



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACION A DISTANCIA**

**BULIMIA Y AUTOESTIMA:**

**PROPUESTA DE UN TALLER DE INTERVENCION BASADO  
EN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA**

**T E S I S**

**Para obtener el título de:  
Licenciado en Psicología  
Presenta**

**Mariana Paola Cabral Familiar**

**Director de Tesis: Mtro. David Enríquez Negretez**



Tlalnepantla, Edo de México, Noviembre 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1. Trastornos de la conducta alimentaria</b>	<b>7</b>
1.1 Antecedentes de los trastornos de la conducta alimentaria.	
1.2 Clasificación de trastornos de la conducta alimentaria	
1.2.1 Vigorexia	
1.2.2 Anorexia nerviosa	
1.2.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	
1.3 Factores predisponentes a trastornos de la conducta alimentaria	
1.3.1 Factores personales	
1.3.2 Factores familiares	
1.3.3 Factores socioculturales	
1.4 Factor Precipitante	
1.5 Factor Perpetuantes	
<b>Capítulo 2. Trastornos de la conducta Alimentaria y su relación con la adolescencia</b>	<b>28</b>
2.1 La adolescencia	
2.2 La autoestima en la adolescencia	
2.2.1 La imagen corporal	
2.2.2. El auto concepto	
<b>Capítulo 3. Bulimia Nerviosa en la</b>	<b>45</b>
3.1 Historia	
3.2 Concepto	
3.3 Diagnostico de la Bulimia	
3.4 Consecuencias psicológicas	
3.4.1 Depresión	

3.4.2 Trastorno de ansiedad

3.5 Consecuencias físicas de la bulimia

3.6 Intervención Psicológica de la Bulimia

3.6.1 Tratamiento psicológico desde el enfoque  
cognitivo conductual

**Capitulo 4 Propuesta Taller para adolescentes, prevención de trastornos  
alimenticios 58**

4.1 Metodología

4.2 Conclusiones

4.3 Anexos

**Bibliografía 68**

## INTRODUCCION

En la actualidad uno de los temas que ha cobrado gran importancia en la sociedad es la imagen corporal, generando una excesiva preocupación por el peso, la talla y las dietas. Esta preocupación puede llegar a convertirse en una enfermedad que puede ser mortal, a esto se le conoce como Trastornos Alimenticios (García, 1997).

Gorab e Iñarritu (2005) definen los trastornos alimenticios como: “El comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas. En ella intervienen factores como la fisiología del apetito y la saciedad, así como aspectos socioculturales, aspectos familiares, y alteraciones del apetito” (p.p. 33).

Los trastornos alimenticios han sido llamados “de la abundancia” y aparecen mayoritariamente en países desarrollados, en zonas urbanas y estratos socioeconómicos altos, sin embargo no son exclusivos de ellos, la tendencia muestra su expansión hacia otros países, regiones y sectores sociales (Álvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo & López, 1998).

Phares (1999) refiere que los trastornos alimenticios producen gran ansiedad y una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, suelen presentarse cuando una persona coloca la comida como centro de su vida. Algunos de los trastornos alimenticios más conocidos son: la anorexia, vigorexia, síndrome del gourmet, trastorno nocturno, síndrome de Prader Willy (Cruz, 2004) siendo la bulimia el trastorno alimenticio con mayor incidencia. En México en los últimos años, se han encontrado prevalencias de 0.9% para anorexia nerviosa y de 1% para bulimia nerviosa en mujeres jóvenes. La Encuesta Nacional de nutrición (2006) señaló que 18.3% de los adolescentes reconoció que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó aumentar de peso, consumir alimentos en exceso o perder el control al comer. Asimismo, se halló que la práctica de estas conductas es más frecuente en las

mujeres que en los hombres (26.9% frente a 17.8%) (ENSANUT, 2006) , así mismo la encuesta de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2008 población de entre 18-65 años de edad, informo la presencia de bulimia nerviosa en algunas ocasiones en la vida de 1.8% de mujeres y en 0.6% de los hombres, mientras que no se encontraron casos de anorexia nerviosa, (Casanueva, Kaufer, & Pérez, 2008).

La bulimia está asociada con un amplio conjunto de complicaciones psicológicas. Los síntomas neuróticos son especialmente comunes, por ejemplo, un estudio realizado por (Ogden, 2003) revelo que la culpabilidad patológica, la preocupación, la baja concentración, las ideas obsesivas, la rumiación y la tensión nerviosa se manifestaban en más del 80% de la muestra de pacientes, y que la desesperanza y el pensamiento ineficaz estaban presentes en más del 60% de la muestra La depresión el trastorno que más se ha relacionado con la bulimia, sin embargo, las pacientes bulímicas también puntúan elevado en las escalas de ansiedad (Jarne, 2005).

La bulimia nerviosa es un trastorno en el cual, los atracones de comida son la conducta predominante. Los atracones se definen como la ingesta de grandes cantidades de comida de forma episódica, sin control y rápidamente durante un corto periodo de tiempo, (Glen, Hales, Stuart, 2009). Un rasgo psicopatológico que distingue la bulimia nerviosa en hombres y mujeres es que los pacientes tienen una imagen distorsionada de su cuerpo y se perciben obesos a pesar de presentar peso bajo. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en población de entre 18-65 años de edad, informo la presencia de bulimia nerviosa en 1.8% de mujeres y en 0.6% de los hombres. En las mujeres jóvenes se han encontrado prevalencias de 1% para bulimia nerviosa (Casanueva, Kaufer, Pérez, 2008).

A través de la revisión empírica que se llevo a cabo para esta tesina se comprobó que la autoestima es una de las variables psicológicas que más se asocia a los TCA. La autoestima se define como la auto evaluación que tiene de sí mismo una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o rechazo, este sentimiento expresa que una persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa, es un juicio personal, y por lo tanto subjetivo, que tiene de sí mismo una persona y que expresa

mediante diversos rasgos de comportamiento y lenguaje (Behar & Figueroa, 2004), de esta manera se pretende subir el nivel de autoestima a través de técnicas basadas en Terapia Racional Emotiva con la finalidad de eliminar o modificar creencias irracionales que han sido causantes de un TCA en las personas.

El capítulo 1 nos brinda útil información para comprender los TCA desde sus antecedentes históricos, los aspectos culturales que se han visto relacionados con el padecimiento de estas enfermedades. También se explicaran los diferentes TCA que se presentan con mayor incidencia, así como los factores predisponentes, precipitantes y perpetuanes que se encuentran relacionados y que actúan como desencadenantes.

La etapa donde existe mayor vulnerabilidad de padecer un TCA es la adolescencia, en esta etapa los jóvenes suelen ser más susceptibles a la crítica, si esta es negativa, el o la joven suele formar un auto concepto propio negativo, el cual puede ser influido por el nivel de autoestima como resultado de algunas investigaciones se ha determinado que a menor nivel de autoestima, mayor probabilidad de presentar una imagen corporal negativa, en el capítulo 2 se lleva a cabo una revisión teórica sobre la relación de estas variables.

El capítulo 3 está enfocado en realizar una revisión teórica basada en investigaciones empíricas más profundas de los TCA más comunes, como lo es la BN, en sus apartados podremos conocer los antecedentes históricos, métodos de diagnóstico, así como de las consecuencias físicas y psicológicas que derivan de este padecimiento.

El capítulo 4 es el resultado de la investigación, la cual sugiere un taller enfocado a evaluar el nivel de autoestima de los adolescentes diagnosticados con un TCA utilizando técnicas de TRE, para eliminar de los participantes ideas irracionales que suelen ser factores que predisponen a los jóvenes a padecer un TCA.

## **CAPITULO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

En los últimos años las enfermedades relacionadas con la obesidad han tenido un gran alcance en la población más vulnerable: mujeres y jóvenes adolescentes, que buscan por medio de dietas restrictivas y peligrosas alcanzar un cuerpo perfecto, delgado y estético. (Álvarez, Mancilla & López, 1998). Es por ello que a últimas fechas los trastornos de la conducta alimentaria 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 su incidencia (García, 1997).

Según la revisión de Guilbert (2005) los trastornos alimenticios se definen como: “Una alteración persistente de la conducta alimentaria, siendo su principal objetivo la pérdida y control de peso, lo cual afecta gravemente la salud de los individuos”. Según Ortuno (2010) la mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria comienzan en la adolescencia. Existen dos picos de edad en los que estos trastornos se presentan con mayor frecuencia: 13-14 años y entre los 17-18 años. La prevalencia de alguno de estos trastornos en estas edades es explicado por los cambios que el adolescente sufre como parte de su desarrollo (Silva, 2007).

Algunos jóvenes aparte de tener que enfrentar los cambios de la adolescencia, también tienen que enfrentar las consecuencias de los trastornos alimenticios. En el caso de las mujeres que sufren este tipo de trastornos se comparten ciertas características como: presentar una baja autoestima, sentimientos que hacen sentir a estas chicas poco valoradas, además de miedo a ser rechazadas o despreciadas por el peso. Estos aspectos se han convertido en potenciales factores de riesgo, ya que las jovencitas o incluso mujeres maduras, suelen tener la creencia de que el cuerpo perfecto es sinónimo de éxito, felicidad y salud. (Raich, 1998).



Esta creencia respecto a la valoración de un cuerpo perfecto se vincula estrechamente con la imagen corporal. La imagen corporal según Ayela (2007) es: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo nos representa a nosotros mismos” (p.79). El concepto de imagen corporal según Ayela (2007), es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima, el autoconcepto, o ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos<sup>1</sup> de la conducta alimentaria.

En las últimas décadas los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han generado una importante atención social, ya que su incidencia cada vez es mayor. Un factor que se encuentra relacionado es la imagen corporal, la cual se considera como factor de riesgo dentro de los posibles factores predisponentes. El estudio de la imagen corporal también ha recibido gran atención. Esta atención ha proporcionado gran información científica, pero ha polarizado las aportaciones, pues ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a los TCA. La insatisfacción corporal es el punto central de los problemas de alimentación, sin embargo, estas enfermedades no solo alteran la conducta alimentaria, sino que descomponen sus estados emocionales, ya que producen angustia, depresión irritabilidad e inconformidad, lo cual ocasiona un rompimiento de sus relaciones sociales y familiares, pues prefieren estar solos sin que nadie los moleste, ya que se sienten incomprendidos (Silva, 2007).

Según Sue, Sue & Sue (2010) otras consecuencias de los TCA es que las personas suelen preocuparse demasiado por su imagen corporal y tienen una autoestima baja, niveles moderados de depresión y sentimientos de impotencia, además tienden a valerse de los alimentos o del control de peso como un medio para manipular el estrés o la ansiedad, sin embargo, existe una gran interrogante, ¿de dónde surge la idea de que un cuerpo delgado es sinónimo de éxito, salud y felicidad?

---

<sup>1</sup> Trastorno dismórfico corporal es un trastorno somatoformo que consiste en una preocupación excesiva y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas (imagen corporal) ya sea físico o imaginado.

Guillen y Barr realizaron un estudio en el año 1994 sobre medios de comunicación y encontraron lo siguiente: de 132 números de la revista *Seventeen* publicados en los años pares desde 1970 hasta 1990, encontró solo 24 artículos de importancia dedicados a la nutrición. La mitad de ellos promovían la pérdida de peso mediante el recuento de calorías o la clasificación de los alimentos como “buenos o malos”, y en tres ocasiones se recomendaba ingerir menos de 1200 kcal por día. Los 35 artículos más importantes sobre el estado físico enfatizaban el nivel de atracción física y la quema de calorías con mayor frecuencia que la salud (Vandereycken & Noordenbos, 2000).

Las imágenes y el contenido de medios de comunicación impresos los cuales se describieron anteriormente, se combinan para dar lugar a una serie de mensajes fáciles de organizar y expresar como un conjunto esquemático de creencias: “la belleza constituye el objetivo primordial en la vida de una mujer”, “una silueta delgada es componente fundamental de la belleza, la salud física, el éxito y la felicidad”. Por naturaleza las mujeres sienten “timidez y vergüenza respecto a su imagen corporal”. Estas creencias son aborrecibles para la perspectiva feminista o humanista y, si se lleva a los extremos observados en los casos de la alimentación perturbada, generan inadaptación y la posibilidad de presentar un TAC (Vandereycken & Noordenbos, 2000).

Por otro lado Silva (2007) coincide con los autores Vandereycken & Noordenbos (2000), ya que refiere que el principal objetivo de los medios de comunicación es transmitir información, sin embargo gran parte de ésta se ha centrado en mostrar mensajes con contenidos relacionados con la delgadez haciendo alusión que las personas delgadas son bellas, exitosas y capaces de alcanzar cualquier cosa que deseen. Por el contrario rara vez se ven modelos con sobrepeso a menos que anuncie algún producto relacionado con la obesidad. Todo esto contribuye a que los jóvenes desarrollen una imagen corporal negativa, pues las características físicas que se presentan no son solo poco comunes, sino que difíciles e imposibles de alcanzar. Percatarse de esto puede no importar y las personas podrán seguir su vida de manera normal, pero también es posible que se produzca ansiedad, tristeza y

desesperanza, estados de ánimo que pueden impulsar a llevar a cabo ciertas acciones independientemente de las consecuencias, en un intento por conseguir esa apariencia.

Lo anterior puede favorecer un problema en la conducta de comer. Por ejemplo, existen diversos TCA, sin embargo son la *bulimia*, la *anorexia* y el *comer compulsivo* son los que presentan mayor incidencia, estos suelen aparecer con mayor frecuencia durante la adolescencia (entre los 11 y los 20 años), una etapa particularmente frágil en la que los jóvenes están intentando descubrir quienes son, que van a hacer cuando sean mayores, como entablar amistades duraderas, además están experimentando con su independencia y en general, se sienten muy inseguros y temerosos de no poder llegar a ser el tipo de adulto que les gustaría. Estos padecimientos pueden sufrirse solo durante una temporada o permanecer durante periodos muy largos e, incluso durante toda la vida. En casi todos los casos suele haber recaídas, y quienes los han padecido conservan cierto temor a no tener un aspecto físico agradable (Silva, 2007).

Por las consecuencias que los TCA conllevan es importante considerarlos como una enfermedad que requiere atención multidisciplinaria, ya que las complicaciones asociadas al abuso de laxantes, vomito provocado y otras conductas de purga suelen dejar importantes secuelas en quienes lo padecen (Crowsi, Peterson, Swanson & Mitchell, 2009).

## 1.1 Antecedentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Desde la antigüedad el hecho de comer ha tenido una connotación social. La comida es el momento de encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, lo que propicia la relación y la empatía. Por otra parte, el hombre ve determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos, estos últimos deben reseñarse a los impulsos primarios,

entre los que hay que mencionar el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y también para obtener placer) y la sexualidad (promovida por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y condicionante además de requisitos estéticos para la autoestima y la atracción). Estas necesidades básicas a los requerimientos que supone la existencia en una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o estéticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos y a veces la frontera estrecha entre lo que puede ser patológico o normal en lo que concierne a la alimentación (Sánchez, Espinoza, Bermejo, Pérez, Sierra & Benayas, 2005).

La alimentación adecuada es un factor clave del desarrollo físico y cognitivo en la evolución infantil. Además, factores culturales y sociales han favorecido que a lo largo de los años se conciban las horas de la comida como momentos idóneos para las relaciones interpersonales, generalmente positivas y satisfactorias. Sin embargo, en ciertos momentos del desarrollo infantil, y en algunos casos determinados, pueden surgir dificultades asociadas a la conducta alimentaria que convierten las horas de comida en momentos de angustia y crispación para la familia (Rodríguez & Aranceta & Serra, 2008).

Desde 1970 en todo el mundo se ha incrementado el número de personas que desarrollan estos desordenes alimentarios. Pero fue hasta la década de 1990 que surgió un *boom* entre la comunidad médica debido a que personajes reconocidos a nivel mundial murieron o estuvieron a punto de hacerlo, principalmente por anorexia (Camacho, 2000).

Actualmente dos de los trastornos con mayor incidencia es la anorexia y la bulimia, trastornos que existen desde hace mucho tiempo. Silva (2007) refiere que se tiene conocimiento que a finales de 1800 se describió por primera vez un caso de anorexia, pero al parecer fue hasta la década de los años sesenta del siglo XX que la medicina, particularmente la psiquiatría empezó a tomar interés en el padecimiento al presentarse varios casos en Estados Unidos, sin embargo, existen otros trastornos que cada vez son más frecuentes en mujeres y hombres adolescentes. A continuación se realiza una clasificación de otros tipos de TAC que comparten

síntomas en común: desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo. Esto ocurre porque en las últimas décadas tener una apariencia física intachable se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas (López, 2006).

## 1.2 Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los más frecuentes, no obstante, no hay que olvidar la existencia de otras alteraciones del comportamiento alimentario con la que se puede encontrar (León & Castillo, 2005) A continuación se explican brevemente cuales son estos trastornos:

### 1.2.1 Vigorexia

Los TAC son menos prevalentes en varones pero en las últimas décadas la diferencia entre ambos sexos está disminuyendo. Recientemente se ha descrito un tipo de TCA más frecuente en varones, denominado vigorexia, anorexia reversa o complejo de adonis. A pesar de que la vigorexia no es considerada un trastorno alimentario en sí mismo, se trata de un comportamiento característico de muchas personas anoréxicas y bulímicas, aunque también se presenta por sí sola. La vigorexia es el termino que se ha acuñado para referirse al trastorno mediante el cual los afectados (hay más hombres que mujeres cuando se presenta sin anorexia o bulimia) se entregan en cuerpo y alma a la práctica del ejercicio físico, dedicándole un tiempo y energía excesivo, incluso poniendo en peligro su salud o dejando de lado sus obligaciones (Ladish, 2002). La vigorexia principalmente se presenta en varones que realizan ejercicio físico de manera continuada y exagerada, rechazan alimentos hipocalóricos y mantienen una percepción alterada de su cuerpo. Se perciben como “demasiado delgados” y con insuficiente masa muscular. Con frecuencia la vigorexia se asocia a

un abuso de esteroides y complejos hipoprotéicos (Ortuno, 2010). Las personas obsesionadas con el ejercicio físico son capaces de pasar horas en el gimnasio subidas en la caminadora, en la bicicleta o saltando en una clase aeróbica o levantando pesas. No son capaces de concederse un día de respiro, incluso si tienen una lesión o enfermedad que aconsejaría el descanso, a este grupo de personas se le denomina “deportistas compulsivos” (Ladish, 2002).

El doctor Harrison G. Pope y su grupo de investigación del laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital McLean de Boston (EE.UU.) fueron los primeros en dar la voz de alarma sobre este nuevo trastorno mental en 1993. Desde entonces diversos estudios, aunque no muy numerosos han arrojado algo de luz sobre esta patología cada día más presente en nuestra sociedad (Ruizperez & Lobo, 2008).

Por otro lado Pérez (2009) define la vigorexia como: *“una condición patológica de naturaleza bio-psicosocial cuyo eje central radica en la insatisfacción de la imagen corporal respecto a la falta de desarrollo muscular”*.

Según Pérez (2009) sus principales características son:

- Distorsión en la percepción de la propia imagen, captándola siempre con un desarrollo muscular insuficiente.
- Se manifiesta con pensamientos y conductas de carácter obsesivo relacionados con gran preocupación por la apariencia, situación que suele desencadenar síntomas que participan en otras alteraciones e incluso comorbilidad con otros trastornos.
- Desajuste en relaciones sociales.

Según (López, 2006) algunos de los síntomas que acompañan la vigorexia son:

- Mirarse constantemente en el espejo y aun así sentirse enclenques.
- Invertir todas las horas posibles en hacer deportes para aumentar la musculatura
- Pesarse varias veces al día y hacer comparaciones con otras personas que hacen fisicoculturismo.

- La enfermedad deriva en un cuadro obsesivo compulsivo, que hace que el Vigorexico se sienta fracasado, abandone sus actividades y se encierre en un gimnasio día y noche.
- También sigue dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular, por lo que corren mayor riesgo de abusar de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroides.

No es exageración catalogar de epidemia a las llamadas “enfermedades de culto al cuerpo”, pues cada día son más individuos, especialmente los adolescentes (de ambos sexos) que refugiados en el fenómeno buscan ser físicamente perfectos (López, 2006).

### 1.2.2 Anorexia

La anorexia nerviosa se define como: estado psicofisiológico, que suele observarse en mujeres jóvenes, se caracteriza por incapacidad grave y duradera de comer o renuncia a hacerlo, a veces acompañado de vómitos espontáneos provocados, adelgazamiento extremado, amenorrea en las mujeres (Juárez, 2001)

La anorexia es un trastorno grave con curso crónico que de no intervenir sigue su trayectoria hacia la progresiva desnutrición, de las personas que la padecen 18% tienen posibilidad de desembocar en la muerte o en suicidio (3%). En el mundo occidental sufren anorexia entre un 0.1-1% de la población, porcentaje que aumenta en las mujeres hasta en un 1-2% sobre todo en edades de 10-30 años, con una edad de inicio entre los 13 y 18 años de edad. Sin embargo Flores (2007) afirma que en las últimas décadas la incidencia de este mal en estos países se ha duplicado. Según la clínica “Eating Disorders México”, el 0.5% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5% bulimia. Alrededor de 5 y 15% de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma que apuntan hacia un trastorno alimentario, el inicio del trastorno se da alrededor de los 16 años, pero el rango oscila entre los 11 y 25 años de edad, aunque no se puede descartar la presencia de estos problemas después de esta edad (Flores, 2007).

Según los criterios del DSM-IV para la anorexia nerviosa son los siguientes:

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

La anorexia se clasifica según Toro (2001) en dos tipos:

*Anorexia de tipo restrictivo:* durante el episodio de la anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

*Anorexia de tipo compulsivo-purgativo:* Durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Para que una persona desarrolle anorexia, pueden existir muchos factores que la hagan vulnerable hacia la enfermedad. Pero ninguno de estos factores en sí mismo la causa del padecimiento. Esto significa que no se puede hablar de una causa en el origen del desarrollo de la anorexia, sino de una combinación de factores. Estos factores pueden ser de tipo predisponente, precipitante y perpetuantes.

### 1.2.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado



Según León (2005) la clasificación del DMS-IV define dicho trastorno como:

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se presentan menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo. Provocación del vomito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar para no tragar cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Cada uno de los trastornos antes mencionados comparten las principales características, distorsión en la imagen corporal, deseos de tener una figura estética y conductas dañinas para la salud, sin embargo, existen factores que hacen a los individuos más susceptibles de padecer un TAC, a continuación se mencionan estos factores.

### 1.3 Factores Predisponentes de los Trastornos de la Alimentación

Los TCA ofrecen a los investigadores un gran número de incógnitas en lo que respecta a la causa de su origen. No obstante, parece claro que hay muchos factores, tanto genéticos como personales, familiares y socioculturales que resultan determinantes en la aparición de los TCA (López & Salles, 2005). Por su parte, Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina (1985) proponen un modelo combinatorio donde todos los factores contribuyen de manera interconectada al desarrollo de la patología. A partir de la investigación desarrollada en el campo, ha quedado claro que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa parten de una etiología multicausal, resultado de una compleja interacción de factores predisponentes precipitantes y perpetuantes. La afección es el resultado de una serie de influencias que varían con cada persona, pero que interaccionan mutuamente de tal manera que la causa y el efecto se distinguen con dificultad.

Por su parte Ayela (2009) refiere que los factores en sí no deben ser considerados como causales definidos y diferentes, sino como agentes que pueden hacer a una persona más vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio. Los trastornos alimentarios no afectan únicamente a la manera de comer, en realidad se desarrollan como resultado de problemas en la percepción y en la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo, problemas que son causados por múltiples factores que se vuelven cíclicos y se realimentan a sí mismos, pues los efectos de la desnutrición y semi-inanición agravan los problemas subyacentes y cronifican el problema. En resumen, una persona está predispuesta o es vulnerable al desarrollo de un trastorno alimentario como resultado de una combinación de factores.

Los factores predisponentes se refieren aquellos que, combinados con diferente fuerza, favorecen la aparición de la enfermedad y estos se dividen en individuales, psicosociales, y socioculturales (Unikel, 2004). López y Salles (2005) los definen como: Todos aquellos elementos que pueden estar presentes, tanto en la

especificidad de cada persona como en su familia y/o en su entorno socio cultural y que pueden suponer que la persona tenga una mayor vulnerabilidad de desarrollar algún tipo de TCA. En la figura 1 se muestran los factores predisponentes así como los aspectos con los cuales se encuentran relacionados.

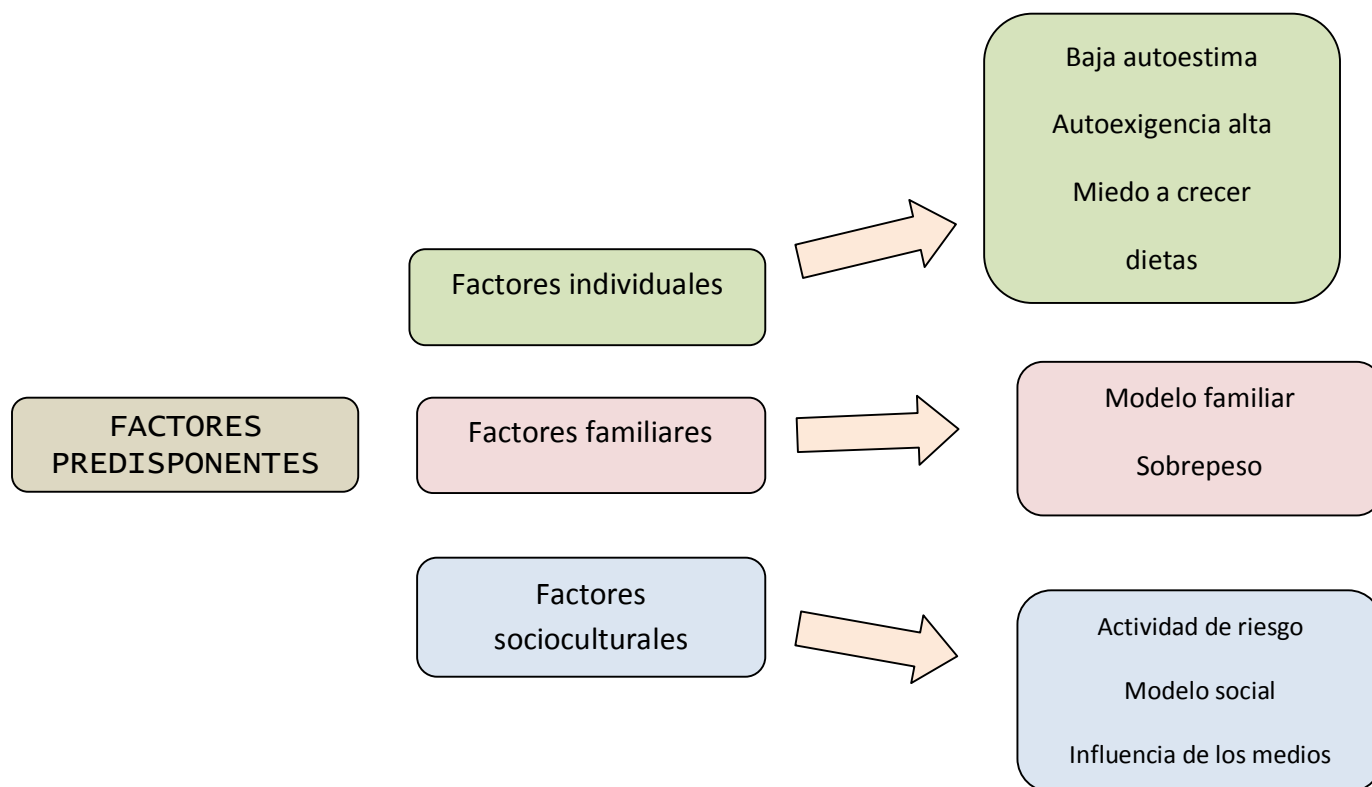


Fig.1. Modelo de factores predisponentes.

A continuación se describen a detalle cada uno de los factores predisponentes relacionados con los TCA.

### 1.3.1 Factores Personales

Dentro de los factores personales y psicológicos, el hecho de tener una baja autoestima puede repercutir de forma muy seria en el rendimiento tanto social como escolar. Esto favorece una preocupación excesiva por la imagen corporal y una

distorsión de la misma. Una autoestima baja provoca que los TCA afecten prioritariamente a las niñas porque, según parece, su autoimagen está más orientada hacia los aspectos relacionales que hacia los valores. Es más probable que las niñas se definan en términos del aspecto físico y cuando esto se torna exagerado, puede provocar problemas en relación con la comida (López & Salles, 2005). Killen (1987) descubrió que los adolescentes con los puntajes más elevados en un test destinado a evaluar los trastornos alimentarios también mostraban una baja autoestima; y Fisher et al. (1994) hallaron una asociación entre la baja autoestima y las perturbaciones alimentarias en adolescentes de secundaria (Vandereycken et. al. 2000).

Gil (2005) menciona las siguientes características de una persona con alto riesgo de padecer TCA: tendencia a la pérdida de control de impulsos, baja autoestima, perfeccionismo, rigidez, inseguridad, obsesividad, depresión, ansiedad o dificultad para el reconocimiento o la comunicación de emociones, pueden actuar como factores desencadenantes; estas personas suelen ser autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en sus estudios.

Es difícil asegurar que rasgos predisponen a contraer un TCA porque, cuando se estudia la personalidad de una paciente, ya existe influencia de la enfermedad. Parece ser que el perfeccionismo es un factor de riesgo amen de las depresiones y el suicidio. Aunque la malnutrición tiende a disminuir el rendimiento intelectual. Todo cuanto no sea triunfar es fracasar, para sentirse bien, deben ser las primeras personas en todo, necesitan la aprobación y la aceptación social (López & Salles, 2005).

El penúltimo de los aspectos predisponentes según es el miedo a crecer. El miedo es una de las características esenciales del ser humano. Lo heredamos de pequeños quizás en el nacimiento, porque nacer y ser separado de nuestra madre, sin duda constituye nuestra primera experiencia de miedo. Existen dos miedos esenciales en la adolescencia, el miedo a crecer –dicho de otro modo, el miedo a la novedad, a lo desconocido, el miedo a perderse, y el miedo a perder al otro- dicho de otro modo, el miedo a la separación. A partir de aquí, todos los miedos no son más que formas de recordar los miedos primordiales (Aucouturier, 2003). Por su parte Famery (2003)

refiere que los adolescentes suelen tener miedo a perder autonomía, protección y a emanciparse. Este tipo de miedos impiden que el adolescente intente ciertas actividades y se ponga límites. Este tipo de miedos se relacionan con el miedo a ser aceptados en la sociedad, un factor que influye son los estereotipos que la sociedad ha marcado en las últimas décadas, haciendo alusión a un cuerpo “sano y delgado” como aceptado, situación que provoca una ferviente necesidad de tener un cuerpo delgado, es por ello que algunos adolescentes recurren a dietas sin supervisión médica y esto suele convertirse en un factor de riesgo para padecer algún TCA.

Para concluir con el modelo, hablaremos de la dieta como factor predisponente de TCA.

En la adolescencia se produce con frecuencia la aparición de comportamientos alimenticios que contribuyen al desequilibrio nutricional: dietas hipocalóricas no adecuadamente planificadas, dietas estrictas, dietas macrobióticas y consumo excesivo de determinados productos. Etc. Un alto porcentaje de adolescentes especialmente de sexo femenino, realizan dietas y comportamientos restrictivos influidos por el ideal de la belleza actual, basado en la delgadez. Las dietas están planificadas por los propios adolescentes, sin ningún control médico, y se las enseñan unos a otros como pauta de grupo que deben seguirse. Este comportamientos conlleva desequilibrios nutricionales y del patrón de ingesta, debido a la omisión de comidas, atracones posteriores, insatisfacción personal, no aceptación de la imagen corporal y, en definitiva un alto riesgo de aparición de un TCA (Gil, 2010).

Para concluir, los TAC están relacionados con el concepto de “perfección”, lo que provoca en las personas tener rasgos de personalidad narcisista, ya que requieren de una imagen física esbelta para recuperar la adulación y el sentimiento del ser “el centro del mundo” que se tenía en la niñez y que no se logra encontrar en otras formas de interacción adulta. (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz & Uribe, 2008).

### 1.3.2 Factores Familiares

Los factores familiares según Chinchilla (2003) pueden ser de dos tipos: genético-hereditario o bien educacional. En relación con los factores hereditarios, en la bulimia nerviosa hay una mayor proporción de patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado respecto a la población general, fundamentalmente en cuanto al consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones. Sin embargo, en 2002 un estudio publicado por el American Journal of Human Genetic, Grice y sus colaboradores informan de algunos genes responsables en algunas conductas de riesgo para desarrollar TCA, sin embargo el hecho de tener mayor riesgo genético no significa que se padecerá el trastorno (Gorab & Iñárritu, 2005).

La obesidad dentro del núcleo familiar (principalmente en la madre) o en el padre, produce potencial predisposición genética, junto al potencial modelaje de la conducta que poseen las madres y padres sobre la conducta alimentaria de niños y niñas. Pero además es normal que, si alguno de los progenitores, especialmente la madre, tiene o ha tenido sobrepeso u obesidad quiera proteger a su niño o niña de las circunstancias desagradables que esto provoca. Si observan que su pequeño empieza a tener sobrepeso, entonces, otorgan a la comida una valoración negativa y ponen desde muy pequeños a sus hijos o hijas a régimen, a su vez, se puede dar el caso inverso: si una chica considera gorda a su madre, puede tomar la determinación de imponerse medidas muy drásticas para disminuir su peso (López & Salles, 2005).

En cuanto a los factores familiares educacionales, se han considerado factores predisponentes de la bulimia nerviosa las características familiares. Suelen tratarse de familias con relaciones conflictivas, desorganizadas y con escasa confianza entre sus miembros, con interacciones de control y dependencia emocional mutua. Además existe una falta de afecto y empatía de los padres hacia las pacientes bulímicas, las cuales a su vez no guardan grandes esperanzas en cuanto a la ayuda y comprensión que puedan recibir de sus familias (Chinchilla, 2003).

Por otro lado, Gil (2005) coincide con Chinchilla (2003) señalando que, el aspecto educacional influye muy frecuentemente en la aparición de TCA, la mayoría de

ocasiones se presenta en familias en las que hay una dinámica familiar conflictiva, violencia intrafamiliar, separación, alcoholismo, antecedentes de obesidad en la madre, sobreprotección, rigidez, límites de conducta demasiado estrictos o, por el contrario, falta de establecimiento de límites. En cualquier caso, la aparición de la enfermedad va a suponer un aumento de la conflictividad familiar, ya que de una forma u otra, afecta a todos y cada uno de los miembros de la familia y altera la convivencia, lo cual contribuye a la persistencia de la enfermedad. Todo esto puede llevar a situaciones de estrés patológico, ansiedad, alteraciones psicológicas, que también se pueden traducir en un manejo ineficaz del patrón alimenticio normal (Vértice, 2009).

### 1.3.3 Factores Socioculturales

Dentro de los factores socioculturales predisponentes a los TCA, existen tres aspectos que se consideran con un alto índice de influencia para el desarrollo de dichos trastornos. En primer lugar se puede mencionar las actividades y profesiones de riesgo.

Existen actividades o profesiones que requieren de un cuerpo delgado o con buena figura, como ejemplo se puede citar las gimnastas y bailarinas. La mayor parte de las gimnastas tienen en su cuerpo un porcentaje de tejido graso del 8-9%, mientras que la media en las mujeres es del 20%. Las investigaciones también indican que una de cuatro estudiantes de danza padece anorexia nerviosa y un 15% bulimia nerviosa. Los factores de riesgo que coinciden en deportistas y artistas son: las dietas hipocalóricas con frecuencia dictadas por sus entrenadores y profesorado. La actividad física excesiva y a veces exhaustiva, la exhibición pública del cuerpo, una elevada competitividad, incluyendo en ella la estética corporal. Los modelos corporales y alimentarios muy cercanos y de dudosa salubridad, el anhelo de delgadez propio de la población de su edad y sexo (Toro, 2000).

La actual difusión de los TCA no pueden entenderse sin tomar en consideración los factores sociales y culturales que las explican. Sin ellos, seguramente no existiría la actual epidemia. El principal agente sociocultural es el actual *modelo social* en el que

la juventud y la delgadez juegan un papel primordial, gracias a la publicidad y la moda junto a las denominadas actividades o profesiones de riesgo (López & Salles 2005). Los factores sociales que predisponen a la enfermedad e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existen en torno a la línea y el adelgazamiento tienen 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 (Ayela, 2009).

La manipulación de los medios de comunicación sobreviene desde los más diversos (prensa, revistas, TV) que realizan la difusión de la delgadez. En la actualidad la imagen de delgadez extrema se encuentra íntimamente relacionada con la belleza, el éxito social y el triunfo profesional. El anhelo de delgadez y el rechazo al sobrepeso (incluso en intervalos de peso normales) puede desembocar en preocupación e intensa satisfacción sobre la propia imagen corporal y conducir a la adopción de maniobras inadecuadas de control de peso (Gil, 2010). En la actualidad existe una enorme relación entre las imágenes de delgadez anormal que dominan en los medios de comunicación y el aumento de las patologías vinculadas al ideal físico. La manipulación se ejerce a través de la coacción publicitaria, el mercado del adelgazamiento, la difusión del cuerpo delgado a través de internet (Ayela, 2009).

## 1.4 Factor Precipitante

Los factores precipitantes hacen referencia a aquellas circunstancias que hacen que se desencadene la enfermedad. El hilo común es que él o la paciente ha experimentado un intenso sufrimiento emocional y no sabe cómo hacerle frente de un modo saludable. Controlar sus hábitos alimentarios, peso o funciones corporales a menudo proporcionan una falsa sensación de control (López & Salles, 2005). En la figura 2. Se muestran los factores precipitantes y los aspectos con los cuales se encuentran relacionados.



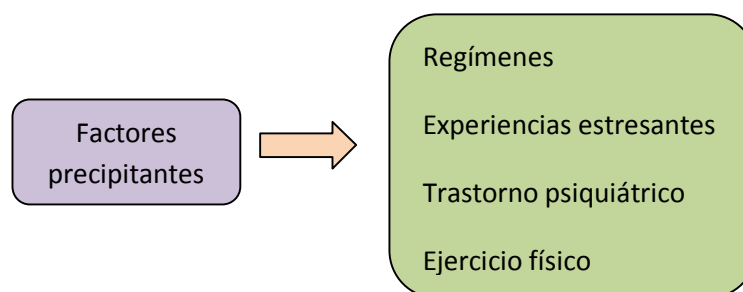


Fig. 2. Factores Precipitantes

Para Vallejo (2006) el factor precipitante principal es la dieta restrictiva. En muchos casos puede identificar una reacción depresiva como claro factor desencadenante. En ocasiones la anorexia nerviosa se inicia tras situaciones de cambio a nivel familiar, escolar, enfermedades adelgazantes o acontecimientos vitales objetivamente estresantes.

Las experiencias estresantes son aquellas que incrementan la vulnerabilidad o el estrés. Pueden ser experiencias negativas relacionadas con el propio cuerpo, en forma de críticas recibidas, una pubertad que llega antes que la mayoría de las compañeras o eventos vitales que generen un gran estrés. La aparición de estas circunstancias demanda del sujeto una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone, por ello, se crea un nivel de tensión, en el caso de los TCA, puede provocar que inicie alguno de estos trastornos (Raich, 1994).

Enfrentarse a los cambios corporales como el aumento de peso y grasa corporal, que es normal en la pubertad de las mujeres, sitúa a la chica en el polo opuesto al modelo social. La autoestima decrece mucho entre las adolescentes. Las primeras experiencias de encuentros entre chicos y chicas suelen vivirse de forma más estresante para las mujeres, y no es extraño que atribuyan los fallos a su forma de ser. En bastantes casos, las pacientes se quejan de burlas familiares o de amistades como desencadenante de su trastorno (Raich, 1994).

En general, un mal hábito alimentario se vuelve peligroso cuando se convierte en una “obsesión” (idea o pensamiento que se necesita hacer una y otra vez sin saber

realmente porque) (Kolodny, 2000). Es común que ciertas pérdidas de peso involuntarias (por enfermedad o por diversas causas) se prolonguen voluntariamente después de haber desaparecido los factores que la motivaron (Toro & Artigas, 2000). El origen de las mismas puede ser muy variado: la presión que soportan las personas más vulnerables en los exámenes, los estudios en el extranjero, que pueden comportar una disminución o un aumento de peso y que recibirá el consiguiente refuerzo positivo o negativo al volver a casa, dificultad escolar, que por ejemplo provoque que se busque el éxito destacando en algún deporte, dietas prescritas medicamente, enfermedades (López & Salles, 2005). Por último, existen los factores perpetuantes, que a continuación se detallan.

## 1.5 Factor Perpetuante

Por su parte los autores López & Salles (2005) refieren que los factores perpetuantes son aquellos que hacen que perdure la enfermedad y tienen que ver fundamentalmente con las mismas consecuencias de los trastornos, es decir, con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer y con determinadas actitudes. Por eso, parte de los factores causales pueden seguir ejerciendo un papel de mantenimiento del trastorno. En la figura 3 se muestran los factores perpetuantes y los aspectos con los cuales se encuentran relacionados.

La malnutrición juega un papel clave en la mayoría de los casos de anorexia nerviosa, altera el hambre y la digestión, y conduce a comportamientos obsesivos compulsivos por perder peso. La malnutrición no solo pone en peligro la salud física, sino que provoca cambios neurobioquímicos que sustentan las alteraciones del estado de ánimo de las pacientes, estas alteraciones afectan poco a los varones (López & Salles, 2005).

El anhelo por la delgadez se ha convertido en un valor central de nuestra cultura, el medio para conseguir todas las ventajas a las que se asocia: belleza, elegancia,

prestigio, autoestima y aceptación social. Se ha convertido en un fin por sí mismo, que por el que muchos jóvenes luchan incluso a expensas de su salud física y mental (Gorabc, 2005).

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en 1980 define a los enfermos mentales crónicos como: “aquellas personas que padecen psicosis esquizofrénicas, orgánicas o trastornos afectivos recurrentes, que generan incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para enfrentar las demandas de la vida diaria”. Como resultado de su trastorno mental y de la incompetencia social para compensar sus dificultades, estos pacientes padecen aislamiento social, falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana (Ortiz, Alonso, Ubis & Ruiz, 2010). La relación de estos trastornos se debe a los factores de distorsión cognitiva (autoimagen) mediadores de la ingestión alimentaria prevalecen sobre los centros de saciedad orgánicos. Emocionalmente también se describen como alexitimicas.

Según Portilla (2006) se han usado test actitudinales con la finalidad de tamizar aquellas pacientes con factores de riesgo para padecer algún trastorno alimenticio, según el EAT (Eating Attitudes test):

- ❖ Preocupación por el alimento, imagen corporal tendiente a la delgadez.
- ❖ Vómitos y abuso de laxantes, dieta restrictiva, ingesta lenta de alimentos.
- ❖ Ingesta clandestina, presión social percibida para aumento de peso.

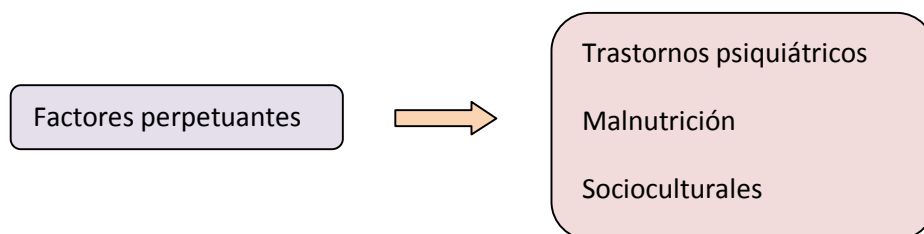


Fig. 3 Factores Perpetuantes

Para concluir el capítulo podemos resumir que los TCA han incrementado notablemente en los últimos años sobre todo en adolescentes, situación que se encuentra relacionada con la valoración positiva que le ha dado la sociedad a un cuerpo delgado y perfecto. Ahora, podemos preguntarnos ¿Cómo es que tantas personas se centran en bajar de peso y disminuir su talla?, la respuesta son: los medios de comunicación, que día a día bombardean con anuncios ofreciendo productos para mejorar el aspecto físico de las personas y productos para bajar de peso de una manera rápida y muy poco saludable. En el siguiente capítulo hablaremos sobre el impacto que tiene la autoestima en los adolescentes y la manera en la cual esta puede influir en los TCA.

## Capítulo 2. Trastornos de la conducta Alimentaria y su relación con la adolescencia

### 2.1 La Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como: “etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10-14 años y la adolescencia tardía de los 15-19 años” (OMS, 2008).

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que suceden gran número de cambios que afectan todos los aspectos fundamentales de una persona. Las transformaciones tienen tanta importancia que a este periodo se le considera como un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años, se modifica la estructura corporal, los pensamientos y las relaciones familiares y sociales. El término latín *adolescere*, del que deriva “adolescencia” señala este carácter de cambio: *adolescere* significa “crecer”, “madurar”. Esta etapa la constituyen una serie de cambios, que como nota diferencial respecto de otros estadios presenta el hecho de conducirlos a la madurez. Este periodo de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18 y 20 años aproximadamente. El amplio intervalo temporal que corresponde a la adolescencia ha creado la necesidad de establecer sub-etapas. Así, suele hablarse de una adolescencia temprana entre los 11-14 años, una adolescencia media, entre los 15-18 años y una adolescencia tardía o juventud a partir de los 18 años (Perinat & Moreno, 2007).

Los cambios físicos y psicológicos de la adolescencia no se dan de modo uniforme, según Paramo (2009) es útil hablar de las “fases” del cambio corporal en la adolescencia, ya que estos suelen afectar la altura, el peso, la distribución de los tejidos grasos y musculares, las secreciones hormonales y las características sexuales. Cuando los primeros de éstos aparecen se conocen como “Fase prepuberal”, cuando la mayoría ya se han presentado, se considera “Fase puberal” y cuando han terminado se le conoce como “Fase pospuberal”. El periodo adolescente

termina así desde el ángulo de lo biológico cuando todos los cambios físicos asociados a la adolescencia han sido completados.

Así, estos cambios pueden ser analizados a partir de las siguientes categorías: cambios físicos, cambios psicológicos, cambios psicosociales y cambios sociales, a continuación se describen cada uno de estos.

### 2.1.1 Cambios Físicos

La pubertad se caracteriza por el crecimiento repentino del adolescente, un marcado incremento o crecimiento de estatura que en las niñas se produce entre los 9 y los 13 años y en los niños entre los 10 y 16 años. Los niños son notablemente más altos que las niñas, ya que el crecimiento masculino, aunque tardío suele ser más intenso (Ardilla, 2007). Desde el punto de vista de Potter (2002) en esta etapa tiene lugar la maduración sexual con el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Los caracteres primarios son cambios físicos y hormonales necesarios para la reproducción, y los caracteres secundarios son aquellos que diferencian externamente a los hombres de las mujeres. Los cuatro cambios físicos principales son:

1. Aumento de tasa de crecimiento de esqueleto, del músculo y vísceras.
2. Cambios específicos de cada sexo, como los cambios en la anchura de los hombros y de la cadera.
3. Alteración de la distribución del músculo y la grasa.
4. Desarrollo del aparato reproductor y de los caracteres sexuales.

El adolescente experimenta los cambios físicos cuando va perdiendo su cuerpo infantil y aparece la necesidad psicológica de reestructurar la imagen corporal. Los y las incipientes adolescentes empiezan a tener autoconciencia de los cambios, una preocupación por el cuerpo, la necesidad de integrar una imagen individual del aspecto físico y la “ofuscación” por el grado de aceptación que su figura despierta en el grupo de pares. Durante esta etapa de crecimiento puberal prácticamente se duplica la masa corporal. Esto condiciona un gran aumento en las necesidades de energía, proteínas y micronutrientes, por lo que las restricciones en esta época de la

vida pueden tener consecuencias negativas (Requejo & Ortega, 2006). Los cambios físicos de la adolescencia pueden inducir con mayor facilidad a que el adolescente padezca un trastorno del comportamiento alimentario o problemas de nutrición, y esto repercutir en el estado de salud ocasionando fallas de crecimiento y desarrollo en los jóvenes (Rojas & Guerrero, 1999). Sin embargo estas transformaciones físicas también van acompañados de cambios sociales.

### 2.1.2 Cambios Sociales

En la adolescencia se producen cambios muy significativos, uno de ellos se da en el aspecto social. Estos cambios se caracterizan por diversos acontecimientos a los que los adolescentes se enfrentan como: “duelo por los roles sociales” o “duelo por la pérdida del rol infantil”. Esto sucede cuando el adolescente debe separarse de sus padres para poder establecer vínculos fuera de la familia y relacionarse con otras personas. Este término también está relacionado con la necesidad que enfrenta al tener que aprender a vivir la vida como ser independiente y tomar decisiones por sí solo.

En el caso de las mujeres, la sociedad ha sido un factor determinante en lo que se refiere a la alimentación, ya que la mayoría de las adolescentes consideran que un cuerpo estético es sinónimo de éxito y felicidad, por tal motivo las mujeres tienden a verse a sí mismas como demasiado “gordas” y tienen la creencia que al iniciar una dieta solucionarían su problema de sobrepeso. Polivy y Herman (1995) realizaron un estudio entre personas que se someten a dieta y aquellas que no lo hacen, encontraron, entre otros resultados lo siguiente: las personas que están a dieta son más distraídas en sus ejecuciones, poseen menor autoestima, son más ansiosas, más neuróticas e inseguras. Si estos datos los trasladamos a mujeres jóvenes con ciertas disfuncionalidades psicológicas, como miedo a madurar, incapacidad para disfrutar una relación interpersonal, sensación de ineficacia, depresión clínica, abuso de sustancias, problemas en las relaciones familiares, insatisfacción con su imagen corporal, incapacidad para percatarse de la realidad, e inestabilidad emocional o bajo autocontrol, se puede apreciar que en esta muestra los participantes se encontraban

en una alta situación de riesgo de padecer un trastorno alimenticio y es precisamente la dieta lo que actúa como disparador para desencadenarlo (Oblitas, 2010).

Otro aspecto que se encuentra relacionado con los cambios sociales en la adolescencia es la identidad, la cual se define como: “Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás”, “conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás” (Real Academia Española, 2011). Una de las tareas más importantes en la adolescencia consiste en la construcción de la propia identidad, es decir, la respuesta a la pregunta “¿Quién soy en realidad?”. Los adolescentes necesitan desarrollar sus propios valores, opiniones e intereses y no solo limitarse a repetir lo de sus padres. En esta etapa ellos deben descubrir lo que son capaces de hacer y sentirse orgullosos de sus logros. Desean sentirse amados y respetados por lo que son, y para eso tienen que saber primero quienes son. La confusión de la identidad típica de la adolescencia, los lleva a agruparse entre ellos y a no tolerar bien las diferencias, como un mecanismo de defensa ante dicha confusión. A veces también muestran su confusión actuando de maneras más infantiles e irresponsables para evitar resolver conflictos o actuando de manera impulsiva y sin sentido (Cepvi, 2011). Algunos de los rasgos personales que caracterizan la conducta habitual de los adolescentes son: alegre-triste, inteligente-superficial, introvertido-extrovertido, pasivo-activo, etcétera, y las características personales incluyen los atributos físicos como el color de cabello, 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):

➤ Autoafirmación	Necesidad de ser aceptado por sus semejantes para aceptarse (autoconocimiento) y valorarse (autoestima) ajustadamente
➤ Afán de libertad e independencia	En este afán se basan las actitudes de



	oposición y muchas conductas de rebeldía.
➤ Afán de diferenciarse de los demás	Ser distinto (a) es a veces, ser original, pero otros es ser extravagante.
➤ Búsqueda de modelos de identificación	Requieren modelos con quien identificarse los adolescentes: padres, familiares profesores, etc. Los medios de comunicación ofrecen modelos “fáciles y atractivos “aunque no siempre recomendables.
➤ Necesidad de límites	Precisan saber lo que pueden y no pueden hacer, necesitan 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 quiere.

El sentido de identidad es un factor importante dentro del desarrollo del adolescente, ya que es la etapa donde llega a considerarse a sí mismo como una persona apta y con competencias adecuadas para enfrentarse a la vida. En algunas ocasiones la identidad del adolescente está ligada a un autoconcepto negativo y este a su vez a una insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal se define como: “Una deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo”. Se ha llegado a considerar que en la sociedad actual la insatisfacción corporal es una condición común, suele ser mayor en mujeres y en adolescentes, causando en algunos casos, algún tipo de trastorno emocional (Salazar, 2008). Una de las causas de la insatisfacción corporal es el papel

que desempeñan tanto los factores sociales como los psicológicos. (Ogden, 2003) así como el anhelo por conseguir un cuerpo delgado, debido, en parte, a los medios de comunicación, publicidad, presión social e imitación (Salazar, 2008), así como por factores culturales y familiares (Ogden, 2003). (Salaza La Organización Mundial de la Salud (1995) manifestó su preocupación debido a que se ha encontrado que los cambios radicales en condiciones sociales tienen profundos efectos en la salud de este grupo etario. Uno de estos cambios está asociado con los hábitos alimenticios. Es así, como algunos trastornos de la adolescencia se empiezan a tratar como “fenómeno social”.

### 2.1.3 Cambios Psicosociales

No se debe 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 natural que los adolescentes sientan el firme deseo de romper con todo, de asumir diversos roles e incluso imitar actitudes, identidades y papeles (en ocasiones negativos) que no les corresponden, pero que suponen que son significativos y adecuados, afortunadamente, esta situación también es transitoria en la mayoría de los adolescentes. Esta serie de sentimientos hacia lo social puede conducirlos hacia una verdadera integración y adaptación, o por el contrario a actuar como un ser inútil, inadaptado, violento, retraído o pasivo (Castillo, 2001).

Las principales características psicosociales en el adolescente es que 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 (Muss, 2003).

Según Muss (2003) 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 tumultos y brusca.

- Pasan de ser irresponsables a comenzar a tomar responsabilidades 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 incansablemente por sus derechos, pero no tienen muy claro cuáles 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 desliado de todo, y ha llegado a la conclusión de que no puede contar más 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 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 que implica una auto observación obsesiva, típica de esta a etapa, que desemboca en un doloroso reconocimiento de su imperfección.

Por otro lado, al ser la nutrición un proceso biopsicosocial, resulta evidente que se puede observar su influencia sobre los cambios que se producen tanto en la pubertad como en la adolescencia. En la pubertad, puesto que sin lugar a dudas la nutrición y la composición corporal de los individuos permitirá o no la expresión genética potencia de su desarrollo. En la adolescencia los cambios psicosociales van acompañados de modificaciones en los hábitos de la alimentación (Casanueva & Morales, s/f). Uno de los principales desequilibrios alimentarios que provocan los problemas nutricionales de los adolescentes son los siguientes:

- ❖ Alteración del patrón de ingesta e incumplimiento de las recomendaciones.
- ❖ Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad.

- ❖ Ingesta inadecuada de nutrientes en adolescentes que practican deportes de alta competición.

El conocimiento de las alteraciones propias de la alimentación del adolescente debe servir para intentar prevenirlas, a partir de la elaboración de guías dietéticas, recomendaciones nutricionales y planes de actuación específicos para este periodo de vida. Este hecho es sumamente importante debido al riesgo de que los hábitos no saludables relacionados con la alimentación y sus consecuencias persistan en la edad adulta (Gil, 2010).

### 2.1.4 Cambios Psicológicos

Los cambios físicos van unidos a grandes cambios psicológicos, los cuales les producen situaciones de inseguridad y de intensa valoración de su imagen corporal. Las modificaciones que sufren los niños y niñas en sus cuerpos afectan lógicamente su personalidad ya que las nuevas sensaciones que experimentan tanto en el interior de sus cuerpos como en su aspecto externo, les provocan confusión y desconcierto. Aun sin llegar a la crisis que tendrá lugar con la llegada de la adolescencia, dos o tres años después de la pubertad, esta etapa comienzan también a aparecer ciertos cambios entre los que cabe destacar según CEAC (2007):

- ❖ Suelen ser más vergonzoso ya que les cuesta ir aceptando su nuevo aspecto físico.
- ❖ Pueden sufrir una cierta crisis de identidad ya que en estos mismos cambios descubren la pérdida de su niñez y la entrada en un nuevo mundo que les es desconocido.
- ❖ En algunos casos, las comparaciones entre ellos llegan a provocarles ciertos complejos por el hecho de tener acné, bigote o demasiado pecho.
- ❖ Se vuelven más introvertidos y reservados, sobre todo en el seno de la familia, ya que comienzan a querer tener su intimidad y no quieren compartirlo todo con los padres.

- ❖ Suelen ser más irritables, aunque aparentemente no haya nada que les pueda hacer enojar, simplemente por el hecho de que no se encuentran a gusto consigo mismos.
- ❖ Sufren repetidos cambios de humor pudiendo pasar de estar alegres y cariñosos a encontrarse tristes y huraños.
- ❖ Muestran una mayor oposición hacia los padres y profesores.
- ❖ Desean libertad de horarios y cobra mucha importancia el grupo de amigos.
- ❖ Comienzan a mostrar interés por el sexo opuesto (CEAC, 2007).

Todos estos factores influyen en la actitud del adolescente frente a los hábitos alimenticios. Esta es una etapa de riesgo nutricional, puesto que la adopción de una dieta inadecuada en este momento del desarrollo puede influir negativamente sobre el crecimiento y la maduración sexual.

Una de las alteraciones más frecuentes de los hábitos alimentarios son las irregularidades en el patrón de las comidas. Algunos adolescentes omiten alguna de ellas, sobre todo el desayuno, mientras durante el día tienden a abusar del picoteo de comidas de preparación rápida de alto valor calórico a expensas del elevado contenido en grasa. Este comportamiento no suele crear importantes problemas nutricionales pero hay que vigilar la porción de grasa ingerida. La exageración de este tipo de comportamientos se puede observar en dos graves trastornos de la conducta alimentaria la anorexia nerviosa y la bulimia, de elevada prevalencia en estas edades (Vázquez, Coss & Lopez-Nomdedeu, 2005).

Otro aspecto que se encuentra relacionado a los cambios psicológicos en el adolescente son las relaciones que tienen con sus grupos de pares los cuales se manifiestan a través de la formación de grupos, pandillas informalmente organizadas que logran popularidad y tienen mucha importancia durante este periodo. Los grupos informales de adolescentes de la misma edad se convierten con frecuencia en centros donde la juventud adquiere experiencia con respecto a la identidad personal y estabilidad. Las y los jóvenes pueden arriesgarlo todo con el objetivo de adquirir y conservar su relación con los compañeros de la misma edad. Los grupos con los cuales se identifican ejercen influencia en casi todos sus actos: modo de hablar,

valores morales, indumentarias, modo de comer, modismos, apodos, lenguaje típico, ambiciones, etcétera (Morla, 2002).

En esta etapa los adolescentes suelen tener cambios de actitudes y conducta tales como (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 pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.

***Iniciación del pensamiento formal:*** comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que puede 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:*** se relaciona 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 estos significan).

A través de diversas investigaciones se ha demostrado que la autoestima se encuentra relacionada con el cuerpo es un factor crítico y de riesgo para el desarrollo posterior de un TCA. Se ha demostrado que el género influye en las variaciones de la autoestima. Se ha encontrado que la autoestima de los niños es más elevada en la pubertad y va disminuyendo hacia la edad adulta. En las niñas disminuye en la adolescencia, especialmente en relación a la autoestima física, lo que podría explicar la enorme cantidad de trastornos de la alimentación en las niñas (Milic, 2001).

## 2.2 Autoestima en la Adolescencia

Existe controversia conceptual sobre el constructo referido a la autoestima, como consecuencia de la cantidad y variedad de explicaciones disponibles; por ejemplo, el diccionario de la Lengua Española (2001) la define como: “una valoración generalmente positiva de sí mismos”, lo que contrasta de entrada con definiciones más operacionales o incluso más pesimistas.

Según Branden (2000), la autoestima es una “disposición” a la independencia y la honestidad por respetarse en los propios deseos, necesidades y valores, evitando ser falsos para agradar a los demás, lo que implica, entre otras cosas, aprender a estar en una relación íntima interpersonal sin abandonar el sentido de la identidad, así como aprender a ser amables sin sacrificarse. También es la confianza en la capacidad de pensar, de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y en el derecho a triunfar y ser felices. Es por ello que Kaufman y Lev (2005) proponen que se fortalezca la autoestima desde la infancia, animando a los niños a que escojan algo que hacer solo por gusto y repetirlo cada que puedan, también recomiendan que se hagan “auto regalos” espontáneos diariamente, perdonarse a sí mismos por errores

pasados, cuidar el propio cuerpo y la mente, así como fortalecer relaciones de confianza, lo que sugiere que la autoestima es un constructo temporal en el comportamiento humano.

Por su parte Burns (2001) define la autoestima como la capacidad de respetarse y gustarse a uno mismo, tanto si se gana, como si se pierde, contrariamente a basarse en las atenciones que se reciben y en la valoración que los demás hacen de uno, es tener una “ambición sana”, enfocada en un deseo por hacer cosas, la valoración del propio esfuerzo y la seguridad de ser aceptado por las personas tal como se es, sin que se sienta el impulso de presionarlas considerando los errores como oportunidad, sin tener la vulnerabilidad por ellos o a compartir los sentimientos con las demás personas, pero todo ello no se conquista con logros, inteligencia o buenas acciones, ni siendo populares o queridos por los demás, sino en primer término aceptándose a sí mismos, incluyendo los defectos, errores y aciertos.

Branden (2000) concuerda con Burns (2001) y agrega que una imagen corporal positiva y la autodisciplina, considerada ésta última como la capacidad de ajustar el tiempo hacia tareas concretas, planeadas, posponiendo la satisfacción inmediata. Al analizar las discrepancias y acuerdos entre las definiciones de la autoestima encontramos que Burns (2001) la considera como una “capacidad” y Branden (2000) una “disposición”. Sin embargo, todos concuerdan que la adolescencia es uno de los momentos más críticos en la consolidación de la autoestima. En la adolescencia se termina de consolidar el desarrollo cognitivo y la capacidad de abstracción se muestra como la nueva clave para interpretar el mundo y para interpretarse a sí mismo. La fantasía juega un papel primordial y todo el pensamiento se tiñe de un tono afectivo que tiene sus principales manifestaciones en actitudes radicales y dogmáticas y una bastante escasa capacidad para la objetividad. El adolescente es capaz de pensarse, crearse y recrearse, según unos modelos que no tienen porque ser reales. No le gusta lo que es (piénsese que no ha tenido tiempo para asimilar los cambios, manejarlos, identificarse a sí mismo en ellos) pero a la vez es capaz de soñarse como “el triunfador” modelo. Y por triunfo en la vida proyectará los valores que hasta ese momento han sido importantes para él, o los que hubiera deseado tener y cuyo



modelo ha estado siempre fuera de su alcance (Hertfelder, 2006). Coleman y Hendry (2006) por su parte señalan que, un factor relevante a la contribución de la autoestima es la opinión de otras personas importantes para el adolescente, pero ¿Quiénes influyen más en la adolescencia?. El trabajo de Harter (1990) muestra como las percepciones de los padres desempeñan un papel importante en la autoestima de los hijos, sin embargo, cuando los hijos van creciendo, les comienza a importar menos la opinión de los padres y los amigos y compañeros de la escuela se convierten en una fuerte influencia de la valoración personal del adolescente.

Según Carr (2007) la autoestima elevada también está asociada a un estilo de crianza firme y coherente donde los niños son tratados con afecto y respeto y tienen la oportunidad de discutir las directrices y las reglas sobre la buena conducta; en cambio, si los padres son incoherentes, permisivos o muy autoritarios, o si rechazan o maltratan a sus hijos, los niños desarrollan baja autoestima.

Así, al empezar la adolescencia la autoestima se reduce, sin embargo, ésta vuelve a aumentar poco a poco, la reducción de la autoestima cuando empieza la adolescencia puede que se deba a que el niño evalúa de una manera negativa los cambios físicos y sociales que acompañan esta transición, es decir, puede que le sea especialmente difícil afrontar la maduración de su cuerpo, el paso de la enseñanza primaria a la secundaria y los cambios en las relaciones, y que esto haga que se evalúe de una manera menos positiva. La reducción de la autoestima al empezar la adolescencia también puede ser un reflejo del aumento de la capacidad de los adolescentes para imaginar cómo les juzgan los demás, una capacidad que aparece en el periodo de las operaciones formales. Aunque la autoestima presenta una gran variabilidad a lo largo de la adolescencia empieza a aumentar con el inicio de la edad adulta. Hay indicios que la autoestima puede aumentar en transiciones de la edad adulta como graduarse de la universidad, casarse, cambiar de trabajo o casa. Un aspecto que se encuentra relacionado entre los trastornos alimenticios y la autoestima es el concepto de la imagen corporal (Carr, 2007).

De esta forma la autoestima tiene una estrecha relación con el comportamiento del adolescente, y cabe mencionar que de igual forma afecta el comportamiento

alimentario. Finalmente cabe destacar que para entender la relación entre conducta alimenticia y la autoestima se torna importante considerar la imagen corporal.

## 2.2.1 Imagen Corporal

Ayela (2009) define la imagen corporal como:

*“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Paga. 80)*

González (2002) sostiene que la imagen corporal es importante en la vida de las personas ya que al estar satisfecho con el propio cuerpo implica sentirse, pensar y actuar de forma muy distinta, tanto con respecto a uno mismo como los demás. El concepto de imagen corporal es una construcción teórica muy utilizada en el ámbito de la psicología, es considerado crucial para explicar aspectos de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos<sup>1</sup> y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes.

En las últimas décadas los TCA, como es la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa han generado una importante atención social, ya que la imagen corporal (insatisfactoria) se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, y otra alteración (Distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico (Ayela, 2009).

Según Reed y Kipp (2007) la imagen corporal se forma desde el nacimiento, a partir de los dos años los niños ya tienen conocimiento propio, se reconocen físicamente frente a un espejo, y comienzan a percibir como otra gente ve su apariencia. Hay niños en edad preescolar que ya sabe como la sociedad ve algunas características físicas. Un ejemplo simple es cuando los niños ven el cuento de la hermosa cenicienta, que gana el amor del príncipe y que sus hermanastras y la madrastra que eran feas perdieron. Los escolares buscan la aprobación paterna, la identificación de cualidades y las relaciones con otros niños.

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo especial de cambios biopsicosociales donde la imagen es fundamental. En este periodo acontecen los fenómenos de crecimiento y maduración que tendrá una gran repercusión sobre la formación de la personalidad y de la propia imagen (Galdo, Redondo & García, 2008). El cuerpo de hombres y mujeres empieza a madurar para alcanzar la plena identificación sexual. Los sentimientos que inspiran el proceso y el resultado final son parte importantísima de la adquisición de una identidad personal. Si el adolescente tiene una opinión positiva de su cuerpo, en especial de su aspecto físico, es más probable que también sienta una alta autoestima y establezca relaciones positivas con sus pares. Cuando se reciben comentarios acerca de la apariencia durante la niñez y la adolescencia, pueden generarse efectos negativos en el desarrollo de la apariencia e imagen corporal (Galdo, Redondo & García, 2008), sin embargo, cuando el adolescente no se encuentra satisfecho con su cuerpo tenderá a sufrir depresión y adoptar medidas contraproducentes de control de peso y se concentrará en sus deficiencias frente a ideales culturales y sociales poco realistas del atractivo físico (Reed & Kipp, 2007).

La insatisfacción con la imagen corporal, y la discrepancia entre su evaluación del aspecto físico y su imagen interna del cuerpo ideal constituyen un predictor sólido de la depresión adolescente y padecimiento de algún trastorno alimenticio, dependencia al ejercicio (vigorexia) y consumo de esteroides en esta etapa de la vida. Cabe señalar que las dos “medidas” con las que se determina la insatisfacción de la imagen corporal son subjetivas: “*el aspecto que uno piensa tener*” y la imagen del cuerpo “*ideal*”, provienen principalmente de lo que se piensa sobre el propio aspecto y la importancia que éste tiene en su vida.

En la adolescencia el predominio y la índole de la insatisfacción con la imagen corporal no son iguales en ambos sexos, como tampoco son las estrategias que se aplican con la intención de modificar un cuerpo no ideal. Los adolescentes que no están satisfechos con su cuerpo caen en dos grupos: los que desean adelgazar y los que desean ser más grandes y musculosos. Así, la insatisfacción aumenta con los incrementos en aquellos cuyo peso es superior al normal. La insatisfacción de

quienes pesan menos del promedio se intensifica al adelgazar. Los que tienen un peso promedio manifiestan poca insatisfacción con su imagen corporal. Los adolescentes tienen metas más unificadas, en general sienten la necesidad de ser delgados. Al aumentar de peso crece también su insatisfacción con la imagen corporal. En general las estrategias de control de peso seleccionadas por los adolescentes corresponden al tipo de insatisfacción que les inspira su cuerpo. Las mujeres siguen dietas con el propósito de ponerse esbeltas y bajar de peso. Por lo regular los adolescentes hombres escogen estrategias que incrementan su masa muscular, además de las consecuencias negativas de carácter emocional que entraña la insatisfacción con la imagen corporal, cuando se adoptan métodos extremos de control de peso los adolescentes ponen en riesgo un desarrollo sano. Todas estas necesidades de mejorar su aspecto físico se encuentra relacionado con un autoconcepto negativo de sí mismo (Reed & Kipp, 2007).

## 2.2.2 Auto concepto en la Adolescencia

Autoconcepto se define como: “la valoración que hace la persona de sí misma, considerando al emitir el correspondiente juicio, el aprecio que estima que le merece a otras personas (por sus cualidades físicas, intelectuales o sociales) o su posición respecto de actividades que tienen valor en el medio en el que actúa (éxito académico en general o en materias específicas, por ejemplo). Es una actitud frecuentemente sesgada, del sujeto respecto de si mismo (Gómez, 2006).

Por su parte Riso (2009) menciona la importancia de tener un autoconcepto positivo, ya que de ello dependen en buena medida la forma en que los demás perciben nuestro comportamiento y reaccionan frente a él. Esto se hace mucho más evidente durante la adolescencia, donde la valía personal se centra en las relaciones interpersonales, pero de manera diferenciada según se trate del contexto (padres, amigos, profesores). Harter (1990) desarrollo un perfil de auto percepción en los adolescentes, el cual se baso en un procedimiento de análisis factorial, e identifico como resultado de este procedimiento ocho dominios específicos de autoconcepto: 1. competencia académica, 2. competencia laboral, 3. competencia deportiva,

4.apariencia física, 5. aceptación social, 6. amistad íntima, 7. atracción romántica, y, 8. Comportamiento. A partir de estos dominios, refiere que la “autoestima es relacional” y va construyendo una valoración del yo menos global, por lo tanto el adolescente puede ser brillante en un campo y en otro no, por lo tanto, la autoestima se vuelve más específica. El balance ponderado varía de persona a persona. Podría afirmarse que los individuos que se evalúan a sí mismos de manera general y balanceada son los que obtienen puntajes más altos en autoestima. Una persona con un autoconcepto débil o negativo tiende a ser muy insegura de sí misma y a tener una percepción limitada y distorsionada, puesto que se sentirá amenazada con facilidad, su nivel de ansiedad aumentará con rapidez, y tendrá una actitud a la defensiva (Stuart & Laraia, 2006).

La baja autoestima y una tendencia a autovalorarse exclusivamente en términos de peso y figura en niñas de 7 a 8 años serían predictivas de la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario en años posteriores, y por ende, un blanco fundamental para la prevención. Se sabe que una imagen corporal negativa en la adolescencia temprana predice depresión y trastorno alimentario y que tiene sus raíces en la imagen corporal infantil (Fachinni, 2006).

Para concluir, como se puede observar un autoconcepto y una imagen corporal negativa son factores que tendrán repercusiones en la autoestima del adolescente, volviéndolos más vulnerables al padecer algún tipo TCA. A continuación se realiza una revisión sobre uno de los trastornos con mayor incidencia: la bulimia nerviosa.

## CAPITULO 3. BULIMIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA

### 3.1 Historia

La palabra bulimia procede de las palabras griegas bous (buey) y limo (hambre) y literalmente significa “hambre de buey” o tener “apetito de un buey”. Los documentos más antiguos de los que se tienen conocimiento sobre la bulimia son unos papiros médicos encontrados en Egipto, donde vienen registrados medios para inducir el vomito a través de brebajes de hinojo y miel y leche de vaca. En el siglo XVIII y XIX el vomito auto inducido se considera como un síntoma de otras enfermedades (Gibney, Marinos, Ljungquist & Dowsett, 2005). La primera descripción del síndrome bulímico fue realizada por el psiquiatra Otto Dorr en 1972, en su trabajo titulado “Sobre una forma particular de perversión oral en la mujer: Hiperfagia y vomito secundario”. Posteriormente White en 1976 la denominó como “Bulimarexia”, desde ese entonces ha obtenido distintas denominaciones como: síndrome del caso dietético, bulimia y bulimia nerviosa. En la actualidad se prefiere este último término para evitar, por un lado, ambigüedades que resulten uso de la palabra bulimia, que denota una conducta definida (comer incontrolado) y un síndrome psiquiátrico bien específico, y por otro, para enfatizar el cercano nexo entre esta entidad nosológica y la anorexia nerviosa (Behar & Figueroa, 2004). El diagnóstico de la bulimia nerviosa fue oficialmente presentado por el profesor Gerald Russell en 1979. Se asocia el término con un marcado subgrupo de pacientes con anorexia que muestra un patrón con una conducta caótica al comer que presenta episodios de ayuno o de control de peso extremo, a diferencia de los pacientes que limitan su comida (Gibney, Marinos, Ljungquist & Dowsett, 2005). Históricamente, los atracones solo habían sido objeto de atención si aparecían asociados a algún otro trastorno, en el siglo XVIII fue descrita como una enfermedad en la que el paciente se veía afectado por un deseo insaciable y perpetuo de comer, el enfermo podía dar fin a sus atracones sin más, vomitando o desmayándose (Contreras & García, 2005).

El origen de la bulimia comienza con los atracones, los cuales han sido practicados desde hace miles de años. En la antigüedad los individuos dependían básicamente de la caza masiva seguidos de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los periodos de carencia de alimentos. Por su parte los romanos se auto inducían el vomito después de copiosos banquetes. En el Siglo X, Aurelianus describió al “hambre mórbido” como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación seguido del vomito auto-provocado. En estos individuos, se observó la presencia de grandes glándulas parótidas y existencia de caries. Estos signos, característicos de la Bulimia Nerviosa, son consecuencias medicas del vomito auto-inducido (León & Castilla, 2005).

Las exigencias de la sociedad moderna respecto al culto al cuerpo tiene un trasfondo estético y erótico, es por ello la enorme preocupación por el peso y sus medios de control, este fenómeno cada vez es más frecuente en personas con pesos normales volviéndose ya una preocupación patológica, esto sucede con mayor incidencia en clases medias y altas, en las que el cuerpo como distinción en épocas de vanidades es necesario para destacar en lo que sea. Según el Instituto Nacional de Salud en España, en los últimos años estos padecimientos están constituyendo un autentico fenómeno social en todos los sentidos, con un incremento en la prevalencia (el triple durante los 10 últimos años). La media de las tasas de incidencia anual entre los 10 y 30 años es de 50-100/100 000. La prevalencia para la bulimia es del 3% en países desarrollados. Es por ello que cada vez sea más frecuente que en colegios de clase alta, las escolares adolescentes con peso normal controlen la ingesta y vomiten (Chinchilla, 2003). Finalmente, cabe destacar que la bulimia nerviosa fue descrita hace unos 20 años como entidad nosológica separada de la anorexia nerviosa (Behar & Figueroa, 2004) por lo que se debe considerar la diferenciación entre ambos trastornos ya que sus características son diferentes.

## 3.2 Concepto de Bulimia

La bulimia se define según la Real Academia Española (2011). como: Gana desmesurada de comer que difícilmente se satisface Hales, Yudofsky & Gabbard, (2009) la definen como: ingestión voraz. Por su parte Apfeldorfer (2004) define la bulimia como: un trastorno que presenta comportamientos bulímicos y métodos compensatorios destinados a evitar el aumento de peso cuyo prototipo es el vomito provocado. Para León y Castilla (2005) la bulimia nerviosa es una entidad que se manifiesta con episodios recurrentes de voracidad, a los que le siguen conductas de compensación inadecuada como los vómitos auto provocados, el consumo excesivo de laxantes, fármacos y diuréticos, periodos de ayuno o ejercicio intenso. Consiste en frecuentes episodios no controlados de ingestión compulsiva y desordenada de alimentos, con ausencia de conductas compensatorias purgativas, generalmente los pacientes que padecen esta enfermedad presentan además sobrepeso, normalmente afecta a personas de mediana edad, con mayor frecuencia del sexo femenino. Su prevalencia ha alcanzado en los últimos años un aumento importante, constituyendo el TCA más frecuente en Estados Unidos.

Esta enfermedad pese a que no cuenta con altos índices de mortalidad es importante su diagnostico, el cual durante mucho tiempo se ha realizado a través del instrumento DSM-IV.

A partir de las definiciones expuestas y para el presente trabajo se entenderá la bulimia como: Enfermedad en la cual la persona come irregularmente y presenta episodios regulares de ingestión excesiva de alimento (atracones) y siente una pérdida de control. Posteriormente la persona utiliza diversos métodos inadecuados y peligrosos para la salud, tales como el vomito o uso de laxantes para evitar el aumento de peso.



### 3.3 Diagnostico de la Bulimia

La bulimia es un padecimiento que se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes tardíos (después de los 17 años aproximadamente) y en adultos. A pesar de que los expertos coinciden en que los trastornos de la alimentación aparecen con mayor frecuencia en las mujeres, ha aumentado la población masculina que presenta estas patologías, aunque su inicio es más tardío que en las mujeres y, en general, tienen una ocupación en la que el control de peso es importante (bailarines, jockeys, fisicoculturistas, boxeadores, modelos, etc.) (Silva, 2008). Cuando la detección de estos trastornos es oportuna podría marcarse la diferencia en la calidad de vida de los jóvenes, así como de sus familias y maestros (Gorab, 2005).

Según el análisis de Jarne y Talam (2005) Existen algunas dificultades importantes en los estudios epidemiológicos dadas las diferencias en los criterios diagnósticos utilizados y las dificultades para definir el episodio de "ingesta voraz". Los diferentes autores no llegan a un acuerdo en la objetivación del término. Algunos consideran que el episodio tiene que estar bien delimitado, anotando la cantidad de comida ingerida y el tiempo invertido; para otros, los sentimientos de pérdida de control deben prevalecer en el diagnostico sobre la cantidad ingerida de alimentos. Para la mayoría de los autores, la frecuencia de grandes ingestas y de las conductas de purga debe ser, también objeto de una correcta delimitación, cuestión que en algunos trabajos no se ha respetado suficientemente.

Uno de los instrumentos de diagnostico más utilizados son el DSM-IV, debido a que permiten a los clínicos diagnosticar a pacientes con un trastorno específico del comportamiento alimentario. En personas diagnosticadas con Bulimia existe una gran preocupación por el peso y la excesiva autoevaluación del peso y de la silueta, estos son los síntomas primarios, tanto en la Bulimia como otros TCA. En la siguiente tabla se describen dichos criterios (Toro, 2001).

Criterio	Descripción
<b>A</b>	<p>Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 hrs) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas lo ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias.</li> <li>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la comida que se está ingiriendo).</li> </ol>
<b>B</b>	<p>Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vomito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, ejercicio excesivo.</p>
<b>C</b>	<p>Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.</p>
<b>D</b>	<p>La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>
<b>E</b>	<p>La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>
<b>Especificar tipo</b>	
<b>Tipo purgativo</b>	<p>Durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vomito regularmente o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>
<b>Tipo no purgativo</b>	<p>Durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre generalmente a provocarse el vomito ni usa laxantes, diurético o enemas en exceso.</p>

Tabla 1. Criterios DSM-IV para la bulimia

Los autores Jarne y Talam (2005) refieren en la tabla 2 el instrumento CIE-10 como otra opción para el diagnóstico de la bulimia:

- 
1. **Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.**
  2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos auto provocados; abuso de laxantes; periodos de ayuno; consumo de fármacos, tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar el tratamiento con insulina.
  3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.
- 

Tabla 2. Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa de la CIE-10.

Por su parte los autores Hales, Yudofsky y Gabbard (2009) refieren que los pacientes con peso normal que recurren a atracones o purgas pueden clasificarse en dos categorías:

1) Pacientes bulímicos de peso normal sin antecedentes de anorexia nerviosa, y 2) Pacientes con una historia previa de anorexia nerviosa. Lamentablemente, el sistema de clasificación DSM-IV-TR no diferencia entre estos dos subgrupos. El término bulimia nerviosa implica alteraciones psiquiátricas y, por tanto, es mejor que la simple etiqueta de bulimia.

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa según ciertos cálculos, se estima que una de cada cinco mujeres que asiste a la universidad es bulímica. Este padecimiento es también más común en los hombres que la anorexia. Los bulímicos son en general personas de apariencia sana, bien educada y cercana al peso ideal recomendado. Parecen disfrutar la comida y a menudo socializan en torno a ella, pero en realidad son emocionalmente inseguros, dependen de otras personas y carecen de su confianza en sí mismos, así como de autoestima (Hoeger & Hoeger, 2006).

### 3.4 Consecuencias Psicológicas de la Bulimia

La bulimia está asociada también con un amplio conjunto de complicaciones psicológicas. Los síntomas neuróticos son especialmente comunes (Ogden, 2003). Dada la complejidad y origen multicausal de los TCA, el hecho de contraer cualquiera de estas enfermedades supone el inicio de una gran variedad de problemas, tanto a nivel físico como psíquico. Quizás los físicos sean más espectaculares, pero no se debe menospreciar la importancia de los psíquicos y su relevancia a nivel social. En lo que respecta a las consecuencias psíquicas, los efectos no son menos preocupantes: aparte de la elevada comorbilidad de los TCA, los y las pacientes suelen caer en el aislamiento social, su única conexión con el mundo suele ser su madre o su pareja, y en muchas ocasiones, esta relación está muy degradada por la causa y la duración del trastorno y del coste que supone para las familias el tener una persona enferma de estas características (López & Salles, 2010). El paciente bulímico presenta en

general una conducta desordenada, al principio es solo con la alimentación, mas adelante también en otros aspectos de su vida (León & Castilla, 2005).

La bulimia nerviosa se asocia frecuentemente a síntomas depresivos, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos del control de impulsos, así como, cleptomanía (28% de los casos) y tricotilomania, automutilación, mayor índice de suicidio, consumo de anfetaminas y promiscuidad sexual. Este tipo de síntomas son fáciles de ocultar, aunado a que el peso corporal se mantiene dentro de los rangos normales, es posible que transcurran varios años desde la primera consulta a un profesional (Behar & Figueroa, 2004).

Las complicaciones psicológicas en la bulimia pueden aparecer desde el principio del problema o bien en el curso de un tratamiento que habrá permitido una mejora de los síntomas, se trata de la asociación a otros trastornos psiquiátricos (Doyen & Darzens, 2004) a continuación se explicara más profundamente los dos trastornos psicológicos presentados en pacientes bulímicas.

### 3.4.1 Depresión

Se ha constatado que la bulimia nerviosa se asocia frecuentemente a síntomas depresivos, en algunos casos graves, como tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño e ideación suicida. Numerosos estudios han mostrado efectivamente elevaciones significativas en diferentes escalas de depresión (Cooper & Fairburn, 1986, Eckert et.al, 1984, Halmi et.al, 1981, Pope & Hudson, 1983, Sabine et.al 1984) el problema estriba en si estos síntomas depresivos son o no específicos de un trastorno afectivo, o si son secundarios al trastorno de la alimentación (Ruiloba & Ferrer, 2000).

Los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la relación entre los trastornos afectivos y la bulimia nerviosa. Esta abierta la discusión sobres si esta depresión es primaria, relacionada directamente con la bulimia, incluso si la bulimia es la manifestación de un trastorno afectivo subyacente o si solo se trata de una depresión secundaria al

trastorno de la alimentación y sus consecuencias sintomáticas (Jarne & Talarn, 2005).

Según Myers y Sigaloff (2005) los pacientes que padecen bulimia suelen sentir depresión y vergüenza, sobre todo durante y después de los atracones. Alrededor de la mitad de las personas que padecen anorexia también presentan los síntomas de atracones-purgas-depresión de la bulimia, pero a diferencia de la anorexia, la bulimia se caracteriza por fluctuaciones de peso que están dentro o por encima de los valores normales, lo cual hace más fácil esconder el trastorno.

Las pacientes que desarrollan un trastorno de la alimentación de tipo bulímico presentan en la mayoría de los casos una rica psicopatología asociada. La depresión es el trastorno que más se ha relacionado con la bulimia, sin embargo, las pacientes bulímicas también puntúan elevado en las escalas de ansiedad (León, 2005).

### 3.4.2 Trastorno por Ansiedad

Una persona con bulimia suele presentar trastornos psicológicos adicionales, en particular de ansiedad y del estado de ánimo (Barlow & Durand, 2001). Estudios sobre trastornos de ansiedad en pacientes bulímicas dieron como resultado que el 36% de las pacientes suele presentar dicho trastorno (García-Camba, 2007). El más frecuente es la fobia social, seguido por el trastorno de ansiedad generalizado y las crisis de pánico. Los episodios agudos de ingesta y vómitos están siempre acompañados de un estado emocional de tipo ansioso. Antes de la crisis de pérdida de autocontrol y en el preludio del atracón la paciente bulímica puede notar un sentimiento de excitación, tensión, angustia y un deseo irrefrenable por comer. (León y Castilla, 2005). Estas pacientes reconocen e insisten en considerar la ansiedad como la emoción que acompaña la conducta de descontrol, de hecho, frecuentemente piensan que es la ansiedad la que las lleva al atracón (Jarne & Talarn, 2005).

En un estudio realizado por Schwalburg, Barlow, Alger & Howard en 1992, se compararon a 20 pacientes con bulimia nerviosa con 20 que sufrían trastornos de pánico y otros 20 con fobia social, el resultado fue sorprendente, ya que por lo menos

el 75% de los pacientes con bulimia presentaban también algún trastorno de ansiedad como fobia social o ansiedad generalizada. Los pacientes con trastornos de ansiedad, por otra parte, no exhibían necesariamente una elevada tasa de trastornos alimentarios. Los trastornos del estado de ánimo, en particular la depresión coinciden también en forma común con los TCA (Barlow & Durand, 2001).

Es importante una vez que se ha diagnosticado la bulimia se lleve a cabo tratamiento multidisciplinario, ya que esta enfermedad puede traer graves consecuencias a la salud. En el siguiente apartado se mencionan algunas de las consecuencias físicas de la bulimia.

### 3.5 Consecuencias Físicas de la Bulimia

Las complicaciones orgánicas de la bulimia están asociadas principalmente a los vómitos inducidos y las consecuencias físicas de la bulimia nerviosa suelen ser muy graves (León, 2005). Los ciclos repetidos de atracones pueden provocar graves descompensaciones electrolíticas y químicas en el cuerpo y afectar al corazón y a otros órganos vitales. Algunos de los efectos físicos de la bulimia son: Trastornos electrolíticos que pueden provocar arritmias y fallo cardiaco, e incluso la muerte (a causa de la deshidratación y la pérdida de potasio y sodio debido a las purgas); roturas gástricas durante los periodos de atracones; inflamación y posible rotura del esófago a causa de los vómitos; hernia de hiato; estreñimiento crónico; úlceras; pancreatitis; deterioro del esmalte dental, caries, pérdida de piezas dentales debido a la sobre ingesta de alimentos azucarados y a los vómitos recurrentes (Ladish, 2002); del mismo modo Hall & Cohn (2001), reportan anomalías del sistema endocrino; anemia; sangrado interno; hipoglucemia; periodos menstruales irregulares o amenorrea; osteoporosis; miopatía; irregularidades en la formación de imágenes en el cerebro; daño de la mucosidad protectora de la pared intestinal a consecuencia de uso intensivo de laxantes o enemas; dolor en el recto, estreñimiento o diarrea (o

ambas cosas) y tumores intestinales; Behar y Figueroa (2004), agregan la presencia de callosidades en el dorso de la mano (signo de Rusell) por la introducción de los dedos a la cavidad bucal para inducir el reflejo emético; cefaleas; somnolencia; sensación de hinchazón y calambres en las extremidades; a decir de Watson (2007), también pueden presentarse presión baja; taquicardia; desequilibrio de vitaminas y minerales en el cuerpo; calambres abdominales; hinchazón de mejillas; enfermedades de las encías y cortaduras en los nudillos; Reed (2007), por su parte, enfatiza el daño al tubo esofágico y la erosión del esmalte; mientras que León (2005), incluye la apatía; fatiga; irritabilidad y el cambio del ritmo del sueño, que se pueden añadir a la pérdida del rendimiento laboral o escolar y al abandono del cuidado de la persona; finalmente Pick (2002), enfatiza como una de las consecuencias más importantes debido a su gravedad, la muerte en bulimia asociada a daño renal o cardíaco.

Desde épocas remotas han existido los trastornos alimenticios, los atracones eran comunes dentro de la sociedad y la obesidad era aceptada, sin embargo, con el paso del tiempo el prototipo de belleza y éxito se centro en personas bellas y esbeltas. La incidencia de la bulimia crece día con día, antes era un problema solo de países civilizados, actualmente se ha convertido en un problema social generalizado, tanto en las clases bajas, medias y altas. Las consecuencias físicas y psicológicas de la bulimia impactan en gran medida tanto a la persona como su núcleo familiar y social. El diagnostico oportuno es lo que marca la diferencia entre una optima recuperación o la muerte. El siguiente capítulo se hablará sobre los beneficios de un tratamiento cognitivo-conductual para esta enfermedad.

### 3.6 Intervención Psicológica de la Bulimia

La intervención psicológica en pacientes con Bulimia es recomendable para producir un cambio cognitivo que posibilitará la modificación de hábitos alimenticios, y consistirá en un primer momento en brindar información básica que aclare la relación



directa entre las practicas de control de peso y el mantenimiento y-o agravamiento del síntoma, y al mismo tiempo alerte sobre la gravedad de la situación en caso que se prolongue sin resolverse (Crispo, Guelar & Figueroa, 2011). En trastornos del comportamiento alimentario (TCA) el tratamiento psicológico no puede pasar desapercibido, ya que su contribución al “cuadro de tratamientos eficaces” es el más recomendable en el tratamiento del paciente (Pérez & Fernández, 2001).

### 3.6.1 Tratamiento psicológico desde el enfoque Cognitivo Conductual

A lo largo de los últimos 15 años la terapéutica aplicada a la bulimia ha sido amplia y variada, incluyendo terapias psicológicas como: terapia de conducta, exposición con prevención de respuesta, terapia cognitivo-conductual, terapia de reducción de estrés, terapia psicodinámica, terapia focal breve, psicoterapia no-directiva, terapia familiar sistémica, terapia psico educativa y terapia interpersonal. La investigación realizada a lo largo de estos años apunta que la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP) y la terapia psicofarmacológica son las que, hasta el momento, han mostrado mayor eficacia en el tratamiento de la bulimia nerviosa (Saldaña, 2001). El tratamiento generalmente incluye altos niveles de estructura y un plan de tratamiento conductual basado en el peso del paciente y sus hábitos de comer. La psicoterapia y seguimiento médico a largo plazo son esenciales (León & Castilla, 2005), por su parte Toro (2001) refiere que, la psicoterapia cognitiva conductual, específicamente dirigida a los síntomas de TCA y a las cogniciones propias de los pacientes con bulimia nerviosa, suele ser muy útil el programa de intervención psicosocial, ha sido la más estudiada y la que cuenta con más pruebas de eficacia, así mismo, se han documentado reducciones significativas de los atracones, los vómitos y el abuso de laxantes en algunos pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual.

Gonzalez y Ortiz (2009) en un estudio realizado sobre conductas de riesgo, demostraron que los trastornos alimenticios se relacionan con la insatisfacción de la imagen corporal. Las mujeres manifestaron tener mayor preocupación por esta

imagen que los varones. Por otro lado, tomando en cuenta que esta enfermedad compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico durante la adolescencia, como la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves que producen en la salud física, se debe deducir la importancia que tiene el apropiado conocimiento y manejo de estas patologías, por ello Marín (2002) enfatiza la importancia de la prevención, por lo que proponen que el tratamiento para la los TCA como la bulimia estén basados en una terapia feminista, que realce las influencias socioculturales que plasman los trastornos del habito de comer y que reconozca la trascendencia de la autoestima, autocontrol y la fortaleza de estas pacientes. Las mujeres deben aprender a apreciar su cuerpo y sentirse cómodas con él, visualizarlo como fuente de placer en vez de objetos de sufrimiento y aflicción y que el hecho de ser delgada no significa que obtendrá de inmediato una mayor auto confianza, mas belleza o ser sexualmente más atractiva. En este sentido, la imagen corporal se puede relacionar con el estimarse o no, aspecto que se vincula directamente con la autoestima. Marin (2002) realizo una comparación en los niveles de autoestima de un grupo de personas, y obtuvo un incremento significativo en los niveles de autoestima posterior a la intervención psicológica. Por otro lado Lopez y Salles (2010) refieren que las personas que tienen un pobre concepto físico de sí misma, pueden tener muchas conductas que desde la psicología llaman de evitación activa y pasiva. En lo que respecta a la evitación pasiva: tratan de no asistir a encuentros en los que las personas que consideran más favorecidas que ella, llevan ropa holgada y no se atreven a usar vestidos mas apretados o “reveladores”, intentan evitar intimidad física y comer menos. De forma activa: se miran muy a menudo en el espejo, se pesan cada día en varias ocasiones, preguntan a los demás insistentemente como se ven, para reasegurarse de la propia apariencia. Suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo “si no me considero atractiva es que no sirvo para nada”. Las mujeres con TCA tienen una extremadamente baja autoestima, sentimientos de ser mala persona, descuidada y un intenso miedo al rechazo o al abandono, una de las terapias que mejores resultados ha brindado es la Terapia Racional Emotiva.

Existe una cantidad importante de trabajos acerca de las creencias irracionales fueron llevados a cabo en pacientes que padecen TCA, principalmente bulimia. En este sentido, en el estudio realizado por White Boskind-White en 1984 en el que se analizaron las características de estudiantes bulímicas, observaron que estas presentaban alteraciones de la imagen corporal con un deseo de pesar por debajo del peso actual, baja autoestima, así como tendencias perfeccionistas (Borda, Del Rio & Torres, 2003).

La primera aportación de este trabajo realizado por Borda, Del Rio, y Torres (2003) sobre el estudio de los TCA en relación con la TRE, es que las personas con diagnóstico de anorexia y bulimia se caracterizan por una mayor irracionalidad en sus creencias respecto a la población normal. Sin embargo, una limitación observada en la bibliografía sobre los TCA, es la escasa representación de investigaciones que pongan de manifiesto como estas creencias irracionales básicas se encuentran relacionadas con otras creencias.

La terapia racional emotiva conductual fue fundamentada en el modelo del ABC del comportamiento, en donde A es un acontecimiento activante, en otras palabras, es la situación que produce en los sujetos una reacción ya sea positiva o negativa. La B son las creencias o interpretaciones que el sujeto realiza de A Y la C es la consecuencia, que suele ser emocional y conductual (Ellis y Grieger, 2000).

Por toda la revisión empírica realizada previamente, se destaca la importancia de llevar a cabo una propuesta de un taller bajo la terapia cognitivo conductual basado en aumentar la autoestima de las adolescentes como medio para prevenir trastornos de la conducta alimentaria.

# CAPITULO 4. PROPUESTA DE TALLER PARA ADOLESCENTES, PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

## 4.1 Metodología

### **Objetivos:**

- Conocer el concepto de autoestima y elementos básicos del constructo para su propio desarrollo personal.
- A través de la Terapia Racional Emotiva, cuestionar ideas irracionales y percepciones para favorecer un cambio conductual en el comportamiento alimenticio.
- Incrementar el nivel de autoestima para reducir el riesgo de padecer algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

### **Participantes:**

El taller será impartido a jóvenes adolescentes que presenten Bulimia. Los participantes deberán tener diagnóstico de bulimia según los criterios del DSM IV y deberán de ser diagnosticados por algún profesional de la salud.

### **Muestra:**

El taller se llevará a cabo con 20 participantes de género femenino cuyas edades que oscilen entre los 11 y los 18 años, de escolaridad secundaria y preparatoria, con un nivel socioeconómico medio, estado civil solteras y que radiquen en zonas urbanas.

### **Selección de la muestra:**

No probabilística. El muestreo será intencionado por conveniencia, es decir, se aceptarán en el taller aquellas personas que quieran participar y que cumplan con los criterios de inclusión.

### **Criterios de inclusión:**

El criterio de inclusión serán mujeres que actualmente padezcan un trastorno de la conducta alimentaria y cumplan con el diagnóstico de la Bulimia según el DSM-IV.

***Diseño:***

Pretest-posttest con un solo grupo.

***Lugar:***

Aula amplia bien iluminada que cuente con mesa de trabajo y sillas.

***Materiales:***

Proyector, hojas, lápices, goma, sacapuntas, audio de relajación, papel kraft, tijeras, plumones, diurex, música suave, video relajación, papel bond, hojas blancas.

***Instrumentos:***

Se utiliza el Inventario Autoestima-Autoexamen del Dr., Cirilo Toro Vargas (1994). Este instrumento consta de 40 reactivos, en escala tipo likert, evalúa el nivel de autoestima clasificándolo en: autoestima baja positiva, autoestima baja negativa, autoestima alta positiva y autoestima alta negativa.

**Cartas descriptivas:****Sesión 1: Presentación del Taller**

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
10 minutos	Bienvenida Presentación y Encuadre terapéutico	Que los participantes conozcan al facilitador, así como los lineamientos del taller.	El facilitador proporcionará datos generales, así como las reglas dentro del taller, especificando cada uno de ellos.	Ninguno
20 minutos	Dinámica de integración  "Si yo fuera..."	romper el hielo entre los participantes, conocer un poco acerca de cada uno de ellos, así como sus expectativas del taller.	Cada participante proporcionará sus datos generales, deberá imaginarle que animal y algún vegetal, planta o flor, los hubiera gustado ser y explicar el motivo.	Alta amplia donde los participantes puedan sentarse de frente mirándose la cara.
30 minutos	Evaluación inicial  "Conociendo nuestra autoestima"	Conocer el nivel de autoestima de los participantes (pre-evaluación)	Se proporciona el inventario a los participantes y se explica el procedimiento para contestarlo.	inventario Autoestima- Autoexamen (Toro, 1994)  Anexo 1
30 minutos	Tema:  "Autoestima"	Brindar conocimientos sobre la autoestima y su importancia para el desarrollo personal.	Se dará lectura de la presentación, posteriormente se abre discusión a dudas e intervenciones.	Presentación PPT Proyector Anexo 2
40 minutos	Dinámica:  "Acentuar lo positivo"	Lograr que las personas derriben las barreras impuestas por ellas mismas. Mejorar el autoconcepto mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.	El ejercicio se lleva a cabo en grupos de dos personas, las cuales deberán intercambiar cualidades personales entre sí, dando respuesta a las siguientes preguntas: 1. Menciona dos atributos físicos que me agradan de mí misma. 2. Dos cualidades de mi personalidad que me agradan. 3. Menciona dos capacidades o pericias que me agradan de mí misma.	Ninguno Anexo 3

### Sesión 2: Ideas Irracionales y Orígenes del valor

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
5 minutos	Saludo con abrazos	Trabajar la expresión de emociones	Al integrarse el grupo, todos saludan a sus compañeros con un fuerte abrazo.	ninguno
30 minutos	Tema: "Bases de la Terapia Racional Emotiva"	Que los participantes conozcan las bases de la teoría del A-B-C.	Se brinda plática sobre el tema, se abre discusión y se resuelven dudas y se proponen comentarios de cada uno de los participantes	Resumen del tema Anexo 4.
60 minutos	Ejercicio: "Analizando nuestras ideas"	A través de la TRE (Ellis) los participantes llenaran una tabla, el objetivo es propiciar la reflexión sobre sus creencias e ideas irracionales, así como las consecuencias.	Se proporciona una hoja con cuestionamientos a los participantes, los cuales deberán de reflexionar y responder de la manera más sincera posible.	Hoja con preguntas. lápiz y goma Anexo 5.
25 minutos	Ejercicio: "Orígenes de tu valor"	Que el participante analice algunos aspectos relacionados con su vida, y que se reflejan en una baja autoestima.	Se Les proporciona una hoja con cuestionamiento y se explica el procedimiento.	Hoja de ejercicios. Anexo 6.

### Sesión 3: Autoestima y el valor de la persona

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
10 minutos	Relajación guiada	Relajar a los participantes antes de dar inicio a la siguiente actividad.	Se pone audio con instrucciones para la relajación.	Audio para relajación.
30 Minutos	Tema: "Autoestima y el valor de la persona"	Que el participante reconozca los aspectos que influyen en una sana autoestima.	Se brinda plática sobre el tema, se abre discusión y se resuelven dudas y se proponen comentarios de cada uno de los participantes.	Resumen del tema Anexo 7
60 minutos	Dinámica "La silueta"	Conocer las opiniones que tienen los participantes sobre sí mismos y el nivel de autoestima con el objetivo de fortalecerla.	En equipos de dos personas. Se entrega a cada participante papel kraft, su compañero ayuda a hacer la silueta de cada uno, posteriormente en la silueta se colocara lo siguiente: cabeza- conocimientos, manos- habilidades, corazón: emociones (tristezas o alegrías) esperanzas. Conocimientos, sueños, etc. Se propicia la reflexión. Y cada participante expone su silueta en el grupo.	Papel kraft Plumones gruesos Diurex Musica suave
20 minutos	Debate "Ideas racionales vs Ideas irracionales".	Que el participante se percate de los pensamientos irracionales que suele tener y su comparativa con pensamientos racionales.	Se proyecta una tabla comparativa y los participantes debaten sus puntos de vista	Tabla comparativa del esquema de valor Proyector Anexo 8

## Sesión 4: Baja autoestima y autoestima positiva

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
5 minutos	Cuenta chistes	Crear un clima agradable y positivo entre los participantes.	El facilitador solicita a algún participante que cuente un chiste.	ninguno
45 minutos	Tema "Baja autoestima y autoestima positiva"	Brindar información a los participantes, el objetivo conozca áreas de oportunidad para mejorar su autoestima.	Se brinda plática sobre el tema, se abre discusión y se resuelven dudas y se proponen comentarios de cada uno de los participantes.	Resumen del tema Anexo 9
25 minutos	Ejercicio "Escalera de Autoestima"	Que cada participante reflexione sobre los siguientes cuestionamientos basados en la TRE: quien soy, que opino de mi, como me evaluó, me acepto como soy, hago cosas que van en contra de mi salud, de mis deseos, cuanto me quiero.	Se les brinda una hoja con la escalera de la autoestima y los participantes harán anotaciones sobre su percepción de ellos mismos de cada concepto.	Hoja con escalera de autoestima. Anexo 10
45 minutos	Dinámica "Reflexión sobre el Decálogo mágico de la autoestima"	Que los participantes conozcan el decálogo mágico y procuren llevarlo a cabo para mejorar su autoestima.	Se presenta el <i>decálogo mágico</i> de la autoestima y cada participante hace una aportación por cada apartado.	Decálogo mágico de la autoestima. Anexo 11.

## Sesión 5: Identificando problemas sobre los problemas

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
5 minutos	Video relajación	Relajación de los participantes y crear un clima agradable y de confianza.	Se proyecta video.	Video relajación Proyector.
45 minutos	Ejercicio "Los problemas sobre los problemas"  (Analizando de fondo mis ideas irracionales y sus consecuencias)	Detectar los problemas secundarios, generados por las ideas irracionales primarias.	Se proporciona hoja de ejercicio, la cual será debidamente llenada bajo las instrucciones brindadas por el facilitador.	Ejemplo Anexo 12  Hoja de ejercicios Anexo 13
45 minutos	Dinámica "Concurso de Belleza"	Concientizar el nivel de seguridad en sí mismo. Descubrir y analizar temores provocados por nuestra inseguridad. Reflexionar sobre el nivel de aceptación de nuestro propio físico.	Anexo 14	Lugar espacioso para llevar a cabo una pasarela.
25 minutos	Reflexión grupal	Que el participante ponga en práctica lo visto y adquiera la capacidad de hablar ante sus compañeros y exprese algún comentario.	El facilitador ira guiando el orden de participación de los comentarios y la experiencia de lo visto en la sesión.	Ninguno



## Sesión 6: ¿Por qué razón padecemos neurosis?

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
5 minutos	Mi propia escultura	Que cada participante elabore con plastilina su figura.	Se proporciona material	Plastilina Mesa grande
30 minutos	TEMA:  "Identificando ideas irracionales generadoras de neurosis"	Que los participantes conozcan ideas irracionales que las personas suelen tener y que ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontamiento de un acontecimiento desagradable.	Se presenta el tema basado en TRE, se abre espacio para dudas y comentarios.	Resumen de tema. Anexo 15
25 minutos	Ejercicio Reflexión	Que los participantes realicen un listado donde ellos se han dado cuenta que han puesto en práctica las ideas irracionales generadoras de neurosis.	Se proporciona hoja de ejercicio, se explica el procedimiento y se resuelven dudas.	Hoja para ejercicio. Anexo 16
60 minutos	Dinámica  "Yo soy... "	Que los participantes sean conscientes de que poseen cualidades positivas. Tomar conciencia de que nuestra autovaloración será positiva o negativa en función de con quién nos comparemos.	A cada participante se le proporciona un papel bond, en el tendrá que escribir 20 veces "yo soy...", se divide el grupo en parejas, cada persona tendrá que venderse y el comprador cuestionara las cualidades y el vendedor tendrá que defenderlas. Al finalizar el facilitador cuestiona que tan difícil fue escribir las 20 cualidades y como fue su experiencia de venderse a si mismo.	Papel bond para cada participante plumones

## Sesión 7: Combatiendo al tirano "Debes"

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
5 minutos	Videos graciosos	Relajar y quitar tensión de los participantes.	Se proyecta video.	Videos graciosos Proyector.
30 minutos	Tema  "Combatiendo al tirano <u>Debes</u> "	Que el participante logre ver al <u>tirano debes</u> como un enemigo al que se debe combatir.	Se brinda plática sobre el tema, se abre discusión y se resuelven dudas y se proponen comentarios de cada uno de los participantes.	Resumen del tema Anexo 17.
25 minutos	Dinámica:  "Rebanadas de autoestima"	Que cada participante se percate que la autoestima está basada en diversas áreas, y que existen algunas que requieren apoyo.	Se proporciona una hoja de trabajo para la dinámica, el participante deberá escribir como siente su autoestima en los aspectos señalados.	Rebanadas de autoestima Anexo 18
60 minutos	Ejercicio:  "Rediseñando mi vida con ideas racionales"	El participante sea capaz de reestructurar sus ideas, convirtiéndolas en unas ideas racionales y posibles de lograr.	Se proporciona hoja de trabajo y se explica el procedimiento para la realización de la actividad.	Hoja de ejercicios "Rediseñando mi vida con ideas racionales" Anexo 19

### Sesión 8: ¡Hoy soy una nueva persona!

Tiempo	Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material
20 minutos	Dibujando mi nombre	Elaborar un dibujo detallado del nombre, dándole el valor que tiene dentro de nuestra personalidad y autoestima.	Que el participante elabore un dibujo con su nombre y lo decore.	Hojas blancas colores
20 minutos	Evaluación final	Conocer el nivel de autoestima que presenta la persona posterior al taller.	Se proporciona el inventario a los participantes y se explica el procedimiento para contestarlo.	Inventario Autoestima- Autoexamen (Toro, 1994)  Anexo 1
30 minutos	Ejercicio  "Carta cordial de bienvenida a tu nuevo yo humano"	A través de una carta el participante deberá describir todas las ideas que siendo validas, te ayudan a superarte positivamente y te hacen justicia.	Se proporciona una hoja que deberá ser llenada por cada participante. Al final el participante que lo desee puede compartir su carta.	Hoja para carta cordial de bienvenida a tu nuevo ser humano  Anexo 20.
50 minutos	Cierre del taller y Conclusiones	Reflexionar sobre el contenido del taller, y cada participante expresa de que manera le ayudo el curso.	Se invita a los participantes a realizar algún comentario, conclusión o reflexión.	ninguno

## 4.2 Conclusiones

Debido a los cambios físicos que se experimentan en la adolescencia y a la presión social actual enfocada hacia un modelo de belleza basado en la delgadez extrema, algunos jóvenes comienzan a sentirse insatisfechos con su imagen corporal, el objetivo del presente trabajo fue realizar un taller de intervención para personas que han sido diagnosticadas con Bulimia, sin embargo, en este trabajo se brinda información sobre los trastornos de la conducta alimentaria que con mayor frecuencia suelen padecer los adolescentes.

A partir de una revisión teórica se encontraron algunas de las variables que se encuentran relacionadas, como se indican a continuación:

1. Imagen corporal: Hoy en día se encuentra en gran cantidad de revistas, espectaculares y programas de televisión donde se muestran mujeres muy esbeltas, lo cual genera gran ansiedad e insatisfacción en las adolescentes que pretenden cubrir el estereotipo de belleza (Ayela, 2009).
2. Autoconcepto: Riso (2009), Afirma que el autoconcepto en la adolescencia es un factor que se encuentra relacionado con los trastornos alimenticios, debido a que dependiendo de cómo la persona se sienta aceptada o no, buscará a través de cualquier medio conseguir un cuerpo esbelto, y así la aceptación ante sus pares y personas significativas.
3. Autoestima: Debido a una falta de equilibrio emocional y de estabilidad se afirma que la baja autoestima es un factor determinante para que se desencadenen algún trastorno alimenticio durante el desarrollo del ser humano (Burns, 2001)

Las variables mencionadas con anterioridad coinciden con diversos autores, quienes afirman que una autoestima elevada produce en las personas la capacidad de tener una actitud positiva y la seguridad de ser aceptados socialmente sin importar su peso y talla. De esta forma, la autoestima tiene una estrecha relación con el comportamiento del adolescente, y cabe mencionar que de igual forma afecta el comportamiento alimentario, de esta manera los resultados obtenidos en la presente investigación basada en investigaciones empíricas reflejan la importancia de la autoestima como un factor detonante en el padecimiento de los TCA. Algunos autores como Burns (2001) la considera la autoestima como: una “capacidad” y Branden (2000) una “disposición”. Sin embargo, todos concuerdan que la adolescencia es uno de los momentos más críticos en la consolidación de la autoestima. Es por ello que es necesario la elaboración de talleres para adolescentes donde se trabaje este aspecto.

Es por ello, que esta tesina propone un taller de intervención con enfoque Cognitivo Conductual, utilizando técnicas basadas en la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, el objetivo es eliminar pensamientos irracionales y falsas creencias acerca de la belleza. El taller se diseñó para ser impartido a adolescentes que previamente hayan sido diagnosticadas como Bulímicas, a través del instrumento DSM-IV. Se pretende que sean 20 participantes en el taller, y la asistencia sea del 100% para obtener mejores resultados. Los participantes deberán ser evaluados con el inventario de Autoestima del Dr. Cirilo Toro Vargas (1994) (pre-test, post-test), para conocer la eficacia del taller, y en caso necesario realizar las modificaciones pertinentes para mejorarlo.

Para concluir, cabe mencionar que el papel del psicólogo en prevención suele tener un gran impacto, esto ha supuesto un cambio en el rol tradicional del psicólogo, ya que se ha encontrado muy buenos resultados en el área de la Prevención de la salud. Los psicólogos cuentan con estrategias dirigidas a modificar los entornos y los estilos de vida, entendiendo esto como la búsqueda de comportamientos más adaptativos y un mejor estilo de vida. El papel del psicólogo en el área de la salud implica que su papel dentro de la sociedad sea más activo y en el caso de los trastornos alimenticios no ha sido la excepción.

# ANEXOS

## Anexo 1

**AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN**

© Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994  
Revisión: 2003

El autor de esta prueba, el Dr. Cirilo Toro Vargas, posee derechos reservados sobre la misma. Aun así ha querido compartir su prueba con todos los interesados para diagnóstico individual o para investigaciones de diversa naturaleza académica y psicológica. Se pide encarecidamente el correspondiente crédito a su autor. Copiar la prueba sin incluir el nombre del autor constituye plagio de acuerdo con todas las leyes de propiedad intelectual.

La autoestima es nuestra autoimagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.

A partir de una evaluación personal lo más objetiva posible indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha el número aplicable a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

<b>4 Siempre</b>	<b>3 Casi Siempre</b>	<b>2 Algunas Veces</b>	<b>1 Nunca</b>			
			<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Me siento alegre.						
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.						
3. Me siento dependiente de otros.						
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.						
5. Me siento triste.						
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.						
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.						
8. Siento que soy agradable a los demás.						
9. Es bueno cometer errores.						
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.						

11. Resulto desagradable a los demás.				
12. Es de sabios rectificar.				
13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contento(a) con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecto(a).				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.				
31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímido(a).				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.				
35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresivo(a).				

38. Me aterran los cambios.				
39. Me encanta la aventura.				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				
<b>TOTALES DE CADA COLUMNA</b>				
<b>TOTAL</b>				

### INTERPRETACION DEL AUTOEXAMEN

En cada columna sume las marcas de cotejo y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la primera fila se multiplican por 4 y equivalen a 40. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cuatro columnas, y anote ese total. Examine, entonces, la interpretación de los resultados con la tabla siguiente

160-104	Autoestima alta (negativa)
103-84	Autoestima alta (positiva)
83-74	Autoestima baja (positiva)
73-40	Autoestima baja (negativa)

autor. Publicado en el Internet en julio de 1997. Revisado en septiembre de 2003. Versión para el Internet revisada el 22 de diciembre de 2006.

## Anexo 2

Presentación power point "Autoestima".



## Anexo 3

Dinámica:

### ***Acentuar lo positivo***

Instrucciones:

El ejercicio se lleva a cabo en grupos de dos personas, los cuales deberán intercambiar cualidades personales entre sí, dando respuesta a las siguientes preguntas:

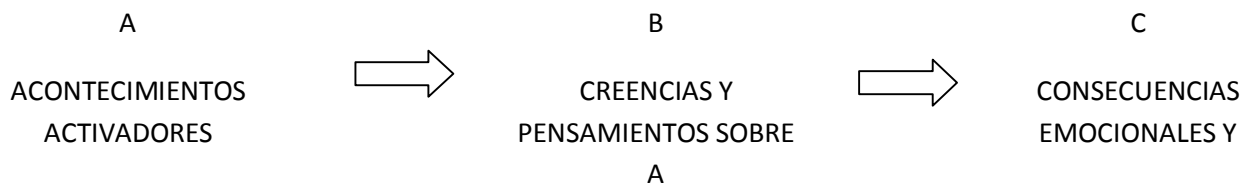
1. Menciona dos atributos físicos que me agradan de mi mismo.
2. Dos cualidades de mi personalidad que me agradan.
3. Menciona dos capacidades o pericias que me agradan de mi mismo.

Posteriormente los equipos comparten la experiencia, respondiendo si les fue fácil responder estas preguntas, o algún otro comentario.

## Anexo 4

### ***“Bases de la Terapia Racional Emotiva”***

La Terapia Racional Emotiva (TRE) es la pionera de las terapias cognitivas, fue creada por Albert Ellis. La Teoría del ABC y del cambio de personalidad acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis en el papel de las cogniciones (pensamientos) es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales y parte del siguiente esquema:



En este esquema se representa A como el acontecimiento activado que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Pero a pesar de que los acontecimientos activadores (A) a menudo parecen causar las (C), esto no es realmente así, ya que las (B) creencias y pensamientos sobre (A)

son mediadores importantes entre los (A) y las (C), llegando a ser las principales y las directos responsables de las (C).

En una primera formulación Albert Ellis agrupo en 11 ideas irracionales básicas que se resumen de la siguiente manera:

- 1) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
- 2) Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
- 3) Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad.
- 4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
- 5) La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
- 6) Si algo eso puede ser peligroso, debo de sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
- 7) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- 8) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
- 9) Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.
- 10) Debemos sentirnos muy preocupados y perturbados por los problemas de los demás.
- 11) Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Estas 11 ideas irracionales fueron sintetizadas más adelante en tres ideas irracionales básicas, las **exigencias absolutistas** o necesidades perturbadoras en forma de “deberías”, “es necesario que”, con respecto a:

1. Uno mismo, ej.: “Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”.
2. Las otras personas, ej.: “Deben actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo”.
3. La vida, el mundo, ej.: “debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad”.

Cuando esas exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras (pseudonecesidades) no se cumplen, surgen los pensamientos (cargados de emociones) derivados de esas exigencias absolutistas, que son:

Tremendismo: “es terrible”.

No soportantis: “no puedo soportarlo”.

Condena: “es un .....(ej.: desgraciado)” o auto condena: “soy un..... (ej.: inútil)”.

De esta manera esas actitudes de exigencia y necesidad perturbadora, facilitarían las distorsiones cognitivas entre las que destaca:

Sobre generalizaciones y etiquetaciones negativas (ej. : “soy un...”)

- Salto a conclusiones negativas
- Adivinar el futuro
- Fijarse solo en lo negativo
- Descalificar lo positivo
- Magnificar-minimizar
- Razonamiento emocional (“como así lo siento, debe ser cierto”)
- Personalizar (creerte la causa de las cosas que pasan, cuando no es así)
- Fracaso (“si no hago las cosas tan bien como debiera y los demás siguen apreciándome, seré un fracaso a y pronto se darán cuenta).

El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad (fruto de las distorsiones) como las creencias dogmáticas y absolutistas (exigencias y derivados) que las originan.

## Anexo 5

Tabla sobre la teoría del A-B-C

Acontecimientos (Detonador)	Creencias (personales)	Consecuencias (Emocionales y conductuales)

## Anexo 6

### ***Orígenes de tu valor***

#### ***Ejercicio***

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿De los sucesos que afectan la autoestima, ¿Cuál (es) te tocó vivir y cuál ha sido su efecto en ti?
2. ¿Recuerdas alguna experiencia que haya hecho subir tu autoestima? ¿bajarla?
3. ¿Recuerdas alguna etiqueta negativa que te hayan puesto de niño?, ¿Puedes relacionarla con su impacto actual (inútil, flojo, gordita, cobarde)?

## Anexo 7

### ***Autoestima y el valor de la persona***

El valor de la persona es singular e independiente de sus creencias. El ser humano tiene valor por el simple hecho de serlo y de existir, de ocupar un lugar único en el mundo, con su sello personal irrepetible e insustituible, alguien con baja autoestima tiene un escaso grado de aceptación y gusto por ser el mismo, quizás por pensar que su valor como persona es menor, pero esta distorsión aprendida no cambia su verdadero valor como individuo. Por el contrario, quien tiene una alta autoestima refleja un buen nivel de aceptación personal y agrado de sí, aunque esto no aumenta su valor como ser, si lo ayuda a vivir con más autoconfianza y auto respeto.

Nunca te compares, un camino equivocado para lograr la autoestima es compararnos con los demás, buscando quien tiene más o hace más que el otro, así caemos en una especie de juego de mediciones arbitrarias que entrañan el peligro de afectar la autoestima, la cual puede subir cuando nos comparamos a nuestro favor y bajar cuando lo hacemos en nuestra contra y encontramos que otros tienen o hacen más que nosotros, sin duda, un callejón sin salida, una frágil base de valor.

Cuestionémonos lo siguiente:

¿Cómo puedo ser más feliz en cada instante y a partir de aquí de ahora con lo que tengo y soy hasta el momento?

Reflexión:

*“Ser sabio es vivir feliz cada momento con lo que se tiene”*

## Anexo 8

Ejercicio:

### **“Ideas irracionales vs ideas racionales”**

<b><i>Irracional</i></b>	<b><i>Racional</i></b>
<i>Se compara con los demás</i>	<i>Se acepta como es y busca mejorar</i>
<i>Es individualista</i>	<i>Trabaja en equipo</i>
<i>Habla del yo y colgarse medallas es sumamente importante</i>	<i>Le importan los logros en la medida de solucionar más problemas, ser más feliz y servir a más gente.</i>
<i>Cuando hay poder pierde su equilibrio intelectual y emocional</i>	<i>Usa el poder para beneficio colectivo, mantiene la sencillez.</i>
<i>Su meta vital es como tener más</i>	<i>Su meta vital es como ser más feliz y solucionar más problemas.</i>
<i>Subordina la salud al tener</i>	<i>Su prioridad es la salud y conservarla.</i>
<i>Si pierde estatus se auto castiga</i>	<i>Aprende de sus errores y nuevas condiciones con aceptación de sí mismo.</i>
<i>Castiga o menosprecia quienes tienen menos estatus</i>	<i>Aprende y valora a cualquier ser.</i>
<i>Se castiga por sus errores</i>	<i>Se acepta y es empático hacia los demás.</i>
<i>Venera en demasía a quien tiene mucho estatus, es servil.</i>	<i>Respeto de igual a igual.</i>
<i>Subordina otros desarrollos personales y familiares a tener estatus.</i>	<i>Busca ser completo. El estatus es solo un medio útil para algunas personas.</i>

<p><i>Será feliz el día que logre....</i></p> <p><i>Se sirve de los demás para llegar</i></p> <p><i>Valores impuestos como camisa de fuerza y necesidades creadas.</i></p> <p><i>Tiene tablas para medir el valor.</i></p> <p><i>Es muy importante lo que tiene</i></p> <p><i>Le da miedo perder imagen y equivocarse, teme a los errores.</i></p> <p><i>Vulnerabilidad ante el cambio de estatus.</i></p> <p><i>Esconde errores, los maquilla o los niega,</i></p> <p><i>Reprime la crítica.</i></p> <p><i>Demanda a sí mismo y a los demás.</i></p>	<p><i>Buscar ser feliz en cada momento en un eterno hoy.</i></p> <p><i>Sirve a los demás para ser.</i></p> <p><i>Valores como un traje a la medida, necesidades reales.</i></p> <p><i>Se acepta a sí mismo tal cual es y se olvida de medir.</i></p> <p><i>Lo que se tiene esta para disfrutarse y servir.</i></p> <p><i>Le importa conservar la vida y adquirir mas habilidades aprendiendo.</i></p> <p><i>Flexibilidad y capacidad de rápida asimilación y adaptación.</i></p> <p><i>Los errores son considerados como oportunidad para mejorar.</i></p> <p><i>Aprende lo que puede enseñar la crítica y la agradece.</i></p> <p><i>Escucha, desea, busca hacer las cosas bien a la primera pero respetándose como ser humano.</i></p>
---	--

## Anexo 9

### ***Baja autoestima y autoestima positiva***

Podemos observar que quien experimenta baja autoestima suele ser una persona que no tiene plena confianza en las posibilidades propias, bien sea por experiencias que así se lo han hecho sentir, o por las respuestas de las personas importantes en su vida que mediante mensajes de confirmación o desconfirmación refuerzan o minimizan lo que somos. Por ejemplo, cuando los padres califican a sus hijos como inútiles, tontos, etc.

Los mensajes que recibimos desde pequeños es lo que aprendemos y con ellos formamos una idea de lo que somos.

La autoestima está conformada por:

- ✓ Lo que los demás piensan que soy (y me lo transmiten mediante palabras y actitudes) por ejemplo: si me dicen que soy bonita, o que es lo que no les gusta de mi.

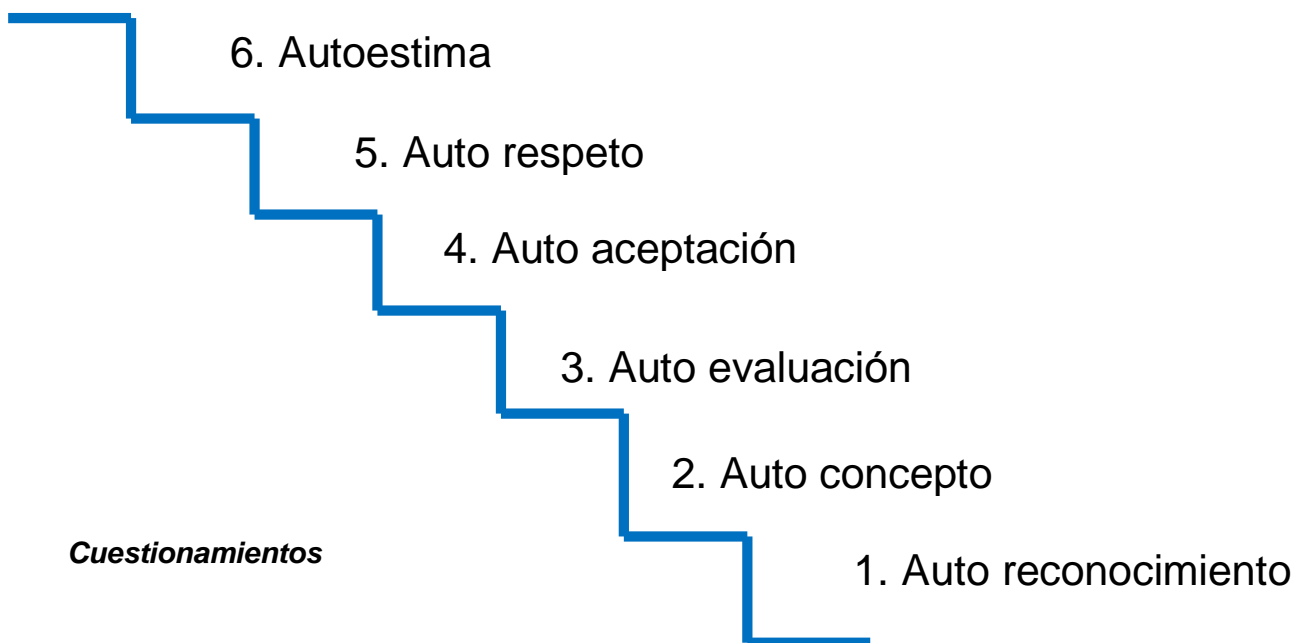
- ✓ Lo que yo creo que los demás piensan que soy (implica la elaboración subjetiva de tales mensajes). Por ejemplo: si me presentan a un grupo y no me miran puedo pensar que no me aceptan porque no les gusto.
- ✓ Y lo que en realidad yo mismo creo que soy (se instaura aquí, una perspectiva personal que está en estrecha vinculación con las anteriores(. Por ejemplo> si no soy bien recibida puedo pensar que soy alegre y sociable y que esa actitud puede cambiar, o que puedo creer que merezco no ser bien recibida y no hacer nada al respecto.

Ya desde el nombre que nos imponemos forma un concepto social de quienes somos. Nuestro nombre se identifica con quienes somos de modo inseparable, para los otros y para nosotros mismos.

Características de una autoestima positiva:

1. Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos aunque encuentre fuerte oposición colectiva, y se siente lo suficientemente seguro como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada
2. Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros les parece malo lo que haya hecho.
3. No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
4. Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
5. Se considera y realmente se siente igual, como persona a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
6. Da por supuesta que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
7. No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
8. Reconoce y acepta en sí misma una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positiva como negativas y está dispuesta a revelarlas a otras personas si le parece que vale la pena.
9. Es capaz de disfrutar diversas actividades como: trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigas, etc.
10. Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a divertirse a costa de los demás.

## Anexo 10

*Escalera de Autoestima*



## Anexo 11

*Decálogo Mágico de la Autoestima*

- 1. Acepta que tienes cualidades positivas y defectos.*
- 2. Desarrolla tus cualidades positivas.*
- 3. Reconoce que tienes cualidades positivas que puedes estar ocultando.*
- 4. Acepta que tu eres importante.*
- 5. Libérate de los conceptos negativos sobre ti misma.*
- 6. No necesitas la aprobación de los demás para hacer lo que haces o dejas de hacer.*
- 7. Hazte responsable de tu comportamiento.*
- 8. Reconoce las virtudes de otros.*
- 9. Se congruente en tu forma de sentir y actuar.*
- 10. Quiérete mucho!!!*

## Anexo 12





Ejemplo:

**“Problemas sobre los problemas”**

<b>A</b> <i>Dar una charla en publico</i>	⇒	<b>B</b> <i>Deseo hacerlo muy bien. Sería terrible equivocarme</i>	⇒	<b>C</b> <i>Ansiedad</i>			
				<b>A</b> <i>Ansiedad</i>	⇒	<b>B</b> <i>Soy un imbécil por ponerme tan ansioso</i>	⇒ <b>C</b> <i>Depresión</i>

## Anexo 13

### Ejercicio:

<p><b>A</b> <i>(acontecimientos activos)</i></p>		<p><b>B</b> <i>(Creencias y pensamientos sobre A)</i></p>		<p><b>C</b> <i>(Consecuencias emocionales y conductuales)</i></p>				
		<p><i>Pensamientos irracionales secundarios</i></p>		<p><b>A</b></p>		<p><b>B</b></p>		<p><b>C</b></p>

## Anexo 14

### *Explicación de dinámica "Concurso de belleza"*

1. El facilitador explica a los participantes el ejercicio, este consistirá en que cada uno de ellos deberá pasar por la pasarela promoviendo y destacando en forma humorística aspectos poco aceptados de su físico o personalidad.

2. El facilitador indica que todos los participantes constituirán el jurado ante el cual desfilaran.
3. Cada uno de los participantes desfila por la pasarela promoviendo y-o destacando en forma humorísticos poco aceptados de su físico o personalidad.
4. Se otorgan los premios por votación de acuerdo a la posibilidad de evidenciar cómicamente sus defectos.
5. El facilitador invita a los participantes, en sesión plenaria, que comenten como se sintieron con el ejercicio.
6. Al final el grupo junto con el facilitador comentan sobre la experiencia.
7. El facilitador guía un proceso para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendió a su vida.

## Anexo 15

### ***“Identificando ideas irracionales generadoras de neurosis”***

De acuerdo con la teoría de la Terapia Racional Emotiva-conductual, una de las principales razones o “causas” que provocan el trastorno humano, y de forma especial lo que llamamos neurosis, reside en la manera en que la gente mantiene, firme y rígidamente, importantes creencias irracionales y disfuncionales. Con facilidad la gente adopta estas creencias a partir de la influencia de su familia y de su cultura, y además ¡ suelen mostrar grandes talentos para crearlas por sí mismas!.

Algunas de las ideas generadoras de neurosis son las siguientes:

1. **Debo**, bajo todo concepto... hacer las cosas bien y recibir la aprobación de la gente que me resulta significativa, de no conseguirlo, soy alguien desgraciado y sin valor.
2. El resto de la gente **debe forzosamente**, tratarme con justicia y consideración, de lo contrario, esa gente no merece la pena que se le escuche.
3. Las condiciones bajo las que estoy viviendo **tienen que ser** necesariamente confortables, y no deben causarme ningún daño ni frustración, ¡y me resulta horrible cuando no es así, **no podré soportarlo**, el mundo será un infierno!

Para que una persona comience a presentar síntomas de neurosis, es necesario que al menos mantengan una, de las exigencias presentadas anteriormente, sin embargo, el hecho de presentar dos o incluso las tres, no significa que inmediatamente esté se sentirá ansioso, deprimido o airado, pero hay grandes posibilidades de que así sea, y

de que se pongan todavía más nerviosos ante su ansiedad, se depriman ante su depresión o se sientan culpables por su ira, estas personas tienen muy alto riesgo para volverse neuróticas.

Ahora bien, asumiendo que este razonablemente en lo cierto respecto a las creencias irracionales de sus clientes ¿Cómo puede éste llegar a minimizarlas de una manera profunda y elegante, mantenerlas en ese estado mínimo y llegar a un punto donde prácticamente no las recrearan o las cambiaran por otras creencias irracionales?

***La forma es la siguiente:***

1. Pueden tomar conciencia de que cada vez que sienten o actúan de una forma disfuncional, probablemente estran presentando una, dos o tres de las demandas y exigencias básicas que acabamos de describir, y de que deberían buscarlas hasta que las encuentren, y de que entonces deberán discutir las activa, vehemente y persistentemente hasta lograr cambiarlas por diversas preferencias, y solo preferencias!!
2. Pueden discutir sus exigencias y demandas de una forma empírica y realista mostrándose a sí mismos que, sin importar lo preferible que les podría resultar hacer las cosas bien, ser tratados con justicia y vivir cómodamente, no hay razón alguna por la que estas preferencias **deban** satisfacerse, existiendo más bien considerables evidencias respecto a que, de hecho, no va a ser así. A menudo, la realidad social bloquea sus deseos y no les presenta ninguna garantía de que sus exigencias deban conseguirse.
3. las personas deben de plantearse y cuestionarse sus **imposiciones** de una forma **lógica y enérgica**. Se obtienen muy buenos resultados si evitan la posibilidad de **evadirse automáticamente** de esos pensamientos, y, en cambio, que busquen la manera de **demostrarse** a sí mismos, una y otra vez, que, aunque **deseen** algo con todas sus fuerzas, aunque se trate de la cosa más deseable del mundo, en ningún caso se sigue que, en consecuencia, deban conseguirlo.
4. puede que las personas se sigan preguntando a sí mismas, de una forma práctica, si sigo creyendo en mis propias ideas irracionales, **¿qué resultados acabare obteniendo?**, **¿en qué me ayuda esto?**, **¿a qué mal me llevaría?**, **¿de qué forma podrían ayudarme a hacer mi vida algo más productivo y placentero el cambiar estas exigencias por preferencias y otro tipo de creencias más racionales?**
5. Es importante que las personas adquieran la habilidad de auto animarse a cuestionar sus grandiosas exigencias perfeccionistas de una forma activa y persistente, otro método efectivo es enfrentarlas bajo una visión empírica y lógica, por ejemplo:

Idea irracional:

***“perder mi trabajo sería algo terrible, horrendo, catastrófico”***

***Disputa empírica:*** ¿Dónde está la evidencia de que perder mi trabajo sea terrible y horrendo?

***Nueva filosofía efectiva:*** Nadie lo dice! Esa es solo una idea que yo tengo, una idea no sustentada, estoy de acuerdo que perder mi trabajo, sería difícil, pero no lo más terrible, creo que existen peores cosas que podrían pasarme, estoy seguro que puedo salir adelante, esto es solo un bachecito en el camino!

***De esta manera:*** se acepta que es difícil perder el trabajo, nos duele y nos preocupa perder algo, sin embargo, debemos de tener optimismo para ver las cosas que antes considerábamos “catastróficas” como una oportunidad de cambio y posibilidades de mejorar.

Disputa lógica: porque pensar que si sigo fracasando en sucesivos trabajos, así como en relaciones sociales importantes, soy alguien inadecuado o inepto?

***Nueva filosofía efectiva:*** este argumento no es válido para mí, es probable que no tenga la suficiente habilidad para realizar x trabajo, sin embargo eso no significa que en todas las áreas de mi vida sea inadecuado.

***De esta manera es como nosotros mismos debemos cuestionarnos aquellas ideas irracionales que suelen afectarnos tanto emocional como conductualmente.***

## Anexo 16

### Ideas Irracionales Generadoras de neurosis

Menciona 5 aspectos relacionados con tus experiencias que has sido víctima de las ideas irracionales generadoras de neurosis.

1.

2.

3.

4.

5.

## Anexo 17

### ***“Combatiendo al tirano Debes”***

#### ***¿Cómo puedes sentirte agusto contigo mismo si no cumples con lo que DEBES?***

El concepto debería como ley que supone control de todo y de todos no es saludable, dado que establece una ley rígida, absolutista, descartando la realidad de que no todo puede estar bajo control y menos aun cuando se trata de otros seres humanos con capacidad de elegir.

Ejemplo: tú debes ser siempre buen hijo, buen amigo, buen profesional, buen esposo, y si no es así, ¡automáticamente eres una persona reprobable, mala o sin valor!

El tirano debes afecta la autoestima al heredarnos una serie de reglas impuestas, mismas que intentamos desechar al descubrir que no llenan las necesidades personales pretendidas y generar en nuestro interior sentimientos automáticos de auto reproche.

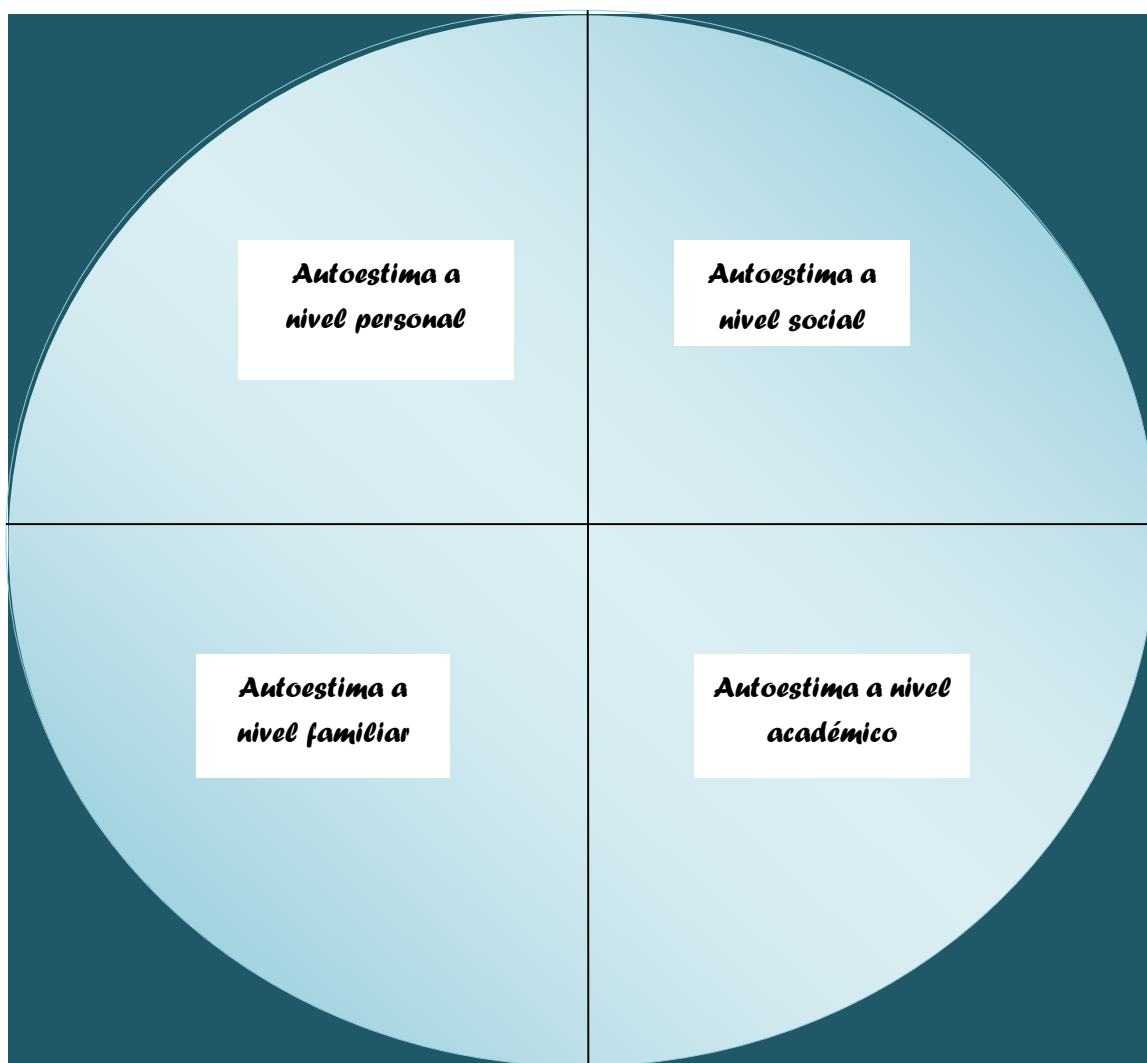
¿Por qué el tirano DEBES debe ser eliminado?

- Es un tirano impuesto.
- El tirano es un inflexible.
- Es un tirano irreal.
- Es un tirano restrictivo.
- Es un tirano automáticamente tensionante y afecta la calidad de vida.
- El tirano afecta la comunicación y la capacidad de escuchar.



## Anexo 18

### *Rebanadas de autoestima*

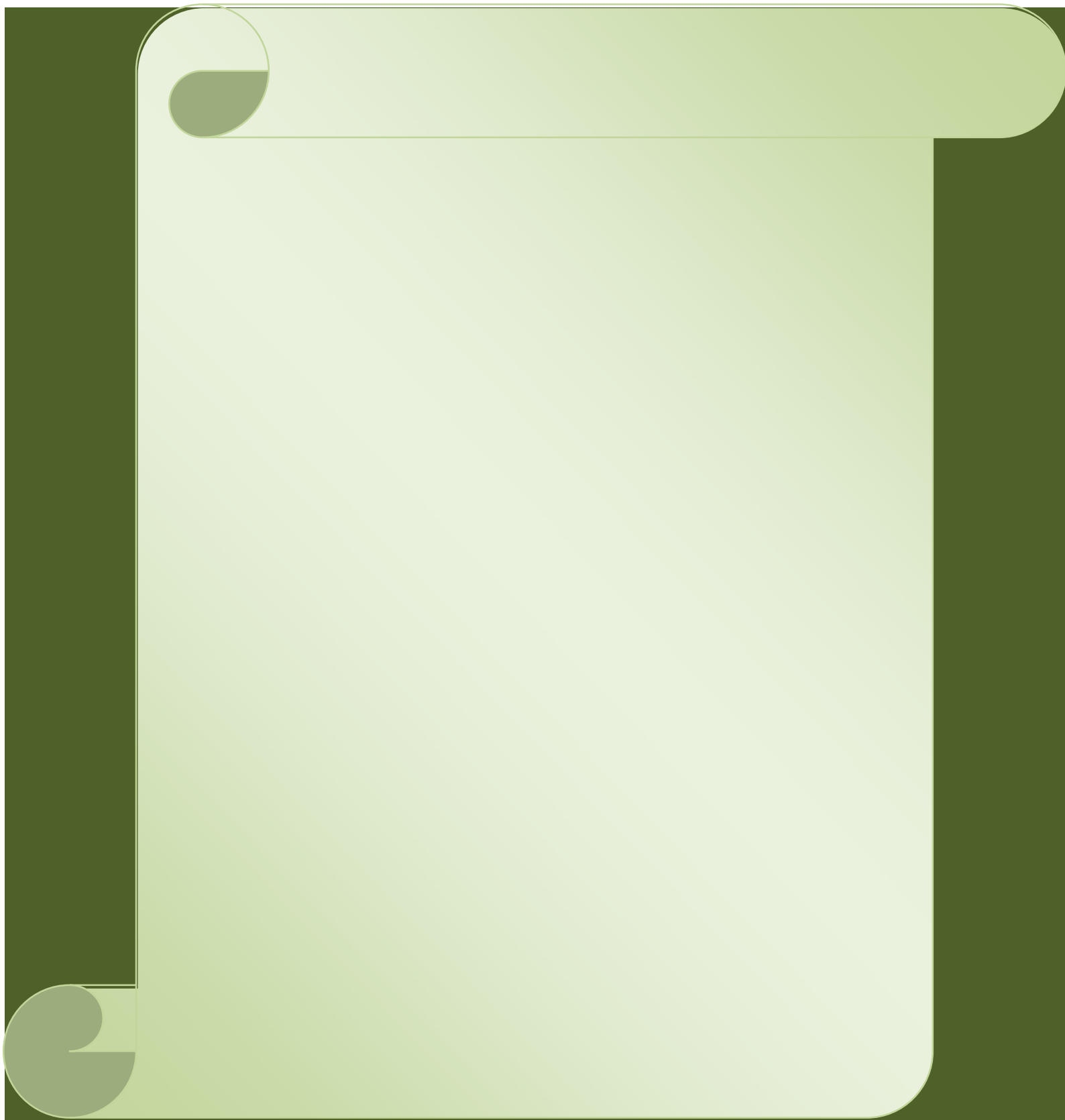


## Anexo 19

*“Rediseñando mi vida con ideas racionales”*

<b>D</b> <b>PENSAMIENTOS- RACIONALES- REALISTAS-ADAPTATIVOS</b>	<b>C</b> <b>CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES</b>

## Anexo 20



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acourtier, B. (2003). Miedo a nada, miedo a todo. El niño y sus miedos. Editorial Grao. Barcelona. p.p. 11.
- Alvarado, A. Benavides, E. y Gonzalez, M. (2005). Intervención Psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología. Universidad Veracruzana. México, 10 (2), p.p. 417-418.
- Álvarez, G. Mancilla, J. y López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. En revista psicológica y ciencia social. 2 (1). p.p. 50-58
- Álvarez, G. Mancilla, J. López, X. Vázquez, R. Ocampo M, y López, V. (1998). Trastornos alimenticios y obesidad: avances de investigación de una población Mexicana. En: Psicología contemporánea.5 (1), 5:77.
- Apfeldorfer, S. (2004). Anorexia, Bulimia y Obesidad, una explicación para comprender. Editorial Siglo XXI. México. p.p. 44.
- Ardilla, L. (2007). Adolescencia, desarrollo emocional, guía y talleres para padres y docentes. Editorial Ecoe. Bogota.
- Ayela, M. (2009). Adolescentes: trastornos de la alimentación. Editorial club Universitario España. p.p. 87-96
- Barlow, D. y Durand, M. (2001). Psicología anormal, un enfoque integral. Editorial Thomson. México. p.p. 268.
- Branden, N. (2002). La autoestima día a día. Paidos. Barcelona.
- Behar, R. y Figueroa, G. (2004). Anorexia y Bulimia nerviosa, clínica terapéutica. Editorial Mediterraneo. Chile. p.p. 44-47.
- Borda, M. Del del Rio, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y Bulimia Nerviosa. Cuadernos de medicina Psicosomática y psiquiatría de Enlace.

- Burns, D. (2001). Autoestima en 10 días. 10 pasos para vencer la depresión, desarrollar la autoestima, y descubrir el secreto de la alegría. Editorial Paidós. Barcelona
- Casanueva, E. y Morales, M. (SF). Nutrición del adolescente. Recuperado el 5 de Octubre 2011, en:  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/adolescente.pdf>
- Casanueva, E. Kaufer, y M. Pérez, A. (2008). Nutriología medica. Editorial Panamericana. México. p.p. 129.
- Carr, A. (2007). Psicología positiva, la ciencia de la felicidad. Editorial Paidós. Barcelona. p.p 60-63.
- Castellanos, T. (2005). Psicología. Editorial Esfinge. México. p.p. 112-116.
- Camacho, G. (2000) Las desconcertantes: bulimia y anorexia. La jornada México. 8 Nov 2000. Sec. Ciencia y salud. 16. p.p. 14.
- Castillo, G. (2001). Los adolescentes y sus problemas. Editorial Minos. México. p.p. 65-70. Ceac (2007). La salud de nuestros hijos, ya soy mayor. Recuperado en red el 9 Octubre 2011, en:  
[http://books.google.com.mx/books?id=CKUAaRjm7LAC&printsec=frontcover&dq=ya+soy+mayor&hl=es&ei=uMOUur9BbKosAKj1LDvAQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CCwQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=CKUAaRjm7LAC&printsec=frontcover&dq=ya+soy+mayor&hl=es&ei=uMOUur9BbKosAKj1LDvAQ&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CCwQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false)
- Cepvi, Psicología, medicina, salud, medicina alternativa. La búsqueda de la identidad. Recuperada en red el 9 de Octubre, 2011 en: <http://www.cepvi.com/psicologia-infantil/identidad.shtml>
- Coleman, J. y Hendry, L. (2006). Psicología de la adolescencia. Editorial Morata. Madrid. p.p. 6-67.
- Contreras, J. y García, M. (2005). Alimentación y cultura, perspectivas antropológicas. Editorial Ariel. España. p.p. 366.
- Chinchilla, A. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y Atracones. Editorial Masson. Barcelona. p.p. 5,6,33-36.

Crispo, R. Guelar, D. y Figueroa, E. (2011). Anorexia-Bulimia: un mapa para recorrer un territorio trastornado. Centro Privado de Psicoterapias. Recuperado el: 15 de Noviembre 2011, en: <http://www.cpp.com.ar/articulos/AnorexiayBulimia.pdf>

Crow, S. Peterson, C. Swanson, S. Raymond, Speckers, S. Eckert, E. & Mitchell, J. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and other eating disorders. (Am. J. Psychiatry 166:1342-1346)

Cruz, A. (2004). Bulimia, un tratamiento naturista. Editorial selector. México. p.p. 62-65.

Doyen, C. y Cook-Darzens, S. (2004) Anorexia y Bulimia, Pautas para prevenir, afrontar, actuar desde la Infancia. Amat Editorial. Barcelona. p.p. 78.

Encuesta Nacional de Nutricion (ENSANUT) 2006, Recuperado el 22 Agosto 2011, en <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>

Ellis, A. & Grieger, R. (1981). Manual de Terapia Racional Emotiva. Editorial Desclee de Brower. USA.

Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales, de donde proviene?. Archivo Argentino de pediatría. 14 (4). Buenos Aires.

Famery, S. (2003). Saber y atreverse a decir no. Editorial Amat. Barcelona. p.p. 76.  
Flores, V. (2007). Anorexia: el precio de la belleza. Relato periodístico. Tesis de Licenciatura. Facultad de ciencias políticas y Sociales UNAM. México, DF.

Galdo, G. Redondo, C., y García, M. (2008). Atención al adolescente. Editorial universidad de Cantabria. España. p.p. 184.

García, G. (1997). Psicología General. Editorial publicaciones cultural. México. p.p. 145-152.

Garcia-Gamba, E. (2007). Avances en trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia y obesidad. Editorial Elsevier. Barcelona. p.p 163.

- Garner, D. Rockert, W. Olmsted, M. Johnson, & C. Coscina, D. (1985). Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. En: Garner DM, Garfinkel, P (eds) Handbook of Psychoterapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. Guilford Press, Nueva York. p.p. 513-572.
- Gibney, M. Marinos, E. Ljunquist, O. & Dowsett, S. (2005). Clinical Nutrition. Backwell Publishing. USA. p.p 92.
- Gil, A. (2010). Tratado de nutrición 2 edición. Tomo IV. Editorial médica Panamericana. Madrid p.p 186-188, 268,447-449.
- Gilbert, S (2005). Counselling for eating disorders. Edit. SAGE. USA. p.p 3-13.
- Gómez C. Hernández, G. Rojas, A. Santacruz H. y Uribe, M. (2008). Psiquiatría Clínica. Diagnostico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial panamericana. Bogota.
- Gómez, G. (2006). K sigma: control de procesos para mejorar la calidad de la enseñanza. Editorial Praxis Madrid. p.p. 134.
- González, M. (2002). La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- González, M. y Ortiz, G. (2009) Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. Redalyc. Terapia psicológica. 27 (2). Sociedad chilena de Psicología Clínica. Chile.
- Gorab, A. E. Iñarritu, M (2005). Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia. Editorial ¿Cómo ves? México. p.p. 92.
- Hall, L. & Cohn, L. (2001). Como entender y superar la bulimia. USA. p.p. 32.
- Hales, R. Yudofsky, S. y Gabbard, G. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. Elsevier. España. p.p. 920.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. Harvard University Press. Cambridge. MA.
- Hernández, M (1999). Tratado de nutrición. Editorial Díaz de santos. Madrid. p.p. 831.

- Hertfelder, C. (2006). Como se educa una autoestima sana. Ediciones Palabra. España. p.p. 63-65.
- Hoeger, W. y Hoeger, S. (2006). Ejercicio y salud. Editorial Thomson. México. p.p. 115.
- Intervención en la atención higiénico alimentaria en instituciones . Editorial vértice. España. Recuperado en red el 6 septiembre 2011 en:  
[http://books.google.com.mx/books?id=MBm8B2k1M-AC&pg=PA219&dq=factores+personales++trastornos+alimenticios&hl=es&ei=6dmTg-ULaP-sQKA1-HGCg&sa=X&oi=book\\_result&ct=book-thumbnail&resnum=4&ved=0CDsQ6wEwAw#v=onepage&q=factores%20personales%20%20trastornos%20alimenticios&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=MBm8B2k1M-AC&pg=PA219&dq=factores+personales++trastornos+alimenticios&hl=es&ei=6dmTg-ULaP-sQKA1-HGCg&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=4&ved=0CDsQ6wEwAw#v=onepage&q=factores%20personales%20%20trastornos%20alimenticios&f=false)
- Jarne, A. (2005). Manual de psicopatología clínica. Editorial Paidos. Barcelona. p.p. 169.
- Jarne, A. y Talarn, A. (2005). Manual de Psicopatología Clínica. Editorial Paidos Iberica. Barcelona. p.p. 169.
- Juárez, F. (2001). Anorexia: Causas y consecuencias en el paciente geriátrico. Tesina de Licenciatura. Facultad de odontología UNAM. México, DF.
- Kaufman, G. & Lev, R.(1990). Como hablar de autoestima a los niños. Editorial Selector. USA. p.p.56-59.
- Kolodny, N. (2000). Cuando la comida es tu enemiga: como enfrentarse y vencer los trastornos. Editorial Garnica. Barcelona.
- Ladish, L. (2002). Miedo a comer: cómo prevenir y tratar la anorexia y la bulimia. Algaba Ediciones. España. p.p. 40, 49-50.
- León, M. y Castillo, M. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. Editorial Formación Alcala. Barcelona. p.p. 128, 220-223.
- López, A. (2006). Vigorexia, Trastorno dismorfo corporal: una revisión teórica. Tesina de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México.



- López, J. y Salles, N. (2010). Prevención de la anorexia y bulimia. Educación en valores para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Editorial Nau Libres. Barcelona.
- Marin, V. (2002). Trastornos de la conducta Alimentaria en escolares y adolescents. Revista Chilena de nutrición. 29 (2). Santiago.
- Mataix, J. González, J. y Sánchez, P. (2006). Nutrición en el deporte. Ayudas ergo génicas y dopaje. Editorial Díaz de Santos. p.p. 338.
- Mauss, R. (2003). Teorías de la adolescencia. Editorial Paidós. México. p.p. 65.70.
- Milic, N. (2001). Creo en ti. La construcción de la autoestima en el contexto escolar. Editorial Lom. Santiago. p.p. 109-111.
- Morla, E. (2002). Crecimiento y desarrollo desde la concepción a la adolescencia. Editorial Mendoza. Santo Domingo. p.p. 190-192.
- McKinney, J. (2000). Psicología del desarrollo, edad adolescente. Editorial manual moderno. México. p.p. 234-248.
- Myers, D. y Sigaloff, P. (2004). Psicología. Editorial Médica Panamericana. Madrid. p.p. 627.
- Oblitas, L. (2010) Psicología de la salud y calidad de vida. Editorial Cenage Learning. México. (Pág. 286-288)
- Ogden, J. (2003). Psicología de la alimentación. Editorial Morata. USA. p.p. 211,311.
- Organización Mundial de la Salud (1995). La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra (OMS).
- Ortiz, A. Alonso, I. Ubis, A. y Ruiz, M. (2010). Trastorno mental grave de larga evolución . Editorial Elsevier. Barcelona. p.p. 4.
- Ortuno, S. (2010). Lecciones de Psiquiatría. Editorial medica Panamericana. Madrid. p.p. 210-213.
- Paramo, M. (2009). Tesis doctorales, Adolescencia y psicoterapia, análisis de significados a través de Grupos de discusión. Edición Universidad Salamanca. España. p.p. 30.

- Pérez, M. Fernández, J. (2001) El grano y la criba de los tratamientos Psicológicos. *Psicothema*. Vol. 13, Núm. 3. p.p. 523-529.
- Phares, E. (1999). *Psicología clínica: conceptos y métodos*. Editorial manual moderno. México. p.p. 327-341
- Perinat, A. y Moreno, A. (2007). *La adolescencia, la primera infancia*. Editorial UOC. Barcelona. p.p. 13-14.
- Pick, S. (2002). *Formación cívica y ética 1. Yo quiero, yo puedo*. Editorial Limusa. México. p.p. 188.
- Portilla, S. (2006). *Bases teóricas de la psiquiatría infantil*. Editorial Universidad de Caldas. Colombia. p.p. 97.
- Potter, P. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Editorial Elsevier. España. p.p. 22.
- Pérez, N. (2009). *Vigorexia: un trastorno de la salud en la actualidad*. Tesis de licenciatura. Facultad de Odontología UNAM. México, DF.
- Ramos, F. (2005). *Matronas del Servicio de Navarra de salud Osasumibidea temario*. Editorial Mad. España. p.p. 454-455.
- Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia, trastornos alimentarios*. Editorial pirámide. Madrid.
- Raich, R. (1998). *Definición, evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen Corporal*. En revista psicológica y ciencia social. 2 (1). p.p. 15-26.
- Real Academia Española. *Bulimia*. Recuperado en red el 11 de Noviembre 2011 en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=bulimia](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=bulimia)
- Reed, D. y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia*. Editorial Thomson, USA. p.p. 215-220.
- Requejo, A. y Ortega, R. (2006). *Nutriguia: manual de nutrición clínica en atención primaria*. Editorial Complutense. Madrid. p.p. 39.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva, creencias, percepción y memoria*. Editorial Paidós. Barcelona

- Rocha, G. (2005). Anorexia: suicidio silencioso. Tesina de Licenciatura. Facultad de estudios superiores Acatlan, México. DF.
- Rojas, C. y Guerrero, R. (1999). Nutrición Clínica y gastroenterología pediátrica. Editorial Panamericana. Bogotá. p.p. 87.
- Rodríguez, F. Aranceta, J. y Serra, L. (2008). Psicología y nutrición. Elsevier. Barcelona. p.p. 67-68.
- Rojas, C. y Guerrero, R. (1999). Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica. Editorial medica Panamericana. Bogotá.
- Ruizperez, D. y Lobo, L. (2008). Mi mente es mi enemigo, testimonios de personas con trastornos Psíquicos. Editorial Edaf. Madrid. p.p. 338-239.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Rev. Reflexiones VOL.87 Núm. 2. 2008. p.p. 67-80. Universidad de Costa Rica.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema. 13 (3). Universidad de Barcelona.
- Sánchez, C. Espinoza, L. Bermejo, C. Pérez, M. Sierra, B. y Benayas, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. Revista de medicina general y médicos de familia. Recuperada el 3 de Septiembre 2011 en <http://www.medicinageneral.org/>
- Silva, C. (2008). Trastornos alimentarios: cómo prevenir, detectar y qué hacer si se presentan. Editorial Pax. México. p.p. 20-29.
- Stuart, G. y Laraia, M. (2006). Enfermería psiquiátrica, principios y práctica. Editorial Elsevier. España. p.p . 303-304.
- Sue, D. Sue, D. & Sue, S. (2010). Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. Cenage Learning. USA. p.p. 454.
- Toro, J. y Artigas, M (2000). Anorexia y bulimia, trastornos de la conducta alimentaria. Libro hobby-club Madrid.
- Toro, J. (2001). Guía Clínica para el tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Editorial Psiquiatría Editores. Barcelona.

- Toro, G (2010). Este cuerpo es humano. Anatomía escrita y dibujada. Editorial Thule. Barcelona
- Vallejo, J. (2006). Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Editorial Elsevier. p.p. 301-303, 857.
- Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). La prevención de los trastornos de la alimentación, un enfoque multidisciplinario. Editorial Salud Garnica. Barcelona. p.p. 30-43.
- Vázquez, C. Coss, A. y López-vomdedeu(2005). Alimentación y nutrición, manual teórico práctico. Editorial Díaz de Santos. Madrid. p.p. 206.
- Yayura, J. y Fugen, A. (1997). Trastorno Obsesivo Compulsivo. Patogénesis diagnóstico y tratamiento. Editorial Harcourt Brace. Madrid. p.p. 81.
- Watson, S. (2007). Danger Zone Dieting and Eating Disorders Bulimia. Editorial First. USA. p.p. 28.



# AUTOESTIMA

Mariana Paola Cabral Familiar  
UNAM FES Iztacala  
Psicología



# ¿QUE ES LA AUTOESTIMA?

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. Esta se aprende, se cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5 o 6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros padres, maestros y amigos.



# ¿QUE ES LA AUTOESTIMA?

Según como se encuentre nuestra autoestima, esta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima más baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso





# CAUSAS DE UNA BAJA AUTOESTIMA

- ❖ Imposiciones familiares rígidas, demasiadas reglas o “deberías” o “no deberías”
- ❖ Perdidas importantes en la infancia, como la muerte de uno de los padres o el divorcio
- ❖ Abuso físico o sexual
- ❖ Padre alcohólico o drogadicto
- ❖ Padres sobre protectores
- ❖ Padres muy consentidores





# DEBEMOS TOMAR EN CUENTA

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Si en nuestra infancia vivimos, maltrato, violencia física o psicológica, o rechazo, la autoestima se puede encontrar dañada.



Se juzga duramente

Tiene tendencias depresivas

Busca la seguridad de lo conocido

Muestra indecisión crónica

CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA CON BAJA AUTOESTIMA

Es hipersensible a la crítica

Tiene un deseo excesivo por complacer

Tiene tendencias depresivas

Siente culpabilidad neurotica

Es asertiva

Se muestra flexible y serena

Se siente competente para vivir

Esta abierta a la critica

CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA CON ALTA AUTOESTIMA

Confia en su eficacia

Es independiente y autonoma

Mantiene una actitud positiva

Busca objetivos dificiles y persevera



# TÉCNICA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

1. Deja de tener pensamientos negativos sobre ti mismo. Si estás acostumbrado a centrar la atención en tus defectos, empieza a pensar en aspectos positivos que los contrarrestan. Cuando te des cuenta de que estás siendo demasiado crítico contigo, contrarrestalo diciendo algo positivo sobre ti mismo.



2. Ponte como objetivo el logro en vez de la Perfección. Algunas personas se acaban paralizando debido a sus ansias de perfección. En lugar de frenarte con pensamientos como: "No iré a la audición de la obra hasta que haya perdido 5 kg", piensa en qué eres bueno y en las cosas con las que disfrutas, y ve a por ellas

# TÉCNICA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

3. Considera los errores como oportunidades de aprendizaje.

Acepta que cometerás errores porque todo el mundo los comete. Los errores forman parte del aprendizaje. Recuerda que las aptitudes de una persona están en constante desarrollo, y que cada uno sobresale en cosas diferentes —es lo que hace interesante a la gente.



4. Prueba cosas nuevas. Experimenta con diferentes actividades que te pongan en contacto con tus aptitudes. Luego siéntete orgulloso de las nuevas habilidades que has adquirido.



# TÉCNICA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

5. Identifica lo que puedes cambiar y lo que no. Si te das cuenta de que hay algo tuyo que no te hace feliz y puedes cambiarlo, empieza ahora mismo. Si se trata de algo que no puedes cambiar (como tu estatura), empieza a trabajar para quererte tal y como eres.



6. Fíjate metas. Piensa en qué te gustaría conseguir y luego diseña un plan para hacerlo. Atente al plan y ves anotando tus progresos.



7. Siéntete orgulloso de tus opiniones e ideas. No tengas miedo de expresarlas.

# CONCLUSIONES

Para mejorar la autoestima es necesario salir de las viejas creencias y escuchar a nuestro ser interior que nos dice cuán valiosos somos.

Concientizarnos que no importa cuántas opiniones negativas hallamos escuchado a lo largo de nuestra vida, pues la única opinión realmente importante es la que tú tengas acerca de ti mismo.

Es primordial hacernos responsables de lo que somos, ya que somos producto de nuestras propias decisiones, opiniones y creencias.

Somos lo que creemos y pensamos acerca de nosotros mismos, entonces porque no cambiar el concepto que tenemos trabajando continuamente en mejorarlo *siempre*



*“Nunca es tarde para construir una autoestima positiva y sana. En algunos casos, cuando la herida emocional es muy profunda o duradera, es posible que sea necesaria la ayuda de un profesional de la salud mental, como un psicólogo o terapeuta. Estos expertos actúan a modo de guías, ayudando a las personas a quererse a sí mismas y a darse cuenta de lo que las hace únicas y especiales”*







**GRACIAS !!!**