreas incontrolables.
- Subidas y bajadas de peso.
- Obsesión por la comida.
- Depresiones y amenaza de suicidio.
- Falta de autoestima.
- Aislamiento social

1.3.9. DIFERENCIAS ENTRE BULIMIA Y ANOREXIA, SEGÚN PHARES (1999):

Bulimia	Anorexia
<p>Conductas patológicas</p> <p>Preocupación constante por la comida (habla de peso, calorías, dietas...). Atracones, come de forma compulsiva, esconde comida. Miedo a engordar. Evita el hecho de ir a restaurantes o fiestas y reuniones donde se vea socialmente obligado a comer. Acude al lavabo después de comer. Vómitos autoprovocados, abusan de laxantes o diuréticos. Usa fármacos para adelgazar. Realiza regímenes rigurosos y rígidos. Tiene una conducta adictiva con edulcorantes.</p>	<p>Conductas patológicas</p> <p>Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas. Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros y comer... Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal. Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares,...). Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes). Esconden el cuerpo debajo de ropa holgada. Negarse a usar bañador y que vean su cuerpo. En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos. Abuso de edulcorantes.</p>
<p>Signos fisiológicos</p> <p>Inflamación de las parótidas. Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. Irritación crónica de la garganta. Fatiga y dolores musculares. Inexplicable pérdida de piezas dentales. Oscilaciones de peso (5 ó 10 Kg, arriba o abajo).</p>	<p>Signos fisiológicos</p> <p>Pérdida progresiva de peso (con frecuencia sucede en un período breve). Falta de menstruación o retraso en su aparición sin causa fisiológica conocida. Palidez, caída del cabello, sensación de frío y dedos azulados. Debilidad y mareo.</p>
<p>Cambio de actitud</p> <p>Modificación del carácter (depresión, sentimientos de culpa u odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol...) Severa autocrítica. Necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona. Cambios en la autoestima con relación al peso corporal.</p>	<p>Cambio de actitud</p> <p>Cambio de carácter (irritabilidad, ira). Sentimientos depresivos. Inseguridad en cuanto a sus capacidades. Sentimientos de culpa y auto desprecio por haber comido o por hacer ayuno. Aislamiento social.</p>

Por lo tanto a la mujer anoréxica se le descubre antes porque se queda en los huesos, mientras que la bulímica suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad», comenta el doctor Casas. Según los especialistas, la bulímica, a diferencia de la anoréxica, tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda. (Phares, 1999).

1.4. CONCEPTO DE OBESIDAD

Antes de intentar cualquier definición es oportuno hacer las siguientes consideraciones:

1. La obesidad es el resultado de un proceso de interacción de factores genéticos y ambientales que se manifiestan con un fenotipo heterogéneo.
2. Obesidad no siempre es igual a sobrepeso. Este último, como su nombre lo indica, es un exceso de peso con respecto al considerado normal para la talla, sin tomar en cuenta la distribución de los componentes del peso corporal.
3. El término obesidad es abstracto y lo que se observa son individuos con diferentes tipos de obesidad.

Hechas las consideraciones anteriores, se define a la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 30 (peso en Kg. / Talla en m). No distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica, pero es la enfermedad nutricional más frecuente en los países desarrollados.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud: está fuertemente relacionada con enfermedades cardiovasculares, dermatológicas, gastrointestinales, osteo articulares, diabetes, etc.

Además, un niño obeso o un adolescente obeso tienen muchas probabilidades de ser adultos obesos. Y esas dos etapas de la vida son periodos críticos en la posible aparición de la enfermedad. (Rodríguez, 1998).

1.4.1. TIPOS DE OBESIDAD

Según la distribución de la grasa, la obesidad no solo crea distintos patrones estéticos, sino que acarrea importantes problemas para nuestra salud, que también son diferentes dependiendo de las zonas donde se acumule la este exceso de grasa (Castillo, 2001). García (1997) dice que existen dos tipos de obesidad dependiendo de donde se produzca el acumulo de grasa.

El interés fundamental de esta diferenciación radica en el **diferente pronóstico** de ambos tipos de obesidad.

La obesidad androide se asocia con más frecuencia a enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y el aumento del colesterol y los triglicéridos. La obesidad ginoide no se asocia tanto a estas patologías pero si a la insuficiencia venosa y a la los cálculos de vesícula biliar.

OBESIDAD ANDROIDE

Este tipo de obesidad se da con más frecuencia en el hombre, aunque también se puede ver en las mujeres.

La grasa se acumula sobre todo en la zona abdominal, a nivel de la cintura y generalmente el resto del cuerpo esta delgado.

Esquemáticamente se produce silueta en forma de manzana por ello se conoce este tipo con el nombre de obesidad androide o "en manzana". A continuación se observa un ejemplo de este tipo de obesidad.



OBESIDAD GINOIDE

Este tipo de obesidad se ve más en las mujeres, aunque también puede aparecer en el hombre.

La grasa se acumula fundamentalmente en las caderas y el resto del cuerpo suele estar delgado.

Esta distribución de la grasa produce una silueta en forma de pera. Por ello esta obesidad recibe el nombre de obesidad ginoide o "en pera". En la siguiente imagen se muestra con más detalle a este tipo de obesidad.



A) ¿COMO SE CLASIFICA LA OBESIDAD?

Considerando su inicio, se clasifica como obesidad de la infancia o del adulto, considerando la distribución del exceso de grasa corporal en obesidad del tronco y hombros y obesidad de tronco y caderas, pero para propósitos de pronóstico y tratamiento, la obesidad se clasifica de acuerdo al índice de masa corporal o IMC como clase I (moderada), Clase II (severa) o Clase III (mortal).

El IMC entre 25 y 29 es sobrepeso, excepto en personas con una estatura de 5 pies (150cm) o menor, donde la obesidad clase I se alcanza con un IMC de 27 y la clase III o mortal con IMC de 35 (en vez de 40) (García, 1997).

No existe un determinado índice de masa corporal (IMC) o proporción de peso a talla, en el cual podamos decir que las enfermedades asociadas que acortan la vida y la limitan, van a aparecer. Obviamente el riesgo de desarrollarlas es mayor entre mas alto el IMC y entre mas pronto la obesidad es corregida, mas enfermedades asociadas serán evitadas y prevenidas.

Incluso esta clasificación es subjetiva, personas con obesidad clase I refieren síntomas de la clase III y presentan sus complicaciones, mientras otros que han sido diagnosticados como clase III, no los tienen, este ultimo ejemplo esta muy relacionado con la edad, sucede comúnmente entre gente joven, una vez que el sobrepeso y obesidad han aparecido, es solo cuestión de tiempo.

Esta es la razón por la que cada caso debe ser diagnosticado y estudiado de forma individual, el pronóstico debe ser explicado al paciente así como las opciones de tratamiento (Rodríguez, 1998).

La persona que sufre de sobrepeso y obesidad, necesita ser diagnosticada tan pronto como sea posible independientemente de sus síntomas, ya que sin el diagnóstico, no se puede discutir el pronóstico con el paciente, tampoco establecer un tratamiento adecuado y por lo tanto el enfermo no disfrutará de una pérdida significativa y constante de peso.

B) ¿COMO SE MIDE LA OBESIDAD?

La obesidad generalmente se mide a partir de indicadores de sobrepeso, como el índice de masa corporal (peso en kilogramos sobre talla en metros al cuadrado), o bien por medio de indicadores de porcentaje y distribución de tejido adiposo en el organismo (como los distintos pliegues subcutáneos, o la razón circunferencia de cintura sobre circunferencia de cadera) (Castillo, 2001).

La prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

En la Ciudad de México, en un estudio desarrollado en población adulta de nivel socioeconómico bajo se encontraron tasas de prevalencia de obesidad de 37% en hombres y 60% en mujeres.

1.4.2. CAUSAS DE LA OBESIDAD

En principio, como causas más directas están un consumo excesivo de nutrientes y un descenso en el gasto energético. Las causas de la obesidad hasta el día de hoy no han sido del todo comprendidas, pero se sabe que existen muchos factores causantes de esta grave enfermedad, unos que parecen ser muy sencillos y otros bastante complicados. (Rodríguez, 1998).

A continuación se mencionaran algunos de estos factores citados por: (García, 1997).

<ul style="list-style-type: none">• Factores genéticos y ambientales	Causas hormonales, dietas, alteraciones genéticas y la herencia.
<ul style="list-style-type: none">• Factores familiares y socioculturales	El modelaje (aprendizaje a través de la observación); el alimento utilizado como reforzador (premio o castigo); valores y normas transmitidas a lo largo de generaciones familiares, falsas creencias, nivel sociocultural; hábitos de ocio (play + ordenador + tele + falta de ejercicio)
<ul style="list-style-type: none">• Factores psicológicos	Influyen en la generación y regulación de la conducta alimentaria; la ansiedad, la baja autoestima y el rechazo son factores que contribuyen a la aparición y mantenimiento de la obesidad en los adolescentes

1.4.3. PRINCIPALES SÍNTOMAS DE LA OBESIDAD:

El síntoma más característico y evidente es el incremento de peso y de volumen por parte de la persona. (Rodríguez, 1998).

Otros síntomas comunes que menciona García (1997) los cuales indican que un adolescente es obeso, aunque cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente. Pueden ser:

- ❖ Los rasgos faciales pueden parecer desproporcionados
- ❖ En los varones, adiposidad (células adiposas) en la región de los senos, abdomen de gran tamaño (a veces se presentan marcas blancas o púrpura)
- ❖ En los varones, los genitales externos pueden parecer desproporcionadamente pequeños
- ❖ La pubertad puede producirse a una edad temprana
- ❖ Aumento de adiposidad, especialmente en los muslos y parte superior de los brazos.

1.4.4. OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Los factores que influyen en la obesidad del adolescente son los mismos que los del adulto. Con frecuencia, un adolescente ligeramente obeso gana peso con rapidez y se hace sustancialmente obeso en pocos años.

Muchos adolescentes obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y se hacen progresivamente más sedentarios y socialmente aislados. Sus padres a menudo no saben cómo ayudarlos (Castillo, 2001).

No hay muchas opciones disponibles en los tratamientos para adolescentes obesos. Hay pocos programas comerciales proyectados para ellos, pocos médicos que tengan experiencia en el tratamiento específico de los adolescentes y en el uso de fármacos que permitan ayudarlos.

Las escuelas brindan diversas oportunidades para la educación en nutrición y para la actividad física, pero estos programas raramente se ocupan lo suficiente en enseñar a los adolescentes a controlar la obesidad. A veces se lleva a cabo una intervención quirúrgica cuando la obesidad es importante.

La modificación del comportamiento puede ayudar a los adolescentes a controlar la obesidad. Consiste en reducir el consumo de calorías estableciendo un régimen bien equilibrado con los alimentos habituales y realizando cambios permanentes en los hábitos alimentarios, así como aumentar la actividad física con ejercicios como caminar, andar en bicicleta, nadar y bailar. Las colonias de vacaciones para los adolescentes obesos generalmente les ayudan a perder una considerable cantidad de peso; sin embargo, sin un esfuerzo mantenido generalmente se recobra el peso perdido. La asistencia psicosociológica para ayudar a los adolescentes a enfrentarse con sus problemas y a combatir su escasa autoestima puede ser útil (Castillo, 2001).

1.4.5. OBESIDAD EN LA FAMILIA

Se dice que el niño que es obeso es por que alguno de sus padres lo es, pero esto no es tan viable, ya que algunos autores se refieren a esto como factor "genético", también controversial, ya que la traducción practica de la estadística mencionada es que "padres delgados pueden criar a hijos obesos y padres obesos pueden criar a hijos delgados", la obesidad puede no ser heredada genéticamente, pero un hecho contundente es que los hijos adoptan los malos hábitos de los padres, muchos niños se encuentran comiendo la misma cantidad de comida de un adulto y quizás la obesidad en los niños inicia con una madre que se complace al ver a sus hijos comer en forma abundante (Rodríguez, 1998).

Respecto a los factores sociales, algunos estudios mencionan que la obesidad se encuentra 6 veces mas aumentada en gente de bajo ingreso pero en conclusión, las personas suben de peso por el consumo crónico del "exceso de calorías baratas" o "calorías caras", cualquiera de estas.

1.4.6. PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA OBESIDAD:

Los adolescentes obesos generalmente experimentan una significativa presión social, estrés y dificultades para cumplir las tareas de desarrollo. Las perturbaciones psicológicas también son muy comunes. Los síntomas de la obesidad pueden parecerse a los de otros trastornos o problemas médicos. (García, 1997).

Por lo tanto el individuo que tiene un exceso de gordura está sujeto a burlas y a sobrenombres desagradables. Los efectos emocionales que resultan de esto, por lo general son negativos y su influencia en el ajuste del individuo puede prolongarse hasta la edad adulta.

Las muchachas sufren emocionalmente por el exceso de grasa, debido a que la norma cultural exige esbeltez en las mujeres. Parte del problema está orientado socialmente, puesto que la adolescente gorda por lo general se retirará de las situaciones sociales, para no ser el blanco de posibles burlas. Frecuentemente las muchachas se someten a severas dietas para eliminar el exceso de grasa y a veces casi se mueren de hambre. (Castillo, 2001).

A pesar de que ocasionalmente pueden ser causas glandulares las que provocan el exceso de grasa, la causa más común de la obesidad en la adolescencia es un consumo mayor de alimentos. Este aumento en el consumo se debe a cambios psicológicos subyacentes, mientras que algunos de estos aspectos psicológicos pueden ser el resultado del sobrepeso, que a su vez se debe a una serie de problemas subyacentes en la regulación del apetito y del peso. (Rodríguez, 1998).

Es importante mencionar que las dietas y la reducción de peso no son suficientes y que los padres, la familia y los adolescentes deben ser educados para lograr una comprensión mejor. Debería hacerse notar que el peso de un niño preadolescente, está relacionado con su peso durante la adolescencia. Los que fueron gordos de niños, a menudo siguen siendo gordos durante la adolescencia y la edad adulta. Tales individuos tienen mayores problemas para bajar de peso, que los que sufren de un exceso de gordura sólo en la adolescencia. Sin embargo, algunas veces aquellos que fueron gordos desde niños, han logrado alguna clase de ajuste a su obesidad, lo que les evita inquietarse grandemente por esta condición a medida que van creciendo. (García, 1997).

Los adolescentes que sufren obesidad se caracterizan, sobre todo, por una débil percepción de las sensaciones de hambre y saciedad, algo que sólo puede explicarse parcialmente por el crecimiento físico.

No controlan sus sensaciones, ni son propietarios de su cuerpo, esto se debe a un condicionamiento temprano por la comida, para apaciguar las tensiones, pero también a una fijación defensiva en los impulsos orales de la primera edad (erotización del comer a deshoras). (Tessier, 2004).

El cuerpo engorda y se autoprotege, se camufla con las ropas a menudo negras y holgadas.

Así mismo, aunque no llegue al punto de poner en peligro la existencia, la obesidad de las adolescentes (torturadas por los estereotipos femeninos, los programas de adelgazamiento y las dietas peligrosas) contribuye a hacerlas infelices. (Tessier, 2004).

Sin embargo el exceso de peso se considera perjudicial para la salud, desdoro en la presentación, inconveniente social y algo reprehensible moralmente. Como la mayoría de las personas consideran la obesidad como defecto controlable, infieren que el adolescente obeso puede hacer algo en contra de ello sin mucha dificultad; les parece que si no procura evitar ese defecto es por glotonería, desidia o incapacidad de controlar sus impulsos y por lo mismo, el joven obeso suele ser objeto de burla. (Phares, 1999).

No se puede suponer que todos los niños excedidos de peso se sientan infelices en cuanto a su apariencia. Muchos obesos han logrado éxito académico, social y atlético y tienen buen concepto de si mismos.

Si el peso del niño (a) no excede del 25 al 30 por ciento del que corresponde a su estatura, que es el grado de sobrepeso asociado con la predisposición a enfermar o con las complicaciones medicas, es una injusticia imponerle los puntos de vista paternos o sociales sobre la imagen del cuerpo ideal. (Phares, 1999).

Los padres deberían facilitar a los hijos adolescentes y preadolescentes la pérdida de peso o prevenir su rápido aumento al no comprar ni preparar alimentos de muchas calorías, sirviendo comidas que no tengan demasiada grasa y teniendo el refrigerador provisto de bocadillos bajos en calorías. (Buckroyd, 1998).

1.4.7. PROBLEMAS PSICOLOGICOS POR OBESIDAD

Se sabe que la obesidad favorece la aparición de cáncer, diabetes, hipertensión, infartos al corazón y cerebro, trastornos en el sueño y desgaste de articulaciones, pero no siempre se habla de las desfavorables consecuencias que genera en la salud emocional y autoestima del individuo (García, 1997).

Es de suma importancia tener en cuenta que en las actuales campañas de prevención hacen énfasis en indeseables secuelas del sobrepeso como infartos (muerte de tejidos en corazón y cerebro por la obstrucción o ruptura de vasos capilares), diabetes (acumulación de glucosa en la sangre debido al deterioro absoluto o parcial de la secreción y acción de insulina) y cáncer (multiplicación incontrolada de células anormales que forman tumores), pero cabe destacar que muchos especialistas también enfatizan en el impacto que la obesidad ejerce sobre el comportamiento y emociones de quien la padece e, incluso, subrayan que los factores psicológicos son determinantes para que muchas personas se resistan a recibir tratamiento o lo abandonen al poco tiempo de haber iniciado (Rodríguez, 1998).

Se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad (Behar, 1996).

En la adolescencia el concepto de sí mismo es de tal importancia que cualquier característica física que les diferencie del resto de sus compañeros tiene el potencial de convertirse en un problema más grave, en concreto disminuyendo su autoestima. Es también un gran problema encontrar vestimenta para los niños obesos, ya que es difícil que encuentren ropas de moda adecuadas para su talla. Además, estos niños presentan frecuentemente alteraciones del comportamiento, síntomas de depresión y ansiedad (Izquierdo, 2003).

Se dice que las personas obesas tienen que enfrentarse a la discriminación. Las jóvenes con exceso de peso ganan mucho menos que las mujeres sanas, sin sobrepeso o que otras mujeres con problemas crónicos de salud.

También es más frecuente que las personas obesas coman compulsivamente, y que tengan una larga historial de desórdenes alimentarios que se caracterizan por los atracones y las variaciones de peso.

Por ejemplo, la influencia de factores Psicológicos aun permanece incierta; mientras que le paciente obeso ha sido etiquetado como comedor compulsivo, también existen muchas personas no obesas que también lo son.

La patología psicológica se encuentra ligada a esta enfermedad, solo en un número pequeño de casos, entre estos el "síndrome del comedor nocturno" (anorexia por la mañana, gula por la tarde e insomnio), han incluido en este pequeño grupo a aquellos que han sido obesos desde su infancia, en este caso, mas que un factor de acusa psicológica, el sentido común lo llamaría una consecuencia psicológica (Castillo, 2001).

Expertos en conducta humana sugieren que se brinde mayor consideración al deterioro en la autoestima y calidad de vida de los pacientes, y enfatizan en que la ayuda anímica debe ser un renglón tan destacado como el establecimiento de nuevos hábitos alimenticios, rutinas de ejercicio y, cuando se requiera, administración de medicamentos (Behar, 1996).

A) ¿GORDITO SIMPÁTICO?

A pesar de que muchos estereotipos difunden la imagen de que las personas "llenitas" son graciosas y joviales, lo cierto es que suelen estar sometidas a constantes críticas, bromas pesadas, presiones y expresiones hirientes por parte de quienes les rodean, de modo que experimentan sentimientos de malestar, tristeza y depresión ligera, incluso desde edades muy tempranas (Rodríguez, 1998).

Los niños gorditos son objeto de bromas sobre su peso y sufren segregación (son los últimos en ser elegidos como compañeros de juego, por ejemplo), de modo que la imagen y concepto que tienen de ellos mismos se ve afectada paulatinamente.

No muy lejos de este orden de ideas, especialistas en salud mental coinciden en señalar que la obesidad en pacientes adultos se vincula con desórdenes emocionales, pero aclaran que tales dificultades no sólo dependen de ser blanco de críticas y mofas, sino también por la comparación que el mismo paciente hace entre su físico y los estereotipos de belleza socialmente convenidos, la pérdida de amistades y oportunidades de trabajo por su condición, y la frustración que se genera durante sus infructuosos intentos por perder peso (García, 1997).

En resumen, psicólogos y psiquiatras consideran que un mal control de peso puede generar, en lo anímico:

- * Dificultad para afrontar situaciones conflictivas o que provocan frustración y ansiedad.
- * Autoestima negativa y bajo concepto de uno mismo.
- * Estados de ánimo depresivos o de angustia.
- * Deseo irrefrenable de tener experiencias gratificantes.

- * Incapacidad para tomar decisiones por cuenta propia, lo que genera que la conducta sea controlada por otros (padres, parientes, pareja o amigos).
- * Sentimiento de vacío interno e incapacidad para controlar la vida propia.
- * Tendencia a pensar que los cambios emocionales y problemas que le ocurren a uno mismo se deben exclusivamente a factores externos.
- * Inclinación a prestar demasiada atención a los mensajes y críticas que brindan los seres cercanos.

Dicho lo anterior es fácil entender parte de la dificultad que enfrenta el paciente con obesidad para iniciar un tratamiento y darle continuidad, ya que si en vez de recibir apoyo emocional es sujeto a críticas y dudas, se siente inseguro de emprender cambios. Así, a través de los años ha creado tan mal concepto de sí mismo que abandona en poco tiempo los programas alimenticios y de ejercicio que inicia, aún a sabiendas del daño que puede sufrir su salud por el sobrepeso, porque considera que cuidarse a sí mismo no vale la pena (Castillo, 2001).

B) ALIMENTO = PLACER

Muchos especialistas se han preguntado si comer en exceso y padecer sobrepeso genera problemas emocionales o, al revés, si la depresión y baja autoestima son el origen del aumento de tallas. Las conclusiones de varios estudios indican que una u otra situación son posibles, pero también que independientemente de ello es muy común que ambos factores, obesidad y disturbios anímicos, se enlacen y den forma a un círculo vicioso (Buckroyd, 1998).

Exceptuando aquellos casos en donde el origen es genético (por herencia biológica) u hormonal (lo cual sucede principalmente en mujeres), habrá ocasiones en que el sobrepeso inicie por un problema de educación, ya que muchos padres siguen pensando que un niño gordito es más saludable, y en otras porque el alimento se utiliza como una manera de mostrar afecto y de obtener satisfacción ante dificultades emocionales, como nerviosismo o soledad.

En todo caso, la persona con obesidad sabe inconscientemente que comer es una actividad satisfactoria, que le genera placer o le recuerda la protección de sus padres, pero cuando se somete al juicio social, a las críticas y a la impopularidad, entra en contradicción y sufre angustia.

Tarde o temprano buscará una forma de desahogar la tensión, y ante la inexperiencia para manejar sus emociones recurrirá al consumo de alimentos como una forma de sentirse dichoso. Evidentemente, el volumen de grasa corporal aumentará y, como consecuencia, también las burlas y el aislamiento (Phares, 1999).

Ahora podemos entender que no sólo la baja autoestima es responsable de la ineficacia de muchos tratamientos y que no es verdad que un paciente con obesidad no pueda dejar de comer abundantemente “por flojera” o “falta de voluntad”, sino porque, para él, los alimentos tienen fuerte carga emocional y es difícil renunciar a una de sus más importantes fuentes de placer cuando se es víctima de críticas y desprecio.

También es comprensible que muchos tratamientos para perder peso contemplen tres puntos básicos: el seguimiento de un régimen alimenticio establecido por un nutriólogo, la práctica de una actividad física constante y la integración del paciente a grupos de autoayuda (como Comedores Compulsivos) o a psicoterapia dirigida por un psicólogo o psiquiatra, a fin de que reciba el soporte emocional que requiere para cumplir sus objetivos (García, 1997).

Finalmente, es muy importante que los familiares de la persona con obesidad tengan conciencia de los problemas emocionales que pueden desencadenar algunas bromas y comentarios que se realizan, aunque sean de buena fe, y que en caso de que el paciente inicie un tratamiento médico para enfrentar su enfermedad, se acerquen también al especialista para saber cómo colaborar y brindar apoyo, lo cual ocurre, casi siempre, cuando las conversaciones enfatizan los logros y cualidades positivas del individuo, y no su problema de sobrepeso.

En la siguiente tabla se mencionan algunos determinantes del exceso de grasa corporal, según: (Rodríguez, 1998).

<p>Edad: La proporción de grasa incrementa con la edad</p> <p>Género: Las mujeres tienen mayor proporción de grasa</p> <p>Ingreso calórico: La sobre alimentación conlleva a la ganancia de grasa</p> <p>Composición de la dieta: La ingesta de grasa saturada y carbohidratos contribuyen al exceso de grasa.</p> <p>Tasa metabólica de los alimentos: Es bajo en algunos casos de obesidad</p> <p>Factores sociales y ambientales: La obesidad se asocia con ciertos hábitos de alimentación, mayor ingesta de alcohol, etc.</p> <p>Caracteres genéticos no determinados: Afectan el balance energético, particularmente los componentes del gasto y los procesos de oxidación.</p>
--

1.4.8. COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA OBESIDAD

Phares (1999) menciona que en la obesidad existen diferentes tipos de complicaciones que son las siguientes:

Problemas cardiovasculares:

- Opresión torácica y estenocardia.
- Desplazamiento cardíaco con disminución de la repleción de la aurícula derecha.
- Taquicardia de esfuerzo.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.

- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.
- Varices.
- Tromboflebitis.
- Ulceras varicosas.
- Paniculopatía edematofibroesclerosa (celulitis).

Arteriosclerosis:

Causa frecuente de retinitis, nefroesclerosis y alteraciones coronarias.

Menos frecuente la arterioesclerosis cerebral, causa de trombosis y hemorragias cerebrales.

Diabetes mellitus tipo II.

Alteraciones metabólicas:

- Hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina.
- Hipercolesterolemia.
- Hipertrigliceridemia.
- Hiperuricemia.

Problemas respiratorios:

- Hipoventilación alveolar.
- Aumento de la incidencia de catarros, bronquitis crónica, neumonía...
- Síndrome de Picwick (cuadro de insuficiencia cardio-respiratoria). Apnea nocturna.

Problemas osteoarticulares:

- Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie.
- Aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con neuralgias y espondilitis deformante.
- Artrosis generalizada: especialmente en rodillas, caderas y columna lumbar.
- Atrofia muscular.
- Gota.
- En niños: pie plano, genu valgum, desplazamiento de la epífisis de la cabeza femoral.

Problemas digestivos:

- Dispepsia gástrica, con acidez, flatulencia, digestiones pesadas....
- Dispepsia biliar, con colecistitis y colelitiasis.
- Úlcera gastroduodenal.
- Estreñimiento, con frecuentes hemorroides.
- Insuficiencia hepática en grado variable por infiltración grasa.
- Aumento de la frecuencia de cirrosis hepática.
- Insuficiencia pancreática.

Problemas renales:

- Nefroesclerosis con hipertensión arterial.
- Albuminuria y cilindruria.
- Retención líquida con edemas.

Problemas cutáneos:

- Estrías cutáneas.
- Lesiones por rozaduras.
- Lesiones por maceración cutánea.
- Intertrigo.
- Mayor frecuencia de forúnculos, ántrax...
- Caída de pelo, a veces hirsutismo.
- Exceso de sudoración.
- Ulceras y celulitis.

Problemas gonadales:

- Alteraciones menstruales variables: hipomenorrea, hipo e hipermenorrea, amenorrea.

Problemas sexuales:

- Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica).
- Compulsividad e impulsividad sexual.
- Problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

Problemas neurológicos:

- Cefaleas.
- Insomnio.
- Múltiples trastornos psicósomáticos.

Problemas hematológicos:

- Policitemia con aumento de la hemoglobina.

Infecciones:

- Aumento de las infecciones cutáneas y respiratorias.
- Peor pronóstico en casos de fiebres tifoideas, neumonías y gripe.

Problemas parietales:

- Hernias umbilicales, inguinales y crurales.

Problemas quirúrgicos y anestésicos:

- Aumento en general del riesgo quirúrgico inducido por otras complicaciones (cardíacas, pulmonares, metabólicas, etc).
- Aumento de la mortalidad operatoria proporcional al incremento de peso.
- Dificultad para adoptar ciertas posiciones quirúrgicas (Trendelenburg).
- Incremento de la dificultad en la realización de venopuntura, intubación y punción lumbar.
- Complicaciones de cicatrización.
- Elevado riesgo de eventraciones postquirúrgicas.
- Aumento de las embolias y trombosis postquirúrgicas.
- Mayor riesgo de infecciones postquirúrgicas.
- Incremento de la dificultad de ajuste de la dosis anestésica.
- Hipoventilación postanestésica.

Problemas psicológicos:

- Miedo e inseguridad personal.
- Pérdida de la autoestima.

- Desorden de conductas alimentarias.
- Perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Tristeza e infelicidad.
- Ansiedad, frecuente en niños, por pseudomicrofene y pseudoginecomastia.
- Depresión.
- Frigidez e impotencia.

Problemas sociales:

- Angustia por presión social frente a su obesidad.
- Angustia por presión social frente a su adelgazamiento.
- Aislamiento social.
- Dificultades para vestir, usar transportes públicos...
- Sobreprotección familiar.
- Rotura del núcleo familiar o de la pareja.

CAPITULO 2. ADOLESCENCIA

2.1. ANTECEDENTES

La adolescencia consiste más en un proceso, en una etapa de transición que en un estadio con límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano (Hurlock, 2002).

Por lo tanto, la adolescencia es el “despertar de la personalidad”. Es la insatisfacción con la conducta excesivamente dócil, dependiente y conformista de la infancia. Es la necesidad de pensar por propia cuenta, de adoptar decisiones libres y posturas personales, de hacer algo interesante con la propia vida. Todo esto es positivo. Es síntoma de progreso de maduración personal. Así mismo, los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, pero esta no se reduce a ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales (Castellanos, 2004).

2.1.2. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La palabra “**adolescencia**” deriva de la voz latina *adoleceré*, que significa “crecer” o “desarrollarse hacia la madurez” (Muuss, 2003). Etimológicamente procede del latín, del verbo *adolescere*, que significa madurar.

La adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

La adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales.

La palabra “**pubertad**” y “**pubescencia**” se derivan de las voces latinas *pubertas*, “la edad viril”, y *pubescere*, “llegar a la pubertad”. Ausubel empleo el vocablo “pubescencia” con sentido más restringido, exclusivamente referido a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la maduración sexual.

Adolescencia es un concepto más amplio, que abarca también los cambios de conducta y de status social (Grinder, 1998).

La pubescencia es el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras; es filogenética e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios. Así mismo al periodo de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios.

Las relaciones entre pubescencia y adolescencia se hacen más complejas si se considera el material que brinda la antropología cultural sobre los rituales y periodos de iniciación. La transición de la niñez a la edad adulta es paulatina y se produce sin reconocimiento social; en otros, los ritos de pubertad caracterizan un pasaje, no de la niñez a la adolescencia, sino de la niñez a la edad adulta (Stone, 1997).

El prolongado periodo de adolescencia (en algunos casos ocupa casi una década) en las sociedades técnicamente más avanzadas no es un fenómeno fisiológico sino un producto social.

La duración de la pubescencia la establecen los factores biológicos, la de la adolescencia social la determinan las instituciones sociales y el grupo social (Castillo, 2001).

Los problemas que deben afrontar los adolescentes “varían de cultura en cultura, haciendo esa transición a la edad adulta una etapa más o menos complicada, más o menos conflictiva, más o menos prolongada.

2.1.3. EL TIEMPO DE LA PUBESCENCIA

El tiempo en que se alcanza la pubescencia es de la mayor importancia en el desarrollo de la imagen del yo del adolescente (Estrada, 1994).

El prestigio de las muchachas adolescentes en relación con la madurez del desarrollo, fue estudiado por Faust (1960), quien encontró que el nivel del desarrollo físico era un factor importante en los tres primeros grados de secundaria.

Aunque la maduración física tardía representa un obstáculo para el desarrollo de la personalidad de los muchachos, una maduración temprana no es una ventaja mayor en el desarrollo de la misma como lo es un ritmo normal de maduración (Powell, 1998).

Jones y Bayley (1950) también tratan de las relaciones que existen entre la maduración física y la conducta. Encuentran que los que crecen con mayor rapidez, generalmente son aceptados y tratados, tanto por los adultos como por los otros niños, como mas maduros. Como resultado de esto, estos jóvenes parecen tener una necesidad relativamente pequeña, de luchar por un status.

Los efectos de la maduración sobre la conducta, también se observa la multiplicidad de factores psicológicos, culturales y físicos que contribuyen a la formación de los patrones de personalidad.

El niño que esta adelantado en su desarrollo físico; esta socialmente adelantado dentro de la cultura de los iguales y este mismo patrón de éxito continúa durante la edad adulta.

Es una persona equilibrada y responsable que se desenvuelve de conformidad con las exigencias de la sociedad; de ahí que a menudo sea convencional en sus patrones cognoscitivos y en sus actitudes (Mannoni, 1998).

Ahora bien la adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta (Castillo, 2001).

La adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

Así mismo el adolescente tiene una relación con el medio social y cultural en el cual le toca desempeñarse, pero en su intimidad, en su transición de niño a adulto, todo lo que ocurre en su esquema corporal, en su sexualidad, en su sociabilidad, en el uso de la libertad, es bastante inmovible a través de la historia (Castellanos, 2004).

Es importante mencionar que el intervalo temporal en que transcurre comienza a los 11-12 años y se extiende hasta los 18-20. Sin embargo no podemos equiparar a un niño de 13 con uno de 18 años; por ello hablaremos de “adolescencia temprana” entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego de un segundo periodo de “juventud” o “adolescencia tardía” entre los 15-20 años; su prolongación hasta llegar a la adultez, dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal (Myers, 1997).

En la adolescencia temprana, el individuo continúa la búsqueda de independencia pero con nuevo vigor y en nuevas áreas. Desea más privilegios y libertades, como también, menos supervisión adulta. Se preocupa principalmente de su "status" con sus pares inmediatos, quiere parecerse a los otros por la sensación de encontrarse fuera de lugar con respecto a ellos (Grinder, 1998).

Sus diferencias individuales son más marcadas, pero su calidad de individuo único todavía no es completamente entendida ni aceptada.

Según Castillo (2001) en la adolescencia se distinguen dos etapas: Pre-adolescencia (fenómeno de la pubertad) y Adolescencia propiamente dicha.

A) LA PREADOLESCENCIA:

Desarrollo físico: Se produce una intensa actividad hormonal. Se inicia a los 11 o 12 años en las mujeres y a los 13 o 14 años en los varones. En las mujeres aparece la primera menstruación y en los varones la primera eyaculación; pero en ambos todavía sin aptitud para la procreación. En ambos sexos aparece el vello púbico.

➤ **Desarrollo afectivo:**

- Gran intensidad de emociones y sentimientos.
- Hay desproporción entre el sentimiento y su expresión.
- Las manifestaciones externas son poco controladas y se traducen en tics nerviosos, muecas, refunfuños, gestos bruscos, gritos extemporáneos.
- Pasa con facilidad de la agresividad a la timidez.

➤ **Desarrollo social:**

- Creciente emancipación de los padres.
- Busca la independencia pero a la vez busca protección en ellos.
- Se da mutua falta de comprensión (con sus padres)
- Tiene necesidad de valorarse, de afirmarse, de afiliación y de sentirse aceptado y reconocido por los de su entorno.
- Su principal interés son las diversiones, el deporte, etc.

B) LA ADOLESCENCIA PROPIAMENTE DICHA:

Desarrollo Cognoscitivo: La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas.

Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia.

Por lo tanto la adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas.

Es también la edad de los ideales. El ideal es un sistema de valores al cual tiende por su extraordinaria importancia. El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes. Depende de la formación recibida.

- **Desarrollo motivacional:** Según Mckinney, la adolescencia es un periodo complejo y crítico, de crecimiento y desarrollo acelerados; una explosión de vida, un segundo nacimiento. La adolescencia es la etapa más compleja del desarrollo: implica una crisis singular que debe ser resuelta correctamente, pues de esa solución dependerán la armonía y la integridad de la persona. Por lo tanto destaca los siguientes tipos de necesidades que tiene un adolescente:

Necesidad de seguridad: Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.

Necesidad de independencia: Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí.

Necesidad de experiencia: Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades "vicarias" (TV, radio, conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc.

Necesidad de integración (de identidad): Que es un deseo inviolable y de valor personal.

Necesidad de afecto: Sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación).

Desarrollo afectivo: Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad.

La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Mil cosas hay ante las que ayer permanecía indiferente y, hoy, patentizará su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan. De ahí la viveza de su sensibilidad: al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido que recibe, le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. El adolescente es variado en su humor (Mckinney, 2000).

- **Desarrollo social:** Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar:

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales.

Este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad.

Mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social

Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia (Mannoni, 1998).

En este proceso de socialización encontramos en el adolescente una serie de oscilaciones tales como:

- Oscilación entre excitación y depresión: trabajo y ocio, buen humor y llanto.
- Oscilación entre sociabilidad e insociabilidad: delicados e hirientes, tratables e intratables.
- Oscilaciones entre confianza y desconfianza de sí mismos.
- Oscilaciones entre vida heroica y sensualidad.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas (Castellanos, 2004).

Así mismo, la situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo; y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

2.1.4. ÉPOCA DE INMADUREZ EN BUSCA DE LA MADUREZ

El ingreso en el mundo adulto exige una serie de cambios, de maduraciones en todos los niveles del ser que desembocan en actitudes y comportamientos de madurez. Este cambio pone de manifiesto que el verdadero sentido de la etapa adolescente es la maduración de la autonomía personal. El adolescente en medio de su desorientación y conflictos persigue tres objetivos íntimamente relacionados entre sí, y (Estrada, 1994) menciona los siguientes:

- Conquista de madurez entendida como personalidad responsable.
- Logro de la independencia.
- Realización de la cualidad de tener una existencia independiente, de ser, en definitiva, persona.

Al comparar las actitudes o el comportamiento del adolescente con el “niño bueno” o el adulto responsable, se puede tener una falsa impresión de retroceso, ya que el adolescente es menos ordenado, menos sociable, menos dócil y menos respetuoso que antes; pero eso no significa que sea menos maduro o menos responsable. Ahora el adolescente necesita obrar por convicciones personales lo que le conduce a replantearse su comportamiento anterior. Ha elegido un campo de juego más difícil que antes, y esto produce que se obtengan peores resultados, sin embargo estos resultados no son signos de retroceso, sino de crecimiento, de madurez propia de la adolescencia. Por tanto sería un error creer que la madurez llega de pronto al final de la adolescencia (Estrada, 1994).

Ahora bien a partir de los 12 años comienza el aprendizaje para saber afrontar la realidad de modo personal. A lo largo de este aprendizaje el adolescente muestra comportamientos inmaduros, pero hay que decir que estos comportamientos son necesarios para el desarrollo de la personalidad.

El adolescente madura en la medida en que se decide a recorrer el camino recién descubierto sin “ataduras”. El progreso es más lento y difícil pero también más efectivo (Stone, 1997).

“El concepto de madurez respecto al adolescente no debe considerarse un estado fijo o el punto final de proceso de desarrollo; la madurez es un término relativo que denota el grado en que la persona descubre y es capaz de emplear recursos, que se hacen accesibles a él en el proceso de crecimiento (Castillo, 2001).

Junto con los comportamientos inmaduros, se dan también desde el inicio de la etapa adolescente, comportamientos que denotan cierta madurez; porque un rasgo de inmadurez solamente queda evidenciado cuando se ha producido algún progreso de algún tipo (Grinder, 1998).

La finalización de la adolescencia, generalmente se enmarca, por el logro de las siguientes adquisiciones, según (Grinder, 1998):

- Establecimiento de una identidad sexual y posibilidades de mantener relaciones afectivas estables.
- Capacidad de establecer compromisos profesionales y mantenerse (independencia económica).
- Adquisición de un sistema de valores personales (moral propia).
- Relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo con los padres).

2.1.5. LA HISTORIA DE “ADOLESCENCIA” COMO UNA ETAPA DE DESARROLLO

Aunque el estudio científico de la adolescencia es reciente, las actitudes hacia este grupo humano datan desde la más remota antigüedad. Por ejemplo, Platón se preocupaba mucho por la educación de la juventud y ya hacía notar las modificaciones que son sus actitudes (Platón 1953). Aristóteles escribió acerca del “carácter apasionado e irascible” de los adolescentes y comentó acerca de la tendencia que tienen a tomar posturas extremas y a dar opiniones categóricas.

Las diversas etapas de la vida, aunque no se distinguen con toda precisión unas de otras, ciertamente nos ayudan para estudiar la conducta y la experiencia que se perciben como comunes y características de una edad en comparación con las demás edades (Mannoni, 1998).

La psicología del adolescente es un periodo de cambio y de nuevas actitudes y conductas, que por su propia naturaleza resultan difíciles de estudiar empíricamente (Mckinney, 2000).

2.1.6. EXPLICACIONES TEORICAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión (stress) y por la aflicción (Mckinney, 2000).

La identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan con sus padres y con otros personajes de autoridad. Los adolescentes pueden esclarecer lo exclusivo de su propia experiencia solamente contraponiéndola a la experiencia de aquellos que los han precedido. Pueden establecer la exclusividad de su propia individualidad e independencia solamente mediante el conflicto con aquellos que quisieran mantenerlos sumisos (Stone, 1997).

Albert Bandura (1964) sostiene que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso, es un mito. Sostiene que los adultos han prestado demasiada atención a las señales superficiales de inconformidad en los jóvenes.

También afirma que son los medios masivos de comunicación los que han destacado dramáticamente este aspecto de la adolescencia y que tal vez los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta.

2.1.7. LA CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

Es la edad de los grandes cambios fisiológicos, que se presentan acompañados de significativas fluctuaciones en los ámbitos psicológicos (afectividad, emotividad) y relacional (Myers, 1997).

La pubertad constituye la fase inmediatamente anterior a la adolescencia, e incluso es considerada por algunos autores como el primer estadio de ella.

Según Anna Freud (1985) la adolescencia incluye también muchos aspectos positivos.

- ✓ El adolescente es idealista; intuye conceptos y abriga esperanzas que han quedado fuera del alcance del adulto que, con los años, se han ido volviendo quizá “demasiado” realista.
- ✓ El adolescente dispone de energías físicas y psicológicas capaces de lograr lo impensable.
- ✓ El adolescente está dotado de una poderosa creatividad que, en la mayoría de los casos, tiende a desvanecerse o, al menos, a atemperarse cuando ingresa a la etapa adulta.
- ✓ El adolescente posee un vigoroso sentido de la justicia, porque aun no lo ciegan los intereses personales ni los convencionalismos sociales.
- ✓ El adolescente es capaz de amar intensamente o de rechazar con igual fuerza.

2.1.8. LA DESCRIPCIÓN DE LOS PERIODOS DE PUBERTAD Y ADOLESCENCIA, DE GESELL

Gesell consideraba, como Lewin, que la adolescencia es la transición decisiva entre la niñez y la edad adulta.

El periodo tiene aproximadamente dos años menos para las niñas, porque estas se desarrollan más rápidamente (Muuss, 2003).

Gesell no distinguía sistemáticamente entre pubescencia y adolescencia. Creía que la biología no solo explica los cambios de crecimiento, de secreción glandular y el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, sino también las aptitudes y las actitudes; por ejemplo, “la base instintiva de la capacidad de razonamiento se muestra repetidas veces en la adolescencia de los individuos (Muuss, 2003).

Gesell no creía que la adolescencia deba necesariamente ser turbulenta, errática y atribulada, tal como Hall la pintaba en su concepto de “tormentas y tensiones”.

El joven de quince años tiene gran importancia en las diferencias individuales, aunque se hagan algunas generalizaciones. La más importante es el creciente espíritu de independencia que se manifiesta por mayores tensiones, estallidos y hostilidad ocasional en las relaciones con los padres y en la vida escolar (Muuss, 2003).

2.1.9. LA MISION DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia tiene una importancia considerable en la vida de un ser humano. Quizás incluso crean que todos los problemas que acosan a los jóvenes son una carga muy pesada para una edad aun débil, desordenada e inestable, que para algunos solo sirve para la ensoñación o para gesticular (Muuss, 2003).

El estudio de la adolescencia demuestra que, por el contrario, este periodo es rico en toda clase de posibilidades, y que es una preparación mucho mas activa para la vida adulta que lo que decimos ordinariamente; es el momento en que se urde el drama de cada destino (Stone, 1997).

La juventud es un valor capaz de cambiar profundamente nuestro concepto de la vida. Porque la adolescencia corresponde a una verdadera realidad individual, social y espiritual, es por lo que es un valor. Porque es un valor, podemos intentar definir su misión, primero en la vida del individuo, y después en la de la sociedad (Grinder, 1998).

Su papel en la existencia de cada uno es, en primer lugar, el de permitirle descubrir a los seres, es decir, así mismo y a los demás, el Yo y el Tú usando la expresión de Robert Grinder, y de captarlas en su triple realidad individual, social e ideal.

El segundo papel de la adolescencia consiste en permitir al individuo ensanchar su horizonte al máximo, desplegar todas sus virtualidades, reconocer sus posibilidades más variadas, antes de efectuar la elección definitiva que anuncia la próxima madurez.

Por lo tanto la adolescencia debe constituir el elemento dinámico del cuerpo social, la fuente de entusiasmo y de energía; su ardor debe liberar a la colectividad del estancamiento y de la anquilosis, ya que no solamente no le repugna el cambio como a la edad madura, sino que lo que quiere (Castillo, 2001).

2.1.10. METAS DE LOS ADOLESCENTES

Según Estrada (1994) estas son algunas de las metas sobresalientes del adolescente:

- Lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres.
- Adquirir las aptitudes sociales que se requieren de todo adulto joven.
- Lograr un sentido de si mismo como de una persona que tiene su propio valor.
- Desarrollar las necesarias habilidades académicas y vocacionales.
- Adaptarse a un físico que esta cambiando rápidamente, y al desarrollo sexual.
- Asimilar un conjunto de normas y valores internalizados que les sirvan de guías.

Aun cuando la adolescencia no sea un periodo de tensión y de aflicción para todos y cada uno de los individuos, ciertamente es el periodo durante el cual el individuo establece su propia identidad, que este se vera mas detalladamente en el próximo capitulo.

No hay que olvidar que la conformidad es algo más característico de la etapa adolescente que la rebelión.

2.2. DESARROLLO FÍSICO DEL ADOLESCENTE

Durante la adolescencia se produce un importante crecimiento corporal, incrementándose el peso y la estatura. A este fenómeno se le denomina pubertad, el cual marca el inicio de la adolescencia (Stone, 1997).

Este proceso abarca los cambios fisiológicos y físicos que el adolescente desarrolla, teniendo consecuencias tanto a nivel social, como individual (identidad).

En las mujeres se ensanchan las caderas, redondeándose por el incremento de tejido adiposo; en los hombres se ensanchan los hombros y el cuello se hace más musculoso.

Durante este periodo del desarrollo humano es cuando maduran los órganos sexuales, tanto internos como externos, y generalmente esto ocurre antes en el sexo femenino que en el masculino, debido a factores hormonales:

- En las mujeres se produce una dilatación de los ovarios y la primera menstruación.
- En los hombres se desarrolla el pene y los testículos, así como la próstata y el uréter; aparece la primera eyaculación.

Dentro de este mismo proceso se desarrollan los caracteres sexuales secundarios:

- En las mujeres vello púbico y en las axilas; crecimiento de los senos.
- En los hombres vello púbico, facial y en las axilas; cambio de la voz.

La incertidumbre con la que se vive este desarrollo, ya sea más temprana o tardíamente, tiene mucha relación con el sentimiento de confianza en si mismo, y del entorno social significativo del adolescente.

Es decir, que los cambios recientemente mencionados ejercen un profundo efecto en el individuo, ya que deben asimilarse nuevas experiencias corporales, que en ocasiones son preocupantes, como la primera menarquia en las mujeres o las poluciones nocturnas en los hombres.

Todos los cambios físicos tienen efectos importantes en la identidad, ya que el desarrollo de ésta, no solo requiere la noción de estar separado de los demás y ser diferente de ellos, sino también un sentimiento de continuidad de si mismo y un firme conocimiento relativo de como aparece uno ante el resto del mundo (Grinder, 1998).

2.2.1. EFECTOS PSICOLOGICOS DEL DESARROLLO FISICO DEL ADOLESCENTE

Los cambios físicos de la adolescencia colocan al niño en una situación en que experimenta algo físico que antes no había experimentado. El aumento repentino de estatura y de peso, y el inicio del desarrollo sexual y de los impulsos sexuales que lo acompañan, son cambios dramáticos que no se parecen en nada al patrón de crecimiento de la niñez media (Castellanos, 2004).

El principio de la pubertad empieza por lo menos dos años antes en las niñas que en los niños. Nunca antes y nunca después será tan grande la diferencia en el ritmo de maduración.

No hay que olvidar que los cambios físicos de la adolescencia pueden dar pie de muchas maneras a que un niño o una niña pongan en tela de juicio su normalidad. El hecho mismo de que estas experiencias no tengan nada en común con lo que les ocurrió durante la niñez, da origen a dudas muy naturales acerca del futuro: “¿Qué va a suceder conmigo? ¿Siempre tendré acné? ¿Soy una persona normal? ¿Me querrán las demás personas?” Con los cambios en el modo de pensar lógico, que les permite a los adolescentes considerarse a si mismos mas desde el punto de vista de los demás, pueden ahora verse a si mismos como objetos, ya sea que se reflejen en un espejo o a los ojos de los contemporáneos, quienes se convierten ahora en su nuevo grupo de referencia al querer definir lo que es normal y aceptable (Muuss, 2003).

La preocupación por el propio atractivo físico evidentemente no se restringe a la adolescencia temprana. Sin embargo, solamente hasta entonces empieza a tener importancia la cuestión.

Es de suponer que la autoestima de los muchachos se relaciona más con la estima de una buena apariencia física y con la misma fuerza física (Castillo, 2001).

Aun cuando tanto los chicos como las chicas tenían miedo de desarrollarse demasiado lentamente, lo que a las chicas les preocupaba mucha mas que a los chicos era el desarrollo temprano.

El ideal de la masculinidad esta más definido que el ideal de la feminidad. Es decir, los muchachos prefieren desarrollarse temprano y ser altos, con tendencia a lo robusto, mientras que el ideal para las chicas parece estar en algún punto intermedio (Myers, 1997).

En general, las muchachas expresan preocupación por muchos más síntomas físicos que los muchachos. Esto concuerda muy bien con el estereotipo predominante de que las mujeres de nuestra cultura le conceden mucha importancia a la apariencia física (Myers, 1997).

2.2.2. DESARROLLO EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE

El psicólogo estadounidense G. Stanley Hall (1890) afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense Margaret Mead mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto. El psicólogo estadounidense de origen alemán Erik Erikson entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continúa a lo largo de toda la vida (Stone, 1997).

El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes.

Sin embargo, estudios recientes han puesto de manifiesto que a la mayoría de los adolescentes realmente les gustan sus padres y que creen que se llevan bien con ellos. Entonces, ¿por qué consideramos la adolescencia como una época difícil? Lo cierto es que en la adolescencia se produce un rápido desarrollo físico así como profundos cambios emocionales que, aunque pueden ser excitantes, no obstante también pueden resultar confusos e incómodos tanto para el adolescente como para sus padres (Myers, 1997).

2.2.3. DESARROLLO SOCIAL DEL ADOLESCENTE

En la adolescencia los espacios donde son posibles las interacciones sociales se expanden, mientras que se debilita la referencia familiar. La emancipación respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes; la vivencia de esta situación va a depender mucho de las prácticas imperantes en la familia. Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y estos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos (Grinder, 1998).

Ahora bien en nuestra sociedad se esta produciendo cada vez más un aplazamiento de las responsabilidades sociales y la adquisición de la propia independencia. Algunos adultos continúan siendo eternamente adolescentes: se habla del síndrome de “perpetua adolescencia”, con sentimientos de inferioridad, irresponsabilidad, ansiedad, egocentrismo, entre otros (Mannoni, 1998).

Paralelamente a la emancipación de la familia el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener un curso típico: En primer lugar, se relacionan con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo contrario, para, de esta manera ir consolidando las relaciones de pareja.

Por lo general el adolescente observa el criterio de los padres en materias que atañan a su futuro, mientras que sigue más el consejo de sus compañeros en opciones de presente (Myers, 1997).

2.2.4. EL ADOLESCENTE EN SU ÁMBITO SOCIAL

A) EL ADOLESCENTE EN SU AMBIENTE ESCOLAR Y FAMILIAR

En la etapa de la adolescencia resulta importante establecer una buena relación con nuestra familia mediante la comunicación debido a que el proceso de socialización que realiza la familia es fundamental para que los hijos y las hijas se integren a su ámbito social (Mankeliunas, 1996).

La familia es el núcleo de nuestra educación, en ella aprendemos conductas que observamos en nuestros padres y algunas veces sus discusiones o problemas de otro tipo nos afectan debido a que nuestra autoestima también depende del ambiente familiar en el que nos encontramos y los estímulos que se nos otorguen en él, las heridas emocionales pueden repercutir en nosotros aunque las heridas no las recibamos directamente nosotros.

Algunos **trastornos** que se generan en la infancia o adolescencia pueden afectar la vida de una persona en su edad adulta y seguir generando un desequilibrio en la autoestima en caso de que no haya surgido en el momento inmediato posterior, estos miedos o burlas (en caso de haberse padecido) harán que la persona adulta exteriorice esos sentimientos que en su mayoría están relacionados con la poca comunicación con los demás; como se puede apreciar, la familia tiene mucho que ver en la autoestima de cada uno de sus integrantes y de manera muy especial en la de los hijos, sin embargo, la violencia no siempre es la única causante de desequilibrio emocional sino que también influye la manera en que los padres educan a sus hijos, aunque este daño se considera intencional debido a la educación que reciben los padres de familia: es necesario que se eviten cuestiones que puedan perjudicar severamente a los hijos durante su etapa formativa (Cofer, 1999).

Además de la familia, la escuela es otro de los lugares que resultan importantes para la formación del adolescente no solo por los conocimientos que obtiene en ella sino porque también resulta indispensable para que aprenda a desenvolverse y a establecer relaciones sociales y comunicativas que le ayudan a conocerse más y a formar su **identidad** personal: en el ambiente escolar nuestra autoestima también puede verse afectada o beneficiada por las opiniones que dan nuestros compañeros y maestros sobre nosotros debido a que "toda persona se ve a sí misma desde el punto de vista de los grupos en los que participa y todo aquello que piensen de ella influirá de manera positiva o negativa en su personalidad o forma de pensar".

Ejemplo de esto son las ocasiones en las que los maestros llegan a decirle a uno de sus alumnos que nunca llegará a ser algo más en esta vida o que será muy exitoso, en el primer caso el alumno puede llegar a generarse la idea de que nunca saldrá adelante y permanecer con ella durante mucho tiempo, su situación puede empeorar cuando sus compañeros de grupo optan por alegrarse de las ofensas que recibe pues posiblemente se sienta poco valorado por los demás y decida no convivir con ellos y aislarse para que no lo hagan sentir mal (Ituarte, 2000).

En la adolescencia se experimentan diversos cambios de toda índole y cuando un adolescente decide aislarse puede experimentar sentimientos como soledad y tristeza, al no sentirse comprendido por nadie, sus cambios psicológicos pueden confundirlo e impedirle un desarrollo sano, por ello se hace importante que durante esa etapa los adolescentes expresen sus sentimientos y compartan sus emociones con personas de su edad mediante relaciones sociales como la amistad, el compañerismo y el noviazgo pues a través de ellas los cambios se harán menos difíciles. No obstante se debe tomar en cuenta que cada una de estas relaciones debe llevarse a cabo con respeto y los valores necesarios para que ni los compañeros ni los amigos, el novio o novia se vean perjudicados sino que por el contrario se sientan orgullosos de tener a alguien que los apoya cuando se requiere.

B) SENTIMENTALISMO Y AGRESIVIDAD COMO ACTITUDES DEL ADOLESCENTE

Durante la adolescencia los estados de ánimo son muy variados y en ellos se presenta un reajuste de pensamiento y emociones.

La **agresividad** es una característica principal en la etapa de cambios (adolescencia) puesto que constantemente los adolescentes se oponen a lo que les dicen sus padres como señal de que desean decidir por ellos mismos (Bischof, 1999).

Una de las principales causas que producen una conducta agresiva en los adolescentes es que sus padres los evidencien delante de sus amigos o que invadan su privacidad buscando cartas, cigarrillos y otros objetos considerados como personales.

Además de la agresividad también existe otro sentimiento llamado **sentimentalismo** que a menudo hace que los adolescentes experimenten una sensación de angustia y **hostilidad** que les hacen sentir la necesidad de recurrir a otros adolescentes. Es importante que los padres de familia reconozcan la importancia de los amigos para sus hijos en la etapa de la adolescencia pero también ellos deben brindarles su apoyo cuando atraviesan circunstancias difíciles.

Los padres de familia deben ser tolerantes ante los cambios bruscos de sus hijos (sentimentalismo y agresividad) pues todo forma parte de un periodo de cambios en los que se están preparando para ser adultos y algunas veces se desconciertan porque no comprenden que les pasa. Cabe mencionar que los cambios de los adolescentes se modifican según su forma de vida y manera de pensar; mediante este proceso obtienen la seguridad en sí mismos. Las emociones que se experimentan no son causadas directamente por aquello que nos pasa sino por lo que tiene lugar en nuestras propias creencias.

La adolescencia es una etapa tan difícil que algunas personas la denominan como una etapa de crisis debido a las manifestaciones emocionales que se perciben en el adolescente, este proceso hace que los adolescentes consideren puntos de vista de las personas cercanas a ellos con respecto a su apariencia o personalidad.

La **sensatez** es un aspecto que muy pocos adolescentes poseen, esta proporciona paz a las personas: ser sensato consiste en encontrar una salida real de los problemas (Bischof, 1999).

Aunque los cambios ya mencionados tienen lugar en el ámbito psicológico las transformaciones físicas y fisiológicas también modifican el estado de ánimo. Las emociones expresan el impacto que ocasionan las transformaciones y necesidades de la adolescencia pero es importante que se exterioricen de una forma adecuada con el fin de evitar un descontrol o desequilibrio en el comportamiento.

Entre las múltiples formas de externar sentimientos se encuentran actividades como los deportes, juegos de mesa y diálogos con personas de confianza además de reflexiones sobre el comportamiento como lo son las ocasiones en que nos llenamos de **rabia** y todos aquellos momentos en los que adquirimos un mal comportamiento con el fin de evitar conflictos con nuestros padres, discusiones con los amigos o mal humor ante todo.

C) AMISTAD, COMPAÑERISMO Y OTRAS RELACIONES AFECTIVAS

La peor experiencia que puede haber en la vida de un ser humano es sentirse solo e incomprendido debido a que hay muchas personas que se encuentran cerca de nosotros y en medio de tantas personas que deben haber por lo menos una que nos quiera y que este dispuesta a brindar su apoyo y comprensión; hay muchos adolescentes que se sienten solos y es por esta razón que se hace muy necesario que encuentren a alguien con quien desahogarse, compartir sus problemas, situaciones difíciles, etc.

El compañerismo es una relación cordial que tiene como principales fines realizar actividades como el estudio, el trabajo, el deporte, o algún pasatiempo, en compañía de otras personas, en cambio, la amistad consiste en todo lo anterior pero cuando existe nos sentimos mucho mas **comprendidos** y al mismo tiempo comprendemos. Ante un amigo no se siente la necesidad de defenderse o de engañar como se hace algunas veces en el compañerismo (Horrocks, 1999).

Si la amistad es verdadera tiende a hacerse mas fuerte y nos e deja corromper por la envidia, no se enfría por las sospechas y entonces se comparten con la naturalidad de las alegrías y las penas porque la amistad es un sendero que se saca de las dificultades.

Un amigo fiel tiene un valor incalculable por que nunca busca provecho propio ni tiene dos caras para su amigo, nunca traiciona, cuando vamos a verle o hablarlo esta siempre disponible, siempre nos ayuda, anima y consuela. La amistad y el compañerismo son muy similares pero se diferencian en cuanto que la amistad exija mucha mas sinceridad aunque es importante mencionar que a partir de los buenos compañeros surgen nuestros amigos y de la amistad y el compañerismo surge la alegría de contar con la presencia de alguien con quien compartir bellos momentos.

D) IMPORTANCIA DE LAS AMISTADES Y COMPAÑERISMO

Es importante que en la amistad y compañerismo haya buenas relaciones y se generen sentimientos de ida y vuelta en los que se tenga un constante respeto y tolerancia. Cuando existe reciprocidad entre los amigos y compañeros hay ayuda mutua y esta a su vez proporciona logros que no solo nos benefician a nosotros sino también a las personas con las que compartimos afecto; cuando existe reciprocidad no sabe apreciar lo que recibe y puede sentir satisfacción por lo que da (Horrocks, 1999).

La amistad es un proyecto compartido porque es una relación en la que se da lo mejor de sí mismo en una forma constante, por lo tanto esta relación no se acaba con un ciclo escolar u otro evento parecido sino que puede prolongarse a través del tiempo aunque las personas se encuentren distanciadas.

La amistad es una relación en que coinciden los intereses y las personas se demuestran afecto es por eso que tanto la amistad como el compañerismo tienen mucha importancia durante la adolescencia la cual es una etapa de cambio, de conocimiento de nuevas personas y de nosotros mismos.

Es de suma importancia todo lo relacionado con la amistad porque los compañeros son muy difíciles de encontrar pero los amigos requieren de mucho tiempo para aparecer en nuestra vida: resulta complicado diferenciar a los amigos de los compañeros sobre todo en la etapa de la adolescencia, a continuación se dan a conocer las características de una verdadera amistad:

- Presencia de sinceridad y franqueza (la mentira y la traición acaban al instante con cualquier amistad, por firme que haya sido).
- El respeto al amigo tal como es
- La generosidad (compartir con respeto y delicadeza mutua)
- La aceptación de fallas, defectos y limitaciones, sabiendo disculpar de la misma forma que uno desearía ser perdonado por su amigo.
- Reciprocidad
- Ayuda cuando se necesita.

Ya se ha hablado de la importancia que tienen la amistad y el compañerismo en la etapa de la adolescencia y las características de una verdadera amistad, ahora se darán a conocer las características del compañerismo:

- Hay sentimientos de grupo que motivan la cooperación con fines comunes.
- Se olvida que solo soy yo, para pasar al nosotros
- Pensar en los demás
- Abrir una página de nuestra vida.

Cuando se tiene el suficiente conocimiento sobre lo que es la amistad y el compañerismo y lo que cada uno de ellos implica entonces sabremos si los amigos y los compañeros que tenemos realmente establecen verdaderos lazos afectivos con nosotros o solamente lo aparentan.

E) ABUSOS EN LA AMISTAD

Cuando alguien a quien consideramos nuestro amigo o amiga y esta se aprovecha de la buena relación que podamos llevar con el o ella y nos presiona u obliga a hacer cosas que van en contra de nuestros **principios** se dice que existe un abuso en la amistad. La mayor parte de los abusos que se cometen en la amistad surgen a partir de que la persona que se dice nuestro amigo o amiga nos induce por medio de convencimiento a realizar lo que desea o quiere de nosotros y finalmente solo el sale beneficiado. Los abusos en la amistad surgen en todo caso porque nos sentimos comprometidos a realizar tal o cual acción por haber recibido un supuesto favor (Alcántara, 2003).

Aquellas personas de las que se aprovechan por lo regular los **“falsos amigos”** toleran este tipo de amistad porque les cuesta trabajo relacionarse con los demás y cuando por fin logra llevarse con alguien sienten que deben satisfacer en todo a esa persona para que no se valla de su lado o de contrario quedarían solos sin nadie que los escuche. Algunas veces quienes han carecido de amigos por mucho tiempo no comprenden que un amigo jamás busca el mal para la persona con la cual ha fomentado una amistad y que el hecho de tener amigos no implica actuar tal y como ellos quieran y por eso se ciegan ante la verdadera realidad.

No obstante a lo anterior los daños que ocasiona una mala amistad se originan porque el afectado posee problemas psicológicos relacionados con una baja autoestima, por eso nadie debe permitir que atenten contra su persona solo porque vean que proyecta problemas para expresarse y relacionarse con los demás porque de ser así las consecuencias pueden dañar parte de nuestra vida.

2.2.5. PROCESOS COGNOSCITIVOS SOCIALES DE LA ADOLESCENCIA

Durante los años intermedios y finales de la niñez, el niño es capaz de inferir los sentimientos, los pensamientos y las intenciones de otras personas, con cierta exactitud. El adolescente logra una mayor conciencia de su pensamiento y del de los demás.

Aunque las habilidades cognitivas se expanden durante la adolescencia, en algún grado el egocentrismo las obstaculiza, es decir, por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona (Ramírez, 1996).

Los adolescentes pueden conceptualizar y pensar en los aspectos de su ego. Pueden examinar sus necesidades, valores y pensamientos con cuidado. Por ejemplo, un adolescente dice: “estaba pensando acerca de mi apariencia, y entonces comencé a preguntarme por qué pensaba en mi apariencia. Y luego me extrañe de pensar en porque me preocupaba por mi apariencia”. Estas afirmaciones ilustran que el adolescente puede pensar en los aspectos de su auto concepto. Esta clase de auto investigación y autodefinition se convierte en una importante actividad cognoscitiva para la formación de la personalidad del adolescente.

A) CAPACIDAD DE INICIATIVA

El adolescente tiende a desbordar los límites de su individualidad para llevar a cabo experiencias interpersonales y grupales que incrementen su capacidad de iniciativa, afirmen su poder de decisión, amplíen su radio de acción y de influjo sobre los demás y robustezcan su conciencia de seguridad. Entre la comunicatividad y los efectos que esta produce en el dinamismo personal media una relación circular.

A mayor comunicación, mayor seguridad ante si mismo y ante los demás, mayor capacidad para tomar decisiones, mas amplia irradiación personal. Este fortalecimiento del yo se traduce, a su vez, en un incremento del deseo de explorar modos de comunicación mas frecuentes, más intensos y variados (Roffer, 2002).

Una vez que ha descubierto su interioridad, el adolescente procura configurarla y fortalecerla mediante una actividad comunicativa responsable, coherente, reflexiva, inmune a los vaivenes del sentimiento y, como tan, creadora.

La propensión hacia la soledad, el ensueño romántico, el ensimismamiento y la rebeldía solo respondían a la necesidad del joven de conferir solidez a ese yo interno recién descubierto. El adolescente tiende a elegir sus relaciones interpersonales más en función del aspecto cualitativo que del cuantitativo. A la vez que procura fundamentar su yo, se esfuerza por abrirlo a nuevos horizontes de realización. Si el adolescente ansía independencia y autonomía, ello no responde necesariamente lo sepa y lo reconozca el o no a un deseo de romper amarras con el entorno, sino a la voluntad de posibilitar experiencias inéditas, planteamientos nuevos.

B) EL ADOLESCENTE FORJA SU PERSONALIDAD

El adolescente experimenta un brusco cambio en su personalidad. Es el proceso de maduración, al que en ningún caso puede renunciar. Crisis, crecimiento y aprendizaje son los elementos imprescindibles de una juventud sana y feliz. Sufre cambios orgánicos que lo afectan integralmente. Ira madurando su pensamiento al adoptar criterios personales y asimilar valores significativos.

Hay que tener en cuenta el comentario de Pedro Orive: El adolescente es un ser inmaduro que vive una paradoja sumamente original: cuando mas necesita ayuda del exterior, mas se revuelve contra ella, por temor a recaer en la tutoría de la infancia (Coffin, 2004).

2.2.6. CAMBIOS SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

Pero, ¿Qué es la identidad personal? Consiste en la integración de un conjunto de rasgos y características personales. Los rasgos suelen ser patrones habituales de conducta, tales como: alegre/triste, inteligente/superficial, introvertido/extrovertido, pasivo/activo, etc. y las características personales incluyen los atributos físicos, como el pelo o la altura, así como los factores de pertenencia a un grupo y la ideología (Castellanos, 2004).

La búsqueda de la propia identidad adopta diferentes formas según Castellanos, 2004:

<p>➤ AUTOAFIRMACION</p>	<p>Necesidad de ser aceptado por sus semejantes para aceptarse (auto conocimiento) y valorarse (autoestima) ajustadamente.</p>
<p>➤ AFAN DE LIBERTAD E INDEPENDENCIA</p>	<p>En este afán se basan las actitudes de oposición y muchas conductas de rebeldía.</p>
<p>➤ AFAN DE DIFERENCIARSE DE LOS DEMAS</p>	<p>Ser distinto/a es, a veces, ser original, pero otras es ser extravagante.</p>
<p>➤ BUSQUEDA DE MODELOS DE IDENTIFICACION</p>	<p>Requieren modelos con quien identificarse los adolescentes; próximos (padres, familiares, profesores, etc.). Los medios de comunicación ofrecen modelos “fáciles y atractivos” aunque no siempre recomendables.</p>
<p>➤ NECESIDAD DE LIMITES</p>	<p>Precisan saber lo que pueden y no pueden hacer, normas claras de actuación que les sirvan de referencia. Deben conocer lo que, en todo momento, se espera de ellos mismos; encontrar el equilibrio entre sus valores personales y los que la sociedad requiere.</p>

2.2.7. CAMBIOS PSICOSOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

No hay que olvidar que la adolescencia es una excelente oportunidad para descubrir o experimentar maneras de comunicar adecuadamente inquietudes, deseos y opiniones, en busca de comprender mejor a las otras personas, así como de ser comprendido y escuchado.

Por tal motivo resulta hasta cierto punto natural el que sientan los adolescentes el deseo firme de romper con todo, de asumir, e incluso imitar actitudes, identidades y papeles (en ocasiones muy negativos) que no les corresponden, pero que suponen que son significativos y adecuados afortunadamente, esta situación también es transitoria en la mayoría de los (a) adolescentes.

Pero, toda esta serie de sentimientos hacia lo social puede conducirlos a una verdadera integración y adaptación, o por el contrario, a actuar como un ser inútil, inadaptado, violento, retraído o pasivo (Castillo, 2001).

2.2.8. CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE

El adolescente tiene que preservar la auto imagen y el auto concepto, que le confieren su propia valía y le permiten incrementar la sensación de dignidad personal. Cualquier amenaza a la valoración de si mismo constituye una amenaza a su integridad (Muuss, 2003).

Según Muuss estas son algunas de las características de los adolescentes:

- Los adolescentes están diciendo adiós a la infancia y no lo hacen de una manera pausada, sino tumultuosa, brusca.
- Pasan de ser irresponsables a comenzar a tomar responsabilidad de sus cosas y de sus actos.
- Dependen aun en gran medida de sus padres pero, a la vez, ansían ser independientes.
- Son rebeldes. Para intentar reafirmarse luchan denodadamente por sus derechos, pero no tienen muy claro cuales son sus deberes.
- Son muy sinceros. No saben fingir, ser políticos; expresan lo que sienten y lo que quieren sin prejuicios.
- Un joven, a los 15 años, se siente incomprendido cuando los que lo rodean no le dan la razón en todo y no lo aprueban sin reservas.
- Definición del yo. El joven se siente interiormente desligado de todo, y ha llegado a la conclusión de que no puede contar mas consigo mismo.
- Sentimiento de soledad. Aun viviendo en compañía, el adolescente se siente solo y tiende a aislarse, tendencia que se acentúa entre los 15 y los 16 años.
- Se acentúan la audacia, las actitudes poco reflexivas, un impetuoso menosprecio de la realidad, un constante vanagloriarse y un afán de llamar la atención.

- A esta exagerada autoconciencia se asocia una gran susceptibilidad. La presunción implica una auto observación obsesiva, típica de esta etapa, que desemboca en un doloroso reconocimiento de su imperfección.

2.2.9. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

Los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia, son producto de todos los factores vistos recientemente; en las próximas líneas se resumirán de una forma clara y practica, para que el lector, pueda asimilarlas de mejor forma (Mckinney, 2000).

- **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- **Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
- **Audiencia imaginaria:** el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.

- **Iniciación del pensamiento formal:** durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejercita siempre que puede.
- **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
- **Apoyo en el grupo:** el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.
- **Redefinición de la imagen corporal,** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- **Culminación del proceso de separación /** individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- **Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil:** el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).

2.3. NUTRICION EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se producen cambios de todo tipo: fisiológicos, emocionales, sociales... En definitiva se pasa de niño o niña a hombre o mujer. Estos cambios pueden influir favorable o desfavorablemente en la conducta alimentaria del adolescente (Stone, 1997).

El papel de la alimentación es el de aportar al organismo la energía y los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento. Durante la adolescencia las necesidades nutricionales son muy elevadas, ya que la mayoría de las transformaciones son fisiológicas (aumento del peso y la estatura, maduración sexual...). Se requiere, por tanto, un correcto control de la alimentación para evitar carencias que podrían traer consigo trastornos de la salud. Para esto es necesario conocer los cambios que se producen en esta etapa y cómo modifican las necesidades energéticas y nutricionales (Castillo, 2001).

Finalmente hay que decir que la adolescencia es la última oportunidad de establecer normas dietéticas antes de la instauración de hábitos de la edad adulta que en la mayoría de los casos ser definitivos.

2.3.1. CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN CORPORAL

En este aspecto hay diferencias entre chicos y chicas, ya que hay una desigual distribución de la masa muscular y grasa y distinto desarrollo de la masa ósea.

Los chicos ganan más peso, que corresponde a un aumento de la masa muscular y a un mayor desarrollo óseo, que también se lleva a cabo durante un período mayor (Castellanos, 2004).

En las chicas, el aumento de peso trae consigo una ganancia de masa grasa. El crecimiento óseo es menor y, por tanto, se lleva a cabo durante un tiempo menor.

Todas estas circunstancias influyen en la alimentación, ya que los requerimientos nutricionales y energéticos son diferentes según el tejido que se desarrolle. Por ejemplo, la cantidad de proteínas necesaria para formar un kilo de masa muscular no es la misma que para formar un kilo de masa grasa (Castellanos, 2004).

2.3.2. LA IMAGEN CORPORAL DEL ADOLESCENTE

La manipulación ejercida a través de los medios de comunicación ha provocado grandes estragos en nuestro espíritu; la escalada de erotismo que en ellos se proyecta pretende sacralizar el placer por el placer mismo, idolatrando la belleza física como un bien superior y capitalizando al cuerpo como un tesoro al que hay que cuidar, perfeccionar y explorar (Izquierdo, 2003).

El modelo atlético, eminentemente juvenil, esta de moda y constituye el ideal de todas las generaciones. La publicidad se encarga de fomentar ese sueño de eterna juventud, y las muchedumbres que ya no son tan jóvenes castigan sus cuerpos con dietas, aerobics, gimnasios y cirugías estéticas.

El cuerpo, que durante siglos fue enfermizamente rechazado y castigado como algo inmundo, condenado a la putrefacción, hoy se redescubre como fuente de placer. La idea de imagen corporal fue elaborada por Schilder, en un esfuerzo por integrar el pensamiento biológico al psicoanalítico, y en definida como la imagen que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo; el modo en que lo vemos.

De hecho, aunque se trata de un fenómeno exclusivamente psicológico, la imagen corporal abarca la visión que tenemos de nosotros mismos, no solo en el sentido físico, sino también fisiológico, sociológico y psicológico.

Esa imagen ha sido denominada autoconciencia, concepto del yo, yo corporal, identidad personal, identidad del yo y esquema del cuerpo. Durante la adolescencia, esta conciencia de uno mismo se intensifica de manera notable, debido a los radicales cambios físicos que tienen lugar en esta etapa, así como a la creciente introspección, a la importancia que le atribuye el grupo de compañeros a los rasgos físicos, y a la influencia cada vez más decisiva que ejercen ciertas normas de carácter cultural.

La estructura de la imagen corporal esta determinada por la percepción subjetiva del aspecto físico y de la capacidad funcional, por factores psicológicos internalizados, por factores sociológicos y por la imagen corporal ideal (Ramírez, 1996).

El adolescente se forma una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias y percepciones, así como de las comparaciones e identificaciones que establece con otras personas, tanto reales como imaginarias. Esto se debe a que, a lo largo de su niñez, se le ha comparado con otros, básicamente en lo que se refiere a la altura, el peso y la inteligencia.

Los medios de comunicación masiva contribuyen a exacerbar esta crisis al otorgarle una importancia excesiva a normas poco realistas, en las que se determinan los parámetros de cuerpo ideal, descalificando cualquier característica que se aparte de ellos.

Muchos de los problemas de adaptación de los jóvenes son consecuencia de las perturbaciones de la imagen corporal asociadas con desviaciones reales, exageradas o imaginadas del proceso de maduración. Las condiciones que con mayor frecuencia influyen en la imagen que de sí tiene el adolescente (auto imagen), según Ramírez son las siguientes:

- Crecimiento físico.
- Aspecto físico.
- Atractivo sexual.

- Nombres y apodos.
- Las relaciones familiares.
- Compañeros.

En consecuencia resulta claro que la imagen corporal constituye uno de los elementos fundamentales de la autoestima, que podría considerarse como una dimensión relativamente estable de la personalidad, cuyo contenido puede definirse como la teoría que las personas elaboran sobre si mismas (cómo se ven, representan, interpretan, etc.) y el grado de satisfacción que esa teoría les proporciona (si se gustan o no, si se ven valoradas positivamente o no, si se afectan o se rechazan, etc.).

La posible problemática relacionada con la figura corporal adquiere mayor relieve durante la adolescencia. En este sentido, gran parte de los complejos surgidos en esa etapa tienen su origen en defectos físicos imaginarios, o que, en el caso de ser reales, a menudo son motivo de apodos u otro tipo de bromas por parte de los compañeros. Esa problemática se agudiza y se hace aun más compleja debido a la influencia decisiva que los modelos de belleza, impuestos por la sociedad, ejercen en los jóvenes.

Tal vez la mayor amenaza para la autoestima es la tendencia a la comparación, uno de los mecanismos mentales y emocionales mas socorridos por el ser humano. Quien se compara se enajena de sí mismo y toma al otro como referencia; esta condenado a sentirse inferior, a vivir en el temor de dejar de ser atractivo y a la envidia.

Las personas con baja autoestima acostumbran compararse, y lo peor es que se comparan con mayor insistencia en lo que están menos favorecidos. Es propio de la baja autoestima recurrir a diversas distorsiones cognitivas (Mankeliunas, 1996).

Entre ellas es conveniente destacar las siguientes:

- La Hipergeneralización: es la tendencia a emitir juicios generales a partir de un detalle particular; por ejemplo, si tenemos una nariz que no nos gusta, nos autodefinimos como feos.

- El Filtrado Negativo: consiste en considerar únicamente los aspectos supuestamente negativos de la propia imagen corporal.

Los factores que suelen generar o reforzar una percepción negativa de la imagen corporal podemos citar la presión cultural, los mensajes que relacionan el éxito con estar delgados o con ganar peso, la falta de autoestima, los cambios producidos por el embarazo y los que perduran después del parto, los signos de envejecimiento, las bromas referidas a defectos físicos, las enfermedades crónicas, etc.

2.3.3. ¿CÓMO SE DEBE AFRONTAR LA ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE?

Ahora bien la adolescencia es una etapa de la vida marcada por importantes cambios emocionales, sociales y fisiológicos. Sobre estos últimos la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutricionales, para hacer frente a estos cambios, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes para evitar situaciones carenciales que puedan ocasionar alteraciones y trastornos de la salud (Myers, 1997).

Se debe hacer frente a la alimentación del adolescente conociendo los requerimientos nutricionales, sabiendo elegir los alimentos que garantizan una dieta suficiente en energía y nutrientes, organizando y estructurando las comidas a lo largo del día. Por último es importante conocer aquellas situaciones que pueden afectar a los adolescentes y en las que se debe llevar a cabo alguna modificación de la dieta (Higashida, 2001).

2.3.4. ¿QUÉ SITUACIONES DEL ADOLESCENTE REQUIEREN ESPECIAL ATENCIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN?

Es necesario considerar la importancia de la Obesidad, los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la posible existencia de un embarazo.

Es decir, en el desarrollo de la obesidad intervienen tanto la predisposición genética, como la presencia de unos hábitos alimentarios inadecuados, muy evidentes en este periodo de la vida (pérdida del patrón de alimentación habitual, eliminación de comidas habituales así como de medias-mañanas y meriendas, consumo excesivo de bocadillos, dulces o chucherías, comidas fuera de casa, desprecio por las frutas y verduras, etc. (Higashida, 2001).

Según Higashida para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia, se deben tener en cuenta las siguientes pautas generales:

Establecimiento de una alimentación adecuada, suficiente y equilibrada y nunca excesivamente restrictiva.

Es necesario insistir en que mejoren los hábitos alimentarios: elegir bien los alimentos tanto dentro como fuera de casa. Se deben evitar los fritos, los bocadillos y la bollería industrial. Siempre que se pueda se deben consumir suficientes alimentos que contengan carbohidratos (cereales, frutas, verduras, etc.), procurando evitar las grasas sobre todo las de origen animal.

Así mismo se debe fomentar el ejercicio físico; deportes aeróbicos, durante, al menos, 45 minutos diarios.

En el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anorexia o Bulimia nerviosa) conviene hacer algunas aclaraciones.

La Anorexia nerviosa es un trastorno en el que aparece una distorsión de la imagen corporal. Es un síndrome que se caracteriza por un adelgazamiento voluntario, cuyo origen es una disminución importante de la ingesta de alimentos por un miedo obsesivo a engordar. Afecta fundamentalmente a las chicas. Es una enfermedad que debe diagnosticarse lo antes posible y requiere de un tratamiento coordinado entre diferentes especialistas (sobre todo expertos en Nutrición y Psiquiatría). El tratamiento nutricional se basa en el aporte de la energía y nutrientes necesarios para la recuperación del peso adecuado según la edad y el sexo (Powell, 1998).

La Bulimia nerviosa se caracteriza por comer compulsivamente mucha cantidad de alimentos con el acompañamiento de medidas compensatorias como el consumo de fármacos o auto provocación de vómitos (Higashida, 2001).

2.3.5. CANTIDAD NECESARIA DE NUTRIENTES EN LA ADOLESCENCIA

¿Qué minerales y vitaminas tienen especial importancia en la adolescencia?

Es muy difícil establecer una cantidad estándar de nutrientes para los adolescentes, ya que en esta etapa el organismo sufre muchos cambios (Grinder, 1998).

Según Grinder son tres los minerales que tienen especial importancia en la adolescencia: el calcio, el hierro y el zinc. Cada uno de ellos se relaciona con un aspecto concreto del crecimiento:

El calcio con el crecimiento de la masa ósea. El hierro con el desarrollo de tejidos hemáticos (los glóbulos rojos) y del muscular. El zinc con el desarrollo de la masa ósea y muscular. También está relacionado con crecimiento del cabello y uñas.

De Calcio: se recomiendan unos 1200 mg/día. La disponibilidad es diferente dependiendo del alimento del que proceda siendo los alimentos más adecuados la leche y todos sus derivados. La vitamina D, la lactosa y las proteínas facilitan su absorción mientras que la fibra, la cafeína y el azúcar la dificultan.

De Hierro: La RDA recomienda un suplemento de 2 mg/ al día para varones en edad adolescente durante el periodo de máximo crecimiento, entre los 10 y 17 años. Para las chicas se recomienda un suplemento de 5mg/ al día a partir de la menarquia. El hierro que mejor se absorbe es el procedente de la carne, mientras que el procedente de legumbres, verduras y otros alimentos se absorbe peor.

El Zinc está directamente relacionado con la síntesis de proteínas y por lo tanto con la formación de tejidos por lo que es especialmente importante en la adolescencia. La carencia de Zinc, se relaciona con lesiones en la piel, retraso en la cicatrización de heridas, caída del cabello, fragilidad en las uñas etc.

Para los adolescentes se recomiendan, especialmente, las vitaminas que de una u otra forma se relacionan con la síntesis de proteínas, el crecimiento y el desarrollo: vitamina A, D, y Ácido Fólico, B12, B6, Riboflavina, Niacina, y Tiamina, sin que se recomiende cantidad mínima o específica de ninguna de ellas. La fuente principal de todas ellas son las frutas y las verduras (Castellanos, 2004).

2.4. PSICOLOGIA DEL YO EN LA ADOLESCENCIA

El Yo del adolescente realiza una ardua tarea: el resurgimiento de las energías sexuales, la cual le impone el tener que dominar los antiguos conflictos e integrarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta (Benedek, 1979). El Yo debe hacer frente al impulso, al mundo externo y aun derivado del medio ambiente que es el Superyo (Blos, 1975).

Para hacer frente a la pubertad y a la adolescencia, el Yo requiere de los logros de las etapas de infancia temprana, latencia y adolescencia. Estos pueden esquematizarse de la siguiente manera:

ETAPA	LOGROS ESENCIALES
Infancia temprana	Dominio del cuerpo
Latencia	Dominio del ambiente
Adolescencia	Dominio de las emociones

Los logros de la latencia constituyen las condiciones previas que debe poseer en grado apreciable el Yo, al principio de la adolescencia, para desarrollar las cualidades y funciones específicas de esta etapa.

Ahora bien, la característica instintiva específica de la adolescencia, a lo largo de la cual el Yo desarrolla sus propias características, es la subordinación de las zonas erógenas a la primacía genital; o sea, lo nuevo en la sexualidad adolescente es la elaboración del ante placer.

Por otra parte, los intereses y las funciones del Yo se estratifican en una jerarquía definida. Esto se traduce en una manera particular del Yo para relacionarse con el mundo exterior, con el Ello y con el Superyo, basada en ese orden jerárquico de intereses y actitudes que viene a ser el carácter. El carácter no adquiere su forma definitiva sino hasta el término de la adolescencia (Grinder, 1998).

Los impulsos instintivos y las funciones del Yo mantienen una influencia mutua y constante, cuyo rango normalmente se canaliza y adquiere en la adolescencia tardía un juego mutuo fijo, armonioso y con un patrón definido. Los puntos de fijación provocan la reimplicación de pautas de conducta y de actitudes que tuvieron su origen en distintas fases libidinales y que habían sido absorbidas aparentemente en rasgos no conflictivos.

La meta más importante de la adolescencia como un todo parece ser el dotar al individuo de estabilidad en los intereses del Yo y de una diferenciación sexual así como de una polarización que funcionan como núcleo del sentido de identidad. La fase que cierra la adolescencia se caracteriza por una actividad del Yo integrativa y adaptativa más bien que defensiva. Se acentúa el proceso total de consolidación y la formación definitiva del Self como la alteración característica más importante del Yo en la adolescencia tardía y la postadolescencia (Grinder, 1998).

Las identificaciones del periodo adolescente desempeñan un importante papel al dar al ideal del Yo un contenido adicional y una dirección específica, carecen por lo común, de la característica irracional del Superyo y son, por definición, egosintónicas. Cualquier discrepancia entre el ideal del Yo y la autorrepresentación se percibe como una disminución en la autoestima; este estado puede adquirir proporciones intolerables.

En la adolescencia tardía se pone a prueba la capacidad integradora y sintética del Yo, pues se trata de una fase de consolidación de la personalidad en términos de intereses yoicos fijados y preferenciales, así como de necesidades de amor altamente personalizadas.

Al final de la adolescencia la consolidación se acompaña de represiones que producen un estado de amnesia reminiscente de los principios del periodo de latencia. Sin embargo, hay una diferencia esencial entre ambos: al final de la infancia temprana, los recuerdos son más cercanos a las emociones experimentadas, y los hechos son profundamente reprimidos. Por el contrario, al final de la adolescencia los recuerdos contienen detalles precisos de los hechos, pero las emociones experimentadas son reprimidas (Kaplan, 1996).

2.4.1. LA AFIRMACION DEL YO EN LA ADOLESCENCIA

El adolescente deberá contar con las reservas morales y espirituales suficientes. Incluye enfrentar los múltiples tropiezos que se originan tanto en las condiciones exteriores del medio como en el propio mundo interior (Grinder, 1998).

A pesar de todo, el adolescente es una persona maravillosa, capaz, con evidentes cualidades. Merece respeto, consideración, una vida satisfactoria. Pero tiene que ganarse a pulso su plena realización personal; nadie lo hará por él.

Y para ello es preciso que se de cuenta de que es una persona valiosa y de que puede lograr pensar y hablar de si mismo de una manera constructiva.

El adolescente tiene ante si un paisaje de realización de infinitas posibilidades. No es una realidad banal. Es oportuno que intente visualizar su interior, como si también fuese un paisaje inmenso, y que procure escuchar su propia verdad.

El adolescente debe procurar abandonar los hábitos negativos que lo impulsan a repetir una y otra vez: “Soy un desastre”, “No sirvo para nada”. Estos pensamientos solo exacerban la falta de respeto a si mismo.

Ahora bien la autoafirmación va evolucionando conforme la edad del adolescente avanza.

Para encontrarse a si mismo, el joven siente la necesidad de alejarse del ambiente habitual en que se desenvuelve (especialmente del hogar) por considerar que le impide lograr sus propósitos, y las palabras con que lo expresa denotan cierta inestabilidad afectividad, cierta agresividad (Mannoni, 1998).

El drama del adolescente radica en que entre la empresa de valerse por si mismo, de adaptarse a su nuevo papel en la vida y los medios disponibles para alcanzarla existe una desproporción considerable.

2.4.2. PRINCIPIO DE AUTONOMIA

El principio de autonomía es considerado por diversos autores desde distintos ángulos, pero expresados de distintas maneras, por lo que puede reconocerse como el principio de permiso, de libertad, etc. Es el derecho de toda persona de elegir su propio destino siempre y cuando no afecte a otras (Grinder, 1998).

Por autonomía se entiende que la persona responsable, tiene el derecho (también el deber) de actuar por su propia determinación. Requiere la libertad necesaria para que el ser humano responsable delibere, forme sus juicios de valor o de conciencia y, luego, decida libremente y ejecute su decisión.

Este principio tradicionalmente se aplica a la persona adulta considerada en la definición anterior como "el ser humano responsable" (Castillo, 2001).

En caso de tratarse de un niño, es lógico suponer que son sus padres, tutores o encargados quienes detentan este defecto.

Lo que no es tan claro en este principio, es la ubicación del adolescente y el joven. ¿En qué momento se alcanza la responsabilidad? ¿Puede ser simplemente limitada por una regla o ley que comprenda la edad cronológica? ¿Se adquiere de un día para otro como subordinación a una fecha determinada? Diversos autores han considerado que la moral y la responsabilidad se van desarrollando en el crecimiento humano, Kohlberg L y Giligan, consideran tres estudios del desarrollo moral: el preconvencional (el bien y el mal en términos de sus consecuencias: premio-castigo); el convencional de la adolescencia temprana (se mantienen las expectativas y reglas familiares) y el posconvencional de la adolescencia tardía y de la juventud (fuerte impulso hacia principios morales autónomos).

Lo anteriormente expresado, nos presenta el hecho de no poder considerar al adolescente como unidad, ni por su edad, ni por su cultura, ni por la sociedad en que vive.

Mientras en algunas comunidades asistimos a una extensión del proceso del adolescente, en otras, tal vez, ésta es inexistente.

Por ello el proceso de desarrollo en el cual el adolescente se encuentra, debe ser considerado por el profesional que lo guíe u oriente y según afirma Grinder: "Guiar no significa imponer valores y por ello debe evitarse el rol de predicador, que suele ser contraproducente por razones no sólo éticas, sino también prácticas. "El tema se torna más complejo en el sentido que en la medida de que el adolescente va ganando autonomía y responsabilidad, los padres y tutores en forma similar ven disminuir la suya.

Esta situación debe ser considerada en cada caso en particular y variará en relación con la problemática que se plantea. Implica, asimismo, una importante consecuencia legal. La legislación de los diferentes países suele ser consecuencia del cuerpo social y la mayoría de las veces se legisla con posterioridad a los cambios sociales. De esta manera, nos encontramos en una sociedad posmoderna, donde la legislación respectiva se adecua a los anteriores conceptos de la modernidad, donde la patria potestad era un derecho absoluto de los padres, ejercido hasta la mayoría de edad de sus hijos. Surgen, de esta situación importantes derivaciones en cuanto a la posibilidad de confidencialidad y el secreto profesional. Un tradicional aforismo médico dice: "No hay medicina sin confidencialidad, no hay confidencia sin confianza y no hay confianza sin secreto." (Grinder, 1998).

2.4.3. EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

La situación del adolescente y de sus padres pasar de la dependencia a la autonomía, como es propio de la adolescencia, solo puede efectuarse en una relación entre el adolescente y la sociedad circundante, pues la familia no es mas que una parte de esa sociedad (Estrada, 1994).

Existen dos crisis en los adolescentes que son: la del adolescente y la de los padres, son correlativas, es decir, que el adolescente no puede salir de su crisis sino a costa del difícil camino que deben recorrer los padres.

Muchas de las dificultades de la adolescencia se explican por un conflicto entre la pasión parental y la reivindicación, por parte del adolescente, de su autonomía subjetiva (Castellanos, 2004).

Todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema.

En esta encrucijada se combinan varios factores, según Castellanos.

- a)** En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios.
- b)** Los padres, aun cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez muy a su pesar, se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia.

- c) La edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poder mantenerse por si mismos, y la soledad y la muerte se avecinan; esto es motivo de otra preocupación.

Todo esto se conjuga en un solo momento para poner a prueba el sistema familiar en varias formas.

Una de ellas esta en la tendencia de los padres a regresar a etapas anteriores del desarrollo, donde aun no se recibían los impactos de estos múltiples problemas.

Mediante mecanismos de sobreprotección, por ejemplo, es posible mantener un adolescente sin crecer indefinidamente, muchas veces es un afán inútil de los padres por no abandonar su propia adolescencia. Esto se debe a algún problema que les impide pasar a las etapas subsecuentes de madurez y adultez (Estrada, 1994)

2.4.3.1. ADOLESCENTES VS. PADRES

"Hay padres que todavía no comprenden que se acabó la tiranía con los adolescentes y no se dan cuenta que se trata de aconsejar, conduciéndolos, sin que ellos lo noten, hacia donde uno quiere" (Stone, 1997).

Es muy poco inteligente querer evitar que un adolescente pase a ser él, el único responsable en construir su vida presente y futura. Ese es el camino hacia adultos débiles y vulnerables, moldeables como arcilla.

Hombre y mujeres que se ponen siempre bajo el dominio de otros. No es "lucha generacional", en esta guerra, frontal o no, se trata de batallas basadas en el estilo de vida del dominio entre los hombres.

Dominios que (Stone, 1997) clasifica de la siguiente manera:

- **dominio frontal**, las cosas se dicen tal cual: "padres ordenar - hijos acatar" (tengan la edad que tengan), el juego está puesto sobre la mesa y le posibilita al joven aceptarlo o no. Podrá hacerlo de acuerdo al grado del dominio, a la relación de los padres, a su personalidad.
- **dominio disfrazado**, es un engaño consciente; para el hijo muy difícil de salir, y en general va formando gente sin identidad propia. Relaciones tramposas en donde padres también quieren dominarse entre sí. Y todo con una máscara de igualdad y respeto. El hijo no busca su independencia sino que por el contrario desde la otra punta está batallando por seguir la dependencia pero cambiando el lugar del dominante. El fin es pasar él mismo a conducir y ordenar la vida de sus padres.

Es importante estar atentos a las contradicciones personales en las que coexisten el deseo sincero de que el hijo sea libre de elegir él su presente y futuro con formas de relación autoritarista ; con aspiraciones de dirigir la vida del hijo, en esto hemos sido educados, que hay que captarlas.

Esto hace necesario una comunicación, abierta y sincera en cuanto a el tipo de relación, poniendo atención en las formas que pautan ese tipo de relación dependiente y autoritaria. Indica un diálogo realmente sincero, en el cual padres e hijos tienen que hacer el esfuerzo de escucharse realmente en las críticas o replanteos mutuos (Grinder, 1998).

El dominio inconsciente se explica por que:

- En la formación infantil personal se asimilan o interiorizan formas de ser que quedan a un nivel inconsciente. Formas de ser que tienen que ver, por ejemplo, con la relación con la pareja y con los hijos.
- En forma natural, en la adolescencia, se hace una revisión de estilos de vida, de formas de relaciones de su familia. Y cuando se hace una revisión de este tipo de relaciones se eligen formas distintas.

Se desecha lo impuesto masivamente, sin discriminación personal, y se elige desde uno mismo. No obstante lo rechazado, que fue adquirido desde muy temprana edad, suele quedar sin "digerir", enquistado internamente.

- Y son justamente estos los esquemas que se reactualizan mas que nada a nivel de conductas cuando uno pasa a ser padre. Generando la contradicción. Se recurre a ellas también por ser las formas mas conocidas, por haber sido la experimentada y sobre la que tenemos mas referencias ya que aparte del sostén - seguridad que dan las figuras paternas propias esta forma de relación tiene aún el consentimiento social.

La relación se puede tornar en torna confusa e imprevisible, y en cualquier momento puede eclosionar en distintas enfermedades psíquicas o somática de cualquier miembro de la familia (Mannoni, 1998).

Sin embargo el camino natural no es nada fácil, aproximadamente de los 13 a los 20 años la persona, luchará consigo misma y con los demás por su individuación, diferenciándose tanto de sus padres, como de lo que sus padres hipotéticamente esperaban de ella. Poder llegar a ser diferente sin hacerlo por la forma contraria (Stone, 1997).

Padres e hijo pasarán a tener una relación de adulto a adulto.

En este marco cada adquisición de uno tiene que ver con modificaciones en el otro. Los avances personales del adolescente son favorecidos o trabados o imposibilitados por los cambios de sus padres.

Ahora bien los costos de este madurar son muchos y muy altos. Ejemplos de estos son: enfrentarse con la necesidad de elegir por uno mismo, sin acatar; la soledad de jugarse con la propia responsabilidad sin el beneficio de poder descargar las culpas a sus padres; el construir un proyecto de vida personal propio lo pone ante múltiples alternativas, y aprender que la suya no es ni la misma ni la opuesta a la que los padres le indican, lo enfrentan con la duda y la incertidumbre.

Al evolucionar hacia su independencia afectiva, el adolescente reclama a sus padres más autonomía. Sin embargo, no necesita autonomía completa, y, dada su inseguridad, sufre si se le otorga demasiada independencia, la que puede sentir como un abandono (Castillo, 2001).

Los padres deben estar constantemente a su lado para responder a sus dudas, poner límites, intervenir cuando lo consideren necesario, pero, por el bien del adulto naciente, deben alentar la independencia.

Es importante saber que el adolescente, en general, busca en sus amigos un espejo en el cual afirmar su propia imagen.

En muchos casos esta necesidad de autonomía y la continua lucha para encontrar su identidad acaba por traer problemas como son los famosos desórdenes alimenticios y sus consecuencias como son la anorexia nerviosa y la bulimia (Powell, 1998).

Mientras que los padres realizan una serie de cuestionamientos y a menudo se preguntan cómo se pueden reconocer los síntomas de la anorexia nerviosa y de la bulimia. El hecho es que muchos adolescentes pueden ocultar a sus familias por meses o aun por años estos desórdenes de posibles consecuencias serias o fatales.

2.4.3.2. NOVIAZGO Y PAREJA

Pocas cosas son tan nocivas como los conflictos no resueltos que siguen trabajando inconscientemente en el cerebro. La persona que está afectada por un trastorno alimenticio tiene varios de estos conflictos y, en cierta forma, sus problemas con los alimentos son la manifestación física de ellos. Esos problemas pueden ser una carencia de sentimientos propios como consecuencia de una situación familiar en donde la familia lo era todo y no se le permitía a cada individuo ser el mismo, falta de amor propio, o imposibilidad de amar a otra persona ya que no tiene que dar, ni tampoco posee espacio o tiempo para alguien diferente a si mismo. Muchas personas anoréxicas y bulímicas también sufren de alexitimia, incapacidad de percibir y verbalizar sus emociones y sentimientos. Los sentimientos sin nombre, como los llama el autor (Horrocks, 1999).

Para que una persona se libere definitivamente de un trastorno del comportamiento alimentario esos sentimientos deben salir a la superficie y poder ser asimilados o superados. Al lograrlo la mentalidad negativa pierde su poder y la relación con las personas que comparten la cotidianidad del enfermo pueden renovarse o recomenzarse, esta vez con pie derecho.

En China el grafema de crisis es el mismo de oportunidad. Es así como la enfermedad debe tener un sentido y un propósito en la vida del afectado. Al golpear un trastorno alimentario la vida de un individuo, aunque sea un grave problema, puede significar el forjamiento de un ser más libre de expresar su vida emocional, pues la verdadera causa del problema son los sentimientos reprimidos y los vacíos emocionales.

Por todo este cuadro emocional las víctimas de estos trastornos sufren mucho con las relaciones de pareja y se aferran a sus relaciones amorosas de una forma compulsiva, creyendo que no son merecedores de nada bueno. En muchos casos cuando estos síndromes afectan a personas adolescentes coinciden con el reciente rompimiento de una relación amorosa, y la chica generalmente cree que la culpa de todo la tiene su gordura. Ese afán de satanizarse a sí mismo, de echarse siempre la culpa de todo, los hace vulnerables ante su pareja y personas aprovechadas pueden minar su confianza en el otro (Horrocks, 1999).

Una relación de pareja es aquella en donde existe fidelidad, ayuda y respeto recíproco concertado entre dos personas, que por mutuo acuerdo o de manera unilateral, puede romperse en cualquier momento.

Idealmente el noviazgo tendría que ser una etapa en la que la pareja pudiera conocerse, detectar afinidades, valores, planes de vida, destrezas de negociación, recursos en pareja, entre otros. En fin, percatarse del grado de funcionalidad y satisfacción de la relación para ambos, lo que llevaría a la decisión de continuar y formalizarla, o bien, interrumpirla para evitar un fracaso posterior (Horrocks, 1999).

Sin embargo, el noviazgo no siempre cumple con dichos objetivos. Hombre o mujeres pueden ejercer control a través de distintas manifestaciones de violencia sutil o directa, que conlleva a una dinámica en la que se establece como pauta relaciones de desigualdad y abuso de poder.

De ahí que la violencia en el noviazgo comienza cuando una de las dos partes le dice al otro que ya está más gordo, que se ve mal, etc. Todas estas agresiones verbales lastiman a la pareja y los llevan a cometer ciertos errores en su vida (Horrocks, 1999).

Ahora bien no hay que olvidar que el maltrato a la pareja puede ocurrir en cualquier momento, desde la primera salida juntos, o transcurridos varios años de relación.

Este tipo de violencia no importa el lugar, nivel escolar ni edad, el uso de agresiones y violencia forma parte de las interacciones habituales en las parejas de jóvenes. Lo cual provoca efectos severos, tales como problemas psicosomáticos, daños a la salud mental, trastornos alimentarios, adicciones, fracaso escolar.

Aunque no puede predecirse quien se verá afectado por esta enfermedad y quien no, hay unos rasgos característicos de las personas que la sufren. Problemas para ser autónomo. Algunas personas no son capaces de "funcionar" sin el apoyo de su familia o de alguna persona que los sirva de modelo. Así, situaciones como cambios de colegio, de trabajo, de pareja... pueden llevar a una pérdida de autonomía que a veces se compensa mediante un control excesivo de la dieta. Miedo a madurar. La mayoría de personas desarrollan estos trastornos durante la adolescencia (Horrocks, 1999).

2.4.4. PROBLEMAS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA, SEGÚN MYERS:

A. PROBLEMAS EMOCIONALES

Es importante mencionar que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. En el transcurso de su adolescencia uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla.

Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Las ingestas alimenticias excesivas, la somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser también signos de malestar o disconfort emocional. De forma más obvia, pueden aparecer fobias y ataques de pánico. Sin embargo los problemas emocionales del adolescente no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus familiares o amigos.

B. PROBLEMAS SEXUALES

Los dramáticos cambios físicos de la adolescencia pueden llegar a ser muy preocupantes para algunos adolescentes, especialmente para aquellos que son tímidos y que no desean hacer preguntas al respecto. En el otro extremo, las preocupaciones pueden ponerse de manifiesto en forma de presunción excesiva tanto sobre su capacidad sexual como sobre sus experiencias. Más de la mitad de los adolescentes tendrán su primera experiencia sexual completa antes de los 16 años.

Aquellos que comienzan tempranamente con relaciones sexuales tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud. Los nuevos riesgos para la salud que suponen la infección por HIV y el SIDA constituyen una preocupación adicional. Además, un adolescente puede no estar seguro de su orientación sexual, sobre si es homosexual o no. Esta preocupación puede ser compartida por sus padres.

La mayoría de los adolescentes son bastante cuidadosos a la hora de la elección de sus parejas. La promiscuidad sexual y la relaciones de riesgo repetitivas sin protección suelen ser signo de la presencia de problemas emocionales subyacentes, aunque también pueden reflejar un estilo de vida al límite - los adolescentes que asumen riesgos en algunos aspectos de su vida tienden a asumirlos en otras facetas de la misma (Grinder, 1998).

C. PROBLEMAS CONDUCTUALES

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes, al mismo tiempo que desean que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites, sin embargo, se toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos. Los desacuerdos son frecuentes, ya que la persona joven lucha por forjar una identidad independiente. Aunque todo esto es bastante normal, lo cierto es que la situación puede alcanzar un punto en el que los padres realmente pierdan el control, no sabiendo dónde están sus hijos, quiénes son ellos o qué les está pasando. La experiencia sugiere que los adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener problemas (Mckinney, 2000).

D. PROBLEMAS ESCOLARES

Los adolescentes que rechazan ir al colegio con frecuencia tienen dificultades en separarse de sus padres, y este problema puede haber tenido su origen ya en la escuela primaria. Este problema puede también manifestarse en forma de molestias del tipo de dolores de cabeza o estómago. Ante un adolescente que no desea ir al colegio es necesario comprobar la posibilidad de que esté siendo acosado por alguno de sus compañeros. El acoso es un problema frecuente del que la gente joven encuentra difícil el hablar y que puede hacer que ir al colegio resulte una experiencia solitaria, miserable y amenazadora, que finalmente puede dar lugar a problemas del tipo de ansiedad y depresión, falta de confianza en sí mismo, y dificultad para hacer amigos (Mckinney, 2000).

La forma que tienen los padres para poder ayudarles es asegurándose que el colegio tiene una política antiacoso efectiva, e informando a los profesores de su hijo cuando precise de su ayuda.

Aquellos que van al colegio y hacen novillos son generalmente infelices en casa y se sienten frustrados en el colegio y por eso suelen pasar su tiempo con otros que se sienten del mismo modo. Los problemas emocionales con frecuencia afectan el rendimiento escolar.

Es difícil concentrarse adecuadamente cuando uno está preocupado sobre sí mismo o sobre lo que ocurre en casa. Aunque la presión para hacerlo bien y para aprobar los exámenes suele proceder de los padres o profesores, los adolescentes generalmente desean hacerlo bien y se presionan a sí mismo si se les da la oportunidad. El insistir de forma excesiva al respecto puede ser contraproducente. Los exámenes son importantes, pero no se les debe permitir que dominen sus vidas o que les hagan infelices.

E. PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

El sobrepeso es una causa frecuente de infelicidad en los adolescentes. Si son criticados o se ríen de su aspecto físico pueden disgustarse consigo mismos y llegar a deprimirse de forma significativa, estableciéndose un círculo vicioso, ellos hacen poco y comen para sentirse mejor, pero esto sólo hace que el problema del peso empeore. El hacer dieta puede realmente agravar la situación. Es más importante que se sientan felices consigo mismos estén gordos o delgados. A pesar de que muchos adolescentes hacen dieta, especialmente las mujeres, afortunadamente son muy pocos los que desarrollarán un trastorno de la alimentación del tipo de la bulimia o la anorexia nerviosa. Sin embargo, estos trastornos ocurrirán con mayor probabilidad si los que se someten a una dieta estricta tienen una pobre opinión de sí mismos, se encuentran bajo tensión o han tenido un problema de sobrepeso en la infancia (Grinder, 1998).

F. DROGAS, PEGAMENTOS Y ALCOHOL

La mayoría de los adolescentes no usa drogas, ni inhala pegamento, y la mayoría de los que lo hace no irá más allá de experimentar ocasionalmente con ellos. A pesar de la publicidad sobre otras drogas, el alcohol es la droga que con mayor frecuencia causa problemas a los adolescentes. La posibilidad del uso de cualquier tipo de droga debería ser considerada cuando los padres observen cambios repentinos y graves en la conducta de sus hijos (Stone, 1997).

G. PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES

Es responsabilidad de cada individuo regular su dieta, pero existen adolescentes que no logran estabilizar su peso, ya sea porque se exceden en los alimentos o porque se someten a dietas rigurosas (Grinder, 1998).

Los expertos coinciden en que la mayoría de los casos de anorexia y de bulimia son producto de la exaltación de los modelos que se exhiben en el cine, la TV, las pasarelas de modas y la publicidad. Pero aun mas inquietante resulta el sistema de valores que ensalza el culto al cuerpo y la prevalencia de la estética sobre la ética, porque es esta filosofía la que induce a tantos adolescentes a obsesionarse por su apariencia (Mckinney, 2000).

A esta edad, la problemática alimentaria se manifiesta de tres maneras distintas, pero relacionadas entre si; el temor fóbico a aumentar de peso, la distorsión de la propia imagen y, en consecuencia, el sometimiento a una severa dieta y a ejercicios extenuantes, además de otras alteraciones en la conducta. Los síntomas típicos de la anorexia pueden tomar un cariz alarmante cuando la persona afectada basa toda su estabilidad mental en torno a su imagen física (Mannoni, 1998).

2.4.5. PROBLEMAS MENOS FRECUENTES:

Mucho menos frecuentes, los cambios conductuales y del estado de ánimo gradual pueden ser signo de un trastorno psiquiátrico más grave. Aunque son trastornos infrecuentes, la esquizofrenia y la depresión maníaca pueden comenzar en la adolescencia. El aislamiento extremo puede ser un signo de esquizofrenia, aunque pueden existir otras explicaciones para el mismo. Los padres preocupados con estas posibilidades deben ponerse en contacto con su médico de cabecera (Mckinney, 2000).

2.4.6. ¿ES POSIBLE EVITAR EL DESORDEN ADOLESCENTE?

Los trastornos adolescentes pueden parecer deplorables porque implican, en su opinión, la pérdida de cualidades valiosas, de la estabilidad del carácter y de la adaptación social (Muuss, 2003).

Es decir, los llamados trastornos de la adolescencia no son más que los signos exteriores que indican que esos ajustes internos han comenzado.

2.5.1. PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Los distintos enfoques, de las distintas teorías, creemos que son importantes manejarlas para poder tener un mejor dominio del proceso abordado en el presente trabajo, por tanto a continuación daremos un esbozo de los principales teóricos o corrientes que tratan el tema (Muuss, 2003).

Teoría psicoanalítica de FREUD: Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

Teoría de la adolescencia de ERIKSON: Para ERIKSON la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

Visión psicosociológica: Esta visión subraya la influencia de los factores externos. La adolescencia es la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales: no es un niño, pero tampoco es un adulto, es decir, su estatus social es difuso. En este desarrollo del nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Surgen ciertas contradicciones entre deseos de independencia y la dependencia de los demás, puesto que se ve muy afectado por las expectativas de los otros.

Escuela de Ginebra. PIAGET: Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.

Teoría de ELKIND: Como autor de orientación piagetiana, habla de dos aspectos de ese egocentrismo adolescente: “la audiencia imaginaria”, que es la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él, y la creencia de que todo el mundo le está observando; y “la fábula personal” que es la tendencia a considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles.

Teoría focal de COLEMAN: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerlos frente y resolver tantos conflictos sin saturarse.

Para finalizar se puede decir que el periodo de la adolescencia tiene como características fundamentales la búsqueda de sí mismo y de la identidad, donde, podemos ver como concepto fundamental el auto concepto, el cual se va desarrollando conforme el sujeto va cambiando e integrándose con las concepciones que acerca de sí mismo tienen varias personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social.

Por otro lado vemos, la integración del yo, la cual se produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos. Una vez que las figuras parentales son internalizadas e incorporadas a la personalidad del sujeto, este puede iniciar su proceso de individuación.

Importante es también, el fenómeno grupal que se desarrolla en esta etapa, el cual adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes se mantenía con la familia y los padres en especial.

El cambio a nivel cognitivo y moral, los cuales se desarrollan conjuntamente, no deja de ser uno de los desarrollos mas notorios que tiene esta etapa evolutiva de la vida.

Conjuntamente, estas y otras variables (mencionadas anteriormente) son las que hacen de la adolescencia una etapa distinta y trascendental en el desarrollo humano, la cual hay que vivirla de la forma más “sana” posible, para que de esta manera, se pase a la adultez de una forma optima (Muuss, 2003).

2.5.2. EL SI MISMO DEL ADOLESCENTE

El punto de vista de una persona y sus sentimientos sobre si mismo no puede estar totalmente separado de su punto de vista y sentimientos sobre el resto del mundo (Mann, 2001).

Las adaptaciones que el adolescente tiene que hacer, en relación a su rápidamente cambiante cuerpo, y sobre su concepto de si mismo en relación a la sociedad en general. La clave de la incomoda autoconciencia del adolescente es el dominante sentimiento de encontrarse fuera de lugar, con el mundo adulto, con su ideales, y en gran medida, con su propio cuerpo.

Pero sea que los cambios corporales vienen demasiado rápido o muy despacio, muy pronto o demasiado tarde, ello puede ser una fuente de agonizante autoconciencia. Para comenzar, el reconocimiento de las nuevas y solo imperfectamente identificadas potencialidades para sentir, actuar y ser pasivo en la acción puede ser perturbador. De igual importancia, sin embargo, es la manera en que los cambios físicos y sus contrapartes psicológicas son reflejados a su vez hacia el niño desde el ambiente.

A) EL ADOLESCENTE CON ESCASO SENTIDO DE SINGULARIDAD SE EXPRESARÁ DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

- Hablará negativamente de sí mismo y de sus logros.
- Se enorgullecerá poco o nada de su apariencia.
- Demostrará poca imaginación y rara vez propondrá ideas originales.
- Hará cosas como se le diga, sin apenas aportar nada de su propia cosecha.
- Se sentirá incómodo cuando se le destaque o se le pregunte en clase.
- Buscará con frecuencia el elogio, pero cuando lo consiga se sentirá confuso y lo negará.
- Hará alardes cuando no sea el momento.
- Se adaptará a las ideas de otros. Sigue pero raramente guía.
- Tenderá a clasificar a los demás de un modo simple, y es probable que sea crítico con sus características personales.

B) CÓMO DESARROLLAR MODELOS EN LOS ADOLESCENTES

Si durante su proceso de desarrollo el niño no ha tenido suficientes modelos a su disposición, los padres se verán obligados a rellenar esos huecos en la adolescencia. El anhelo natural del adolescente por tener héroes, ideales y sueños servirá de ayuda para proporcionarle un adecuado sentido de los modelos (Coffin, 2005).

C) PROBLEMAS QUE PUEDEN PLANTEARSE CON LOS MODELOS

- Suele confundirse con facilidad. Malgasta el tiempo en actividades que aparentemente no tienen ningún objeto, o se pueden obsesionar con actividades que no tienen relación con sus obligaciones más inmediatas.
- Se organiza mal, tanto en ideas como en comportamiento. Puede ser desaliñado en su persona y en sus cosas. Suele tener su habitación hecha un desastre.
- Confunde lo bueno y lo malo.
- Le cuesta decidirse a hacer o decir algo.
- Se muestra inseguro en los métodos y en los objetivos que elige cuando trabaja en equipo. Solicita continuamente instrucciones y suele insistir en que solo hay una manera de hacer las cosas.

D) CÓMO RELACIONARSE CON EL ADOLESCENTE QUE CARECE DE MODELOS:

- Recuerde que usted es un modelo básico para su hijo adolescente, sea un buen ejemplo, acorde con sus creencias.
- Presente a su hijo aquellas personas a las que usted tiene gran estima, bien mediante el contacto personal, o por medio de obras literarias.
- Ayúdelo a entender bien aquellas cosas en las que cree. Hable con él de su escala de valores. Y si le pregunta el a usted por sus creencias, háblele honradamente.

- Haga que se proponga objetivos de comportamiento y aprendizaje que sean realistas. Que razone los pasos que debe dar para conseguir sus objetivos. Que decida que debe aprender y en que medida debe hacerlo.
- Que afronte las consecuencias de su comportamiento. Deje bien clara la relación causa-efecto en lo que se refiere a su comportamiento y a las consecuencias del mismo.
- Ayúdelo a que entienda como puede realizar sus tareas. Dígale las cosas claras y demuéstreselo si es necesario.
- Haga un esfuerzo para entender las condiciones que influyen en su comportamiento. Comprender no significa aceptar permisivamente conductas destructivas. Intente llegar a decisiones comunes o a normas de comportamiento mediante el intercambio de opiniones.

Como punto final un consejo: escuche, siga atento las conversaciones con su hijo adolescente, no reacciones hasta que él no haya terminado, probablemente aprenda cosas nuevas sobre él y es probable que se dé cuenta que el adolescente se siente más valorado cuando se le escucha atentamente (Ramírez, 1996).

E) AUTO ACEPTACIÓN:

Es una actitud de aceptación y no valoración de uno mismo y hacia los demás. Se ha de ir recordando al cliente las maneras de auto aceptación, concepto y lenguaje, que han desarrollado juntos hasta que el cliente empieza a cambiar de actitud (Satir, 2004).

Problemas que pueden surgir y que inciden negativamente en la autoestima:

- a) las reglas y deberes inflexibles
- b) el perfeccionismo
- c) una extrema vulnerabilidad a la crítica
- d) la falta de afirmación

Existen estrategias para afrontar estos problemas que iremos mencionando a lo largo del tema en cuestión.

Reforzamiento de la voz sana:

Las personas con una fuerte crítica tendrán contacto con su voz interior negativa. El terapeuta ha de disminuir la intensidad de los ataques a uno mismo, fomentando un dialogo con uno mismo más constructivo.

Las intervenciones pueden ser:

- enseñar afirmaciones defensivas
- hipnosis, donde se entra en un nivel más profundo de la aceptación.
- visualización: ve su cuerpo y conducta de diferente forma.
- anclaje: sirve para recuperar los sentimientos de

2.5.3. ESTEREOTIPOS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Anthony (1969) opina que las reacciones de los adultos con respecto a los adolescentes y la conducta adolescente son reacciones estereotipadas.

Los estereotipos, Anthony los reduce a dos: el adolescente como víctima y el adolescente como azote.

La idea de que la mayoría de los adultos mantengan estereotipos con respecto a los adolescentes sea en si misma una caricatura de la realidad.

Lo que todo esto indica es que el problema no es el de una actitud desfavorable hacia los adolescentes, sino mas bien un problema de falta de comunicación en los adultos de sus verdaderas actitudes hacia los adolescentes (Castillo, 2001).

Una gran parte de la naturaleza de la adolescencia es el cambio mismo. En el momento en que uno cree que ya tiene un concepto que le ayudara para comprender la conducta del adolescente, en ese mismo momento parece que la conducta cambia ante sus ojos examinadores. Parece que una de las principales características de la adolescencia es la tendencia a escapar de una definición externa, a buscar por si misma su propia definición y a ser libre, es decir, a no dejarse determinar por restricciones externas (Grinder, 1998).

2.5.4. LA IMAGEN DEL YO FISICO

Es importante estar conciente de las reacciones individuales psicológicas y emocionales que resultan de estas pautas de desarrollo y de los cambios consiguientes. Cada vez nos damos mejor cuenta de la importancia de saber no solo como crece y se desarrolla el individuo, sino también como considera y responde a tal crecimiento y desarrollo (Castellanos, 2004).

Con demasiada frecuencia el adulto que ha llegado a un estado en el que los cambios físicos son casi imperceptibles y cuya imagen de su yo físico ha llegado a ser razonable y realista, se encuentra incapacitado para entender porque un adolescente esta tan profundamente preocupado por alguna característica o cambio físico que ahora le parece a el sin importancia o sin sentido (Estrada, 1994).

Es característico de todos los seres humanos tener una imagen de su yo físico. Durante la mayor parte del ciclo vital esta imagen se modifica con lentitud porque los cambios en el cuerpo son relativamente imperceptibles y pueden pasar desapercibidos.

La imagen del yo físico del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y particularmente en la interpretación de estar normas aceptada como normal por el grupo de iguales.

Las niñas frecuentemente tienen una imagen de feminidad culturalmente aceptada y que esta representada por alguna estrella clamorosa del cine o la televisión; los niños a menudo seleccionan un atleta como la imagen ideal masculina, aunque ellos también están influidos, con demasiada frecuencia, por actores que son considerados como hombres “masculinos”. Estas imágenes se perciben como metas finales que pueden ser alcanzadas en la edad adulta y es probable que la imagen física ideal inmediata este basada en el físico de otro adolescente (Muuss, 2003).

2.5.5. LA IMPORTANCIA DEL FISICO

Tan importante como es el tiempo en que ocurre la pubescencia para el desarrollo de la imagen del yo físico, lo es también el físico que resulta al final. La imagen final de si mismo será determinada cuando termine el crecimiento físico. Desde el principio del “estirón” hasta su final, el adolescente estará muy preocupado por su físico y luchara por desarrollarlo al máximo (Stone, 1997).

Es más probable que los muchachos admiren el físico fuertemente masculino, culturalmente aceptado, con su simetría en forma de V, que el físico de otro adolescente.

Los efectos que un físico masculino inadecuado tiene sobre el desarrollo de la personalidad de los muchachos adolescentes, basándose en sus observaciones de muchachos de los nueve a los dieciséis años (Mannoni, 1998).

El retraso aparente o real del principio de la maduración, la falla en el estirón en la adolescencia o el inadecuado desarrollo masculino, pueden llevar a una serie de dificultades.

No hay que olvidar que la altura que se alcanza es un factor de importancia mayor en el desarrollo del concepto del yo físico. Una vez más, el tiempo es importante y la diferencia entre los sexos en el crecimiento también desempeña un papel importante. Los problemas relacionados con la estatura, por lo general son de carácter temporal en los individuos cuya estatura cambia apreciablemente durante la adolescencia, pero son más permanentes para los que continúan desviándose de la norma culturalmente aceptada (Myers, 1997).

2.5.6. LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios televisivos, con la difusión de diferentes productos light, pastillas para adelgazar, tratamientos especiales para bajar rápido de peso, y también con los programas que mezclan la vida personal de las modelos, generando una admiración por parte de algunas chicas que luego buscaran imitarlas para conseguir en su ámbito personal el mismo éxito logrado por estas modelos en su vida profesional (Roffer, 2002).

Esta confusión, personal / profesional influye drásticamente en los valores sociales de esta nueva generación.

Algo que no debería estar ocurriendo y sin embargo ocurre es la confusión entre cuerpo sano y delgado. Porque si mezclamos estos conceptos estaríamos provocando drásticos problemas en muchas chicas que se ven influidas por este concepto.

El cuerpo delgado, actualmente, está muy sobrevaluado por los sacrificios que uno comete para mantenerlo, ya sea por medio de ejercicio, de dietas, de pastillas, de laxantes o de cualquier otra forma.

Que se confunda figura con éxito es de preocuparse, porque si tomamos en cuenta las graves consecuencias que esto acarrea es realmente alarmante.

Los mensajes que los medios tiran en sus consejos para adelgazar, publicidades y las imágenes de las modelos modificadas a través de luminarias, maquillajes, y en muchos casos el uso de photoshop generan un rechazo al cuerpo normal de las adolescentes, ayudadas a su vez por las modificaciones físicas que sufren y la lenta aceptación a su cuerpo cambiado. Además de la inseguridad de muchas chicas que las obligan a conseguir una aprobación exterior (Roffer, 2002).

Si nuestra juventud está tan arraigada a conceptos erróneos sobre el mantenimiento de un cuerpo estereotipado que puede acarrear su propia salud llegando incluso a su propia muerte. No olvidemos el infierno que es padecer esta patología, no sólo debemos preocuparnos por los problemas físicos sino también los psíquicos.

El repentino aumento de chicas que padecen de anorexia y bulimia, no sólo se está dando en las clases medias / altas como era antes, sino también en las clases más bajas.

Esta masificación comienza a ser realmente preocupante ya que está aumentando la cantidad de chicas que lo padecen. Pero, ¿qué provocó este cambio tan abrupto? Prendamos el televisor, no necesitamos demasiado tiempo para toparnos con alguna publicidad de productos light, empresas que prometen adelgazar en determinados días siguiendo sus dietas, pastillas y pomadas para adelgazar, entre otras.

Esta invasión de mensajes que incentivan la pérdida de peso existieron desde siempre y desde antes de la televisión. Las revistas son un claro ejemplo de estos mensajes con sus dietas para perder peso con rapidez para el verano, números de calorías que tienen cada alimento, y demás artículos relacionados. Es cierto que era menos conocida que ahora (sobre todo tomando en cuenta la fama que ahora adquirieron los trastornos alimentarios en estos últimos días en consecuencia con ciertas muertes relacionadas con estos mismos trastornos).

Lo cierto es que, mientras antes era una enfermedad clasicista ahora se popularizo aumentando considerablemente las cifras de las chicas que la padecen (Roffer, 2002).

Ahora bien, las modelos a través de las pasarelas mantuvieron un gran número de seguidores. Tomando en cuenta que en un principio las pasarelas estaban reservadas a la clase media / alta, una de sus principales fuentes podría estar ahí.

Si socialmente adquiere relevancia el cuerpo, genera en las adolescentes una fuerte competencia femenina cuya principal meta es llegar a la aceptación por parte de los demás.

Esta enfermedad a la cual nos referimos, es tan difícil de detectar como de aceptar por parte de las personas que la padecen. La distorsión de su figura en el espejo hace muy difícil demostrar a las personas que presentan estas patologías que no están gordas (Roffer, 2002).

Los medios de comunicación incentivarían estas enfermedades:

Según (Roffer, 2002) son las siguientes:

Con sus promesas milagrosas de adelgazar sin esfuerzo.

Con la publicidad de prendas de vestir.

Cosméticos.

Con la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que producen en muchas mujeres el planteo de poder igualar el aspecto de las famosas aunque esto le lleve acarrear su propia salud.

Plantea que en esta sociedad de consumo el modelo de delgadez se vende como un producto más, relacionándolo a través de sus mensajes como sinónimo de éxito Y a su vez esta misma sociedad de consumo promueve el consumo de alimentos de poco valor nutritivo y de alto valor engordante (Gaseosas y golosinas).

Todo esto contribuiría a provocar una confusión a las adolescentes que influidos por el entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad influyen en que algunas personas corran el peligro de padecer anorexia, bulimia y obesidad.

Según el autor (Roffer, 2002) la bulimia, la anorexia y la obesidad son enfermedades provocadas por la comunicación. La gente vive comparándose con las modelos que refleja y tomando como meta ser iguales estas mismas, sin tomar en cuenta que lo que sus ojos ven a través de la televisión son imágenes forzadas a través de diferentes herramientas como pueden serlo la iluminación, el maquillaje, etc.

(Roffer, 2002) considera que las adolescentes se convierten vulnerables por:

- La ansiedad
- La incomodidad física
- La presión social en los grupos de adolescentes
- Los medios de comunicación
- La búsqueda de una identidad

La comunicación se estaría volviendo unidireccional en el sentido que la TV envía su mensaje y el espectador lo asimila sin cuestionarlo.

Roffer enfatizó que “la publicidad está diseñada para llegar de la mejor manera al público, por esta razón es común ver modelos muy delgadas en los spot, ya que una buena imagen vende”. Esto hace que tal vez las jóvenes se vean influenciadas con el fin de obtener una figura ideal y estereotipada, descuidando su salud por obtenerla”. Además el autor considera que “sería ideal revertir esta situación y exponer modelos más reales, pero esto es muy difícil, ya que en publicidad lo que importa es vender un producto, ofreciendo la mejor imagen para cautivar a nuestro público objetivo”.

2.5.7. EFECTOS EMOCIONALES DE LAS DESVIACIONES DEL IDEAL

La importancia de los cambios corporales del adolescente es un factor mayor dentro del desarrollo de su imagen del yo, podemos aceptar el hecho de que las desviaciones de alguna norma “cultural” pueden causar dificultades emocionales (Estrada, 1994).

Los adolescentes frecuentemente expresan preocupación por su tamaño, la gordura, los físicos inadecuados, la ausencia de fuerza muscular y por las facciones faciales poco comunes. También expresan preocupación por el acné, por manchas en la piel, las piernas arqueadas y por el tamaño de los órganos genitales (Castellanos, 2004).

CAPÍTULO 3. AUTOESTIMA.

3.1. ANTECEDENTES

La calidad de vida personal está notablemente influida por la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma. Esta valoración que cada individuo hace de sí mismo es lo que en la literatura científica se conoce con el nombre de autoestima. La palabra autoestima está compuesta por dos conceptos, el de "auto" que alude a la persona en sí y por sí misma y "estima" que alude a la valoración, por lo tanto podemos definir la autoestima como la valoración que una persona hace de sí misma (Myers, 1997).

Se encontró que la autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Ya que es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo: La capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, nosotros tenemos la capacidad de definir quiénes somos y luego decidir si nos gusta o no nuestra identidad. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente nos mantienen vivos (Vaquero, 2005).

Cuando la valoración que hace una persona de sí misma, es de beneficio para la calidad de vida, se denomina autoestima positiva, mientras que si es perjudicial será una autoestima negativa. La autoestima no es algo fijo ni inamovible, de hecho la autoestima puede cambiarse, es más se va formando a lo largo de nuestra vida. La mejora de la autoestima es posible actuando sobre los distintos aspectos que la componen. El proceso de mejora de la autoestima es un proceso de aprendizaje, en el que juegan un papel fundamental diversas claves, así como un trabajo continuo de crecimiento personal (Alcántara, 2003).

3.1.2. CREACION DE JUICIOS

Como seres conscientes, tenemos la capacidad de atribuirnos una identidad y emitir juicios de valor sobre uno mismo y la propia conducta. De ello se deriva la auto aceptación o el auto rechazo (Satir, 2004):

Se habla de **Juicio patológico** cuando se basa en términos absolutos de bueno o malo; de **Juicio sano** cuando el juicio que se emite sobre uno mismo y la propia conducta se basa en términos relativos, considerando diferentes aspectos mejores y peores. Se trata de evitar o rechazar todo aquello que pueda aumentar o provocar dolor, tanto físico como psíquico. Por tanto, las personas que tienden a emitir juicios patológicos sobre sí mismos, tienden a evitar situaciones que comportan riesgos para su rendimiento personal y social (en la esfera académica, profesional, relacional). Para evitar el dolor del auto reproche, pueden levantarse defensas que a corto plazo permiten evitar aquellas situaciones que lo provocan, pero a largo plazo resultan perjudiciales. Estas son las principales, según Satir (2004):

Fuga: adicción a las drogas, alcohol, distintos tipos de evitación, aislamiento emocional....

Ataque: rabia dirigida a los demás o a uno mismo. Implica fantasía de perfeccionismo que no se corresponden con la realidad que vive la persona afectada por esta respuesta.

Al igual que el alcohólico, uno se vuelve adicto a sus defensas, a emitir juicios patológicos sobre los demás y sobre sí mismo alimentando ideales de perfeccionismo inalcanzables. Todo ello repercute en la forma que va adquiriendo su conducta y su vida de relación social, provocando respuestas poco asertivas.

He aquí algunos ejemplos:

- Le resulta difícil abrirse a los demás porque espera de antemano ser rechazado. **“Si yo no me agrado, ese mismo yo será el que otros descubrirán”**.
- Evita las situaciones sociales en las que existe una probabilidad de crítica o rechazo. No asume riesgos, no conoce a nuevas personas, y se siente solo.
- Teme los errores y no le gusta hacer cosas nuevas. Es difícil aprender nada porque los inevitables errores que cualquier aprendizaje comporta, le derrumban. Tiene que trabajar extremadamente duro para que nadie encuentre nunca un error en lo que usted hace.
- Es difícil decir no o poner límites a las relaciones porque si el otro se enojase, usted se sentiría mal.
- Teme pedir cosas por temor a la negativa, ya que ella significaría que es usted indigno de aquello que desea.
- Da usted demasiado y a veces deja que abusen de usted porque no puede imaginar qué otra cosa podría unirles con usted.

3.1.3. VULNERABILIDAD A LA AUTOCRÍTICA

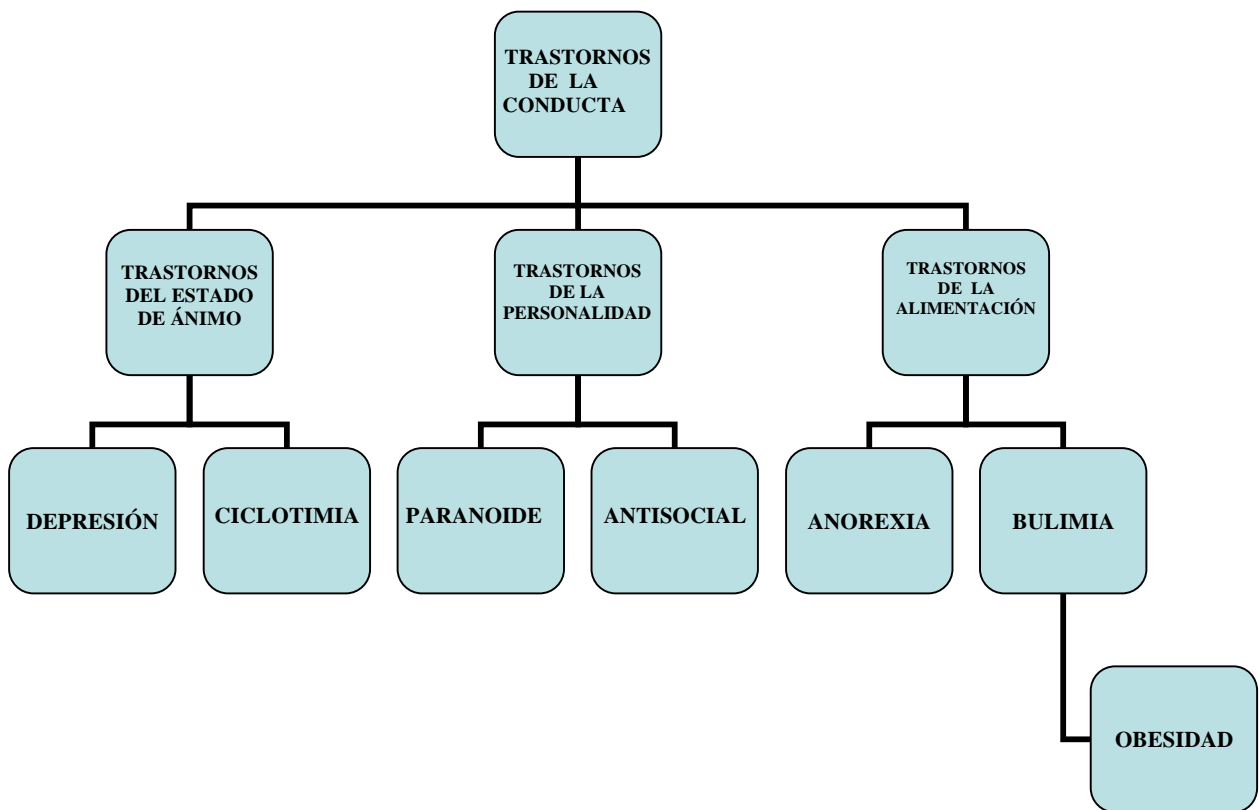
En algunas personas, la sensación de falta de valía, de ser “malo”, es una creencia profundamente arraigada. Tras la autocrítica existen sentimientos de dolor y culpa (Roffer, 2002).

Ya que son personas que se han sentido abandonadas o rechazadas en la infancia. Sienten que han sido castigadas y así, han ido construyendo un auto concepto de maldad. Algunos **estilos educativos** potencian esta vivencia (Roffer, 2002):

- Un niño recibe un castigo de forma indiscriminada, tanto si su conducta es reprobable como si no.
- Un padre o una madre deprimida o ausente pueden dejar de reconocer las buenas acciones del niño. La carencia de refuerzo puede hacer al niño incapaz de detectar y aprender en qué consisten sus propias cualidades.
- Ausencia o inaccesibilidad de apoyo emocional por parte del cuidador. El niño experimenta esta carencia como abandono, y en algún nivel decide que no es digno de amor. La lógica emocional dice: "**Si me amasen no me dejarían. Si no me aman es porque no soy digno de amor**".
- Experiencias de privación y/o abuso pueden generar sentimientos de rabia hacia los progenitores. Así aparece la culpa. La lógica emocional dice: "**Yo debería amar a mis padres. Por eso, si los odio, soy malo**".

3.1.4. PRINCIPALES TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DEL SER HUMANO

El siguiente cuadro propuesto por (Cazares, 2005) nos muestra los diferentes tipos de trastornos de la conducta que cualquier individuo puede padecer, de aquí se explicaran más adelante detalladamente los trastornos de la personalidad:



Dentro de los trastornos de la conducta que puede tener el ser humano esta la depresión que es uno de los conceptos dinámicos que tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, pero que ha crecido a lo largo del tiempo y que todavía hoy está en proceso de desarrollo, es importante definir el concepto de duelo como la reacción normal ante una pérdida real en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, siendo el sentimiento predominante el de abatimiento y tristeza (Mann, 2001).

Edward Bibring (1981), propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalidamiento e impotencia del Yo, siendo característico de las personas que padecen de depresión:

- 1.- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- 2.- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- 3.- El deseo de ser bueno y amable.

Este autor creía que lo que llevaba a la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yo tiene de su desvalidamiento. En el análisis histórico de la depresión hay conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como es: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre/hijo, la regulación de la autoestima y finalmente una asociación normal entre agresión, hostilidad, super yo y culpa resultante.

Por lo tanto la depresión causa en muchos adolescentes efectos devastadores. Además, los expertos opinan que es una de las principales causas de los trastornos alimentarios, las enfermedades psicosomáticas, los problemas escolares y el abuso esporádico de sustancias adictivas entre los jóvenes. “Cada nueva generación, desde principios del siglo XX, ha corrido un riesgo mayor que la generación de sus padres, de sufrir una depresión más importante -no haya tristeza, sino un desinterés paralizante, desaliento y autocompasión, más una abrumadora desesperanza-, en el curso de la vida” (Cazares, 2005). Aun así, muchos Padres talvez objeten que ellos pasaron la adolescencia sin caer en la depresión y no entienden porque a sus hijos le embargan sentimientos negativos. Pero los adultos no deberían comparar su adolescencia con la de los jóvenes de hoy. Al fin y al cabo, cada persona tiene su forma particular de percibir el mundo que la rodea y de reaccionar ante él.

“Los adolescente actuales se sienten menos seguros, menos capaces y menos optimistas de lo que nos sentimos nosotros una generación atrás”. A continuación se nombraran algunos síntomas comunes de la depresión:

El cambio del estado de ánimo y la conducta; el adolescente dócil pasa de pronto por ser polémico. Es frecuente que los jóvenes deprimidos manifiesten una conducta rebelde y hasta huyan de casa. El aislamiento social, el adolescente se aparta de sus amigos. O que estos se aparten de él cuando perciben su desagradable cambio de actitud y comportamiento.

La disminución del rendimiento escolar; al adolescente deprimido le cuesta llevarse bien con los maestros y sus compañeros.

3.2. CONCEPTO DE AUTOESTIMA

La autoestima es un concepto extenso que abarca muchas cosas: es la valoración de nosotros mismos. Requiere la capacidad de conocernos: como somos, que pensamos y que sentimos, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta que punto nos creemos capaces, importantes, competentes y dignos (Horrocks, 1999).

En los adolescentes la autoestima crea una visión que influye en la forma en que se relacionan con las personas que los rodean, en como se sienten con ellos mismos en relación con los demás; "autoestima es la visión de nosotros mismos, es un espejo que refleja la forma en que pensamos que nos ven los demás, cada cual es un cristal que refleja la imagen del pasante".

El concepto que tenemos sobre nosotros mismos o auto concepto se basa muchas veces en nuestras experiencias sociales debido a que la opinión que tienen los demás sobre nuestra persona hace que nos generemos una imagen de nosotros mismos y que la proyectemos ante la sociedad. La opinión que tienen los demás sobre nosotros no siempre es positiva, es decir que si la interpretación que hacen de nosotros es negativa también nuestra autoestima lo será (Cazares, 2005).

Para que una persona pueda tener autoestima necesita de algunos elementos como los siguientes: La búsqueda de una identidad propia, valores, un propio estilo de vida, la perspectiva que uno tiene de si mismo, influencia de los demás sobre nosotros, tradiciones culturales, actitud y autenticidad.

Una vez que se han adquirido los elementos necesarios para la formación de la autoestima es necesario que estos se apliquen por medio de reglas que forman parte de ella, estas reglas son:

- Auto examen: consiste en incrementar la conciencia de ti mismo y hacer una revisión del estilo de vida y las relaciones que practicamos.
- Explicación: mirar hacia el pasado para comprender mejor el presente.
- Centrar la atención: centrarse en un solo problema por vez.
- Perspectiva: imagen de la persona que queremos ser.
- Estrategia: planear organizadamente lo que queremos ser.
- Desencadenantes: liberarnos de culpas ajenas.

A veces nuestra autoestima no puede desarrollarse sanamente por que durante su formación se presentan obstáculos como no comprometerse con ninguna persona, idea o creencia, preocupación por vivir intensamente el momento, no definir intereses personales, profesionales o ideológicos.

Aunque nuestra autoestima se genera a partir de lo que nos dicen que somos en realidad quien mas interviene en ella somos nosotros mismos: la aceptación de uno mismo siempre tendrá como resultado una buena autoestima pero el hecho de tenerse mucho afecto no significa que nos debamos sentir superiores a los demás, por eso, debemos de tener presente siempre que la autoestima esta ligada a nuestra integridad, honestidad y aceptación, que debemos tratar de eliminar pensamientos o actitudes negativas (arrogancia, ser engreído, falsa imagen de éxito y seguridad, tener conflictos), vivir concientemente, liberarnos de culpas reconociendo que no todas nos corresponden y fomentar la autoestima de los demás .

Una persona que genera autoestima en los demás esta orgullosa de su propio nivel de autoestima, es feliz, tiene éxito y es optimista ante el futuro, es abierta, esta interesada en escuchar ideas nuevas y a comprender a personas nuevas, cree apasionadamente en la capacidad de cambio en las personas y organizaciones, es muy generosa no solo con su dinero si no también con sus recursos, su tiempo y su saber, suele ser controlada, paciente y confiada en sus relaciones (Mann, 2001).

La autoestima tiene seis pilares según Mann (2001), que ayuden a cimentarla, a continuación se menciona cuales son y en que consiste cada una de ellos:

- ✓ **Conciencia:** consiste en reconocer la realidad que nos rodea y nuestro rol con ella, identificar los hechos que nos hacen ser quienes somos, estar presentes en las cosas que hacemos y permanecer abiertos a recibir información y conocimientos que nos hacen ser mejores desechando aquellos que nos puedan perjudicar.
- ✓ **Aceptación:** asumir nuestros pensamientos y sentimientos sin rechazarlos ni negarlos, aceptarnos, valorarnos y comprometernos a mejorar sin caer en la autocomplacencia, admitir nuestros límites, problemas, dudas y sentimientos negativos como el dolor y la tristeza.
- ✓ **Responsabilidad:** entender que somos los únicos responsables de todo lo que realizamos y somos, auto evaluación y autocontrol.
- ✓ **Respeto:** este pilar implica no dejarnos llevar por aquello que dicen otras personas, defender nuestra posición y aceptar que nunca complaceremos a todos, no dejarse manipular, no aparentar lo que no somos y confiar en que somos capaces de enfrentar los desafíos de la vida.
- ✓ **Propósito:** definir metas a largo y corto plazo y elegir las acciones necesarias para alcanzarlas, evaluarnos periódicamente para identificar lo que nos hace bien y lo que no, deseos de conseguir lo que queremos lograr.
- ✓ **Integridad:** ser congruente entre lo que profesamos y lo que hacemos, honestidad, honrar compromisos y ejemplificar los valores con acciones, realizar una práctica diaria que apoye los más altos ideales y confiabilidad en sí mismo.

3.2.1. PROCESOS DE LA AUTOESTIMA

Aunque la autoestima es un concepto muy amplio que incluye varios procesos paralelos según (Castellanos, 2004). Entre otros se encuentran los siguientes:

- ❖ **AUTOCONOCIMIENTO:** es la facultad para reconocer las características fundamentales de nuestra personalidad.
- ❖ **AUTOACEPTACIÓN:** es la capacidad de asumir la realidad de nuestras aptitudes y nuestras limitaciones, sin menospreciar nuestros atributos ni resaltar con un juicio destructivo nuestros defectos.
- ❖ **AUTOCONFIANZA:** consiste en la capacidad para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones apropiadas, asumiendo con responsabilidad las consecuencias de dichas decisiones.
- ❖ **AUTORRESPECTO:** es la certeza de que poseemos el derecho intrínseco de ser felices; es la seguridad de que somos dignos de éxito, amistad, amor y realización personal.

3.2.2. LOS CUATRO ASPECTOS DE LA AUTOESTIMA

La autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas, según Castellanos (2004):

- **Vinculación:** resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.
- **Singularidad:** resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.
- **Poder:** consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.
- **Modelos o pautas:** puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.
-

Según (Castellanos, 2004) existen cinco elementos de la autoestima y son:

FIGURA CORPORAL	VOCES INTERNAS	LA ASERTIVIDAD	EVITAR RIESGOS	SALUD FÍSICA Y MENTAL
De la cual se debe hacer una valoración realista. Lejos de modas o prejuicios, para aceptarla, cuidarla, mejorarla (sin falsas expectativas) y apreciarla.	Identificar, comprender, aceptar, asimilar, y en algunos casos, ignorar o corregir las voces internas (positivas y negativas).	Hacer o decir lo que realmente piensas o sientes, lo que parece justo, pero sin faltar a los derechos de los demás. Es decir, acertar en todo momento y lugar, en la mejor manera de actuar y de comunicarse con los demás.	Conocer, rechazar o enfrentar riesgos como: la anorexia, la bulimia, la drogadicción, las enfermedades de transmisión sexual, la delincuencia, la violación o acoso sexual, entre otros.	Desarrollar hábitos y habilidades que permitan preservar y enriquecer la salud física y mental.

3.2.3. TIPOS DE AUTOESTIMA

A) AUTOESTIMA ALTA

Una persona con autoestima alta vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso (Bischof, 1999).

La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades y capacidades, tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones.

En verdad todo ser humano tiene momentos difíciles, cuando el cansancio le abrumba, los problemas se acumulan y el mundo y la vida le parecen entonces insoportables. Una persona con autoestima alta toma estos momentos de depresión o crisis como un reto que pronto superara para salir adelante con éxito y mas fortalecida que antes, ya que lo ve como una oportunidad para conocerse aun mas y promover cambios (Bischof, 1999).

B) AUTOESTIMA BAJA

Por desgracia existen muchas personas que pasan la mayor parte de su vida con una autoestima baja, porque piensan que no valen nada o muy poco. Estas personas esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás, y como se anticipan a lo peor, lo atraen y por lo general les llega. Como defensa se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Así, aisladas de los demás se vuelven apáticas, indiferentes hacia si mismas y hacia las personas que las rodean. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, por consiguiente tienen mayor propensión a pisotear y despreciar a otros. El temor es un compañero natural de esta desconfianza y aislamiento (Olesky, 1996).

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja, las llevan a sentir envidia y celos de lo que otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias, grupos sociales y aun naciones.

3.2.4. CAUSAS DE BAJA AUTOESTIMA

Se entiende por causa de baja autoestima a todo aquello que altera la autoestima de una persona y como consecuencia daña su bienestar. Los adolescentes con problemas de autoestima tienden a retener más la información negativa externa que perciben de sí mismos en lugar de retener la positiva, este mecanismo para detectar solo la información negativa que obtenemos de nosotros por medio de los demás puede hacernos comprender la realidad; quienes poseen baja autoestima son más propensos a tomar todo más a pecho y a ver las reacciones de los demás como un ataque personal aunque no sea así. Debido a que la baja autoestima es un desequilibrio mental se considera como una psicopatía: las psicopatías se originan por desordenes mentales y por la falta de higiene mental. Entre las causas que originan desequilibrio en la autoestima se encuentran las siguientes, según Alcántara, 2003:

- **La educación recibida por nuestros padres.**
- **Abusos físicos o sexuales.**

- **La apariencia física**
- **Escasa valoración de sí mismo.**
- **Miedo al abandono:** creer (exageradamente) que dependemos necesariamente de otros.
- **Perfeccionismo:** exigimos más de lo conseguido.
- **Uso de los mecanismos de defensa:** protección ante sentimientos negativos para afrontar indirectamente los problemas.
- **Negación:** forma negativa de verse a sí mismo
- **Represión:** defensa contra una amenaza interna.
- **Proyección:** pensar que los otros tienen el problema y no reconocer que somos nosotros.
- **Reacción formativa:** expresar de forma exagerada el sentimiento contrario a la represión.
- **Adicciones:** ingerir compulsivamente sustancias que distraigan a nuestra mente de una realidad insoportable.
- **Conciencia de los propios sentimientos, necesidades y deseos:** influencia de los demás sobre nuestros pensamientos y acciones.

- **Control:** la necesidad de querer controlarlo todo dificulta la toma de decisiones.
- **No iniciar una comunicación adecuada con los demás:** quienes tienen problemas de autoestima piensan que comunicarse es difícil y frustrante.

3.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CON UN BAJO NIVEL DE AUTOESTIMA

La imagen que de sí tienen los adolescentes no es real. Se creen poseídos por un extraño fatalismo y permanecen pasivos ante lo que ese destino les depara. Sus vidas se tornan vacías por miedo a dispensar el esfuerzo que es necesario para llenarlas. Esta actitud les funciona como un sutil mecanismo de defensa por cuyo medio rehuyen la responsabilidad de asumir su autorrealización.

Pero, ¿Cómo se detecta la baja autoestima? En algunas personas que la padecen podremos encontrar, entre otras, las siguientes características (Alcántara, 2003):

- Sensación de ser inútiles, innecesarios, de no tener importancia.
- Incapacidad de disfrutar, pérdida del entusiasmo por la vida.
- Tristeza y melancolía permanentes.
- No se aceptan físicamente.
- Sienten que no tienen amigos.
- Se consideran inferiores a los demás.

- Están convencidos de no ser muy inteligentes.
- Se sienten incapaces de hacer las cosas por si mismos.
- Se consideran estudiantes deficientes.
- Los obsesiona un perfeccionismo esclavizador que los conduce a un desmoronamiento anímico cuando las cosas no salen como ellos esperaban.

3.2.6. ELEMENTOS DETERMINANTES DE UNA BAJA AUTOESTIMA

A) CREENCIAS Y DEBERES.

Las creencias y entre ellas, la formulación de lo que uno "debe hacer", se forman en el marco de las propias necesidades.

En su desarrollo influyen expectativas paternas, culturales y sociales, así como la necesidad de sentirse querido, de pertenecer a un grupo, y de sentirse bien con uno mismo (Horrocks, 1999).

La fuerza de las creencias y deberes depende del convencimiento que tenemos que son ciertos. Los deberes que la persona se impone a sí misma y que interfieren con la autoestima, son aquellos que pasan por alto las propias necesidades y deseos, a favor de los de otras personas.

Estos deberes inflexibles son formulados en forma de pensamientos del tipo **“Tengo que...”, “Debo de...”**.

B) MANEJO DE LOS ERRORES.

Los errores son una herramienta imprescindible para el aprendizaje. Nos proporcionan información acerca de la experiencia. Los errores son posteriores a la acción. Obremos en base a nuestros conocimientos y experiencia para conseguir satisfacer necesidades y deseos. Sólo después podemos conocer y evaluar el resultado de la acción (Bischof, 1999).

Para el sujeto con una baja autoestima, el "sueño de perfección" convierte los errores en algo inadmisibles. Esto le conduce a evitar experimentar, perdiendo así la oportunidad de adquirir nuevas experiencias que le devuelvan una imagen positiva de sí mismo. Por tanto, la baja autoestima tiende a limitar la capacidad de auto expresión.

Nos hallamos ante un círculo vicioso: sin acción no hay error, sin error no hay dolor pero tampoco cambio ni posibilidad de conseguir aquello que necesitamos o deseamos.

3.2.7. LA AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES

Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente. Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue.

Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

La autoestima es la visión mas profunda que cada cual tiene de sí mismo.

Se estructura a partir de la suma de la auto confianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y la consideración que nos debemos a nosotros mismos (Alcántara, 2003).

Es considerada como actitud, la autoestima es la forma habitual de percibirnos, de pensar, de sentir y de comportarnos en relación con nuestro ser.

Toda vez que se genera en la interacción con el prójimo, la autoestima implica el autoconocimiento, además de cierto sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de la comunicación y de la satisfacción de saberse útil y valioso para los demás.

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. En su ausencia, la vida puede resultar penosa en grado sumo, ya que entonces es imposible satisfacer la mayor parte de las necesidades humanas básicas. Cuando se padece una baja autoestima se enfrentan mayores dificultades para desarrollarse con los demás, pues se limita la capacidad para resolver problemas, etc (Olesky, 1996).

Si tenemos una percepción positiva de nosotros mismos y nos consideramos capaces de lograr nuestros deseos, es muy posible que estos se cumplan. Como bien lo sabe cualquier persona que haya alcanzado la madurez, estructurar una identidad propia no es tarea fácil. El niño llega a la adolescencia con una opinión sobre sí mismo que habrá adquirido durante su infancia, y que se verá radicalmente transformada durante la nueva etapa, al sumársele gran cantidad de impresiones que le brindaran un nuevo sentido de valía mucho más personal.

Un adolescente que haya desarrollado una imagen positiva de sí mismo estará más capacitado para:

- Actuar de forma autónoma e independiente.
- Asumir responsabilidades.
- Afrontar con entusiasmo nuevos retos y dificultades.
- Sentirse orgulloso de sus logros.
- Expresar con mayor amplitud sus emociones y sentimientos.
- Tolerar la frustración.

Miguel Ángel Montoya (2001) dice: “Aquel que es malo consigo mismo, no será bueno con nadie” (Proverbio). Por paradójico que pueda parecer, el amor a sí mismo, la autoestima, es exactamente lo opuesto al egoísmo.

Nadie puede dar lo que no tiene. El auto amor o autoestima hace posible que el individuo rompa las barreras del egoísmo, del aislamiento y del empobrecimiento emocional, y que se acerque a los demás con una individualidad amorosa que, a su vez, es enriquecida por el prójimo.

Ahora bien para Montoya (2001) Un adolescente con autoestima presenta las siguientes características:

- ... actuará independientemente
- ... asumirá sus responsabilidades
- ... afrontará nuevos retos con entusiasmo
- ... estará orgulloso de sus logros
- ... demostrará amplitud de emociones y sentimientos
- ... tolerará bien la frustración
- ... se sentirá capaz de influir en otros

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme **IDENTIDAD**, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas.

Es una época en la que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; piénsese en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Y a estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también (Ituarte, 2000).

En la "crisis de identidad" de la adolescencia, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, o puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima.

Posteriormente **¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana?**, Montoya (2001) menciona lo siguiente:

La autoestima influye sobre el adolescente en:

- cómo se siente
- cómo piensa, aprende y crea
- cómo se valora
- cómo se relaciona con los demás
- cómo se comporta

Por lo tanto **¿cual es la influencia positiva de la autoestima sobre el adolescente?**

Los aspectos positivos que refuerzan las posibilidades del adolescente de cara a la vida adulta, según Mann (2001) son:

- Saber con claridad con qué fuerzas, recursos, intereses y objetivos se cuenta.
- Relaciones personales efectivas y satisfactorias.
- Claridad de objetivos.
- Productividad personal: en casa, en el colegio y en el trabajo.

Ayudando a los adolescentes a acrecentar su autoestima se pueden inducir situaciones beneficiosas y reforzar así los recursos del adolescente para la vida adulta. Para él es una auténtica necesidad fraguar su identidad y sentirse bien consigo mismo. Si puede satisfacer tal necesidad a su debido tiempo podrá seguir adelante y estar listo para asumir la responsabilidad de satisfacer sus necesidades en la vida adulta.

A) ¿DE QUE MANERA LOS PADRES CONTRIBUYEN A LA AUTOESTIMA DE LOS HIJOS?

Algunas variables directamente relacionadas con la autoestima de los sujetos, según (Olesky, 1996) tales como:

- a) El interés de los padres en el bienestar económico de sus hijos,
- b) El interés de los padres por los compañeros de sus hijos.

- c) La disposición de los padres para discutir los problemas de los chicos.
- d) Los padres de los niños con autoestima alta son más firmes y estrictos que los padres con autoestima media o pobre.
- e) Los padres con autoestima pobre son rígidos.

Se reconoce la importancia de la autoestima de los padres y del apoyo familiar que se le brinde al niño durante su infancia. Los padres que son emocionalmente estables tienen hijos con alto grado de autoestima. En tanto que los padres emocionalmente inestables (depresivos, pesimistas, rígidos y críticos) tienen hijos con autoestima baja. La familia sirve como unidad social primaria. Los padres actúan como agentes socializadores, proveen objetivos y valores de los cuales el niño saca pautas de conducta; mismas que constituyen la base para la interacción con otros, pero no siempre constituyen una influencia positiva y en ocasiones incluso se considera que son una influencia limitante para el desarrollo de los hijos (Olesky, 1996).

B) ¿DESDE QUE EDAD LOS PADRES INFLUYEN EN LA AUTOESTIMA DE LOS HIJOS?

El niño, desde los primeros meses de vida, presenta emociones que pueden ser diferenciadas o sincréticas. Desde los primeros meses de vida el niño establece una comunicación de tipo afectivo con la madre. Es en esa relación con el adulto que el niño aprende a diferenciar sus movimientos (Horrocks, 1999).

En un principio la madre es quien interpreta el comportamiento de su hijo, puesto que con unas cuantas palabras le comunica lo que siente o quiere.

El niño aprende a diferenciar sus sentimientos en una relación y situación concretas; por ejemplo, aprende a sentir rabia, pena, alegría y es el adulto el que le transmite lo que debería sentir el niño en una situación específica.

El niño nace con toda una potencialidad para alcanzar un desarrollo y aprendizaje óptimos en su vida social y afectiva; su aprendizaje depende de la calidad de las relaciones que existen en la familia y de aquellos que desempeñan papeles importantes en su vida, quienes determinan su propio valor como individuo.

3.2.8. EFECTOS DE LA AUTOESTIMA

Entre los efectos positivos que se derivan de un desarrollo adecuado a la autoestima (Alcántara, 2003) cabe destacar los siguientes:

- Favorece el aprendizaje.
- Ayuda a superar las dificultades personales.
- Fundamenta la responsabilidad.
- Desarrolla la creatividad.
- Estimula la autonomía.
- Posibilita una relación social saludable.
- Garantiza la proyección futura del individuo.

El adolescente con alta autoestima actuará con autonomía y responsabilidad, afrontará retos, disfrutará sus logros, tolerará decepciones y será capaz de influir en otros; todo lo cual repercutirá favorablemente en el proceso de su educación. El adolescente con deficiente autoestima menospreciará sus cualidades, creerá que los demás no lo valoran, sentirá que sus recursos son escasos, se dejará influir fácilmente por los demás, le costará mucho expresar sus sentimientos, mostrará poca tolerancia a las situaciones de ansiedad, se frustrará fácilmente y se mantendrá permanentemente a la defensiva, tendiendo a culpar de sus fracasos, errores y debilidades a sus semejantes; todo lo cual repercutirá en una serie de efectos negativos en su evolución emocional, en su educación y en su rendimiento escolar (Alcántara, 2003).

3.2.9. IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA

Tomar conciencia de la trascendencia de la autoestima es un presupuesto determinante de la eficacia y la perfección que se desea alcanzar en la formación psicológica de los adolescentes.

A) LA AUTOESTIMA SIRVE PARA SUPERAR LAS DIFICULTADES PERSONALES

Cuando un adolescente o cualquier persona gozan de autoestima es capaz de afrontar los fracasos y los problemas que le sobrevengan. Dispone dentro de sí de la fuerza necesaria para reaccionar y superar los obstáculos.

En general es poco propenso al desaliento prolongado y, a menudo, obtiene mejores respuestas, que lo conducen a un progreso en su madurez y competencia personal. Sucede todo lo contrario con el joven o adulto desprovisto de autoestima: los golpes que recibe en su vida lo quiebran, paralizan y deprimen (Roffer, 2002).

B) LA AUTOESTIMA FUNDAMENTA LA RESPONSABILIDAD

La responsabilidad no puede crecer en la tierra yerma de la auto descalificación y del propio desmerito. Solo se compromete el que tiene confianza en si mismo, el que cree en sus aptitudes; y, normalmente, encuentra en su interior los recursos necesarios para superar las dificultades inherentes a su compromiso.

C) LA AUTOESTIMA APOYA LA CREATIVIDAD

Una persona creativa solo puede seguir siéndolo si tiene fe en si misma, en su originalidad y en sus capacidades. Las principales estrategias que suscitan la creatividad, según (Roffer, 2002) es posible comprobar como en todas ellas es primordial la confianza en si mismo:

- Apreciar cualquier esfuerzo creativo al adolescente, por muy pequeño que este sea.
- Hacerle ver al adolescente que sus ideas tienen valor.

- Escuchar con respeto las preguntas que este tenga.
- Inspirarle confianza en su capacidad creativa.
- Animarlo en sus aficiones
- Recompensar todo trabajo creativo.

D) LA AUTOESTIMA CONSTITUYE EL NUCLEO DE LA PERSONALIDAD

La fuerza mas profunda del hombre es su tendencia a llegar a ser el mismo. La fuerza impulsora ultima es la voluntad inexorable de la persona de captarse a si misma. El dinamismo básico del hombre es su autorrealización.

E) CONTENIDOS DE LA AUTOESTIMA

Cada cultura, cada época y hasta cada individuo tiene su visión particular al respecto. Siguiendo los criterios de Max Scheler en su ética, creemos en un orden objetivo de los valores individuales, que se encarnan en los bienes concretos de cada persona. Se pueden ordenar de acuerdo con los parámetros de su duración, indivisibilidad, fundamentalidad y profundidad, situándolos en cinco categorías: corporales, intelectuales, afectivos, estéticos y morales.

Dentro de los contenidos que conforma la autoestima se encuentran los diferentes tipos de valores que debe poseer los adolescentes según (Roffer, 2002):

1.- VALORES CORPORALES

Los adolescentes deben estimar su cuerpo, aceptarlo con sus limitaciones y defectos, admirarlo y sentirse agradados y felices con él. Los adultos no deben contagiarles viejos resabios que menosprecian el cuerpo.

2.- VALORES INTELECTUALES

Son bienes propios mas sutiles y escondidos, pero mas duraderos y fundamentales. Lo primero que debe hacerse es identificar los talentos arraigados en su inteligencia. Después se detectara su rasgo intelectual mas destacado y, finalmente, se ayudara a los adolescentes a tomar conciencia de él para conseguir su aprecio y valoración afectiva.

3.- VALORES ESTÉTICOS

Es un valor superior a los valores útiles y económicos que pueden poseer y sobre los cuales muchas veces se basan su autoestima por la sugestión de esta sociedad que glorifica más el tener que el ser.

4.- VALORES AFECTIVOS

Los principales sentimientos son:

- Amor
- Deseo
- Alegría
- Esperanza
- Audacia
- Seriedad
- Odio
- Horror
- Tristeza
- Desesperanza
- Temor
- Ira

El amor es la búsqueda del bien, de la perfección.

El odio es desprecio y rechazo del mal.

La alegría es confianza y seguridad del a existencia.

La tristeza es dolor.

El deseo es la tendencia al bien, es sentirse menesteroso de muchos bienes.

La esperanza es proyecto y conquista del futuro.

La audacia es arriesgarse para alcanzar un bien futuro y difícil; es valiosa si esta sostenida por la prudencia.

Aplicando la estrategia de la clarificación de valores, se pueden detectar en los adolescentes. El siguiente puede ser un marco orientativo:

SOCIALES

- Participación
- Responsabilidad
- Tolerancia
- Respeto a los demás
- Rechazo de toda discriminación
- Dialogo
- Solidaridad
- Cooperación
- Amistad
- Comunión de bienes
- Servicialidad
- Afabilidad
- Justicia
- Lucha por una sociedad mas justa
- Altruismo y amor al prójimo
- Sensibilidad ecológica
- Respeto a las leyes
- Lealtad

INDIVIDUALES

- Sinceridad
- Fortaleza
- Libertad
- Paz
- Prudencia
- Laboriosidad
- Amor a las cosas bien hechas
- Amor a Dios, en los creyentes
- Gratiitud

3.2. 10. LOS DESEQUILIBRIOS DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES

Los desequilibrios de autoestima pueden presentarse de diferentes formas, según (Olesky, 1996) tales como:

Trastornos psicológicos:

- Ideas de suicidio
- Falta de apetito
- Pesadumbre
- Poco placer en las actividades
- Se pierde la visión de un futuro
- Estado de ánimo triste, ansioso o vacío persistente
- Desesperanza y pesimismo
- Culpa, inutilidad y desamparo como sentimientos
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones
- Trastornos en el sueño
- Inquietud, irritabilidad
- Dolores de cabeza, trastornos digestivos y náuseas

Trastornos afectivos:

- Dificultad para tomar decisiones
- Enfoque vital derrotista
- Miedo
- Ansiedad
- Irritabilidad

Trastornos intelectuales:

- Mala captación de estímulos
- Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
- Dificultad de comunicación
- Auto devaluación
- Incapacidad de enfrentamiento
- Ideas o recuerdos repetitivos molestos

Trastornos de conducta:

- Descuido de las obligaciones y el aseo personal
- Mal rendimiento en las labores
- Tendencia a utilizar sustancias nocivas

Trastornos somáticos:

- Insomnio
- Dormir inquieto
- Anorexia
- Enfermedades del estomago
- Alteraciones en la frecuencia ritmo cardiaca
- Mareos
- Nauseas.

3.2.11. ACTITUDES POSITIVAS Y NEGATIVAS EN LOS ADOLESCENTES

Las actitudes que tomen los adolescentes se deben ha varias razones, según (Ramírez, 1996) que son las siguientes:

La preocupación por la personalidad, aquí los adolescentes se interesan mucho porque la personalidad es el resultado del desarrollo en el que intervienen tres influencias: la herencia que da un temperamento propio al individuo, la educación y la orientación en que se vive.

La herencia al nacer el individuo trae una constitución propia. Fruto de genes que le dieron el ser, las formas de su cuerpo, talla, color de la piel, huesos fuertes o débiles son decididos por su herencia.

El termino temperamento se refiere la emotividad, ha la sensibilidad en sus diferentes formas y grados, a las tendencias, inclinaciones y preferencias.

La educación, el temperamento si es posible educarlo; porque no todo en el hombre depende de la materia, sino que influye también la mente con sus manifestaciones superiores. Se puede educar la sensibilidad las tendencias e inclinaciones. Sin embargo, no se espere cambiar el temperamento en forma absoluta. Por ejemplo una persona flemática jamás se convertirá en emotiva autentica.

Al hablar de educación, nos referimos también a la instrucción porque sabido es que los estudios y la profesión dan una personalidad propia al individuo, porque lo define mejor frente a si mismo y frente a la vida.

La personalidad sana, es la que se acepta a si mismo admitiendo sus defectos sin acomplejarse y al mismo tiempo reconoce sus actitudes y las utiliza para salir adelante mediante una vida constructiva para sí mismo y para la sociedad. Es la que no se deja abatir por los surgimientos que le causara alguna inferioridad física, familiar, social o económica sino que trata de superarse aprovechando los dones que tienen en ves de envidiar a otros por lo que a él le falta. La personalidad sana es la que siente que la disciplina es necesaria para el orden de toda sociedad y no está en conflicto con la autoridad (Horrocks, 1999).

Los descubrimientos de los valores, cada adolescente de acuerdo a lo que estima más importante en la vida construye su escala de valores poniendo a la cabeza uno de ellos.

La auto educación y la formación de carácter, los jóvenes se interesan por auto educarse porque es el esfuerzo individual por aprender. El auto educarse tiene especial importancia dentro de la formación de la adolescente, porque ya le faltan pocos años para independizarse. La disciplina activa da forma a la personalidad y la desarrolla porque hace rendir al máximo las actitudes propias.

El carácter es el temperamento educado, traducido en conducta. Mientras la personalidad está formada por una serie de situaciones y factores de la vida, que permiten que cada individuo sea único y diferente de los demás, el carácter es el comportamiento o conducta.

A pesar del poder del pensamiento, el ser humano posee fuerzas maravillosas que no todos saben utilizar. Nuestros pensamientos dirigen nuestra conducta como hilos invisibles, porque nuestras convicciones nos hacen actuar en tal o cuál dirección casi inconscientemente. Por eso, una regla para poder actuar con rectitud es cultivar pensamientos elevados: amor a la verdad respecto a la sabiduría, interés por la cultura, afición por el arte, generosidad con los seres humanos, porque finalmente estas son fuerzas que nos hacen tomar la decisión definitiva. Quien cultiva estos principios difícilmente, equivoca sus actitudes (Mann, 2001).

Por otro lado los adolescentes no solo obtiene actitudes positivas también obtienen actitudes negativas, que se debe a lo siguiente:

La falta de comunicación, desde el día en que nacemos, todos necesitamos recibir atención de nuestros Padres. Pero cuando creces, muchas veces sientes que no te están dando la atención que te corresponde, es comprensible que te sientas herido y enojado, sobre todo si parece que tú hermano -el mayor, el menor, el que mejor se comporta o incluso el más desobediente- es siempre el centro de interés. Tal vez llegues a sentirte como David cuando escribió: “como alguien muerto y no en el corazón, he sido olvidado; ha llegado a ser como un vaso dañado”.

También se da el caso de jóvenes a quien parece que sus padres les dedican la mayor parte del tiempo simplemente porque son los mayores o los menores. En muchas ocasiones, los jóvenes que no reciben la atención de sus padres optan por iniciarse en el mundo de las drogas, el alcohol, que muchas veces los llevan a la perdición.

La mayoría de los jóvenes se enfrenta a muchas pruebas en la escuela y en las comunidades corrompidas: lenguaje obsceno, entretenimiento degradado y en muchos lugares se siente cada vez con más fuerza la depresión del grupo que compete a participar en actividades impropias como salir a escondidas, el hacerse perjuicios corporales.

Generalmente cuando un adolescente le pasa por la mente salir a escondidas le suena emocionante y divertido. Por fin una oportunidad de saborear la vida, él solo, durante varias horas hacer lo que le plazca y estar con quien quiera sin tener que rendir cuentas a nadie además, probablemente halla oído a sus compañeros a hablar de lo que hacen y de lo bien que lo pasan cuando se escapan por las noches. Así también le tienta la idea de unirse a ellos (Cofer, 1999).

Sin embargo cuando los y las jóvenes salen a escondidas porque están aburridos y desean divertirse con sus amigos, por otro lado se escapan por la restricción, como cuando se les obliga a estar en casa temprano por la noche o se les castiga con no dejarles asistir a algún acontecimiento social.

Pero es normal que los jóvenes se expongan al peligro, desean ser independientes, probar cosas desconocidas, pues forma parte del proceso del crecimiento. Por lo tanto muchos jóvenes se arriesgan más allá de los límites razonables, que puede costarles la vida.

El hacerse perforaciones corporales, son más los jóvenes que se prenden aretes y pendientes de tornillo en diversas partes del cuerpo, incluido las cejas, la lengua, los labios y el ombligo, pues es la moda de las perforaciones corporales. Están se practican porque ver ha sus amigos hacérselos, muchos siguen está moda porque les parece el ultimo grito. Otros creen que les realza el aspecto. Ciertamente este uso ha recibido el apoyo de supermodelos estrellas deportivas y músicos populares. Para otros jóvenes constituyen una afirmación de independencia e individualidad. Hay dos principales razones para acribillarse la piel, poder enojar a los padres y escandalizar a la clase media.

La insatisfacción, el inconformismo, el desafío, y la rebelión fomentan, por lo visto, la necesidad de expresar así su personalidad. Ciertas perforaciones pueden resultar peligrosas para la salud, el hacerse uno mismo es arriesgado, y también pueda ser peligroso acudir a los supuestos profesionales de la perforación corporal cuya preparación suele ser muy superficial por haber aprendido el harte de sus amigos o con revistas o videos (Cofer, 1999).

3.2.12. IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA ANOREXIA.

La baja autoestima es una característica común de los diferentes trastornos de la ingesta ya que refleja el temor de la paciente en que si " se abandona" y se muestra al mundo tal y como es en realidad será rechazada inmediatamente. Uno de los objetivos de la buena terapia del trastorno de la ingesta es conseguir que la paciente aprecie su propia valía intrínseca (Satir, 2004).

Razones de la baja autoestima: ¿Cómo desarrolla alguien una baja autoestima?

Participan varios factores:

- Creencia de que la figura determina la valía: Las personas con trastornos de la ingesta han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos que estén delgadas, y por supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas.
- Dependencia de factores exteriores para determinar la propia valía: en lugar de quererse y valorarse internamente, miden su valía a través de señales exteriores, por ejemplo: la calificación de un examen, la marca de una carrera, la aprobación por parte de los amigos...
- Pensar en sí mismas como inútiles e incompetentes: Si una persona se siente impotente respecto de su vida o entorno, es evidente que no será capaz de desarrollar mucho respeto por sí misma.

3.3. CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Personalidad, pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto.

La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias (Coffin, 2005).

Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas -hay castigo- la probabilidad de repetirse será menor.

La personalidad es única en cada ser humano, si bien hay quienes tienen muchos rasgos en común. Ella expresa las características o formas de ser de una persona en tanto diferente de todas las demás ya que es la síntesis de la forma más habitual de conducirse física, psicológica y socialmente en las distintas circunstancias de la vida de cada uno (Coffin, 2005).

Son los factores más o menos estables que hacen que la conducta de una persona sea consistente en diferentes ocasiones y distinta de la conducta que otras personas mostrarían en situaciones comparables.

La personalidad es menos un producto terminado que un proceso fluyente. Si bien tiene algunos rasgos estables, está al mismo tiempo sufriendo continuamente el cambio.

Son las estructuras y procesos psicológicos subyacentes y relativamente estables que organiza a la experiencia humana. Es la configuración única que toma en el transcurso de la historia de un individuo el conjunto de los sistemas responsables de la conducta.

Es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan los ajustes únicos del individuo al medio circundante.

El punto de partida de la personalidad es, como en la psicología general, una concepción del hombre.

La personalidad es a la vez el resultado de la conducta y aquello que conduce, personalidad y conducta son, pues dos aspectos complementarios de una misma historia.

3.3.1. LOS ORIGENES DE LA PERSONALIDAD

Todos los aspectos de la personalidad son parcialmente heredados, pero la importancia de la herencia varía mucho en cada aspecto.

Los rasgos generales de la personalidad como la inteligencia y la tendencia neurótica ocupan una posición intermedia, y por su parte las actitudes y las creencias están determinadas muy principalmente por el medio. Además de descubrir la importancia de la herencia para diferentes aspectos de la personalidad. Se heredan los rasgos generales de manera multigenética, pero se heredan ciertos desordenes mentales y formas de deficiencia mental a través de genes únicos recesivos o dominantes (Mankeliunas, 1996).

Se adquiere lo que no se hereda, especialmente durante la niñez y como resultado de experiencias vividas en el seno de la familia. Parece probable que una parte importante de este proceso sea la identificación, en la que el sujeto toma a otro individuo como modelo de imitación y siente su propia deficiencia si no logra ajustarse a él.

3.3.2. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA PERSONALIDAD

Los aspectos biológicos en la personalidad del ser humano se manifiestan a través de ciertos aspectos somáticos, biológicamente distinto por las disposiciones congénitas. Según la perspectiva biológica, las características del temperamento son innatas; por ejemplo, plantea Jerome Kagan que las diferencias entre los niños inhibidos y los desinhibidos pueden deberse a una mayor reactividad fisiológica de los niños.

Los primeros presentan una mayor tensión muscular en particular en las cuerdas vocales y en la laringe, tienen un ritmo cardiaco en reposo más rápido. Debido a esta hipótesis, algunos niños, dada su información genética, son mas reactivos a los estímulos novedosos que a otros (Olesky, 1996).

Es evidente que ciertos rasgos de personalidad tienen componentes genéticos, aunque, por sí solos, los genes no representan nuestro destino; sin embargo, hay veces que el comportamiento del ser humano es el resultado de la deliberación y voluntad que se impone sobre la biología y la historia personal; es decir, la herencia y el ambiente interactúan para determinar la personalidad.

Por otro lado, los factores socioculturales, como la pertenencia étnica y racial, el género, la preferencia sexual y los desafíos físicos, son importantes para entender la personalidad humana.

En relación con los aspectos psicológicos, para Piaget (1970) el conocimiento de cada ser humano sobre el mundo es el producto de su interacción continua con él, pues la persona construye su mundo cognitivo a partir de experiencias sucesivas. La forma en que el niño desarrolla su habilidad para desenvolverse en su ambiente difiere en diversas etapas de su vida, las cuales van desde las mas elementales (sensomotoras) a las mas complejas. Freud describe como se desarrolla la personalidad a lo largo de una serie de etapas que ocurren en la infancia, la cual se relaciona a cada uno de los periodos con una función biológica como centro.

Además, plantea que los acontecimientos que se lleven a cabo en estas fases pueden ser determinantes en la formación de la personalidad del ser humano.

ORAL. Se caracteriza por el interés en la gratificación al chupar, comer, morder, besar y acariciar, al contacto con la piel materna. Si el niño disfruta el placer a través de comer en exceso, puede tener una fijación en esta fase y desarrollar una personalidad oral receptiva, fumar y comer de mas y siendo una persona crédula. Por otro lado, si se frustran los placeres orales, pueden quedar fijados en una personalidad oral agresiva. Por ejemplo, se procura placer siendo agresivamente verbal y hostil hacia los demás. Comienza esta fase desde el nacimiento hasta los 12-18 meses.

ANAL. Se distingue por la gratificación al expeler y retener las heces fecales; aceptación de las exigencias sociales relativas al control de esfínteres. Abarca de los 12-18 meses hasta los 3 años de edad. Si los padres o tutores son muy estrictos en sus métodos, los hijos pueden reaccionar de dos maneras: retener las heces, estreñimiento y desarrollar un carácter obstinado, mezquino y compulsivo o rebelarse, expulsando las heces en un momento inoportuno, presentando rasgos de carácter destructivo, como las rabietas, prepotencia, desorden, falta de higiene.

FALICA. Su preocupación principal está en los genitales; se establece la diferenciación psicosexual masculina o femenina y la identificación con el padre o la madre, llevando a cabo exploraciones sexuales o imitando papeles de los adultos; por ejemplo, jugando al papa y a la mama, al médico y a la enfermera. Solución de complejo de Edipo que conlleva a la identificación con el progenitor del mismo sexo. Este complejo estructura la personalidad y el deseo humano y sirve para aceptar las normas sociales por parte del individuo. Acontece de los 3 a los 5-6 años.

GENITAL. A partir de la pubertad se inicia esta fase del desarrollo psicosexual y se reafirma la identidad sexual del hombre o la mujer.

3.3.3. LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD

Se ha demostrado profundo interés en el aprendizaje y los procesos del desarrollo, no se han interesado mucho en los elementos estructurales o relativamente modificables de la personalidad.

¿Qué conceptos emplean para las características estables y duraderas de la persona?

El hábito es uno de los aspectos claves en la teoría E-R, y consecuentemente es el concepto importante para ellos.

La estructura de la personalidad se configura mediante un proceso de convergencia de diversas vertientes de la realidad: la vertiente biológica, la psicológica y la sociocultural. Todas y cada una de las experiencias que el individuo va acumulando desde la vida intrauterina tienen un significado determinado. Al irse entreverando dichas experiencias y confrontándose entre sí, las distintas personalidades van adoptando determinada estructura, según el tipo de significatividad que prevalezca (Bischof, 1999).

Durante la adolescencia (entre los 11 y los 20 años) se inicia la “etapa de la sociabilidad”, del descubrimiento del sentido específico de las experiencias comunitarias y sociales. El adolescente va realizando la multiforme experiencia de su vinculación con el medio, del encuentro con su yo- ansioso de autonomía y con sus creencias, lo cual lo obliga a gravitar hacia las realidades del entorno.

La madurez del adolescente se produce de modo gradual, a medida que va descubriendo que la plenitud humana no se alcanza ni mediante la fusión ni a fuerza de retracción, sino por la vía de la integración.

Hábito

Es un eslabón o asociación entre un estímulo y una respuesta. Los cimientos de esta teoría se basan en la especificación de las condiciones bajo las cuales se forma, rompen o reemplazan estos eslabones.

Aun cuando la personalidad consiste principalmente en hábitos, su estructura dependerá de los elementos únicos a los cuales el individuo ha estado expuesto. El hábito es únicamente una estructura temporal ya que los de hoy pueden ser alterados como resultado de la experiencia del mañana. Ellos se contentan con especificar los principios que gobiernan la formación de los hábitos y dejan al clínico, o al investigador, la tarea de detallar los hábitos que son característicos de una persona en particular.

Los hábitos no son la única porción duradera de la personalidad, ya que también hay pulsiones primarias y secundarias o derivadas, así como una jerarquía de respuestas (Horrocks, 1999).

3.3.4. LA DINAMICA DE LA PERSONALIDAD

Pulsión

Es un fuerte estímulo que instiga al individuo a la acción. Energetiza la conducta, pero no la dirige por sí mismo. Cualquier estímulo puede convertirse en pulsión si alcanza suficiente intensidad (Cofer, 1999).

Son denominados pulsiones primarias o innatas; están por lo general encadenados a procesos fisiológicos y su reducción es con frecuencia necesaria para la supervivencia del organismo. Ejemplos de las pulsiones primarias son: el dolor, hambre, sed y sexo.

La importancia de estas en la conducta de cualquier individuo depende de su intensidad y esta relacionado con la oportunidad de obtener gratificaciones de reducción de la pulsión. El aprendizaje consiste fundamentalmente, en el desarrollo de medios eficientes para lograr una baja de punctiones.

Pulsiones secundarias

Su efecto sobre los sujetos humanos se ve complicado por el gran número, adquiridas o derivadas, que eventualmente hacen su aparición. En el proceso de crecimiento, un individuo, por lo general, desarrolla un gran número de pulsiones secundarias que sirven para instigar y dirigir su conducta. Las aprendidas son adquiridas sobre la base de las primarias; sirven como un cimientto para el funcionamiento del individuo, a su vez coadyuvado por las punctiones innatas (Bischof, 1999).

3.3.5. EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

A) EQUIPO INNATO

Al nacer y durante los primeros días de la vida el individuo esta dotado de un limitado conjunto de equipo conductual. Primero, posee un pequeño numero de reflejos específicos, los cuales son, en su mayor parte, respuestas segméntales hechas a un estimulo o clases de estímulos altamente específicos. Segundo, posee un número de jerarquías de respuesta innatas.

Tercero, el individuo posee un conjunto de pulsiones primarias son el caso típico de estimulación interna de gran fuerza y persistencia, por lo general con procesos fisiológicos, que llevan al individuo a actuar, pero en general, no guían o dirigen esta acción; solo hay reflejos específicos y jerárquicas de respuesta que ejercen alguna direccionalidad sobre el comportamiento (Coffin, 2005).

Son pulsiones primarias que, bajo ciertas condiciones orgánicas, lo “empujan” a actuar o conducirse, pero que no dirigen propiamente esta actividad. La única guía inicial de las respuestas proviene de una jerarquía innata de tendencias a responder. Dado tal estado inicial, nuestra teoría del desarrollo debe considerar: a) la extensión de respuestas actuales a nuevos estímulos y situaciones-estímulos; b) el desarrollo de nuevas respuestas; c) es el desarrollo de motivos nuevos o derivados, y d) la extinción o eliminación de las asociaciones existentes entre estímulos y respuestas.

El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo, su desarrollo temprano en el que ocurren ciertos cambios durante la adolescencia. Desde la niñez, posiblemente desde una edad tan temprana como los cinco años o al menos los nueve y que poco o nada se puede hacer mas tarde para cambiar ciertos patrones básicos. Ya que no podemos estar de desacuerdo sobre la influencia que el ambiente tiene sobre el desarrollo y la organización de la personalidad.

B) HERENCIA Y MEDIO AMBIENTE

La conducta del individuo esta basada en la interacción de la maduración y del aprendizaje, términos que podemos sustituir por herencia y medio ambiente.

Existe una relación entre el medio ambiente y varios aspectos del desarrollo de la personalidad, aunque las relaciones específicas de causa y efecto son difíciles de identificar (Olesky, 1996).

Utilizando como base la teoría psicosocial de Erikson del desarrollo del ego. Digman (1965) estudio la relación entre la identidad del yo y la identidad con la madre es una identificación importante en la niñez que contribuye a la identidad del ego, esta sería relacionada positivamente con la identidad del ego, por una muestra de mujeres universitarias en su ultima adolescencia.

C) EL PROCESO DEL APRENDIZAJE

Sugiere Mann, que hay cuatro elementos conceptúales importantes en dicho proceso. Son: pulsión, señal o estimulo, respuesta y reforzamiento.

Una señal es un estimulo que guía la respuesta del organismo. El estimulo adecuado, dispone o predispone al individuo a actuar; la señal, dirige o determina la naturaleza exacta de la respuesta.

“las señales determinan cuando responderá, donde responderá y que respuesta ejecutara”; pueden cualquier estímulo que haga a un estímulo distintivo puede servir como base para la señal, y por lo general la diferencia se basa más fácilmente en la variación de clase que de intensidad.

Ya hemos sugerido que cualquier estímulo puede convertirse en una pulsión con solo tener la fuerza necesaria; en esta forma, el mismo estímulo puede tener valor tanto como pulsión y como señal y entonces activar y dirigir la conducta.

Como ellos puntualizan antes de que una respuesta dada pueda aunarse a una señal dada, debe ocurrir la primera de este binomio. Así, una etapa crucial en el aprendizaje del organismo es la producción de la respuesta apropiada. Es una situación dada, ciertas respuestas aparecen más fácilmente que otras.

En el desarrollo, la jerarquía se asocia íntimamente. Con el lenguaje, porque las respuestas particulares se unen con las palabras y consecuentemente, el habla puede mediar o determinar la jerarquía particular que operara (Roffer, 2002).

Una vez que ha ocurrido una respuesta, su destino está determinado por los subsiguientes reforzamiento o no reforzamientos. Los eventos que fortalecen la conexión entre una respuesta dada y una señal particular se llaman reforzamientos o recompensas.

Ellos concuerdan con Meehl (1955) al argüir que esta definición no es completamente circular, para un evento dado que se demuestra que ha sido reforzado (fortalecer conexión E-R), se supone que este mismo evento reforzara o promoverá el aprendizaje en otras situaciones. El punto de vista por Dollard y Miller nos hace suponer que la recompensa no puede actuar mas que cuando los estímulos-pulsión están operando, y además, que siempre hay una reducción o disminución de los estímulos-pulsión en el proceso del reforzamiento.

Una respuesta dada puede ser reforzada por medio de la reducción de pulsiones primarias como el hambre, la sed, el dolor; o puede ser reforzada a través de la reducción de pulsiones adquiridas o secundarias, por ejemplo ansiedad, vergüenza, conformidad, etc. Obvio que los reforzamientos en la vida cotidiana de los individuos esta mediada por la reducción de estímulos-pulsiones secundarios o aprendidos. El reforzamiento secundario es, por supuesto, derivado y depende del reforzamiento primario.

Ni es necesario suponer que los efectos de la recompensa o reforzamiento están mediados concientemente. El individuo puede o no apreciar el papel de la recompensa como determinante de su aprendizaje.

Acabamos de ver que los hábitos o respuestas-señal asociadas se forman como resultado de una reducción de la pulsión, ósea por reforzamiento. Esto va de acuerdo con la formulación de que los hábitos dejan de operar o se delimitan como resultado de la ausencia de reforzamiento. Ha este debilitamiento del habito o disminución de la tendencia a responder por falta de reforzamiento se le llama extinción.

Si una respuesta extinguida no ha sido evocada durante cierto periodo y se presenta de nuevo la señal, el sujeto, producirá esta respuesta. Dicha tendencia del restablecimiento del habito por si mismo, después de la extinción sin reforzamiento adicional, se llama recuperación espontánea. Si el proceso de extinción se realiza durante un periodo suficientemente largo, el organismo llega a un estado en el cual la recuperación espontánea desaparece (Roffer, 2002).

En otras palabras, este concepto implica que los hábitos aprendidos en una situación tenderán a ser transferidos o generalizados a otras situaciones, en la medida en la que el nuevo caso sea similar a la situaron original. Esta tendencia variable a transferir la respuesta aprendida a situaciones nuevas y diferentes se llama gradiente de generalización, e implica que las situaciones estímulo puedan ser graduadas y ordenadas en términos de su similitud, y determinara una respuesta aprendida en una situación y que será evocada por una nueva circunstancia estimulante. En general, mientras más fuerte sea la pulsión que evoque la respuesta, mayor será la tendencia a generalizar ante nuevas señales.

Mediante el reforzamiento sucesivo de una respuesta dada a un conjunto de señales, y el no reforzamiento de la misma respuesta a conjuntos de señales muy parecidas, es posible encontrarnos con una discriminación entre las señales, de modo que se inhibe la tendencia a generalizar.

Las respuestas que ocurren inmediatamente antes de un reforzamiento se aprenden más rápidamente; asocian más fuertemente con la señal. Esta es una expansión del efecto o un gradiente de reforzamiento que favorece a aquellas respuestas que son temporalmente contiguas con o inmediatamente previas a la recompensa.

Como resultado de la generalización y del gradiente de reforzamiento, el individuo que ha aprendido una secuencia de respuestas conducentes a una meta, producirá con más frecuencia respuestas anticipatorias, esto es aquellas que suceden antes de su tiempo original en la secuencia, a diferencia de cómo lo hicieron en el aprendizaje original. Los procesos que implican respuestas anticipatorias dentro de secuencias aprendidas de conducta son por lo general involuntarios (Roffer, 2002).

3.3.6 CONCEPTO DE IDENTIDAD

La identidad tiene que ver con el propio reconocimiento: ser uno mismo en relación con los otros. Tiene que ver con lo que es la filiación, las señas personales que hacen identificable a una persona (Cofer, 1999).

Es en relación con los otros como cada uno siente recortar su propia identidad, y este reconocimiento es a su vez su forma de diferenciarse de los demás.

El ser humano nace con una carga genética, la herencia en el seno de una determinada familia y en una cultura que le da marco.

Los cambios en el terreno físico van acompañados por la irrupción de un torrente hormonal, que comienza a recorrer su cuerpo. Esta presencia hormonal compromete al mismo tiempo lo físico y lo psíquico, y se transforma en un estímulo interior que comienza a modificar su percepción del mundo exterior y de sí mismo.

En esta etapa de autoconocimiento y de estructuración de la identidad hay algo sustancial: el siente que ya no encuentra en la familia la satisfacción de todas sus necesidades.

La identidad es el resultado de la vocación personal. Es verdad que no podemos adivinar lo que somos ni intuir lo que estamos llamados a ser hasta que lo vivimos. Solo al final del camino habremos descubierto por completo nuestro yo (Cofer, 1999).

Los tres aspectos fundamentales de la identidad, según Cofer, son los siguientes: el vocacional, el sexual y el ideológico. En cada uno de esos tres ámbitos, el adolescente procurara responderse ciertas preguntas:

- ¿Quién soy?
- ¿Qué papel voy a desempeñar en la sociedad?
- ¿Soy ya un hombre? ¿Soy ya una mujer?
- ¿Cuáles son mis creencias?
- ¿Qué es lo más importante en la vida?
- ¿Cuál es el propósito de mi existencia?

La búsqueda de la identidad vocacional es especialmente difícil en una sociedad como la nuestra, en la que cada vez surgen mas profesiones y especialidades.

La identidad sexual, que permite la identificación con el mundo adulto masculino o femenino, según corresponda, también es fuente de conflictos.

La identidad biológica es otro de los dilemas que el adolescente tiene que afrontar. No puede continuar aceptando ciegamente la ideología de los padres o de otros adultos cercanos. La adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva. El adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

El autoconcepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales (Cofer, 1999).

Ahora bien los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo. La preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, sino la representación de sí mismo pasan a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas (adultos, compañeros) que son significativas para él. Es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo.

A) AUTONOMÍA

La adolescencia es un “segundo nacimiento”, porque en ella se produce la salida a un nuevo mundo, a una nueva luz, que quedara fuera de la protección y la seguridad del ámbito familiar (Mankeliunas, 1996).

Es el comienzo de la autonomía, de la independencia, de lo que entendemos como exogamia (del griego exo: “fuera”, gamos: “matrimonio”).

Se manifiesta entonces las rebeldías con las que busca, básicamente, recortarse del grupo familiar: ese ser “uno mismo”. Al adolescente le cuesta mucho entender la relatividad de ciertas situaciones que “los grandes”, por su experiencia, definen con mas amplitud.

B) LA CARGA GENÉTICA

Es la resultante de la combinación de la herencia biológica recibida de los padres, que hará que ese sujeto se distinga ya, en ese terreno, de cualquier otro. Esto quedara en la base constitutiva de su persona, sobre la que se construirá paulatinamente su personalidad.

C) LA FAMILIA

El bebé, cuando nace, no tiene percepción de identidad; el no se diferencia de su madre. Comienza a reconocerse en la mirada de ella: en su trato, en sus cuidados y en la especial manera como cada madre trata a su hijo.

3.3.7. CRISIS DE IDENTIDAD

La adolescencia se caracteriza por una verdadera “**crisis de identidad**” por cuanto la personalidad infantil va desapareciendo y, en su lugar, fatigosamente, va emergiendo una nueva que, en sus primeros tanteos, resulta muy frágil y contradictoria (Roffer, 2002).

Es la etapa de maduración de la pubertad; las cargas instintivas y emotivas son muy fuertes y comprometen a toda la personalidad desde el punto de vista racional; se alcanza el desarrollo de las capacidades lógico-abstractas y de razonamiento; el conocimiento de las situaciones y de las estructuras sociales es ya bastante profundo.

Los periodos de inestabilidad preceden siempre a un “nuevo impulso evolutivo”, y el no aceptarlos como parte de la evolución del individuo conduce a criterios erróneos sobre los adolescentes.

Lo que sucede es que los jóvenes de la actualidad se ven obligados a desempeñar el papel de aprendices de la vida durante más tiempo. Hasta los 25 años los jóvenes son aun dependientes económicamente. Por lo general, aun requieren y necesitan comprensión.

El joven se ve desbordado por sus “**pulsiones**”. Debido a su crecimiento, tanto físico como mental, presenta una acentuada tendencia a la impulsividad. Se muestra turbulento e inestable. Se mueve con lentitud. Hace lo que le ordenan, pero con tal calma que agota la paciencia de los padres (Roffer, 2002).

Así mismo, durante su desarrollo (físico, intelectual y moral) el adolescente presenta no pocas lagunas y reliquias de su anterior estado evolutivo, las cuales se reflejan en su conducta errática.

Ante la necesidad de desprenderse del influjo familiar y de tener opiniones propias, el adolescente tiende a adoptar ideas contrarias a las comúnmente admitidas en su ambiente. Se trata de algo vital para él. Para poder afirmar la propia personalidad, siente la necesidad de olvidar todo lo que se le ha enseñado o impuesto hasta ese momento en que ya se percata de las contradicciones del mundo adulto, tanto a nivel familiar como en el seno de la sociedad.

El adolescente trata de adquirir nuevos valores, mas verdaderos y profundos que los que observa en el mundo adulto. La crisis puede ser particularmente prolongada y de difícil solución si los adultos que lo rodean, sobre todo sus padres y sus maestros, viven de manera totalmente incoherente respecto de las ideas que enarbolan, o si proponen criterios utilitaristas, hedonistas o de conformismo social.

Otras de las características del adolescente son la inconstancia y la incoherencia. Podría pensarse que el niño era mucho más moral desde el punto de vista externo del comportamiento por cuanto era obediente. Pero lo que el adolescente hace, lo hace por propia iniciativa, por estimulación interior y por convicción, no por temor a la autoridad. Inconstancia e incoherencia están, en definitiva, determinadas por el hecho de que el sistema de valores todavía no está completamente consolidado y porque la estructura que lo debe poner en práctica apenas ahora comienza a funcionar plenamente (Olesky, 1996).

La adolescencia se caracteriza también por la rebeldía. Y la rebeldía es un signo de crecimiento, una consecuencia de su desarrollo intelectual, de su deseo de autonomía y de afirmación, y de la búsqueda de identidad.

El adolescente empieza a tener criterios y desea hacerlos valer, pero como aun no están bien consolidados, sobreviven las discrepancias, los enfrentamientos.

El adolescente necesita tomar sus propias decisiones aunque se equivoque, porque necesita afirmar que tales decisiones son suyas y solamente suyas.

Los adolescentes ansían mayores espacios de dialogo y comprensión con sus padres y educadores. Muchas veces, la comunicación se dificulta por las diferencias generacionales, como por ejemplo, el lenguaje.

Los modelos de conducta que tradicionalmente ofrecían la familia y la sociedad no tienen hoy cabida en el proceso social. Esto no quiere decir que ya no existan los valores; lo que ocurre es que ya no se realizan, no se manifiestan en acciones y actitudes. A veces, los modelos más inmediatos no se transmiten por carencia de comunicación y de afectividad.

3.3.8. CONCEPTO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno de la personalidad se caracteriza por impulsividad y la inestabilidad anímica, de la imagen propia de la persona y de las relaciones. Este trastorno es muy común y se diagnostica con más frecuencia en mujeres que en hombres. ¿Cuáles son los síntomas del trastorno de personalidad?

Las personas que lo sufren presentan varios de los síntomas, según Olesky, y son los siguientes:

- Cambios de humor muy marcados con períodos de depresión intensa, irritabilidad y/o ansiedad que duran de unas cuantas horas a varios días.
- Furia fuera de lugar, intensa y fuera de control.
- Impulsividad en lo que se refiere a gastar dinero, tener sexo, consumir sustancias, robos menores, conducir agresivamente o comer demasiado;
- Amenazas de suicidio recurrentes o lesiones a sí mismos;
- Relaciones personales inestables e intensas con perspectivas "blanco o negro" sobre personas o experiencias; algunas veces alternan entre idealizaciones de que "todo está bien" y devaluaciones de que "todo está mal".
- Incertidumbre marcada y persistente sobre la imagen propia, las metas a largo plazo, las amistades y los valores.
- Aburrimiento crónico o sensación de vacío.
- Esfuerzos desesperados para evitar el abandono, ya sea real o imaginado. ¿Qué mejores resultados? Los medicamentos pueden ser útiles para reducir la ansiedad y depresión. El alivio de dichos síntomas podría ayudar a la persona a controlar sus patrones dañinos de pensamiento e interacciones que afectan las actividades cotidianas.

La psicoterapia a largo plazo, y la terapia de grupo, pueden ser de utilidad (si se encuentra un buen grupo para la persona). Durante un período de mucha presión, comportamiento impulsivo y abuso de sustancias, podría ser necesario hospitalizar a la persona por un tiempo corto. Existen recientemente intervenciones cognitivas más estructuradas, tales como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, siglas en inglés); actualmente esta terapia es muy utilizada (Coffin, 2004).

Aunque algunas personas responden dramáticamente, con más frecuencia el tratamiento es difícil y a largo plazo. No es fácil cambiar los síntomas del trastorno y, con frecuencia, estos interfieren con la terapia. Se podrían alternar los períodos de mejoría con períodos de empeoramiento.

Afortunadamente, con el tiempo, la mayoría de las personas logran una reducción significativa de los síntomas y un mejor funcionamiento. ¿Pueden presentarse otros trastornos junto con el trastorno de personalidad? Sí, y es vital determinar si hay otros trastornos psiquiátricos presentes. El trastorno de personalidad fronterizo puede estar acompañado de una enfermedad depresiva seria (incluso de trastorno bipolar), trastornos de la alimentación y abuso del alcohol o las drogas. Aproximadamente el 50% de las personas que sufren trastorno de personalidad fronterizo también tiene episodios de depresión severa. Cuando eso sucede, la depresión "usual" se vuelve más intensa y uniforme y se podría presentar o empeorar los problemas de sueño o apetito.

Estos síntomas, y todos los demás trastornos que se mencionaron anteriormente, podrían requerir un tratamiento específico. También podría ser necesario someter a algunas personas a hacer una evaluación neurológica. ¿Qué medicamentos se recetan para el trastorno de personalidad?

Los antidepresivos, anticonvulsivos y el uso de los nuevos antipsicóticos atípicos son medicamentos comunes para el tratamiento del trastorno de personalidad fronterizo. La decisión sobre los medicamentos se debe hacer con la colaboración de la persona y su terapeuta o psiquiatra. Las situaciones que se deben tomar en consideración son: la disposición de la persona a tomar el medicamento correspondiente y cómo se le recetó, los beneficios, riesgos y efectos secundarios posibles e incluso el riesgo de una sobredosis (Coffin, 2004).

Síntomas asociados según el (DSM-IV, 2002):

- insatisfacción con el impacto de su conducta sobre los demás. Se da tanto cuando los rasgos son egodistónicos que si son egosintónicos.
- Alteraciones en el estado de ánimo (depresión y ansiedad).
- Deterioro laboral de larga duración
- Trastorno por uso de sustancias
- Depresión mayor

Trastornos mixtos de la personalidad y otros trastornos de la personalidad:

*variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en otros apartados.

Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental:

- tras experiencia catastrófica
- tras enfermedad psiquiátrica
- otras transformaciones
- sin especificación

Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. (Adicciones).

3.3.9. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL (DSM – IV, 2002).

GRUPO A: EXTRAÑO. PARANOIDE, ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICO.
GRUPO B: DRAMÁTICO. HISTRIÓNICO, ANTISOCIAL, Y BORDERLINE.
GRUPO C: EVITATIVO. POR EVITACIÓN, POR DEPENDENCIA, Y OBSESIVO - COMPULSIVO.

A) TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD.

Características:

Desconfianza excesiva e injustificada.

Hipersensibilidad

Restricción de la afectividad.

Tendencia a evitar las críticas.

Tendencia a la discusión.

Siempre esperan traición (celos patológicos).

Exageran las dificultades.

Interpretan las acciones de los demás como agresivas.

Son rencorosos.

Basan sus relaciones personales en la subordinación.

Tipos:

- dura, afirmativa y litigante
- blanda, sensitiva y sufriente con rencor e hipersensibilidad.

Sintomatología asociada:

Síntomas psicóticos en estrés extremo.

Frecuentes dificultades laborales.

Desarrollo de esquizofrenia tipo paranoide.

B) TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.

Características:

Incapacidad de establecer relaciones sociales.

Indiferencia a la crítica y a los sentimientos de los demás.

Son fríos, distantes y solitarios.

Se acompañan de vivencias autorreferenciales, fobias múltiples, mecanismos de evitación y disconformidad con la auto imagen.

Sintomatología asociada:

Incapacidad de mostrar emociones fuertes.

Indecisos respecto a sus actos.

Relaciones laborales alteradas pero alto rendimiento en aislamiento social.

Complicaciones:

Esquizofrenia

Estados distímicos.

Reacciones desadaptativas

Consumo de tóxicos

Episodios delirantes breves.

C) TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD.

Características:

Anormalidades del pensamiento, de la percepción, del lenguaje y de la conducta no graves.

Aislamiento social.

Afecto restringido o inapropiado.

Aspecto desaliñado, extravagante.

Son fríos, impenetrables y hablan solos.

Sintomatología asociada:

Ansiedad, depresión y otros estados de ánimo disfóricos.

Síntomas psicóticos ante estrés.

Convicciones excéntricas.

Complicaciones:

Ideación paranoide.

Ideación autorreferencial.

Psicosis reactiva breve.

La auto perpetuación del trastorno se debe al aislamiento social y la sobreprotección de los demás.

3.3.10. ESTEREOTIPOS DE PERSONALIDAD

Los estereotipos de la personalidad se encuentran en todo grupo cultural. Ciertas características positivas o negativas se vinculan con grupos raciales, religiosos u ocupacionales, con individuos de ambos sexos y con ciertos aspectos físicos (Mann, 2001).

Los estereotipos de la personalidad que se aceptan más extensamente son los asociados con los caracteres físicos unificados bajo la denominación de “fisonomía”.

A) LA CONDUCTA ADOLESCENTE

La adolescencia suele caracterizarse por sus contradicciones: una explosiva energía física, momentos de atolondramiento y periodos de no querer hacer nada; una búsqueda constante de originalidad y una intensa necesidad de autoafirmación, que puede llevar a la masificación y a la pérdida de identidad al adoptar críticamente la actitud de otros adolescentes (Cazares, 2005).

Ser adolescente es ser rebelde. Pero también es necesitar protección y cariño. Por naturaleza, el adolescente tiende a ser gregario, le gusta andar en pandilla y busca el ruido y las aglomeraciones.

Durante la adolescencia, los conceptos vivenciales que se formaron durante la infancia entran en crisis. Es imprescindible cuestionarlos, sea para rectificarlos o para ratificarlos, antes de que cristalice la personalidad adulta. Al entrar en la adolescencia, sin duda ese niño presentara un cuadro mucho más agudo de contradicciones porque en su inconciente perdura la huella de las circunstancias que lo llevaron a “decidir” que no vale nada, que no tiene dignidad y que la vida carece de sentido.

Los trastornos de conducta en la adolescencia no son raros y, a menudo, adquieren proporciones graves y alarmantes. La adolescencia es una especie de primavera: la savia se renueva; el cuerpo, el espíritu, la sensibilidad, la fe entran en efervescencia.

El adolescente realiza su primera toma de conciencia personal, y profundiza por primera vez en sus sentimientos, ideas y creencias. La adolescencia es el tránsito de una existencia receptiva a una existencia autónoma y personalizada. Se trata de un momento difícil y de trascendentales consecuencias (Horrocks, 1999).

B) BUSCÁNDOSE A SI MISMO

La crisis más aguda y generalizada de la experiencia psicológica del ser humano es la búsqueda de la identidad durante la adolescencia. Erikson dedujo que el ser humano sigue un modelo de desarrollo a lo largo de su existencia. La crisis de identidad es la más decisiva, pues de su adecuada solución depende el ajuste personal y social definitivo.

Esa crisis, que irá siendo superada de una u otra forma, requiere descubrir dentro de sí y en el entorno una serie de interrogantes que no tienen respuesta fácil. El hombre en sí es un problema. Toda persona se pregunta más de una vez:

- ¿Quién soy?
- ¿Cómo puedo llegar a ser yo mismo?
- ¿Cuáles son mis cualidades y cuáles mis limitaciones?
- ¿Cómo puedo reconciliarme conmigo mismo y vivir en paz?

C) IDEALISMO ADOLESCENTE

El adolescente al igual que el niño preescolar, esta lleno de contradicciones. Estas contradicciones, sin embargo, son probablemente las diversas expresiones de un tema común, la búsqueda de uno mismo y de su lugar en el mundo (Izquierdo, 2003).

El adolescente esta ocupado con la pérdida de viejas ilusiones y la construcción de otras nuevas que ocupen su lugar. O, a veces, se convence de la imposibilidad de lograr todas las ilusiones, viejas y nuevas, y se desliza en el cinismo o en la desesperación, que no por ser mostrados melodramáticamente son menos genuinos.

Una gran parte del idealismo adolescente se origina probablemente en su resistencia a crecer. En la adolescencia desea gozar sus nuevos poderes con una libertad total, no contaminada por las demandas practicas de la vida. Existe un número de formas más o menos típicas en que puede manifestarse el idealismo adolescente. Una de estas, es la búsqueda se sinceridad y honestidad entre la gente.

A pesar de su desilusión, el adolescente se aferra a su convicción de que debe existir un núcleo escondido de sinceridad en alguna parte, en el mundo de las hipocresías, del mismo modo como existe un núcleo de belleza, oculto a los ojos del mundo dentro de su yo real.

Unos pocos jóvenes llevan su idealismo más allá de la adolescencia y se establecen en carreras que le dan cierta expresión práctica, como las artes, la vocación religiosa, la enseñanza, la investigación científica, las cruzadas políticas o de otra naturaleza, y así sucesivamente (aunque no deberá asumirse que todo aquel que trabaje en estos campos es necesariamente un idealista).

D) LA PERSONALIDAD IDEAL

En la adolescencia inicial etapa del enamoramiento unilateral y culto del héroe muchachos y chicas ya tienen desarrollado un concepto de lo que consideran la personalidad ideal (Coffin, 2005).

Los adolescentes de la actualidad extraen sus personajes ideales principalmente de figuras conspicuas en el mundo del espectáculo. Los adolescentes mayores tienen un concepto más realista de su ideal, además de que la conciencia de clase ejerce mayor influencia sobre ellos.

El adolescente utiliza su ideal como patrón de elaboración de su propia personalidad. El ideal también puede convertirse en un impedimento para mejorar la personalidad cuando el adolescente idealiza a un individuo que no cuenta con la aprobación del grupo social.

E) LA PRUEBA DE LA ALTERIDAD: EL CUERPO PUBER, UNA PRUEBA FRENTE A UNO MISMO

Los chicos empiezan a crecer hacia los 13-14 años; las chicas, desde los 11-12 aumentan en altura entre 10 y 12 centímetros. La pubertad comporta las primeras eyaculaciones o las primeras menstruaciones, con importantes diferencias interindividuales (Olesky, 1996).

El desarrollo de la pubertad tiene, una duración variable. La pubertad tardía puede plantear problemas a los adolescentes (“soy bajo entre altos”); así mismo, el cuerpo suele adoptar un aspecto desgarrado, y a la voz de los chicos se transforma. Un crecimiento tan rápido genera cansancio e inquietud a la vez, por lo que es fundamental una buena alimentación, si bien esta noción es totalmente ajena a los adolescentes y debe ser aprendida poco a poco.

El espectacular proceso de la pubertad, que muestra claramente que la infancia ha pasado, cambia a la vez las referencias sobre si mismo y la mirada del prójimo sobre sí, así como las expectativas sociales hacia el adolescente.

Aun cuando la identidad no se basa exclusivamente en el cuerpo, la imagen de este tiene una gran importancia. Esta imagen se elabora a partir de la mirada que el individuo dirige a su cuerpo (que le agrada o no), la comparación que hace con respecto al cuerpo de los demás (mejor o peor que yo), la confrontación con los ideales corporales generados por los medios de comunicación y, finalmente, la conciencia de la mirada del prójimo (sentirse guapo o feo, solicitado o rechazado).

El cuerpo se ajusta a menudo a los modelos culturales generados por la prensa y los medios de comunicación- gracia, delgadez, esplendor de la piel femenina, agilidad atlética del cuerpo masculino y sus correlatos régimen para unas, ejercicios para los otros.

F) LOS MARCADORES DE IDENTIDAD

El cuerpo puede pasar a ser un marcador de identidad. La búsqueda de un apodo, o un tatuaje, o un piercing, mas allá de la influencia de la moda, sirve para apropiarse del cuerpo y destacar la singularidad íntima (Cofer, 1999).

Para un buen número de adolescentes, el tatuaje y el piercing denotan la intención de singularizar el cuerpo y de apropiarse de él a través de esta marca existencial. De lo que se trata es de buscar su identidad mediante estos signos, que a la vez resultan provocadores a los ojos del adulto.

G) DE LA IMAGEN DE SI MISMO A LA AUTOESTIMA

La autoestima esta íntimamente ligada al nuevo cuerpo conformado por la naturaleza. Ya en 1892 William James la definía como una evaluación cognitiva de la relación entre las ambiciones del sujeto y las realizaciones que este percibía. Cuanto mas estrecha es la relación, mas elevada es la autoestima.

La autoestima esta muy ligada al humor del adolescente, a su alegría o a su melancolía, y varia siempre en función de estos factores. Quien posea una fuerte autoestima tendrá tendencia a luchar contra la depresión y viceversa.

La explosión de la pubertad debilita al yo en su papel de controlador de las excitaciones. Y el estudio de los medios de defensa propios del adolescente es a la vez vasto (desde los trastornos alimentarios hasta las acciones de agresión a si mismos o a los demás) y delicado (Bischof, 1999).

H) LOS TRASTORNOS DE HUMOR EN LOS ADOLESCENTES

Los trastornos de humor suelen acompañarse de cansancio, de perturbaciones del sueño y de dificultad para dormirse. Los trastornos del sueño tienen que ver con angustias asociadas a situaciones de depresión en las que los exámenes escolares tienen mucho que ver. Pueden ser causados por el consumo abusivo de tabaco, de café, e incluso de alcohol (Ituarte, 2000).

La melancolía adolescente es asimismo frecuente, tan común en el humor adolescente que incluso se observa sin que haya trastornos alimentarios o de sueño, o de cansancio.

La profunda transformación de la identidad es una exigencia de la adolescencia, tanto por razones culturales como biológicas. Así, los adolescentes se ven obligados, por motivos tanto internos como externos, a alejarse de los objetos de amor infantiles y a modificar el equilibrio de identidad de la infancia.

3.3.11. DESARROLLO SOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El auto concepto del adolescente comienza a surgir, y muchas de las soluciones que los adolescentes encuentran, y que incluyen dentro de su auto concepto, tendrán consecuencias a largo plazo (Cofer, 1999).

A) LAS RELACIONES SOCIALES DEL ADOLESCENTE

Para algunos adolescentes, la transición de la dependencia en la niñez a la auto regulación independiente esta llena de conflictos y tensiones interpersonales, aunque otros cumplen sus tareas con poca tensión.

B) LA FAMILIA

Generalmente los padres tienen actitudes ambivalentes hacia la creciente madurez y el alejamiento del adolescente.

Los padres también pretenden que el hijo no sufra los problemas que ellos sufrieron cuando se convirtieron en adultos.

C) PAUTAS EMOCIONALES COMUNES EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia hay cambios notables en los estímulos que provocan emociones, así como también hay cambios en la forma de la respuesta emocional.

Sin embargo, hay una similitud entre las emociones de la infancia y las de la adolescencia: tanto en uno como en otro periodo las emociones dominantes tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas, el pesar, los celos y la envidia. Las emociones placenteras alegría, afecto, felicidad o curiosidad son menos frecuentes y menos intensas, en particular en los primeros años de la adolescencia (Satir, 2004).

Los factores sociales son en gran parte responsables de las emociones desagradables, de la forma como se expresa cada emoción y de la clase de estímulo que origina la emoción, también son importantes para determinar el hecho al cual el adolescente responderá emocionalmente.

D) MIEDO

El miedo del adolescente es diferente del infantil por dos razones. La primera tiene que ver con el cambio de valores. Cuanto mas importante es una cosa para una persona, mayores probabilidades hay de que lo invada el temor si cree que va a perderla o que no podrá obtenerla (Mann, 2001).

La segunda razón de que los temores sean diferentes según la edad reside en que el adolescente tiene que enfrentar muchas más nuevas experiencias que el niño. Toda cosa nueva y difícil puede originar miedo, pero por lo general el niño esta protegido; en cambio, el adolescente se ve constantemente frente algo nuevo y distinto a medida que se expanden sus horizontes sociales.

También es común que los miedos difieran en función de la clase social. Los adolescentes de las capas sociales inferiores tienden a mostrar más miedo a las amenazas paternas, mientras que los de clases medias tienen más temor a los extraños y a las actitudes sociales.

En la adolescencia, las respuestas al miedo siguen un patrón bastantes estereotipos. Este patrón se compone de dos elementos: rigidez del cuerpo y huida de la situación que produce temor. Cuando el joven esta asustado, su cuerpo se pone rígido, tiembla y transpira. Si el temor es relativamente leve, como cuando esta avergonzado, se ruboriza. Si es mas intenso, su tez empalidece.

E) PREOCUPACION

Como el miedo, la preocupación es específica en cuanto se refiere a una persona, a una cosa o a una situación. El adolescente se preocupa por un examen, por su aptitud para pronunciar un discurso frente a un grupo o por sus posibilidades de obtener un empleo (Mankeliunas, 1996).

El adolescente que está preocupado habla por lo general con sus amigos y con sus profesores acerca de su inquietud; o es posible que se dirija por escrito a un columnista especializado de un periódico o de una revista.

F) ANSIEDAD

La ansiedad, como la preocupación, es una forma del miedo. Según la definió Jersild (1968), es un estado psicológico aflictivo y persistente originado en un conflicto interior. La aflicción puede ser experimentada como un sentimiento de vaga incomodidad o de presagio, como excitación, como una cualquiera de una variedad de otras sensaciones (miedo, ira, inquietud, irritabilidad, depresión) o como otros sentimientos difusos y anónimos (Roffer, 2002).

La ansiedad tiene origen en la repetición de diversas preocupaciones. Cuanto más a menudo se preocupe el adolescente y cuantas más preocupaciones diferentes tengan, mayores probabilidades hay de que estas produzcan un estado de ansiedad generalizado.

Las pautas de conducta características de una persona ansiosa son las de la infelicidad, el desasosiego, la depresión inexplicable, los cambios de humor, la irritabilidad y la insatisfacción consigo misma y con los demás.

Las expresiones de la ansiedad entran en tres categorías principales: pautas de conducta, efectos sobre el rendimiento y susceptibilidad a las influencias grupales.

3.3.12. CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD

El adolescente tiene dos motivos compulsivos para querer mejorar su personalidad. Primero, por sus experiencias en la pandilla infantil sabe que la personalidad desempeña una función principal en la aceptación social. Segundo, el adolescente está insatisfecho consigo mismo tal como es. Durante los meses de su alejamiento del grupo social, pubescente se convierte en un individuo concentrado en sí mismo e introvertido (Cofer, 1999).

Cuanto más conscientes están los adolescentes del valor de la personalidad en las relaciones sociales, tanto más se fortifica su deseo de mejorar.

A) SIGNIFICADO DE LA MEJORA

“Cambio” y “Mejora” no son términos sinónimos. “Cambiar” significa alterar o variar y no implica necesariamente que la alteración o la variación sean completas o que el cambio operado sea positivo (Ituarte, 2000).

Los cambios pueden ser cuantitativos o cualitativos. En los cambios cuantitativos se produce el debilitamiento o el fortalecimiento de un rasgo ya existente.

Los cambios cualitativos en los cuales un rasgo socialmente indeseable es eliminado del todo y se lo reemplaza por otro deseable o viceversa son insólitos, en particular cuando se es adolescente o adulto.

El cambio que se observa en los métodos de adaptación típicos del adolescente puede indicar que su personalidad ha mejorado.

B) CREENCIAS TRADICIONALES

Existe la creencia tradicional, muy extendida por otra parte, de que el individuo hereda su personalidad de progenitores y de otros antepasados tal como sucede con el color de sus ojos o la textura de sus cabellos.

La creencia de que la personalidad se hereda es un obstáculo para su mejoramiento por cuanto sofoca todo intento de cambio. Por más insatisfecho que se sienta el adolescente consigo mismo, cree que lo trae todo desde su nacimiento y que nada puede hacer para producir una modificación (Bischof, 1999).

Los cambios de personalidad que acompañan a las alteraciones físicas de la adolescencia siempre han de tomar una dirección positiva.

C) COMPLEJIDAD DEL PATRON DE PERSONALIDAD

Pocos jóvenes se dan cuenta de lo que es en realidad la personalidad o de cuán complejo puede ser el patrón de esta. Creen que si les es posible alterar algún aspecto desventajoso.

El término “personalidad” deriva de la voz latina persona, que era una máscara utilizada por un actor mientras hablaba o actuaba sobre un escenario.

El “patrón de personalidad”, no se trata simplemente de un conjunto desgranado de atributos inconexos. En cambio, según lo sugiere la propia palabra “patrón”, es una unidad organizada compuesta de rasgos específicos o de las cualidades de la conducta erigidos alrededor de un “núcleo” o “centro de gravedad” (Mankeliunas, 1996).

El núcleo del patrón de personalidad, es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como persona.

El segundo componente del patrón de personalidad son los rasgos específicos o grupo de reacciones relacionadas y coherentes que caracterizan la forma típica del individuo de adaptarse personal y socialmente.

La rigidez del autoconcepto hace que sea un extremo difícil para otros contribuir con su ayuda a la mejora de la personalidad del adolescente.

Un obstáculo igualmente importuno para la mejora de la personalidad es la reputación del joven. El que tiene fama de avaro encontrara difícil aprender a ser generoso si sus amigos siguen pensando que prevalece su rasgo original o si interpretan sus expresiones de desprendimiento como intentos de “comprar popularidad”.

D) FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCONCEPTO

El autoconcepto como núcleo del patrón de personalidad es en gran parte responsable de la facilidad o dificultad que experimenta el adolescente cuando trata de mejorar su personalidad. Se mencionaran los factores que influyen en el desarrollo del auto concepto, según (Bischof, 1999):

- Estructura corporal
- Defectos físicos
- Condiciones físicas
- Vestimenta
- Nombres y apodos
- Inteligencia
- Niveles de aspiración
- Emociones

- Patrones culturales
- Escuela secundaria y universidad
- Status social
- Influencias familiares

3.3.13. MEDICION DE LA PERSONALIDAD

Cuando debe medirse la personalidad es necesario hacerlo en función de algún criterio de personalidad definido. En general, la información que satisface dicho criterio se obtiene por medio de técnicas cuya precisión y generalidad son variables (Horrocks, 1999).

Muchos estudios del a personalidad del adolescente reúnen datos esencialmente clínicos o médicos, y los temas a menudo provienen de muestras del adolescentes con conducta desviada.

A) ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Sealy y Cattell (1966) formularon el cuestionario de personalidad para estudiantes de bachillerato, y el cuestionario de 16 factores de la personalidad, a mayores de 17 años, que se describirá mas adelante.

Es importante tener en cuenta que los aspectos mas importantes de la personalidad cambian durante el periodo de la adolescencia, y en estos cambios se observan importantes diferencias según el sexo.

Según Cattell, la adolescencia es una época de gran energía y actividad, que con toda probabilidad no podrán mantenerse en la edad adulta.

B) RASGOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA

EXTROVERSION- INTROVERSION

Esta dualidad representa una dimensión de la personalidad, que en el extremo de extroversion, el interés y la atención del individuo están orientados hacia el exterior, al mundo social que lo rodea. La introversión esta en el extremo opuesto y representa el interés y la atención orientadas hacia la interioridad, a expensas de los intereses y relaciones con el mundo social exterior.

Las tendencias de introversión les restan importancia a las relaciones interpersonales, que no alimentan directamente la propia preocupación en uno mismo., el extrovertido esta mucho mas interesado en los demás y desea mantener muchas relaciones con ellos. El extrovertido es, en esencia, un ser social (Horrocks, 1999).

A la adolescencia se le ha descrito como un periodo de introversión, y algunos escritores hablan de una “crisis de introversión”, que surge alrededor de los 14 y 15 años. El adolescente entra a una etapa de introversión y después sale de ella, aunque el periodo sea más restringido; más bien, vive una secuencia de fases en que las tendencias restrictivas o de introversión alternan con las de extroversión.

ANSIEDAD Y HOSTILIDAD

Las relaciones recíprocas entre la ansiedad y la hostilidad son tan estrechas, que una puede conducir inevitablemente a la otra. La hostilidad, tal vez le resulte satisfactoria a un individuo ansioso, pues quizás piense que esta haciendo algo para solucionar su problema.

Tanto la hostilidad como la ansiedad, puede tener su origen en la falta de habilidad para enfrentar problemas; y en cualquier situación en la que el individuo es incapaz de salir adelante, en particular si se prolonga mucho tiempo, se vuelve, en potencia, capaz de producir ansiedad y hostilidad (Horrocks, 1999).

3.4. CUESTIONARIO DE 16 FACTORES DE LA PERSONALIDAD

3.4.1. ANTECEDENTES

Esta prueba esta basada en un fundamento empírico de análisis factorial después de varias investigaciones con miles de reactivos quedando finalmente los que aprobaron un proceso de validez significativa y confiabilidad comprobadas a través de correlaciones test- retest a corto plazo y reaplicación después de un tiempo prolongado.

El cuestionario 16 FP como su nombre lo indica explora 16 factores o rasgos principales de la personalidad, además de otras dimensiones secundarias adicionales. Cada reactivo se encarga de investigar solo un factor es decir, no hay interdependencia entre los reactivos.

El objetivo del 16 FP en sus 16 escalas es explorar las estructuras naturales de la personalidad y como se están desarrollando actualmente, esto se logra porque el cuestionario se basa en los conceptos básicos de la personalidad logrando, los autores, integrar para la medición los conocimientos teóricos y prácticos de diferentes campos: clínicos, educativos, industriales y de investigación básica, por lo que la prueba también puede ser usada en las mencionadas áreas.

3.4.2. NOMENCLATURA Y/O COMUNICACIÓN:

Para unificar conceptos, el 16 FP cuenta con una serie de símbolos los cuales son identificados por una letra, nombre técnico y nombre popular, esto último para facilitar la comunicación a personas neófitas en el tema. Estos símbolos son: A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3, Q4.

Como se mencionó existen varias formas, la diferencia entre ellas: A y B, y las formas C y D es el tiempo que requieren para su aplicación que generalmente se invierten de 45 a 60 minutos en cada una de las formas A y B para las formas C y D se requieren menos tiempo. Se recomienda aplicar por lo menos dos formas y B ó C y D.

3.4.3 ¿QUE MIDE EL CUESTIONARIO 16 FP?

FACTORES PRIMARIOS:

✓ FACTOR A: EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

A – SOLILOQUIA

A + SOCIABILIDAD

✓ FACTOR B: INTELIGENCIA

B – INTELIGENCIA BAJA

B + INTELIGENCIA ALTA

✓ FACTOR C: FUERZA DEL YO

C – INESTABILIDAD EMOCIONAL O DEBILIDAD DEL YO	C + FUERZA SUPERIOR DEL YO
---	-------------------------------

✓ FACTOR E: DOMINANCIA

E – SUMISION	E + ASCENDENCIA
--------------	-----------------

✓ FACTOR F: IMPULSIVIDAD

F – RETRAIMIENTO	F + IMPETUOSIDAD
------------------	------------------

✓ FACTOR G: LEALTAD GRUPAL

G – SUPER EGO DEBIL	G + SUPER EGO FUERTE
---------------------	-------------------------

✓ FACTOR H: APTITUD SITUACIONAL

H – TIMIDEZ	H + AUDACIA
-------------	-------------

✓ FACTOR I: EMOTIVIDAD

I – SEVERIDAD	I + SENSIBILIDAD EMOCIONAL
---------------	-------------------------------

- ✓ FACTOR L: CREDIBILIDAD

L – CONFIANZA	L + DESCONFIANZA
---------------	------------------

- ✓ FACTOR M: ACTITUD COGNITIVA

M – OBJETIVIDAD	M + SUBJETIVIDAD
-----------------	------------------

- ✓ FACTOR N: SUTILEZA

N – INGENUIDAD	N + ASTUCIA
----------------	-------------

- ✓ FACTOR O: CONCIENCIA

O – ADECUACION SERENA	O + PROPENSION A LA CULPABILIDAD
-----------------------	-------------------------------------

- ✓ FACTOR Q1: POSICION SOCIAL

Q1 – CONSERVADURISMO	Q1 + RADICALISMO
----------------------	------------------

- ✓ FACTOR Q2: CERTEZA INDIVIDUAL

Q2 – DEPENDENCIA GRUPAL	Q2 + AUTOSUFICIENCIA
----------------------------	----------------------

- ✓ FACTOR Q3: AUTOESTIMA

Q3 – INDIFERENCIA	Q3 + CONTROL
-------------------	--------------

- ✓ FACTOR Q4: ESTADO DE ANSIEDAD

Q4 – TRANQUILIDAD	Q4 + TENSION
-------------------	--------------

FACTORES SECUNDARIOS:

✓ Qs1 INTROVERSION	vs	EXTROVERSION
✓ QS2 POCA ANSIEDAD	vs	MUCHA ANSIEDAD
✓ QS3 SUSCEPTIBILIDAD	vs	TENACIDAD
✓ QS4 DEPENDENCIA	vs	INDEPENDENCIA

3.4.4. APLICACIÓN, CALIFICACION E INTERPRETACION:

Se proporciona al examinado el cuestionario 16 FP y la hoja de respuestas, en la que debe anotar su nombre en la parte superior, aclarándole que no debe hacer ninguna anotación en el cuadernillo sino que sus respuestas debe anotarlas en la hoja de respuestas; aunque las instrucciones están en el cuadernillo éstas en el cuadernillo éstas se deben reforzar en forma verbal; cuando las instrucciones han sido comprendidas por el paciente se le pide que resuelva los 4 ejemplos que se encuentran en la parte superior izquierda de la hoja. El hecho de proporcionar también las instrucciones en forma verbal nos da la oportunidad de establecer una actitud favorable para que el examinado coopere en la realización de la prueba.

Se debe indicar al paciente que solo elegirá una respuesta para cada pregunta, por lo que es necesario que antes de empezar a calificar se revise la hoja de respuestas por si hay más de una respuesta para cada reactivo o por si hay ausencia de respuestas, para pedirle al paciente que corrija su respuesta o que anote, según sea el caso. Si esto no fuera posible y la hoja debe de calificarse como está será necesario calcular la puntuación escalar completa por ejemplo: se suman los reactivos correctamente contestados de la escala afectada, el resultado se multiplica por el numero total de reactivos de dicha escala, el resultado de la multiplicación se divide entre el numero de reactivos contestados y finalmente se redondea al numero más cercano el resultado.

Las puntuaciones brutas de cada escala se obtienen a través de dos plantillas o computadoras. Una plantilla cubre los factores: A, C, F, H, L, N, Q1, y Q3 y la otra los factores: F, E, G, I, M, O, Q2 y Q4.

Se coloca la plantilla sobre la hoja de respuestas y se cuentan las marcas visibles anotando el número que está impreso junto al orificio, posteriormente se suman las puntuaciones y el total se escribe en el espacio que indica la flecha.

El siguiente paso es convertir las puntuaciones brutas a calificaciones estándar normalizadas (estenes), esta conversión de puntuaciones se hacen mediante cuadros de estandarización. Las puntuaciones estenes se distribuyen suponiendo una curva normal, cayendo la media en el estén 5.5. y considerándose calificación promedio los estenes 5 y 6; 4 y 7 desviaciones ligeras y los estenes 2, 3, 8 y 9 desviaciones significativas los extremos 1 y 10 fuertemente desviados.

Las normas en cuanto a la edad en las puntuaciones de los factores de personalidad quedan concentradas y corregidas de la siguiente manera: población adulta general en torno a los 30 años; población de preparatoria sobre los 17 años; población universitaria sobre los 20 años.

Con respecto a las puntuaciones estenes de los factores de 2º orden se pueden obtener ó calcular a partir de las puntuaciones estenes de los factores primarios de la siguiente manera:

- a) Anotar la puntuación estén de cada factor en el extremo izquierdo de la forma
- b) Se sigue la línea punteada hasta encontrar el numero encerrado en un circulo, el cual se multiplica por la puntuación, el resultado se anota en la casilla inmediata empezando por la parte derecha de la casilla

.4

Se continua siguiendo la línea hasta encontrar otro numero en
El circulo y se repite el procedimiento.

- c) Se hace el mismo procedimiento con todos los factores
- d) Posteriormente se suman los números de las columnas y se anota el resultado de cada suma en la casilla correspondiente.
- e) Al resultado de la primera suma se le resta el resultado de la suma de la columna sombreada y así se hace con el resto de los pares de columnas (notar que todas están por par una columna clara y una sombreada).

CAPÍTULO 4. METODOLOGIA

4.1. JUSTIFICACION

Se observa que esta investigación cuenta con un gran aporte a la psicología ya que debido a la mala información que se tiene de una buena o mala alimentación los padres desde un principio no establecen buenos hábitos de comer y cuando ya es demasiado tarde quieren remediarlo.

Es de suma importancia tener en cuenta que tanto la familia como los amigos y conocidos tienen una gran influencia en que estos trastornos de alimentación se desarrollen y vayan incrementándose día con día.

Los diferentes tipos de trastornos alimenticios que se mencionan, tienen una gran importancia en el comportamiento del ser humano, ya que debido a estos problemas en la alimentación tienen una conducta inadecuada en las personas que lo padecen, en su forma de ingerir los alimentos en su vida diaria.

No obstante, analizando la relación que tienen los malos hábitos alimenticios con la psicología es cuando la o las personas que buscan la extrema delgadez ocasionan una gran complejidad en un enfoque multidisciplinar en la conducta de cada ser humano y no son congruentes con sus acciones de lo que dicen, por consiguiente están en conflicto consigo mismos y no tienen una identidad propia.

Los trastornos alimenticios como su nombre lo dicen giran alrededor de la alimentación, por esto es difícil combatirlos ya que comer es el eje de nuestra cultura, comer es necesario para el organismo, pero desafortunadamente se han creado muchos mitos alrededor de la comida.

Ahora bien, las ventajas que tienen los trastornos alimenticios en los individuos que los padecen es que pueden llevar programas de autocontrol que van a enfatizar el auto tratamiento que va a implicar el incremento de la autoestima, posibilidad de generalización, etc. Estos programas son una alternativa eficaz y económica para reducir la mala conducta del paciente, siempre y cuando estén bien encaminados al mantenimiento de la nueva conducta.

Por lo tanto las desventajas de los trastornos alimenticios es que en algunas técnicas o programas de auto control consiguen la eliminación o control de la conducta, pero en algunos casos fracasan en el mantenimiento de los resultados. Las creencias que el paciente o los pacientes tienen sobre el tratamiento, influye en el riesgo de abandono. En tratamientos con grupos surge el problema a la hora de medir operativamente la conducta, esto debe hacerse individualmente.

En la auto observación se plantea el problema de la falta de control por parte del terapeuta, que puede provocar una alteración en los resultados, debido a la falta de motivación o a la mala percepción de la realidad del sujeto.

4.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Conocer la personalidad de los y las adolescentes en función de los Trastornos Alimenticios.

4.3. OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer las razones que generan la prevalencia de los trastornos alimenticios tanto en los y las adolescentes entre 13 y 15 años de edad

- Identificar si la baja autoestima genera la prevalencia de los trastornos alimenticios tanto en los y las jóvenes entre 13 y 15 años de edad.

4.3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir la personalidad.
- Conocer el impacto de los medios de comunicación.
- Interpretar el impacto en los y las adolescentes.
- Describir el trastorno alimenticio anorexia, bulimia y obesidad.

4.4. HIPOTESIS:

La característica de la persona va a influir con la percepción de los Trastornos Alimenticios.

4.5. DESCRIPCION DE VARIABLES:

4.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: La baja autoestima

4.5.1.2. DEFINICION CONCEPTUAL:

Baja Autoestima: Es un desequilibrio mental que se considera como una psicopatía debido a una falta de higiene mental. Es decir los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos.

Cuando una persona no logra ser autentica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicosomáticos.

4.5.1.3. DEFINICION OPERACIONAL:

Se obtendrán los resultados de acuerdo al tipo de instrumentos utilizados.

4.5.2. VARIABLES DEPENDIENTES:

- Anorexia
- Bulimia
- Obesidad

4.5.2.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES:

A) ANOREXIA:

Es una enfermedad que se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo. Afecta mayormente a mujeres jóvenes. Las niñas con anorexia no comen lo suficiente para mantener sus cuerpos trabajando apropiadamente. Las anoréxicas pierden mucho peso por lo que se vuelven débiles y poco sanas debido a una dieta pobre.

B) BULIMIA:

Ocurre cuando un adolescente tiene episodios repetitivos en los que come exageradamente y luego se purga. Los atracones se caracterizan por el comer en un corto período de tiempo, de manera discreta, una cantidad enorme de comida. El adolescente también tiene la sensación de no poder controlar el impulso de comer y pierde el control sobre la cantidad de comida que ingiere.

C) OBESIDAD:

Se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 30 (peso en Kg. / Talla en m). No distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica, pero es la enfermedad nutricional más frecuente en los países desarrollados.

4.5.2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES:

Anorexia, Bulimia y Obesidad: Identificar los síntomas, signos y características mencionados en el marco teórico.

4.6. MUESTRA:

La selección de la muestra es de un total de 300 alumnos, de esos se tomaran en cuenta para la presente investigación los siguientes:

30 adolescentes de ambos sexos entre los 13 y 15 años de edad (15 hombres y 15 mujeres respectivamente).

4.7. TIPO DE MUESTREO:

El muestreo fue no probabilístico por que la población fue seleccionada en base a ciertos criterios.

4.8. TIPO DE INVESTIGACION:

La investigación fue no experimental por que la variable independiente no se manipula.

4.9. DISEÑO DE INVESTIGACION:

El diseño fue experimental de tipo ex -post facto, puesto que las variables no fueron manipuladas.

4.10. DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS:

El primer cuestionario aplicado fue el 16 FP (Factores de Personalidad) que consta de 187 reactivos y como su nombre lo indica explora 16 factores o rasgos principales de la personalidad, además de otras dimensiones secundarias adicionales. Cada reactivo se encarga de investigar solo un factor es decir, no hay interdependencia entre los reactivos.

El objetivo del 16 FP en sus 16 escalas es explorar las estructuras naturales de la personalidad y como se están desarrollando actualmente, esto se logra porque el cuestionario se basa en los conceptos básicos de la personalidad logrando, los autores, integrar para la medición los conocimientos teóricos y prácticos de diferentes campos: clínicos, educativos, industriales y de investigación básica, por lo que la prueba también puede ser usada en las mencionadas áreas.

El segundo cuestionario aplicado fue el Test de Frases Incompletas que se compone de 60 frases incompletas, las cuales se agrupan en cuatro áreas: Área de adaptación familiar, Área sexual, Área de relaciones interpersonales y Área de autoconcepto, con el fin de obtener material clínico en las 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto.

En esta prueba se vera cual es la área en la que el individuo tiene mas problemas, ya que se le considera como una técnica proyectiva.

El tercer instrumento aplicado fue el Test Proyectivo de Karen Machover (La figura humana) para el cual se requiere de unas hojas en blanco con lápiz y goma de borrar, se le pide al sujeto que dibuje a una persona, luego si dibujo un hombre, se le dice que dibuje ahora a una mujer y viceversa. Si existe resistencia para dibujar se le explicara que no interesa la belleza del dibujo., y que el interés es puramente científico. Después se le pide al sujeto que haga una historieta o un cuento acerca de la persona que dibujo.

En este test lo que cada cual dibuja esta íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y características de su personalidad. Ya que es en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que esta desempeña en su medio ambiente.

4.11. PROCEDIMIENTO:

Paso 1.- Se asistió a la escuela secundaria oficial No. 999 “Manuel Hinojosa Giles” con el fin de obtener la autorización para la aplicación de las pruebas psicológicas necesarias para dicha investigación.

Paso 2.- Una vez autorizado el permiso se dividieron en dos grupos de 15 alumnos y alumnas a los individuos seleccionados, dando un total de 30 alumnos (a) respectivamente.

Paso 3.- Al primer grupo de 15 alumnos (a) se les dio una ficha de identificación y posteriormente se les aplicó la primera prueba psicológica llamada Cuestionario de (16 FP) Factores de Personalidad.

Paso 4.- Así mismo, al terminar el Cuestionario (16 FP), se les dio las instrucciones necesarias para la aplicación de la siguiente prueba psicológica que es el Test de Frases Incompletas de J. Sacks, que esta consiste en un total de 61 frases incompletas en donde el individuo tiene que llenar los espacios vacíos con lo primero que se le venga a la mente, si tiene dificultad en una frase la encerrará en un círculo y mas tarde volverá a intentarlo.

Paso 5.- Una vez terminada la segunda prueba, se les aplico la tercera prueba psicológica llamada Prueba de la Figura Humana de Karen Machover, la consta de realizar dos dibujos de la figura humana con lápiz y goma, y finalmente escribir una pequeña historia detrás de cada figura que realizaron.

Paso 6.- Posteriormente para el análisis de resultados se hizo el sig procedimiento: Una vez terminada la prueba de la Figura Humana de Karen Machover se consideraron los síntomas mas representativos que obtuvieron cada uno de los sujetos a investigar, es decir que cada rasgo posee un significado.

Se separaron los significados de cada sujeto y así mismo se utilizó la información del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) para una mejor comparación de síntomas, tomando en cuenta a la anorexia, bulimia y la obesidad.

Un ejemplo de cómo se obtuvo el conteo de los síntomas de cada uno de los Trastornos Alimenticios ya mencionados fue que una vez separados los síntomas se distinguió que tanto en la anorexia como en la bulimia y en la obesidad existe depresión, así mismo tanto en la bulimia como en la obesidad surge la baja autoestima y para finalizar tanto en la anorexia como en la bulimia se encuentran problemas con el control de impulsos.

Paso 7.- Para concluir al siguiente día con el otro grupo de 15 alumnos (a) se llevo exactamente la misma secuencia.

4.12. ESCENARIO:

Se aplicaron en las aulas de la escuela secundaria oficial No. 999 “Manuel Hinojosa Giles” con iluminación y ventilación adecuada para la realización de las pruebas.

CAPITULO 5. ANALISIS DE RESULTADOS:

1.- Población Seleccionada.

Una vez seleccionados los resultados obtenidos de la prueba 16 FP (Factores de la Personalidad), se seleccionó a la población que obtuvo más de 5 factores, considerándose como personas de riesgo de padecer algún trastorno alimenticio, se le considero así, ya que tanto hombres como mujeres tienen problemas con su hábito de comer , se consideran obesos, y no establecen sus tiempos de comida, esta información se obtuvo mediante una ficha de identificación que se les dio en el día de la aplicación de las pruebas posteriores.

A continuación se muestra en que consistió la ficha de identificación:

Nombre:

Edad:

1.- ¿Tienes problemas con tu hábito de comer?

a) Si

b) No

c) Algunas veces

2.- ¿Tienes algún familiar que padezca anorexia, bulimia u obesidad?

a) Si

b) No

3.- ¿Cómo te consideras corporalmente?

a) Delgado

b) Obeso

c) Normal

4.- ¿Cuáles son tus tiempos de comida?

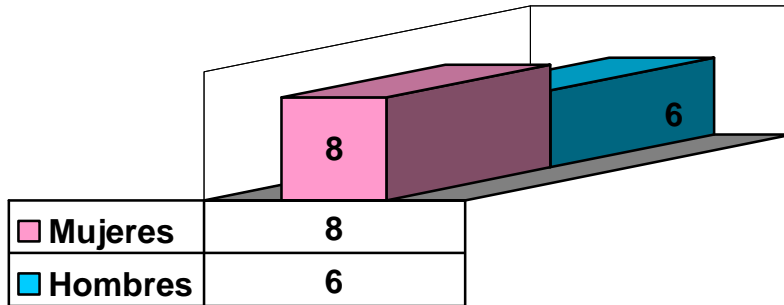
a) Mañana, tarde y noche

b) Tarde y noche

c) Mañana y tarde

Teniendo así como resultados a 8 mujeres y 6 hombres (ver grafica 1).

Grafica 1: Población con mayor índice de factores



2.- Áreas Representativas en la Adaptación del Sujeto.

Una vez seleccionada a la población a investigar se les aplico la prueba del Test de Frases Incompletas de J. Sacks (FIS), la prueba se compone de 60 frases incompletas, las cuales se agrupan en 4 áreas representativas que son:

- Área de Adaptación Familiar.
- Área Sexual.
- Área de Relaciones Interpersonales.
- Área de Autoconcepto.

Es importante mencionar que cada área representativa cuenta con un número de actitudes diferentes, es decir dentro del Área de Adaptación Familiar son 3 actitudes, en el Área Sexual son 2 actitudes, en el Área de Relaciones Interpersonales son 4 actitudes y finalmente en el Área de Autoconcepto son 6 actitudes.

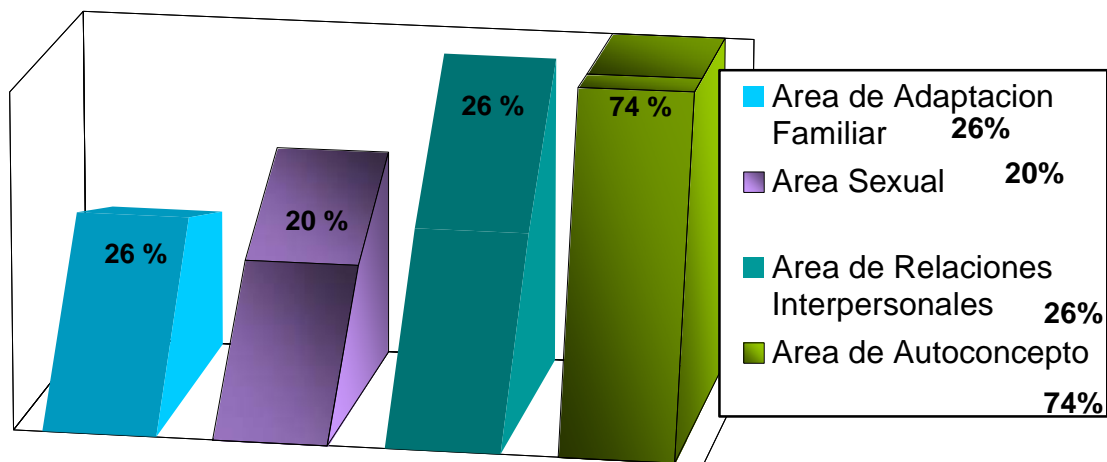
Por lo tanto para el análisis de los resultados obtenidos:

- a) Se reúnen las respuestas de las 4 áreas referentes a cada una de las 15 actitudes separándolas por áreas.
- b) Por cada actitud negativa obtenida se obtiene una puntuación con un valor de 2 puntos y por cada actitud positiva 1 punto.
- c) Después de haber hecho lo anterior se consideran las 4 frases en su conjunto y se suman las puntuaciones obtenidas.
- d) Al finalizar el conteo de cada una de las 15 actitudes al Área de mayor puntaje se considera al Área con mayor problema en el sujeto.

Ahora bien se encontró que el Área con mayor problema fue el Área de Autoconcepto obteniendo un 74%, mientras que el Área de Adaptación Familiar y el Área de Relaciones Interpersonales tuvieron similitud con un 26% (ver grafica 2).

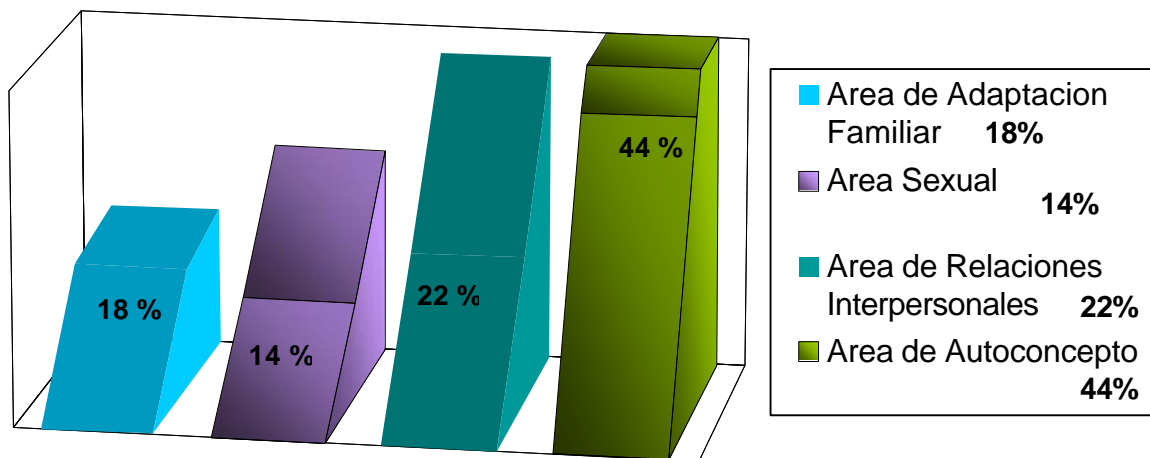
En la grafica 2 y 3 respectivamente se obtuvo como resultado que el área de mayor problema en los y las jóvenes actualmente es el del Autoconcepto retomando así que muchos de ellos poseen dificultad con su autoestima, recordando que una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos que puede disponer un adolescente. Ahora al tomar como base el planteamiento de Roffer, (citado en el Marco Teórico) en donde se menciona que: Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue.

Grafica 2: Test De Frases Incompletas De J. Sacks (Mujeres)



Posteriormente se analizaron los resultados en los hombres obteniendo un 44% al Área de Autoconcepto, resultando así como el área en que se encontró mayor problema entre los jóvenes, siguiéndola con un 22% al Área de Relaciones Interpersonales (ver grafica 3).

**Grafica 3: Test De Frases Incompletas
De J. Sacks (Hombres)**



3.- Síntomas de Anorexia, Bulimia y Obesidad.

Una vez terminada la prueba del (FIS) Frases Incompletas, se les pidió a los y las alumnas de la escuela secundaria “Manuel Hinojosa Giles” que realizaran la prueba de la Figura Humana de Karen Machover, posteriormente para el análisis de resultados se hizo el siguiente procedimiento: Una vez terminada la prueba de la Figura Humana de Karen Machover se consideraron los síntomas mas representativos que obtuvieron cada uno de los sujetos a investigar, es decir que cada rasgo posee un significado.

Por ejemplo en el caso de las mujeres:

En el sujeto 1 se encontró complejo de inferioridad y sentimientos de inferioridad, ausencia de emociones, falta de equilibrio emocional y físico, preocupación por su cuerpo y descontenta por su propio cuerpo, terca y depresión.

En el sujeto 2 se encontró que tiene sentimientos de inferioridad, falta de equilibrio y seguridad, problema de personalidad, descontenta por su propio cuerpo, falta de control y rebeldía.

En el sujeto 3 se encontró escaso control de los impulsos, ausencia de emociones, depresión y dependencia y descontenta por su propio cuerpo.

En el sujeto 4 se encontró falta de equilibrio e inseguridad, falta de adaptación social, terquedad y regresiva, depresión, ausencia de emociones y ansiedad.

En el sujeto 5 se encontró que tiene sentimientos de inferioridad, falta de adaptación social, escaso control de los impulsos y preocupación por su cuerpo.

En el sujeto 6 se encontró sentimientos de inferioridad, escaso control de los impulsos, deficiente de auto estimación y ausencia de emociones.

En el sujeto 7 se encontró que tiene escaso control de los impulsos, terquedad, sentimientos de deficiencia, descontenta por su propio cuerpo y preocupación por el mismo y falta de habilidad para relacionarse.

En el sujeto 8 se encontró falta de equilibrio y estabilidad, escaso control de los impulsos, dificultad para relacionarse, descontenta por su propio cuerpo y preocupación por el mismo.

Por consiguiente se separaron los significados de cada sujeto y así mismo se utilizó la información del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) para una mejor comparación de síntomas, tomando en cuenta a la anorexia, bulimia y la obesidad.

Un ejemplo de cómo se obtuvo el conteo de los síntomas de cada uno de los Trastornos Alimenticios ya mencionados fue que una vez separados los síntomas se distinguió que tanto en la anorexia como en la bulimia y en la obesidad existe depresión, así mismo tanto en la bulimia como en la obesidad surge la baja autoestima y síntomas de ansiedad, para finalizar tanto en la anorexia como en la bulimia se encuentran problemas con el control de impulsos.

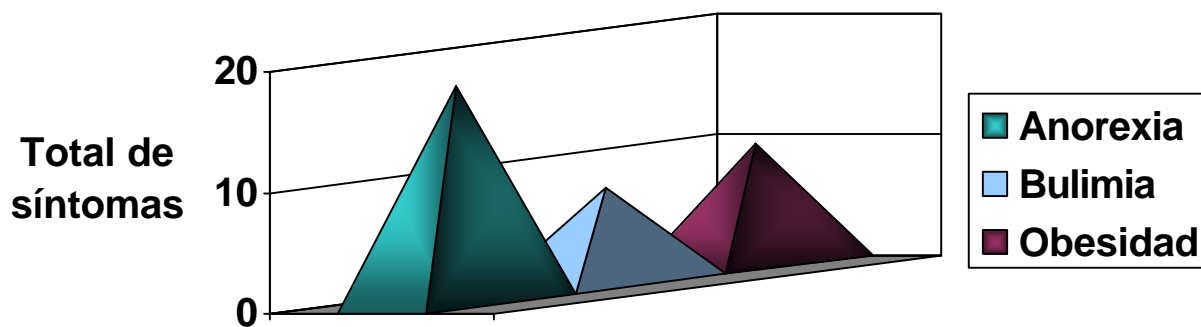
Ahora bien, no hay que olvidar que los (a) anoréxicos tiene una marcada tendencia a la inanición, acompañada por un temor e irracional hacia los alimentos. Se niegan a comer, tienen terror a aumentar de peso, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que eso provocan oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión.

Mientras que los bulímicos son capaces de ingerir grandes cantidades de comida en poco tiempo y, luego, se generan conductas purgativas como auto provocarse vómitos o consumir laxantes y diuréticos en forma indiscriminada. La rutina la rematan con desayunos compensatorios que, finalmente, los llevan a repetir el ciclo.

Por lo tanto las personas obesas corren un riesgo mayor de enfermarse o morir por cualquier enfermedad, lesión o accidente, y este riesgo aumenta proporcionalmente a medida que aumenta su obesidad.

De acuerdo a los dibujos realizados se analizaron el número de síntomas de anorexia, bulimia y obesidad mencionados en el marco teórico que poseen cada uno de los y las jóvenes y se obtuvieron los siguientes datos: obteniendo a la Anorexia con un total de 18 síntomas, a la Bulimia con 8 síntomas y finalmente a la Obesidad con 10 síntomas (ver grafica 4).

Gráfica 4: Prueba de la Figura Humana de Karen Machover (Mujeres)



Anorexia	18 síntomas
Bulimia	8 síntomas
Obesidad	10 síntomas

Posteriormente para el caso de los hombres se realizo el mismo procedimiento teniendo como resultados:

En el sujeto 9 se encontró complejo de inferioridad, no hay control de los impulsos, dependencia y preocupación por su cuerpo.

En el sujeto 10 se encontró que tiene sentimientos de inferioridad, falta de equilibrio y de estabilidad, desprecio propio, ansiedad, descontento por su propio cuerpo y escaso control de los impulsos.

En el sujeto 11 se encontró sentimientos de inseguridad, depresión, culpa, problemas para relacionarse y ausencia de emociones.

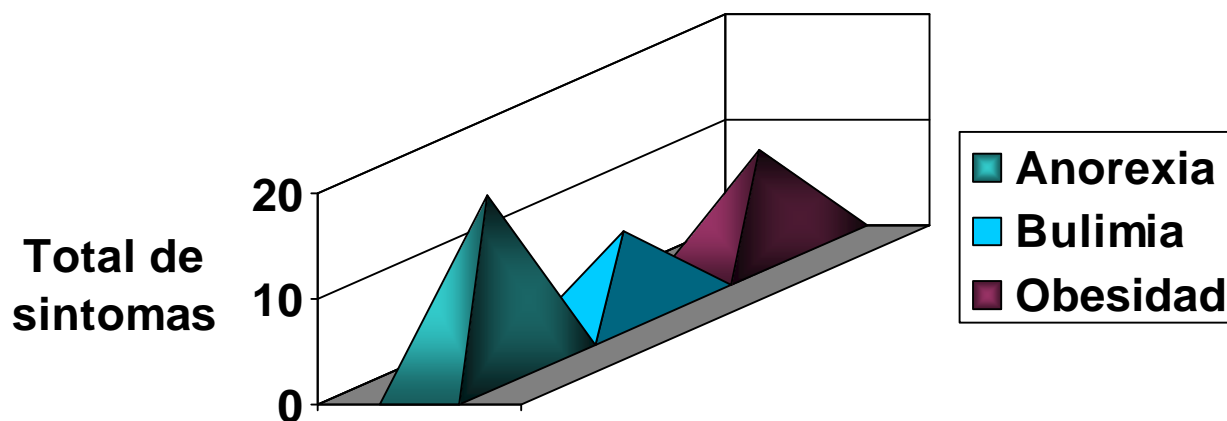
En el sujeto 12 se encontró depresión, agresividad exteriorizada, dificultad en las relaciones, ausencia de emociones y falta de adaptación social.

En el sujeto 13 se encontró problemas de inferioridad, terquedad, escaso control de impulsos, ausencia de emociones y deficiente de auto estimación.

En el sujeto 14 se encontró sentimientos de inferioridad, falta de equilibrio y estabilidad, terquedad, escaso control de impulsos, falta de habilidad para relacionarse, sentimientos de deficiencia y ausencia de emociones.

De igual manera se analizaron los resultados obtenidos de los hombres teniendo así: a la Anorexia con un total de 17 síntomas, a la Bulimia con 8 síntomas y finalmente a la Obesidad con 10 síntomas (ver grafica 5).

Grafica 5: Prueba de la Figura Humana de Karen Machover (Hombres)



Anorexia	17 síntomas
Bulimia	8 síntomas
Obesidad	10 síntomas

4.- Factor de Personalidad.

Una vez recibidos los resultados de las pruebas se separaron por sexo, por lo tanto se analizaron los Factores Primarios del Cuestionario 16 FP.

Para el análisis de los Factores Primarios se tomo en cuenta su descripción del Manual del Cuestionario 16 FP considerando a los más significativos que son:

- ✓ Afectado por sentimientos, menor estabilidad emocional. (Debilidad del Yo).
- ✓ Recatado, tímido, reprimido (Timidez).
- ✓ Incontrolado, sigue sus propios impulsos (Indiferencia).
- ✓ Escrupuloso, moralista, juicioso (Super Yo fuerte).
- ✓ Desconfiado, suspicaz (Desconfianza).
- ✓ Imaginativo, bohemio, distraído (Subjetividad).
- ✓ Aprensivo, inseguro, preocupado (Propensión a la culpabilidad).
- ✓ Tenso, frustrado, impulsivo (Tensión).

Son considerados así, debido a que existe cierta vulnerabilidad a padecer trastornos alimenticios.

A continuación se observa la puntuación obtenida por cada uno de los (a) sujetos a investigar:

Sujetos	Afectado por sentimientos, menor estabilidad emocional (debilidad del Yo)	Recatado, tímido, reprimido (timidez)	Incontrolado, sigue sus propios impulsos (indiferencia)	Escrupuloso, moralista, juicioso (super yo fuerte)	Desconfiado, suspicaz (desconfiado)	Imaginativo, bohemio, distraído (subjetividad)	Aprensivo, inseguro, preocupado (propensión a la culpabilidad)	Tenso, frustrado, impulsivo (tensión)
1	4	7	1	1	8	5	8	9
2	5	3	4	1	10	3	8	10
3	6	5	2	1	7	8	7	10
4	1	3	1	1	4	6	7	10
5	7	5	2	1	7	7	8	8
6	4	4	3	6	8	1	7	10
7	3	4	2	6	7	3	7	10
8	1	3	2	3	10	8	10	10
9	9	7	2	7	4	5	5	4
10	4	7	4	1	6	6	4	7
11	5	6	4	8	4	5	3	7
12	1	5	4	3	6	5	8	5
13	3	6	1	1	6	8	2	8
14	7	3	3	1	5	1	9	9
15	2	4	2	4	6	4	7	6

Cuadro 1.1.- Puntuación total con respecto a las mujeres.

Posteriormente se analizaron los Factores secundarios de la siguiente manera:

Una vez obtenidas las puntuaciones de los Factores Primarios se realizó un cálculo de estas mismas tomando en cuenta a los 4 Factores Secundarios importantes que son: Extraversión, Ansiedad, Tenacidad y por último la Independencia.

Un ejemplo de cómo se obtuvieron los resultados de cada sujeto es:

Paso 1.- Se anota la puntuación obtenida del Factor Primario.

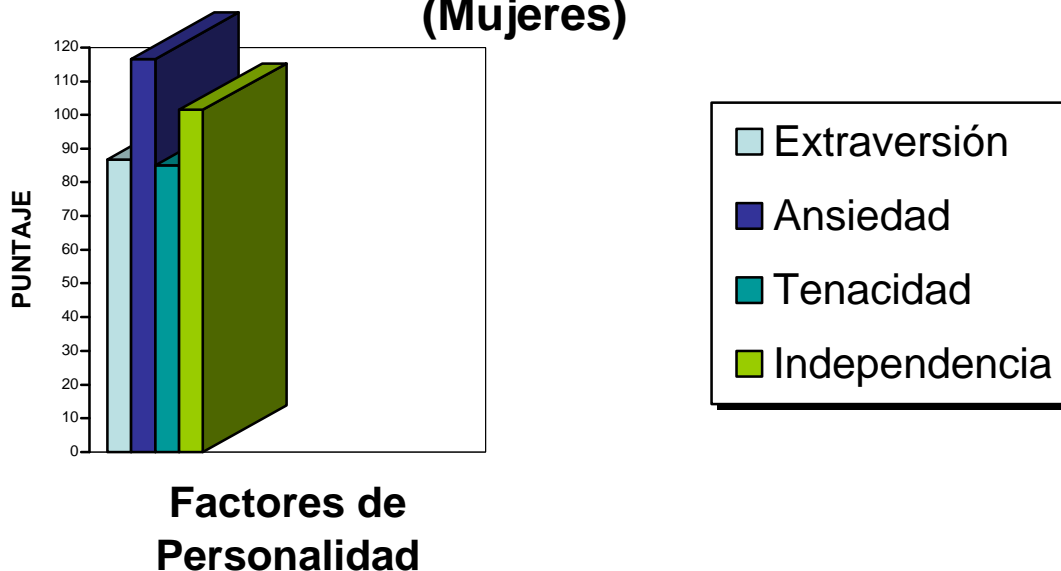
Paso 2.- Se multiplica por la puntuación que está encerrado en un círculo y se anota en la casilla el resultado, empezando por la parte derecha de la casilla.

Paso 3.- Posteriormente se suman los números.

Paso 4.- A los resultados obtenidos de las sumas se le restan los resultados.

Así mismo, obteniendo con mayor puntuación al factor secundario que es la ansiedad con un total de 7.77, que es primordialmente uno de los síntomas de la obesidad, retomado del marco teórico, se dice que la ansiedad en los adolescentes suelen mostrarse inseguros, perfeccionistas, con gran necesidad de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación y requieren la constante presencia del adulto para enfrentarse a sus temores (García, 1997). Mientras que le siguió la independencia con un 6.76. (Ver grafica 6).

**Grafica 6: Cuestionario 16 FP
(Mujeres)**



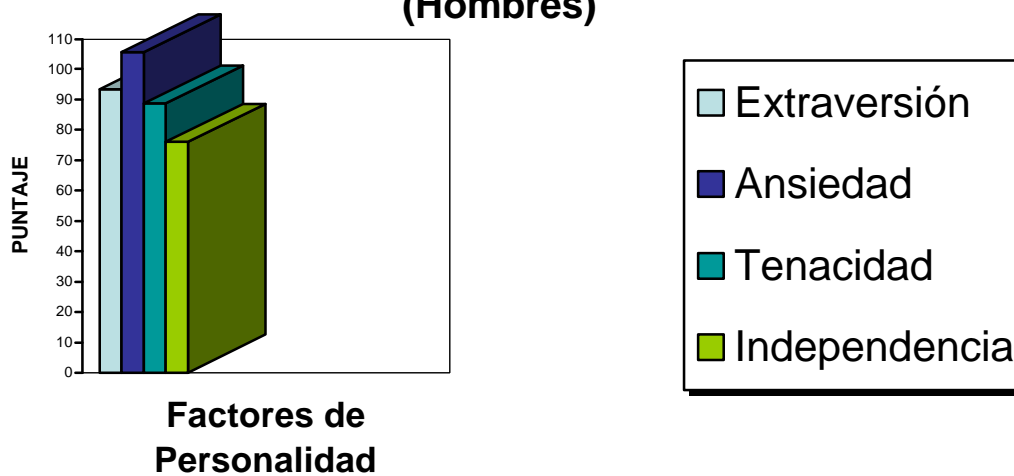
Se realizó el mismo procedimiento para los hombres dando así como resultados de los Factores Primarios que son los siguientes:

Sujetos	Afectado por sentimientos, menor estabilidad emocional (debilidad del Yo)	Recatado, tímido, reprimido (timidez)	Incontrolado, sigue sus propios impulsos (indiferencia)	Escrupuloso, moralista, juicioso (super yo fuerte)	Desconfiado, suspicaz (desconfiado)	Imaginativo, bohemio, distraído (subjetividad)	Aprensivo, inseguro, preocupado (propensión a la culpabilidad)	Tenso, frustrado, impulsivo (tensión)
1	4	7	1	1	7	7	5	8
2	3	4	3	1	6	3	8	7
3	3	4	3	3	5	6	7	7
4	4	5	2	1	7	7	5	8
5	2	5	3	1	7	4	8	9
6	2	4	1	6	7	7	7	9
7	5	7	6	3	4	5	5	9
8	5	5	2	1	5	3	4	6
9	5	7	2	5	5	4	5	10
10	7	6	6	3	7	3	5	8
11	6	1	6	5	8	5	2	7
12	3	5	2	1	7	3	6	6
13	4	7	2	1	7	2	5	8
14	4	4	3	1	6	2	6	9
15	2	5	4	5	6	5	8	8

Cuadro 1.1.- Puntuación total con respecto a los hombres.

Una vez obtenidos los resultados de los Factores Primarios se analizaron los Factores Secundarios en los cuales se obtuvo con mayor puntuación al factor secundario que es la ansiedad con un total de 7.04, mientras le sigue la extraversión con un 6.22 (ver grafica 7).

**Grafica 7: Cuestionario 16 FP
(Hombres)**



CONCLUSIONES

Al finalizar éste trabajo, pude describir que fue un tema interesante, ya que son enfermedades mentales a consecuencia de una baja autoestima o problemas psicológicos, tratar estos trastornos es de vital importancia para la salud física y mental de quien lo padece, si tuviera la oportunidad de volver a realizar una investigación elegiría este tema de nuevo, ya que el tema fue bastante interesante, aprendí mucho más de lo que tenía planeado, cumplí mis metas satisfactoriamente.

Uno de los aspectos importantes inicial de esta investigación, es el haber aprendido la metodología de una consulta.

En cuanto a los objetivos tanto específicos como generales se puede decir que se cumplieron, respondiendo claramente a la pregunta: ¿Conocer la personalidad de los y las adolescentes en función de los trastornos alimenticios?, debido a que la mayoría de los jóvenes hoy en día presentan problemas con el tratar de aceptarse tal y como son, así mismo tienen ciertas dificultades para relacionarse con los demás.

Al confrontar las hipótesis con los datos recopilados y los resultados obtenidos posteriormente puedo concluir que en los catorce casos se cumple lo planteado, ya que suponía que la baja autoestima influye en el surgimiento de los trastornos alimenticios en las y los adolescentes lo que hace que el resultado de la investigación haya sido mucho más satisfactorio.

Esto quizá pueda hacer alusión al hecho de los jóvenes en general están siendo susceptibles a factores como la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la influencia o presión social a través del modelo estético corporal de la delgadez, sin importar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelven a nivel familiar, social o escolar.

Se observó que el Área en donde se obtuvo un porcentaje mayor fue la de Ansiedad tanto en mujeres como en hombres, la diferencia fue menor, solo varió que en las mujeres la segunda Área de mayor puntaje fue la de Independencia y la de los hombres fue la de Extraversión¹.

¹. **Extraversión**, es tomado de la prueba "16 FP (1980) que se refiere a una persona que sobresale socialmente, desinhibido, buena para establecer y mantener los contactos interpersonales.

Dentro de la población seleccionada se notó que tanto en los hombres como en las mujeres mostraron problema en el Área de Auto concepto, lo cual la mayoría de estos dicen tener cierta preocupación por su cuerpo, en las mujeres sobre todo mencionan estar descontentas por su propio cuerpo, mientras que en la segunda Área con problema fue la de Relaciones Interpersonales argumentando que tienen problemas para relacionarse, contacto social defensivo, y un escaso control de los impulsos.

Al realizar este trabajo se da una aportación en la cual se debería retomar a la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios en la Secundaria Oficial No. 999 "Manuel Hinojosa Giles", considero que se les debería prestar más atención. Se propone comenzar a implementar acciones preventivas como: iniciar tratamiento, apoyo entre pares, comunicación y grupos de autoayuda, para evitar que las y los alumnos caigan en un problema que arruine sus vidas para siempre (es de mi parecer que estos trastornos nunca se curan, supongo que la persona debe vivir y lidiar contra ellos para siempre, tal como un alcohólico o un drogadicto debe hacerlo con su adicción).

No propongo medidas extremas como establecer un peso mínimo para las modelos (solo me gustaría ver luciendo ropa en los desfiles a personas con distinto peso, no siempre delgadas, y desearía que hubiera mayor disponibilidad de talles en los negocios de ropa, así como menos discriminación hacia aquellos excedidos de peso), sino solamente flexibilizar la concepción de la belleza, haciendo hincapié en que no todo pasa por la figura. Asimismo me parece que debería haber un resurgimiento cultural, dejar y buscar que el hombre pueda y quiera mejorarse, pero a través de alternativas sanas y no autodestructivas.

A partir del respeto y cuidado del cuerpo apoyando a la diversidad de los mismos.

El deseo por lograr la delgadez extrema de muchas jóvenes representa un problema físico-mental que por su aumento impresionantes en los últimos tiempos, se ha convertido en una situación que preocupa tanto a especialistas como a personas que conocen acerca del tema. Invocando a ser más responsables, analíticos y críticos con respecto a las modas pasajeras, productos de caprichos de diseñadores o de supuestos referentes de un estilo de vida, que en la mayoría de las veces se han deshumanizado por culpa de las presiones sociales, que les impone el medio.

Mantener una figura atractiva no justifica caer en extremos, donde se atente con la salud, y la vida. La Anorexia y la Bulimia tienden a ser un verdadero drama social si no se les implanta un límite, que nos permita ser lo que somos, y no parecer lo que muchas veces no se puede llegar a ser; este alto debe ser establecido por nosotros mismos para no seguir siendo partícipes de la “**MODA**”.

La Anorexia y la Obesidad es un trastorno que se presenta con mayor auge en la adolescencia, encontrándose que tanto en las mujeres como en los hombres obtuvieron un mayor puntaje de estas, hay que hacer notar que la Bulimia obtuvo una diferencia menor.

Los principales síntomas que presentaron los sujetos fueron la agresividad, la depresión, sentimientos de inferioridad, deseo de ganar afecto y ausencia de emociones, llevando así a determinar que están en cierto riesgo de padecer algún trastorno alimenticio sino es que ya lo padecen.

Debido a la falta de equilibrio emocional y de estabilidad que se encontró en los sujetos a investigar se afirma que la baja autoestima es un factor determinante para que se desencadenen ciertos números de trastornos alimentarios durante el desarrollo del ser humano.

También hoy en día se puede encontrar que en la televisión, revistas y espectaculares se muestran mujeres muy delgadas y hombres con apariencia atlética como un ideal de la población aún cuando no lo logran, lo cual les genera cada vez mayor insatisfacción con su cuerpo.

Es importante mencionar que de acuerdo al **DSM-IV- TR** y en el marco teórico ya mencionado se determinaron los siguientes síntomas de acuerdo al tipo de trastorno alimenticio que se padece: Dentro de la Anorexia es la depresión, el retraimiento social, poca espontaneidad social, restricción de la expresividad emocional y problemas con el control de impulsos. En la Bulimia determinan su autoestima, la baja autoestima, trastorno depresivo, síntomas de ansiedad y trastornos de la personalidad. Finalmente en la Obesidad se encuentran la baja autoestima, no controlan sus sensaciones, ansiedad, estados de ánimo depresivos y sentimiento de vacío interno.

Mi opinión sobre los trastornos alimenticios en general es la siguiente:

Teniendo en cuenta los ya mencionados factores predisponentes, es de mi consideración creer que el surgimiento de un trastorno de este estilo no tiene un único culpable, vivimos en una sociedad donde, lamentablemente, se valoriza la belleza, un don subjetivo y pasajero.

La mayoría de las personas ha dejado de considerar el progreso personal, en todos sus niveles (entiéndase nivel intelectual, afectivo, etc.) como una meta; vivimos en una sociedad facilista, donde quien trabaja para progresar y no presta atención a las influencias o tendencias del entorno, es excluido y hasta maltratado por sus propios compañeros.

Últimamente en este entorno con falta de comunicación hacia los nuestros, es decir con nuestros familiares se hace presente el sentimiento de poca autoestima y esto produce el sentido de pertenecía (y en parte siempre fue igual) dejar de lado la propia personalidad en un intento de parecerse a los demás y ser aceptado. Es decir, para pertenecer hay que parecer y actuar conforme a un prototipo establecido por el medio donde vivimos, contemplando esto social, cultural e histórico.

Es este sentimiento de soledad creado por la presión social el que, a mi parecer, influye sobremanera en el desarrollo de estos trastornos. Todos sabemos que "la perfección es imposible", pues nuestro ambiente se encarga de recordárnoslo siempre; sin embargo, ese mismo entorno que, resguardado por la mencionada afirmación, a veces nos presiona para que dejemos de buscar el avance en todos sus aspectos, en un intento de lograr una "globalización" del pensamiento (se intenta que las personas piensen y acepten lo que unos pocos indican, con el objetivo de lograr un mejor control social de las masas).

Es también el que más presión ejerce para que las personas se desvivan por alcanzar una perfección subjetiva, que puede pasar tanto por el cuerpo como por la adquisición de productos específicos (de cual o tal marca, con tal o cual característica) o la formación de una personalidad determinada. Este incentivo absurdo es también parte de esa "globalización del pensamiento"; es sencillo manejar a las personas cuando aquello por lo que se preocupan ha sido impuesto por un grupo minoritario.

Sin embargo, a pesar de que se admita la creencia que la sociedad también tiene parte de la culpa, hay que considerar que asimismo los otros factores familiares y personales son tan importantes como los socioculturales.

Las familias hoy en día aún no han evolucionado mucho a través de la historia, y a pesar de que muchas cosas han mejorado, es importante que algo se haya perdido (o al menos es algo que se nota más hoy en día), y es la comunicación. Esta es otra de las causas más importantes en la aparición de una enfermedad como la bulimia, la anorexia y la obesidad, la falta de comunicación verdadera, libre de prejuicios y miedos, entre padres e hijos.

No podría determinarse el por qué de este alejamiento, pero es posible pensar que la falta de diálogo, el no poseer a alguien maduro y confiable con quien discutir los cambios y problemas (presentes en cualquier edad, pero sobre todo en la adolescencia) y el tener una familia rígida o sobreprotectora, son hechos todos en los que la culpa está repartida entre los padres, los hijos y, en parte, el entorno.

Hay que tener cuidado con la influencia de los medios y la moda para así tener una buena estabilidad siendo conformes tal y como somos, sin olvidar en prestar mas atención con las personas que nos rodean ya que muchas pueden ser enfermos de este tipo y no nos damos cuenta, hay que aprender a ser selectivos y evaluar aquello que elegimos para ver o escuchar.

De cualquier manera no hay que olvidar que la edad de la adolescencia es la edad donde surgen más inquietudes, pero a su vez es la más confortable. Lamentablemente el adolescente de hoy tiene diferentes problemáticas que le oscurecen su hermosa edad.

Las drogas, el alcohol, el cigarrillo y las enfermedades alimenticias siempre formaron parte de ésta etapa pero nunca siendo tan protagonistas. Desafortunadamente, hoy por hoy, son los principales atractivos del adolescente.

En el plano cognitivo la adolescencia trae consigo la consolidación del pensamiento lógico formal lo que le permite aplicarlo ahora a su vida personal, comprender y captar valores universales, al igual que le permite planificar su futuro o hacer una elección vocacional de forma realista de acuerdo a sus posibilidades. Otra característica de este plano es la extroversión donde el adolescente, que ya ha logrado su identidad como ser único, dirige su interés hacia la realidad lo que le permite desarrollar sentimientos altruistas.

El adolescente que está pasando por la crisis juvenil está especialmente susceptible a desarrollar una depresión, ya sea por los cambios que está enfrentando o por una suma de conflictos que ahora los tiene presente. También puede caer en conductas delictivas y bajo la influencia de la droga. Estas conductas no son sólo el producto de un proceso interno, sino que está fuertemente influenciado por el tipo de relación con sus padres y las conductas de su grupo de pares (mencionados anteriormente en el capítulo 3 del marco teórico).

Podría decirse que esta etapa, suele ser la que más marca a lo largo de la vida, ya que en ella suceden los cambios más importantes que determinarán más que en otras el carácter y comportamiento de la persona.

En general, la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad, además es aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que estemos y los estímulos que este nos brinda.

La influencia que tiene la familia en la autoestima del niño o niña es muy importante, ya que ésta es la que le trasmite o le enseña los primeros y más importantes valores que llevarán al niño a formar, a raíz de estos, su personalidad y su nivel de autoestima. Muchas veces los padres actúan de diferentes maneras, que pueden ser perjudiciales para el niño dejándole marcas difíciles y un continuo dolor oculto que influirá en el desarrollo de su vida; a estos padres se los llama mártires o dictadores. Pero también están los que le valoran y reconocen sus logros y sus esfuerzos y contribuyen a afianzar la personalidad.

Otro factor importante que influye en la familia, es la comunicación asertiva y efectiva, ya que están estrechamente relacionadas. Según se hayan comunicado nuestros padres con nosotros, esos van a ser los factores que influyan en nuestra personalidad, nuestra conducta, nuestra manera de juzgarnos y de relacionarnos con los demás.

Existe una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad es la que le presenta a la persona un modelo social con costumbres y con una cultura que a través de la familia son transmitidos al individuo. Pero cuando los integrantes de la misma, tienen asuntos indefinidos en el interior por un pasado doloroso en la infancia le transmitirá el mismo dolor y las mismas confusiones a su hijo, causándole problemas de comunicación en el ambiente social.

Muchas personas no conocen la diferencia entre bulimia y anorexia, ni les interesa conocerla. Asimismo, estas psicopatologías son asociadas con la superficialidad, cuando en realidad superficial es el entorno en el que vivimos. Muchas de esas personas trastornadas saben ver lo bueno en el interior de los demás sin llevar el apunte a los aspectos externos como la apariencia, el problema radica en que no pueden apreciar lo bueno que hay dentro de ellas mismas.

Finalmente la mayoría de las veces la persona enferma es despreciada o considerada un objeto que no tiene sentimientos, superficial, por el mero hecho de estar sufriendo un problema; hay gente que ni siquiera toma en consideración lo que está sufriendo el paciente y, ante el aumento de peso, enseguida comienza a hacer hincapié en que ha engordado.

Para concluir, los trastornos alimenticios nos afectan a todos directa o indirectamente; todos estamos de alguna manera expuestos a los diversos factores predisponentes. Queda en la persona aceptarse como es y tratar de mejorar sin caer en obsesiones, en la familia contener y ayudar a la persona a salir adelante luego de cualquier problema, y en la sociedad comenzar a prestar más atención a los valores, la cultura y el intelecto como medio de éxito en la vida, y no tanto en la apariencia.

Es indignante que un modelo gane más dinero que alguien que trabaja para mejorar la calidad de vida de la humanidad en general; se debería hacer un replanteamiento cultural y comenzar a cambiar las bases de la sociedad desinteresada por el individuo humano, superficial y materialista en la que vivimos.

Espero que quien lea esta investigación, sienta que aprendió sobre un tema que tiene bastante importancia en la actualidad.

REFERENCIAS:

1. ABERASTURI, A. (2000). **La Adolescencia Normal un Enfoque Psicoanalítico**. México, Editorial: Paidós, Págs. 45-49.
2. ALCÁNTARA, JOSÉ ANTONIO, (2003). **Educación la Autoestima. Métodos, técnicas y actividades**. España, Editorial: Ceac, Págs. 12-17.
3. BEHAR, ROSA, (1996). **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría**. Volumen 34, Numero 2, Págs. 159-162.
4. BISCHOF, (1999). **Teorías de la Personalidad**. México, Editorial: Trillas, 13^{ra} Reimpresión, Págs. 56-62.
5. BUCKROYD, JULIA, (1998). **Anorexia y Bulimia**. México, Editorial: México: Mtz. Roca, (El Pequeño Libro Practico, Serie Salud), Págs. 67-72.
6. BUSCAGLIA, LEO, (1998). **El Desafío de las Relaciones Humanas**. México, Editorial: Diana, México, Págs. 98-104.
7. CASTILLO, GERARDO, (2001). **Los Adolescentes y sus Problemas**. México, Editorial: México: Minos, Págs. 65-70 y 86-92.
8. CASTELLANOS, T. JORGE, (2005). **Psicología**. México, Editorial: Esfinge, 1^{ra} Edición, Págs. 112- 116.
9. CAZARES, V.C. (2005). **Psicología**. México, Editorial: Esfinge, 1^{ra} Edición, Págs.154-159 y 177-79.

10. COFER, C. (1999). **Psicología de la motivación; Teoría e investigación**, México, Editorial: Trillas, 12 da reimpresión, Págs. 151- 162.
11. COFFIN, C. NORMA, (2005). **Revista de Psicología social y Personalidad**. Volumen 21, Numero 2, Págs. 149-157.
12. CRUZ, R. (1996). **Autoestima y Gestión de la calidad: una guía para los momentos de crisis**. México, Editorial: Iberoamericana, Págs. 105-115.
13. DULANTO, G. ENRIQUE, (2000). **El Adolescente**. México, Editorial: McGraw- Hill, Interamericana, Págs. 143-160.
14. GARALGORDOBIL, L. MAITE, (2000). **Intervención Psicológica con Adolescentes**. México, Editorial: Pirámide, Págs. 353-357.
15. GARCIA, G. EVA LAURA, (1997). **Psicología General**. México, Editorial: Publicaciones Cultural, Págs. 145- 152.
16. GRINDER, ROBERT. E, (1998). **Adolescencia**. México, Editorial: Limusa, Págs. 90- 97.
17. GONZALEZ, N. JOSE DE JESUS, (2000). **Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes**. México, Editorial: Trillas, Págs. 112-118 y 154- 159.
18. HIGASHIDA, H. BERTHA YOSHIKO, (2001). **Ciencias de la Salud**. México, Editorial: Mc Graw-Hill, 4ta Edición, Págs. 330-341.

19. HORROCKS, JOHN. E. (1999). **Psicología de la Adolescencia**. México, Editorial: Trillas, Págs. 145- 156 y 187- 193.
20. HURLOCK, ELIZABETH B. (2002). **Psicología de la Adolescencia**. México, Editorial: Paidós, Págs. 112- 125.
21. ITUARTE DE ARDAVIN, ANGELES, (2000). **Adolescencia y Personalidad**. México, Editorial: Trillas, 7^{ta} Edición, Págs. 132- 146.
22. IZQUIERDO, M. CIRIACO, (2003). **El Mundo de los Adolescentes**. México, Editorial: Trillas, Págs. 63-67, 123-129 y 167-173.
23. JOSEPH, S. L. (1997). **Niñez y Adolescencia**. México, Editorial: Paidós, Págs. 156-168.
24. KAPLAN, L. J. (1996). **Adolescencia. Adiós a la Infancia**. México, Editorial: Paidós, Págs. 47-59 y 62-71.
25. LOPEZ, I. JUAN J. (2002). **DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. España, Editorial: Masson Barcelona, Págs. 659-666.
26. MANKELIUNAS, M. V. (1996). **Psicología de la Motivación**. México, Editorial: Trillas, 2^{da} Edición, Págs. 341-353.
27. MANN, L. (2001). **Elementos de Psicología Social**. México, Editorial: Limusa, Págs. 157-164.
28. MANNONI, O. (1998). **La Crisis de la Adolescencia**. México, Editorial: Gedisa, Págs. 234-247.

29. MARVIN, P. (1998). **La Psicología de la Adolescencia**. México, Editorial: Fondo de Cultura, Págs. 130-150.
30. MCKINNEY, JOHN PAUL. (2000). **Psicología del Desarrollo, edad Adolescente**. México, Editorial: El Manual Moderno, Págs. 234-258.
31. MONTROYA, MIGUEL ANGEL Y SOL, CARMEN ELENA, (2001). **Autoestima**. México, Editorial: Pax, Págs. 56-68.
32. MORALEDA, MARIANO, (1999). **Psicología del Desarrollo: Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud**. México, Editorial: Alfaomega, Págs. 267-274 y 286-295.
33. MURUETA, MARCO EDUARDO, (1998). **Psicología de la Familia**. México, Editorial: UNAM – Sección Editorial del Campus Iztacala, Págs. 108-115.
34. MUUSS, ROLF. E. (2003). **Teorías de la Adolescencia**. México, Editorial: Paidós, Págs. 22-37 y 147-155.
35. MYERS, D.G. (1997). **Psicología Social**, México, Editorial: Mcgraw Hill, Págs. 165- 169
36. OLESKY, CARLOS, (1996). **Personalidad, Importancia y Simpatía**. México, Editorial: Editores Mexicanos Unidos, Págs. 154-163.
37. PHARES, E. JERRY, (1999). **Psicología Clínica: Conceptos y Métodos**. México, Editorial: El Manual Moderno, 2^{da} Edición, Págs. 327-341.

38. RODRIGUEZ, O. (1998). **Psicología de la Salud**. México, Editorial: UNAM, Facultad de Psicología: M.A. Porrúa, Págs. 159-168.
39. ROFFER, F. R. (2002). **El Autentico Valor de la Imagen**. México, Editorial: Mc Graw Hill, Págs. 243-257.
40. SATIR, V. (2004). **Autoestima**. México, Editorial: Pax, Págs. 56-62.
41. SILVA, C. (DICIEMBRE-2006). Revista Mexicana de Psicología. México, Volumen 23, Numero 2, Págs. 173-175.
42. TESSIER, G. (2004). **Comprender a los Adolescentes**. México, Editorial: Ediciones Octaedro, S.L. Págs. 223-238.