



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

**IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA COMO FACTOR
PRIMORDIAL EN LA ANOREXIA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KAROL DE JESÚS CELIS VÁZQUEZ

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por iluminar mi vida con personas buenas y que me aman.

Agradezco a mis padres por seguirme motivando a concluir mis estudios y estar siempre a mi lado apoyándome en todos los aspectos y, por todo lo que hacen por mí con mucho amor. Esther y Abraham los amo.

Agradezco a Lupita por ser la principal motivación que tuve para titularme, por siempre estar para mí, inyectándome esas ganas de seguir adelante, amando tu profesión y gracias por ser parte de este logro porque sin ti no estaría en este momento aquí.

Agradezco a mis hermanas por ser un motivo más para seguir adelante dándome el ejemplo de luchar para conseguir lo que queremos aunque las cosas no siempre fueron fáciles para ustedes siguen adelante (Nayeli y Nahima); y a ti pequeña Gianelli gracias por cuidar de mi hijo mientras yo realizaba mi tesina, y gracias por enseñarme que siempre tendremos un gran potencial para aprender de todo un poco.

Agradezco a mi esposo Carlos por estar a mi lado, por contagiarme esas ganas de lograr lo que me proponga, juntos llegara el día que podamos disfrutar más de todos esos sueños que tenemos en mente; y gracias a ti mi más pequeño amor, Matías por enseñarme a ser inmensamente feliz con lo que tenemos porque lo principal para ti siempre es el amor y que estemos juntos los amo.

Agradezco a mi tía por estar pendiente de mis avances por ayudarme de la forma que pudo, por no dejar de lado mis sueños y por motivarme a no desistir de mi meta la quiero mucho. Amelia

Por último te agradezco a ti abuelita Mari, porque a un año de tu partida aun con mucha nostalgia, sigues presente en mi vida como el último día que estuvimos juntas, ya no estarás conmigo cuando reciba mi Título de Psicóloga pero ese será por ti, gracias por todas las historias contadas, por tus secretos guardados, por los regaños en su momento que no sabía que lo hacías por mi bien, te mando un beso hasta el cielo y tu sigue dándonos fortaleza.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I TRASTORNOS ALIMENTICIOS.	
1.1 Alimentación.....	7
1.2 Trastornos Alimenticios.....	10
1.3 Tratamientos e Intervenciones.....	20
CAPÍTULO II. AUTOESTIMA.	
2.1 Desarrollo Psicosocial.....	30
2.2 Autoestima (Autoconcepto).....	33
2.3 Programas de Intervención en Autoestima.....	41
CAPITULO III. MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA	
3.1 Modelo Psicológico: Cognitivo Conductual.....	49
3.1.1 Antecedentes.....	49
3.1.2 Autores y teorías.....	52
3.1.3 Técnicas del modelo.....	61
3.2 Área de la psicología.....	69
CONCLUSIONES.....	81
REFERENCIAS.....	84

RESUMEN

Trastornos alimenticios, es una alteración en la forma de ingerir los alimentos; se considera una enfermedad que ataca a mujeres y hombres por igual, pero es más común en mujeres, no hay una edad exacta para esta enfermedad puesto que la padecen desde adolescente hasta adultos. Los trastornos alimenticios representan un problema de salud importante debido a las impresionantes consecuencias que perjudican el bienestar físico y mental de quienes los padecen.

Esta enfermedad es más común en mujeres adolescentes y existen diversos factores que las pueden llegar a desencadenar, pero aquí nos basamos en la autoestima como un factor principal para padecer esta enfermedad; la sociedad es considerada también un factor puesto que los estándares de belleza que nos venden en revistas, en internet, en la tv, etc. son de mujeres muy delgadas. Se conocen 3 tipos de trastornos alimenticios; la anorexia nerviosa (An), la bulimia nerviosa (BM) y el trastorno por atracones, son muy parecidos pero existen ciertas características que los diferencian.

En cada trastorno el objetivo principal es perder peso, suprimiendo alimentos, vomitando y/o utilizando laxantes para sacar todo lo que el cuerpo recibe de los pocos alimentos que llegan a ingerir. Las consecuencias llegan a ser tan graves que te pueden llevar a la muerte; pues al principio dejas de consumir alimentos porque así lo estas decidiendo por las ideas que adoptas debido a la baja autoestima que se presenta pero, cuando la enfermedad ya está avanzada y sin un tratamiento psicológico que este siendo supervisado por médicos, el cuerpo empieza a rechazar los alimentos al grado de ya no poder consumir nada por lo cual tu cuerpo empieza a sufrir desnutrición, descalcificación de huesos, frecuencia cardiaca irregular, por mencionar algunos y te llevan a la muerte.

INTRODUCCIÓN

El término Trastornos Alimenticios se refiere a “desórdenes psicológicos que presentan graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión de alimentos, en un individuo que presenta una serie de conflictos psico-sociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por la adquisición de delgadez o el mantenimiento de un peso bajo”. Los trastornos alimenticios son un síndrome que termina por afectar múltiples áreas vitales: relaciones sociales, familiares, escolares, laborales, sexuales y, sobre todo, la relación del individuo consigo mismo; además encubre una amplia gama de sentimientos que van desde el dolor y enojo, hasta la depresión y auto-rechazo. En general, toda conducta alimentaria es parte de un fenómeno complejo que exige para su estudio una aproximación multifactorial y una perspectiva.

Para la mayoría de los adolescentes la aceptación social es una prioridad significativa debido a la gran carga cultural en la que desde el inicio de los tiempos han sido sometidos, trascendiendo en las decisiones de los jóvenes, que no siempre son las más adecuadas. La sociedad se desenvuelve en un ambiente donde un cuerpo perfecto es símbolo de delgadez, trascendiendo de una identidad construida negativamente y una imagen corporal negativa.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es describir la importancia de la autoestima como factor primordial en la anorexia, mediante la revisión teórica.

En el capítulo I se menciona la definición de alimentación, el proceso digestivo, los trastornos alimenticios, y se describe lo que es la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, la obesidad y el trastorno por atracones.

En el capítulo II se presenta el Desarrollo Psicosocial, la Autoestima y Programas de intervención en Autoestima.

En el capítulo III se habla acerca del modelo psicológico, los antecedentes, autores y teorías y área de la psicología.

Por último, mencionamos en la conclusión que se debe detectar casos que presentan sintomatología de los trastornos alimenticios; los cuales son alteraciones en la manera de ingerir alimentos.

CAPÍTULO I

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

1.1. Alimentación.

La alimentación es un elemento importante y necesario en la buena salud, incluye la calidad de los alimentos los cuales nos aportan nutrientes necesarios para la vida diaria, la cantidad de comida y los hábitos alimenticios los cuales nos ayudaran a tener una vida más sana. “El alimento es un término que se utiliza para denominar cualquier sustancia que sirve para nutrir. Lo que es útil para mantener la existencia de un ser” (Diccionario de Psicología y Pedagogía, 2003, p.36)

El proceso digestivo es una actividad importante y de las más agradables, pero aún no se conoce con exactitud cuáles son las variables del sistema para el hambre. Cuando comemos ingerimos moléculas que alguna vez formaron parte de otros organismos vivos como lo son las plantas y los animales; los cuales nos ayudan a mantener nuestros órganos y de ahí obtenemos energía, por eso al quemar los alimentos que consumimos los convertimos en energía para el movimiento.

Las células que obtenemos al comer permanecen vivas mientras son abastecidas por combustible y oxígeno; el cual proviene del tracto digestivo y su presencia en ese lugar es el resultado de comer. El tracto digestivo a veces está vacío, al despertar se encuentra en esas condiciones, por tal motivo existe una reserva que almacena nutrientes para mantener las células del cuerpo nutridas. Tenemos dos tipos de reserva una a corto plazo la cual se encuentra en las células del hígado y convierten la glucosa en un carbohidrato simple llamado glucógeno y lo almacenan, estimuladas por la presencia de insulina una sustancia producida por el páncreas; así cuando ambas

sustancias están presentes en la sangre parte de la glucosa es utilizada como combustible y otra se almacena como glucógeno. La reserva de carbohidratos en el hígado es la que alimenta el sistema nervioso central, cuando una persona despierta es alimentada por el hígado que procesa el glucógeno en glucosa y esta es absorbida por las neuronas. Este proceso puede durar varias horas hasta que la persona ingiere un alimento y en caso de no ser así, se comenzará a alimentar de la reserva a largo plazo.

La reserva a largo plazo se compone de tejido adiposo (grasa), el cual se encuentra debajo de la piel y en varios lugares de la cavidad abdominal. Consta de células capaces de absorber nutrientes de la sangre, se convierten en triglicéridos (moléculas que contienen glicerol, un carbohidrato llamado glicerina). Pueden crecer mucho, esto es la diferencia entre una persona obesa y una de peso normal. La reserva de grasa a largo plazo es lo que nos mantiene vivos durante un ayuno prolongado.

Existen dos fases una es cuando el tracto digestivo está vacío y se le conoce como fase de ayuno del metabolismo; y la otra es cuando la comida está en el tracto digestivo y se le conoce como fase de absorción, aquí se recibe glucosa, aminoácidos y grasa de los intestinos.

El describir que es lo que inicia la comida es un tanto complejo, pues existen muchos factores sociales y ambientales como el ver comida apetitosa, un reloj que indique la hora de comer, oler algún alimento que se prepare en la cocina, la frase “¡es hora de comer!”, la compañía de personas que están comiendo y alguna señal que le indique al cerebro que está faltó de nutrientes. Posiblemente comenzamos a comer cuando el abastecimiento de nutrientes está por debajo de cierto nivel, pero eso no quiere decir que dejamos de hacerlo cuando los niveles de dichos nutrientes vuelven a la normalidad, debido a que la digestión toma muchas horas. Eso quiere decir que la señal para el hambre y la saciedad son distintas.

La mayoría de investigadores cree que la baja en el nivel de los combustibles es una señal fisiológica que estimula la comida. Después de que la comida llega al estómago se mezcla con ácido clorhídrico y pepsina, una encima que divide las proteínas en aminoácidos continuando con la digestión, la comida entra al intestino delgado (el duodeno) donde se mezcla con la bilis y las enzimas del páncreas. La colecistoquinina es liberada por el duodeno cuando recibe alimentos ricos en grasas y produce una señal de saciedad.

Los mecanismos nerviosos que controlan la conducta ingestiva se encuentran en el tallo cerebral y el hipotálamo. El tallo cerebral contiene circuitos nerviosos que se encargan de aceptar o rechazar sustancias que incluso pueden ser modulados por la saciedad. Las lesiones que puede sufrir el hipotálamo producen exceso de alimentación y obesidad.

El supresor de apetito más común se llama fenfluramina y es un agonista de la serotonina. La galanina provoca un apetito específico por las grasas. Y estudios relacionados a la saciedad sensorial específica muestran que la actividad de estas neuronas se relaciona con la motivación relativa a los alimentos (Carlson, 1996, pp.349-367).

La alimentación es de suma importancia puesto que de ahí obtenemos nutrientes y al ingerirlos entra el proceso digestivo para repartir los nutrientes en todo el cuerpo y así poder obtener oxígeno, energía, etc. Todo lo que el cuerpo necesita para poder moverse, también existen alimentos que no son tan buenos para el cuerpo pues solo se convierten en tejido adiposo (grasa) lo cual lleva a la obesidad.

1.2 Trastornos alimenticios.

Actualmente, hay que entender por trastorno alimenticio aquellas alteraciones en las que efectivamente, la conducta alimentaria esta alterada. Se ha considerado que la anorexia, la bulimia y la obesidad eran entidades separadas; sin embargo es incorrecto puesto que no es extraño que estas alteraciones afecten a una persona a lo largo de diferentes periodos en su vida (Carlson, 1996, p.367).

La combinación de factores genéticos, neuroquímicos, psicológicos y socioculturales puede influir en los trastornos de la alimentación, y tener consecuencias graves en la salud e incluso pueden llevarte a la muerte. La bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa han aumentado desde la década de los 80's, cabe mencionar que cuando son detectadas a tiempo es posible tomar medidas preventivas y terapéuticas que disminuyan la mortalidad.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria muchas veces se acompañan de complicaciones médicas así como psicológicas que potencialmente pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente. Para evitar la cronicidad del trastorno, se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos a un equipo especializado.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos es una proporción de 1:10. Su pronóstico mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, por lo que el

diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad (López, 2011, p. 86).

a) Anorexia nerviosa.

Etimológicamente anorexia proviene de la combinación de dos raíces griegas An "sin/no" y anorexia "apetito" se define como "ausencia de hambre", aunque la realidad es que los pacientes, si tienen hambre pero no son capaces de identificar tal sensación, o en otros casos suprimen la ingesta calórica por el miedo a engordar.

La Anorexia Nervosa (AN) fue descrita como un problema médico hacia finales del siglo XVII por Richard Morton. Morton describió casos de personas, principalmente mujeres, que sufrían una pérdida de peso importante no asociada a causas físicas. Dos siglos más tarde, Lasegue en 1873 y Gull en 1874, ilustraron detalladamente dos casos que presentaban características similares a lo actualmente se entiende por anorexia nerviosa. (López, 2011, p.87)

"Esta enfermedad se define como un síndrome que afecta ambos sexos, aunque hay mayor incidencia en mujeres, sobre todo adolescentes. Se caracteriza por una pérdida de peso autoinducida mediante la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, la inducción del vomito o la práctica intensiva de ejercicios físicos, miedo a engordar, y amenorrea, en la mujer, o pérdida de interés sexual, en el varón" (Herscovici, 1993, citado por Suarez, 2004, p. 63).

Algunos factores que influyen son los patrones familiares, la relación con la familia, la percepción que tiene la persona sobre ella, y enfrentarse a nuevas situaciones (Suarez, 2004, p.63).

Los pacientes tienden a observar su pérdida de peso como un logro que los hace sentir bien y motivados; aunque la pérdida de peso sea debido a la restricción de alimentos (Casanueva, 2008, p.129)

“La característica esencial de la AN es el rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla; un deseo de perder peso y terror ante la gordura que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones y que perturba gravemente el resto de faceta de la vida de estas personas. Es habitual que esta alteración se inicie a raíz de recibir alguna crítica directa o indirecta sobre que se está algo gordita [sic.], con lo que empiezan a restringir la ingesta, tanto en la calidad como en la cantidad del alimento. De este modo se meten al mundo de la dietética, convirtiéndose en grandes expertas y llevando a cabo las rígidas consignas que se había fijado como metas. En su deseo de estar delgadas se marcan un margen de seguridad; es decir, establecen el peso que deben tener, pero adelgazan un poco más para prevenir cualquier aumento que no estuviera en sus cálculos” (Belloch et al, 1995, p. 533).

Beumont, George y Smart (1976) clasificaron a las anoréxicas en dos subtipos: las anoréxicas restrictivas, las cuales pierden peso mediante dietas y ejercicios extremos, y las anoréxicas vomitadoras las cuales después de un episodio de atracones recurren al vómito y abusan de los laxantes. Las AN restrictivas son más perfeccionistas, rigidez, hiperresponsables y tienen sentimientos de ineficacia, es decir, creen que no podrán controlar su deseo de comer para lograr su objetivo; mientras que las anoréxicas que vomitan vienen de familias con obesidad y sobrepeso, tienen sentimientos distímicos muy frecuentes y mayor frecuencia de conductas adictivas.

La sintomatología adictiva suele estar presente desde que el trastorno se empieza a presentar su estado de ánimo puede ser muy cambiante ansioso, irritable, enojado,

hasta llegar a la depresión; por lo cual se ha llegado a pensar que la AN no es más que una variante de un trastorno depresivo. En definitiva aunque exista una relación entre AN y depresión no parece que la primera se derive de la segunda.

Como en toda enfermedad existen las complicaciones físicas debido al deterioro que el cuerpo está sufriendo por la falta de nutrientes al suprimir muchos alimentos, el paciente empieza a padecer hipertermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo (crecimiento de vello), estreñimiento, amenorrea, etc. Cuando este trastorno se presenta antes de que se inicie al menarquia se pueden presentar daños en el cuerpo irreversibles durante el desarrollo puberal; además de la osteoporosis, fracturas, encorvatura de la columna vertebral y otras deformaciones.

b) Bulimia nerviosa.

“La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bus-buey y limos-hambre que significa hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico” (Belloch et al,1995, p.538).

De acuerdo al DSM-IV, la bulimia nerviosa se clasifica en dos subtipos: en purgativo y no purgativo, en este último solo se utilizan el ejercicio excesivo los ayunos como método para evitar la ganancia de peso. Los pacientes con bulimia de tipo purgativo tienen más probabilidad de presentar desequilibrios electrolíticos, mayor comorbilidad psiquiátrica y menor peso corporal.

Para algunos autores, la bulimia nerviosa está relacionada con alteraciones depresivas mayores y con trastornos limítrofes de la personalidad, aunque se ve más claramente asociada con anorexia nerviosa, en una relación que permite suponer que son dos expresiones de una sola alteración psiquiátrica. Para estos pacientes alcanzar la delgadez constituye un aspecto psicológico importante, a medida que la enfermedad va avanzando disminuye la percepción sobre el control en la forma de comer; entonces las conductas alimentarias inapropiadas y la restricción energética estimulan el hambre y conducen hacia los atracones, de tal forma que se desarrolla un círculo vicioso y, por lo general, se incrementa el peso corporal.

Normalmente a estos episodios le siguen un conjunto de conductas compensatorias, cuyo objetivo es evitar los efectos en el incremento del peso; por lo cual se provocan el vómito introduciéndose los dedos aunque incluso pueden aprender a que se convierta en un reflejo.

Como consecuencia del desajuste provocado por los patrones de alimentación, los pacientes sufren complicaciones físicas tales como depleción de los niveles de pérdida de potasio, hipertrofia de la glándula parótida, como consecuencia del desequilibrio electrolítico, hipocalcemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, rigidez muscular, parestesia periférica y crisis epilépticas, y a largo plazo, daño renal e irregularidades menstruales.

Etiopatogenia. El esquema comentado para la AN sigue siendo válido para la BN. Como en el caso de la AN, el énfasis cultural por la delgadez está igualmente jugando un importante papel, y estas pacientes indican, como antecedentes del desarrollo del trastorno, una gran insatisfacción al cuerpo. Para algunos autores, la bulimia no es, más que una variante de la AN; en concreto, Rusell (1985) considera que para establecer su

diagnóstico deberá haberse presentado previamente un episodio de anorexia de manera manifiesta o críptica. (Belloch et al, 1995, p.543)

El otro factor encontrado es la susceptibilidad para padecer un trastorno afectivo, ya que los parientes en primer grado suelen tener un diagnóstico en este sentido. La predisposición a padecer un trastorno afectivo puede ser un factor de vulnerabilidad en la etiología de los cuadros bulímicos, aunque la naturaleza precisa de esta relación dista mucho de estar clarificada (Cooper, 1985, citado por Belloch et al, 1995, p.543)

c) Obesidad.

La obesidad es un exceso de grasa corporal (tejido adiposo) que se manifiesta, la mayoría de las veces, por un peso superior al considerado como normal. El tejido adiposo, más que un almacén de grasas, constituye un órgano endocrino productor de sustancias (las cuales serán beneficiosas o no en dependencia de su concentración), importantes en la regulación y el funcionamiento del cuerpo humano. (Guerra et al, 2003, p. 424)

Los patrones que se aprenden en la infancia son difíciles de variar, de ahí que muchas personas con sobrepeso se sometan a regímenes alimentarios no sanos para perder las libras de más y después las recuperan con facilidad. Hay que comer sano, que contemple disminuir la cantidad de calorías ingeridas, que cubra todas las necesidades biológicas y con raciones medidas, y hacer reposo... (Con la mandíbula inferior). (Guerra et al, 2003, p. 425)

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual participan aspectos genéticos, ambientales y estilos de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, lo que ocasiona aumento en los depósitos de grasa corporal y, por ende ganancia de peso.

En la práctica clínica con pacientes obesos se ha reunido información vinculada con diferentes maneras de relacionarse con la comida o pautas de comer, cuya incorporación a los sistemas nosológicos está en etapa de investigación. A partir de las pautas de alimentación “normales”, como en la ingesta de alimentos que permite un balance energético equilibrado, con un aporte de nutrientes completo acorde con la edad y género de la persona, distribuido en forma regular durante el día según las normas culturales, que es placentera y se vive de manera egosintónica, se encuentran variantes que también pueden considerarse dentro de las conductas normales o sanas.

- **Tipos de obesidad.**

Cabe distinguir, según Carmen y Martínez Valls (1985), dos tipos de obesidad: la secundaria y la simple. La obesidad secundaria tiene su origen en los trastornos endocrinos, hipotalámico, genéticos o yatrogénicos y solo representa menos del 1 por 100 de las causas de la obesidad. Por el contrario, la obesidad simple o por cebamiento suele ser el trastorno metabólico más frecuente (más del 99 por 100). En este último tipo se diferencia mediante el estudio del adipocito dos subtipos de obesidad: la obesidad simple hiperclásica y la simple hipertrófica. (Belloch et al, 1995, p.545)

- **Implicaciones psicológicas.**

La obesidad está clasificada en el DSM como trastorno psiquiátrico, ya que es una condición médica multideterminada etiológicamente. Como mucho, podría clasificarse en el apartado de << factores psicológicos que afectan al estado físico>>. Bajo este rótulo se encuadra la ingesta excesiva que produce como una reacción a hechos estresantes y que da lugar a obesidad (reactiva). Además subraya el hecho de que el obeso pueda sentirse sensibilizado por su aspecto y desencadenarle una falta de confianza. Igualmente, señala que puede tener distinciones en su imagen corporal en cuanto a la exageración de sus dimensiones. (Belloch et al, 1995, p.546)

La más firme defensora de los condicionantes psicológicos de la obesidad fue Bruch (1973), quien propuso dos tipos de obesidad psicógena: la de desarrollo (producida por los problemas de aprender a diferenciar el hambre de tensiones emocionales) y la obesidad reactiva. Esta última cuyo inicio es normalmente en la vida adulta, se produce como reacción a sucesos traumáticos o estresantes y su función es estabilizar el funcionamiento emocional y reducir la ansiedad. (Belloch et al, 1995, p.546)

d) Trastorno por atracones.

Por otro lado, encontramos en el DSM-V el trastorno por atracones, estos pacientes reportan episodios recurrentes de consumo excesivo de comida, muy parecidos a lo que ocurre en la bulimia nerviosa, pero sus hábitos alimentarios fuera de los atracones son muy diferentes. Como se mencionó, en la bulimia nerviosa existe un alto nivel de restricción de la dieta y la mayoría de los pacientes intentan apearse a una dieta altamente restrictiva cuando no tienen atracones.

En contraste, en el trastorno por atracones existe una tendencia a comer de mas fuera de las comilonas; es posible que nos encontremos frente a una problemática diferente a la planteada en un principio: las personas que sufren de un trastorno por

atracones parecen comer de forma continua durante el día de manera desordenada y, además de esto, hacen atracones de alimentación, tal como han sido descritos. Es más, se cree que los atracones de alimentación aparecen después de períodos de sobre ingesta y no luego de los períodos de restricción (tal como sucede en la bulimia nerviosa) y que los intentos de restricción (si afloran) se dan como consecuencia de la aparición de los atracones, muy posiblemente frente a la sensación de culpa y vergüenza que éstos implican. Esto ayudaría a entender por qué la suspensión de los atracones no disminuye el peso.

En estudios de laboratorio, los pacientes con este trastorno consistentemente consumen un monto mayor de calorías, tanto en los atracones como en las comidas en las que no hay atracones propiamente dichos, lo cual marca una diferencia clara entre estos pacientes y aquellos que presentan bulimia nerviosa. La pregunta es si el comportamiento de estos pacientes se mantiene en condiciones naturales del medio o si no lo hace.

Fairburn plantea que el trastorno por atracones comparte criterios del trastorno de la conducta alimentaria, pero lo hace también con la obesidad, frente a lo cual, hasta el momento, no existen pruebas de éxito terapéutico. Los pacientes con este trastorno y obesidad presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica que los pacientes obesos sin trastorno por atracones. Una de estas comorbilidades es la depresión, muy probablemente relacionada con los sentimientos de pérdida de control y poca autoestima. (Gempeler et al, 2005, pp. 244-245)

Frente al trastorno por atracones, la terapia cognoscitiva-comportamental plantea como antecedentes funcionales la presencia de hambre (fisiológica), el afecto negativo y la ansiedad. Henderson y Boland encontraron que en pacientes con trastornos por atracones y obesidad, comparados con pacientes obesos sin éste, se presentan índices

de ansiedad elevados antes del atracón (y antes de las comidas), que disminuyen a medida que éste se da. Respecto al afecto negativo, es mayor antes del atracón que de las comidas regulares, pero persiste elevado mientras se produce y después de éste, por lo que pierde así su característica de operante.

El hambre fisiológica no parece desempeñar un papel con respecto a los atracones. Sorpresivamente, los pacientes con trastornos por atracones presentaban menos hambre antes de un atracón que antes de una comida regular. Se recoge así un nuevo indicio sobre la importancia de la ansiedad y el afecto negativo en el mantenimiento de los atracones, pero no con respecto al papel del hambre fisiológica.

Frente a la comida, los pacientes con un trastorno por atracones parecen presentar una desinhibición de comportamiento mayor que los pacientes con bulimia nerviosa, ya que consumen, en consecuencia, una mayor cantidad de comida y mayor contenido graso. En los pacientes con obesidad parece estar sub diagnosticado este trastorno, y al comparar obesos con trastorno por atracones y sin éste, los que presentan ambas condiciones parece tener una calidad de vida inferior a los que no la presentan.

El reto es generar alternativas de tratamiento acordes con lo que parecen ser mejores hipótesis de conceptualización. Desde la terapia cognoscitiva-comportamental, para la generación de dichas hipótesis se ha hecho hincapié en la identificación y en el consecuente manejo de los factores de mantenimiento del trastorno. En ese orden de ideas, los planteamientos de Fairburn son los siguientes:

1. Si los atracones parecen ocurrir como consecuencia de estados de ánimo adversos, la intervención debería centrarse en el entrenamiento en solución de problemas y en la generación de habilidades para el manejo de estados emocionales.

2. Si aparecen como una respuesta a la ruptura de la restricción dietaria, el acercamiento sería más cercano al de la bulimia nerviosa, y consistiría en la moderación de la restricción.
3. Si aparecen frente a una intolerancia de la intensidad de los estados emocionales, como en el trastorno de personalidad limítrofe, se hace necesario un abordaje que se acerque al manejo del control de los impulsos en sí.
4. Si parecen ante una pobre evaluación de sí mismos, el trabajo debe centrarse en la autoestima. Las conclusiones de Fairburn se dirigen a la obligatoriedad de partir de que hoy en día faltan datos sugestivos sobre el manejo de estos tratamientos, para hacer hincapié en la necesidad de evaluar cuidadosamente el problema individual e identificar los factores de mantenimiento, a fin de proceder a diseñar una intervención acorde. En la medida en que hagamos esto de manera sistemática, podremos contar en un futuro próximo con un cuerpo de pruebas suficiente (Gempeler et al, pp. 245-248).

El trastorno por atracones se presenta cuando las personas comen de más aun teniendo sus comidas normales (desayuno, comida y cena), y al contrario de la bulimia y anorexia no logran bajar de peso puesto que ingieren más calorías y aunque recurran al vomito, laxantes, purgas etc. no bajaran de peso pues no sale todo lo que han consumido y el cuerpo absorbe la mayor parte de las calorías.

1.3 Tratamientos e intervenciones.

El esquema del DSM-5 para clasificar los trastornos alimentarios favorece la idea de que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones son estados clínicos distintos, cada uno de los cuales requiere, su propia forma de tratamiento. Con la posible excepción del trastorno por atracones, los trastornos alimentarios tienen

muchas características en común, la mayoría de las cuales no se observan en otros trastornos psiquiátricos.

El tratamiento para adolescentes con TCA debe contemplar la complejidad biopsicosocial de estas enfermedades junto con las características propias de esta etapa de la vida. El tratamiento óptimo implica, por lo mismo, la acción de un equipo interdisciplinario que esté capacitado para abordar las múltiples facetas de estos trastornos. Este equipo idealmente debiese estar comprendido por un médico especialista en el desarrollo adolescente, especialista en nutrición (ya sea nutricionista o nutriólogo), especialistas en salud mental (psiquiatra y psicólogo) y, en los casos de hospitalización, enfermeras especialistas en el manejo de los TCA. Todos estos profesionales debiesen ser profesionales con experiencia en la evaluación y tratamiento de los TCA y en salud adolescente (1). Dada la prevalencia de las complicaciones médicas y psiquiátricas en estos trastornos, el tratamiento tiene que poder ofrecer varios niveles de cuidado (ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial, hospitalización completa). (López et al, 2011, p.91)

Si bien los TCA son trastornos psiquiátricos, estos no pueden ser atendidos sin considerar la salud física de quien lo sufre. Por esta razón, el logro de patrones de alimentación saludable resulta clave para proveer las bases mínimas para el resto del tratamiento. De este modo, la evaluación médica y su seguimiento es un componente fundamental especialmente en la primera fase del tratamiento. Las intervenciones en salud mental, por otro lado, deben cubrir la psicopatología propia de los TCA, las tareas psicosociales del periodo adolescente y las condiciones comórbidas. Los tratamientos para TCA son generalmente largos, recomendándose el seguimiento hasta 4 años luego del alta, en el caso de las adolescentes.

- **Motivación y tratamiento de los TCA.**

La efectividad de los tratamientos tanto para AN como para BN es, hasta el momento, poco satisfactoria. Una de las particularidades de los TCA que probablemente está a la base de estos pobres resultados es que, a diferencia de otros trastornos de salud mental, la motivación para recuperarse es muy baja y el trastorno es en sí mismo altamente valorado. La motivación es el principal motor para la recuperación de cualquier trastorno y se ha demostrado que las terapias convencionales fallan cuando la motivación es baja.

En el caso de la AN, es altamente probable que la adolescente no reconozca que tiene un problema. Su presentación en una consulta, por lo tanto, implica frecuentemente un cierto grado de coerción por parte de la familia u otros profesionales de la salud que hayan detectado el problema. Por lo mismo, no están listas para modificar su conducta y, más aún, valoran su enfermedad incluso aunque ésta conlleve un riesgo de vida. En el caso de la BN u otras formas de TCA, puede existir una mayor motivación para el cambio de por lo menos algunas de las conductas ligadas a la enfermedad. Las adolescentes con BN por ejemplo, se muestran más motivadas a disminuir los atracones y las conductas purgativas, pero menos motivadas a dejar la conducta de dieta o tolerar un peso normal. Así, resolver la ambivalencia para el cambio se mantiene como un desafío para el tratamiento.

En este contexto, el modelo de la Entrevista Motivacional (EM) ha sido utilizado en forma creciente en el campo de los TCA. Este modelo de entrevista tiene por objetivo lograr incrementar la motivación intrínseca del paciente. Implica un enfoque directivo pero no impositivo, donde se trabaja la resistencia al cambio y se reconocen y resuelven las ambivalencias que éste produce. La EM se sirve de ciertas estrategias fundamentales (uso de preguntas abiertas, reforzar al paciente, resumir lo que el paciente ha dicho durante la entrevista, fomentar la autoeficacia) para ayudar al paciente a reconocer su problema y sus consecuencias y, así, motivarse a cambiar. Sin embargo, se requieren de algunas modificaciones para aplicación del modelo estándar de la EM al tratamiento de

los TCA las cuales dependen del tipo de TCA y severidad con que se presente. Por ejemplo, muchas adolescentes con AN presentan interferida su capacidad para tomar decisiones autónomas, ya sea porque son muy jóvenes o están muy debilitadas por la enfermedad. En estos casos, se puede igualmente trabajar desde la perspectiva de la EM aunque estableciendo algunos aspectos “no-negociables” (López et al, 2011, p. 91)

- **La investigación sobre el tratamiento.**

Los hallazgos destacan la existencia de una forma específica de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa; pero no puede curar todo lo que la enfermedad requiere, ya que solo algunos pacientes que inician el tratamiento responden de manera completa y duradera. La psicoterapia interpersonal es una alternativa a la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, se lleva a cabo durante 8 a 12 meses para obtener un efecto comparable.

Las investigaciones sobre la anorexia nerviosa han sido menores, por lo cual no existe un tratamiento que cuente con el apoyo de evidencia empírica sólida, la base del tratamiento es la familia, aunque no es aceptable para algunas familias y pacientes; puesto que vuelve a algunas pacientes incapaces de comer si sus padres mo5les insisten, y menos de la mitad de pacientes responden de manera positiva al tratamiento.

La investigación sobre el tratamiento del trastorno por atracones va en aumento, tres tratamientos han recibido el mayor apoyo, una adaptación de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, la terapia interpersonal y una versión simplificada de la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa llama “autoayuda guiada”; y sus efectos son notablemente similares.

Pareciera que el trastorno por atracones responde más al tratamiento que los otros trastornos alimentarios y que los procesos psicoterapéuticos “no especificados”. (David H., Citado por Barlow, 2018, p. 676)

- **Investigación sobre la terapia cognitivo-conductual mejorada.**

Hace poco tiempo se desarrolló una forma transdiagnóstica de la terapia cognitivo-conductual diseñada por todo el rango de trastornos alimentarios clínicos; los cuales se fundamentan en la teoría cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa. El tratamiento se describe como “mejorado” porque utiliza una nueva variedad de estrategias y procedimientos con el propósito de mejorar el apego al tratamiento y los resultados.

Existen dos formas de la terapia cognitivo-conductual mejorada, una que se centra en la psicopatología del trastorno alimentario y una que aborda también los tres obstáculos externos al cambio. Cada tratamiento tiene su duración una consiste en 20 semanas para pacientes cuyo peso no es significativamente bajo, y la otra duplica la duración para pacientes con bajo peso.

La terapia cognitivo-conductual mejorada, es un tratamiento ambulatorio, se diseñó para llevarse a cabo de forma individual más que de forma grupal, pero se ha llevado a cabo también con pacientes externos y hospitalizados.

- **Tratamiento para Anorexia Nervosa.**

Las guías internacionales recomiendan, en el caso de la AN, que el tratamiento se realice en forma ambulatoria en primera instancia, usando la alternativa de

hospitalización para aquellos casos que no respondan ambulatoriamente, presenten alto riesgo vital y escasos recursos psicosociales. La hospitalización en estos casos debe combinar la realimentación con las intervenciones psicológicas. La recomendación que cuenta con mayor acuerdo entre los especialistas e investigadores, es que se utilicen intervenciones familiares que aborden directamente el trastorno alimentario. La evidencia apoya los tratamientos con base familiar particularmente a las terapias derivadas del Modelo Maudsley de Tratamiento donde la familia es vista como el principal recurso para ayudar a la adolescente a recuperarse. Este modelo ha sido examinado en varios estudios controlados logrando una efectividad de un 50 a 70%. La efectividad mejora notablemente en el caso de adolescentes con TCA de corta duración y donde el nivel de conflicto familiar no es muy alto.

En el caso de familias con formas extremas de sobreprotección o criticismo (alta emoción expresada) los resultados del tratamiento son mejores cuando la adolescente y su familia son atendidas por separado versus las terapias familiares combinadas. La terapia cognitivo conductual, que se usa en adultos, no ha sido extensivamente estudiada para adolescentes con AN. La terapia individual focalizada en la adolescencia ha mostrado similar efectividad al final del tratamiento que la terapia basada en la familia. Otras terapias a ser consideradas incluyen la terapia cognitivo-analítica, la terapia interpersonal y la terapia focal psicodinámica.

No existe evidencia suficiente que apoye el rol de psicofármacos en el tratamiento de la AN, ya sea en la fase aguda o de mantención. Sin embargo, se ha encontrado que la fluoxetina puede ser útil en disminuir el riesgo de recaídas en pacientes adolescentes tardíos. Algunas drogas antipsicóticas han demostrado beneficio en el tratamiento de síntomas obsesivo-compulsivos y en el aumento de la tasa de incremento de peso (López, 2011, p.92)

- **Tratamiento para Bulimia Nervosa.**

El tratamiento de la BN ha sido mucho más extensamente abordado en estudios científicos que en el caso de la AN. De acuerdo a la evidencia, el tratamiento más efectivo para adolescentes mayores (sobre 15 años) es la terapia cognitivo-conductual la cual se focaliza en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el trastorno. Esta terapia tiene por duración entre 16 y 20 sesiones a lo largo de 4 -5 meses como mínimo. El uso de manuales de autoayuda para las fases iniciales de tratamiento también ha sido apoyado por los estudios en el área. La terapia interpersonal ha demostrado igualmente ser efectiva, pero de resultados más lentos que la terapia cognitivo-conductual.

La terapia basada en la familia no ha tenido resultados tan promisorios en BN como para el tratamiento de AN. Existen dos estudios que han medido la eficacia de este tipo de terapia en comparación con otros tratamientos. Uno de ellos sugiere que la terapia cognitivo-conductual tendría ciertas ventajas en relación a la terapia basada en la familia en la reducción de los costos y rapidez de respuesta. El segundo estudio sugiere que la terapia basada en la familia presenta mejores resultados que la terapia interpersonal. La terapia conductual dialéctica también ha demostrado cierta efectividad en adolescentes tardíos con BN. Finalmente, la evidencia es insuficiente para postular que cualquiera de las psicoterapias para BN tiene algún efecto en la reducción del peso corporal.

Los antidepresivos, como la fluoxetina, han demostrado tener un efecto positivo en la disminución de los atracones y purgas llevando a una disminución sintomática que varía entre un 50 y 70% dentro de las primeras semanas de tratamiento. Además, mejora notablemente la sintomatología de patologías psiquiátricas comórbidas tales como depresión o síntomas obsesivo-compulsivos. Sin embargo, la evidencia en relación a los efectos a largo plazo de esta medicación es aún limitada. En el caso de los TANE la evidencia es extremadamente escasa. Las guías de tratamiento sugieren utilizar las

recomendaciones adecuadas para el trastorno al que más se asemeje el TANE que presente la adolescente (López, 2011, p.92).

- **El futuro en el tratamiento de los TCA.**

Dado el insatisfactorio escenario en términos de efectividad de los tratamientos actualmente disponibles para los TCA, se ha hecho un llamado a generar modelos de comprensión de la enfermedad que permitan sentar las bases para el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de tratamiento. Uno de éstos, es el modelo interpersonal para AN, desarrollado por Schmidt y Treasure. Este modelo es innovador ya que se basa en evidencia científica sobre los factores que mantienen la enfermedad e incluye recientes hallazgos de la investigación en neuropsicología, cognición social y personalidad en AN.

El modelo describe factores intra e interpersonales que mantienen el TCA y las estrategias para abordarlos. Se basa en una formulación clínica de cada caso, es manualizado, diseñado a la medida de las necesidades de la paciente y con intervenciones modularizadas, con una clara jerarquía de los procedimientos empleados. Si bien fue originalmente diseñado para AN, tiene utilidad teórica y clínica para pacientes con BN u otros TCA. (López, 2011, p.92)

Los trastornos alimentarios son condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas negativas presentes por periodos largos; en algunas ocasiones el uso de dietas, laxantes o atracones puede comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas que al final provocan una descompensación mayor en la vida de las personas, por ello para lograr una adecuada prevención de estos trastornos es primordial conocer los factores de riesgo y protección a lo que está expuesto un individuo; los cuales son un antecedente en el desarrollo de trastornos alimentarios.

* **Los factores de mantención descritos en este modelo son:** (López, 2011, pp. 92-93)

Factores cognitivos: rigidez cognitiva y estilo de pensamiento focalizado en los detalles. Estos factores están presentes antes del desarrollo de la enfermedad, se acentúan durante la fase aguda de la enfermedad y persisten en muchos pacientes, incluso después de recuperarse. Se ha demostrado que estos rasgos cognitivos están también presentes en hermanas sanas de las afectadas, lo cual presupone un componente genético en su origen.

Estilo socioemocional: Las dificultades socioemocionales de las pacientes con TCA están presentes antes del desarrollo del desorden, aunque la desconexión emocional se agudiza durante la enfermedad. Se demuestra en niveles altos de evitación y sentimientos de “anestesia” emocional. Estudios en procesamiento emocional muestran que el reconocimiento de las emociones básicas está limitado en personas que desarrollan AN aún antes de presentar el desorden, y persiste después de la recuperación. Sin embargo, este rasgo no se presenta en personas con BN. Por otro lado, un sesgo hacia claves sociales especialmente aquellas relacionadas con agresión está presente en AN y BN, persistiendo después de la recuperación. La expresión emocional está también disminuida en pacientes con AN quienes, a su vez, presentarían dificultades en la capacidad para resolver problemas.

Pensamientos Pro TCA: Las creencias positivas sobre el TCA que se desarrollan posterior a su inicio, es otro de los factores de mantención de estos trastornos (por ejemplo, la sensación de maestría y control sobre el peso). Se ha visto que las personas con TCA desarrollan una serie de creencias afirmativas que favorecen la identificación del trastorno consigo mismas. Estas creencias generan parte de las dificultades mencionadas en relación a la escasa motivación para la recuperación. Es fundamental la

comprensión de estas creencias por parte del equipo tratante, así como su inclusión en el tratamiento, para evitar generar mayores resistencias al cambio.

Factores interpersonales: Las reacciones emocionales de los familiares cercanos a la adolescente con TCA, particularmente de sus padres, pueden contribuir reforzando inadvertidamente los síntomas de TCA. Esto se relaciona con la alta emoción expresada y la acomodación de la familia al TCA. Para cada uno de estos factores se han desarrollado estrategias de intervención que actualmente están en distintas etapas de validación. Por ejemplo, la terapia de remediación cognitiva está diseñada para abordar los estilos de pensamiento y también existe una versión menos intensiva para pacientes ambulatorios basada en el feedback de las evaluaciones neuropsicológicas de la paciente. Intervenciones para padres y cuidadores de personas con TCA en forma de talleres o educación a distancia vía DVD, también se han desarrollado para trabajar el factor interpersonal. (López, 2011, pp. 92-93).

CAPÍTULO II

EL AUTOESTIMA

2.1 Desarrollo Psicosocial.

El desarrollo se podría definir como el desplazamiento ascendente de una sociedad a lo largo de un continuum en cuyos extremos estarían, por un lado, las sociedades más avanzadas y, por el otro, las más atrasadas. Por avance o atraso se entiende un conjunto de bienes y prácticas que tienen que ver con la tecnología, la productividad, la afluencia y la mayor distancia respecto a la mera supervivencia. El desarrollo social, en cierta forma, sería el resultado de la mejora de los índices colectivos de bienestar como esperanza de vida, mortalidad infantil, ingreso disponible, ingesta calórica o acceso a servicios sociales; es decir, todo lo que significa que los grupos humanos vivan más, tengan mayor goce de bienes de consumo y sufran menos las penalidades impuestas por los embates de la naturaleza, la enfermedad y los riesgos a los cuales estamos expuestos (Uribe, 2004, p.13).

La psicología social, enfatiza el hecho de que los seres humanos son criaturas desde que nacen hasta que mueren, y que es imposible comprendernos sin comprender como actuamos y reaccionamos frente a los demás.

Las personas pertenecen a grupos diferentes, desde el más básico, la familia, hasta las agrupaciones infantiles, las clases en la escuela y unas cuantas asociaciones basadas en los intereses comunes de sus miembros. Los grupos más significativos, los que están formados por los amigos y la familia, poseen una larga historia y se extiende ante ellos una esperanza de futuro. Otros como los miembros de un seminario de psicología o los invitados a una fiesta duran un corto periodo de tiempo y no tienen ningún

futuro previsible. Pero siguen siendo grupos, porque sus miembros están interactuando y en algún momento son interdependientes. Cada persona en esos diferentes grupos tiene que desempeñar un rol.

¿Qué es un rol? Es el conjunto de los comportamientos esperados de las personas de posiciones sociales concretas. Un rol está constituido por un grupo de normas definidas por la sociedad y que determinan la forma en que deberíamos comportarnos.

- **Identidad contra confusión**

Erikson escribió acerca de la crisis de identidad contra confusión de rol que surge cuando los adolescentes comienzan a cuestionar creencias y sistemas de valores que habían internalizado antes sin pensar mucho. Conforme los adolescentes alcanzan las operaciones formales y una comprensión mayor de las personas y de las ideas, comienzan a ver que algunas de las creencias y valores a los que han estado expuestos están en conflicto entre sí y también que la predica y la práctica no siempre coinciden en las palabras y acciones de padres, profesores u otros agentes socializadores. (Good, 2001, p. 76)

Según Erikson la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad (Papalia, 1997, p. 163).

Basándose en sus propias experiencias Erikson menciona que uno de los aspectos de la búsqueda de identidad se da al elegir una carrera. La “virtud” principal que surge de esta crisis de identidad es la virtud de la fidelidad (lealtad a toda prueba,

confianza o sentimiento de entrega al ser amado, a los amigos o a los compañeros). La fidelidad también entraña a identificarse con una serie de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una búsqueda creativa o un grupo étnico (Papalia, 1997, p. 164).

Las normas tienen capacidad tanto para potenciar como para restringir el comportamiento. Facilitan el funcionamiento de los grupos de personas, de manera que, una vez ha aprendido usted las normas propias de su cultura, sabe cómo comportarse en muchas situaciones diferentes.

La conformidad no es mala. Si nadie adecuara su conducta a las normas del grupo, nunca sabríamos lo que podemos esperar, y estaríamos constantemente enfrentados a un montón de decisiones relacionadas con las actividades cotidianas. La mayoría de las veces el comportamiento “conformista” es sencillamente conveniente, tanto para nosotros como para los demás, la clave está en saber cuándo es apropiado y cuando entra en conflicto con normas y valores más importantes.

Pensamiento grupal “¿Cómo hemos podido ser tan estúpidos?” John F. Kennedy se hizo esta pregunta después de advertir, junto a sus consejeros íntimos, que su decisión de invadir la bahía de cochinos en Cuba se había convertido en uno de los peores fracasos militares y políticos de los EE. UU. La respuesta propuesta por Irving L. Janis (1971) es que fue debido al pensamiento grupal, es decir, una aceptación poco crítica por parte de los miembros de un grupo íntimamente unido de una línea de conducta por poco inteligente. (Papalia et. al, 2002, p.619).

Admitir que “cuatro ojos ven más que dos” nos lleva a la conclusión de que muchas veces el juicio de varias personas resulta más seguro que el de una persona sola. En

este sentido, algunos grupos muy unidos conceden un gran valor al hecho de mantener la unanimidad. Cuando domina el pensamiento de grupo, los miembros ponen por encima de todo su lealtad al grupo y, entonces, los individuos suprimen de manera deliberada las ideas que pondrían descubrir los grandes errores de los planes que propone el grupo y se sienten de tal manera implicados en el deseo de que el grupo continúe siendo un “buen grupo” que inconscientemente eliminan cualquier pensamiento discrepante que pueda “estropear la entrañable atmosfera que reina entre nosotros” (Papalia et al, 2002, pp. 619-620).

2.2 Autoestima (autoaceptación).

En muchas ocasiones se ha escuchado hablar de la autoestima, pero poco sabemos del impacto que está tiene en la vida de las personas o no se le da la importancia adecuada. La autoestima es uno de los pilares fundamentales para sentirte querido, valorado, acompañado e importante para los otros y sobre todo para sí mismo.

La autoestima es un factor importante a considerar en la vida de las personas en general y en particular, en el tema del desempeño y de las actitudes hacia las actividades académicas de los estudiantes y las estudiantes. De acuerdo con Rice (2000), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana (Naranjo, 2007, p.2).

La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito. En opinión de Maslow, citado por Santrock (2002), la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de

estima, nunca llegan a autorrealizarse. De Mezerville (2004), menciona que Abraham Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas (Naranjo, 2007, p.2).

Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia (Naranjo, 2007, p.2).

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entiendo por factores internos, los factores que radican o son creados por el individuo: ideas, creencias, prácticas o conductas; y por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura.

Al inicio de la pubertad, la mayoría de los jóvenes y de las jóvenes empiezan a realizar evaluaciones de sí, comparando aspectos tales como los físicos, las habilidades motoras, las capacidades intelectuales y las habilidades sociales con los de sus iguales y con los de sus ideales o héroes. Esta autoevaluación crítica podría acompañarse de un sentimiento de vergüenza que hace a las personas adolescentes vulnerables a la crítica y al ridículo. Como resultado, se preocupan por intentar reconciliar el yo percibido con su yo ideal. Durante la adolescencia tardía, puede que hayan logrado organizar su yo, percibiendo lo que pueden ser con mayor efectividad e integrando sus metas en sus yo ideales (Naranjo, 2007, p.7).

Las personas somos capaces de establecer nuestra propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración le llamamos autoestima. “Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”.

Para White en Courrau (1998), la autoestima es el valor del yo, el valor de la persona ante los ojos de las otras. Esta autora la define como un proceso dinámico y multidimensional que se va construyendo a lo largo de la vida y en el cual se involucra el contexto social, físico, emocional y cognitivo de la persona (Naranjo, 2007, p.3).

Al respecto también Molina en (Olivares 1997, p. 20, citado por Naranjo, 2007, p.3) considera que la autoestima tiene un significado complejo, y que precisa de cuatro componentes en su definición:

- Es una actitud, ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.
- Tiene un componente cognitivo, pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
- Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de los positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
- Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente (Naranjo, 2007, recuperado 26 de febrero de 2020, p.3).

La autoestima es la meta más alta del proceso educativo y centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, es el máximo resorte motivador y el oculto y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del proceso vital. Se podría considerar que la autoestima no es innata, que se adquiere y se genera como resultado de la historia de

cada persona. Este aprendizaje generalmente no es intencional, por cuanto se moldea a la persona desde diversos contextos informales educativos. No obstante, a veces es el resultado de una acción intencional para lograr su consecución.

Las ideas anteriores pueden relacionarse con la neurociencia, específicamente con algunos de los principios de aprendizaje del cerebro. Algunos de estos principios son señalados por Caine y Caine, en Salas (2003) (Naranjo,2007, p.4). Entre estos pueden mencionarse:

- El cerebro es un complejo sistema adaptativo. Pensamientos, emociones, imaginación, predisposiciones y fisiología operan concurrente e interactivamente en la medida en que todo el sistema interactúa e intercambia información con su entorno.
- El cerebro es un cerebro social. Las personas empiezan a ser configuradas a medida que sus cerebros receptivos interactúan con el entorno y se establecen relaciones interpersonales. Está claro que a lo largo de la vida los cerebros cambian en respuesta a los compromisos con las demás personas, de tal modo que estas pueden ser vistas siempre como partes integrales de sistemas sociales más amplios. En realidad, parte de la propia identidad depende del establecimiento de una comunidad y de la posibilidad de pertenecer a esta. En consecuencia el aprendizaje y el desarrollo de la autoestima están influidos por la naturaleza de las relaciones sociales dentro de las cuales se encuentran las personas.
- La búsqueda de significado es innata. En lo esencial, la búsqueda de significado está dirigida por metas y valores personales. La búsqueda de significado se ordena desde la necesidad de alimentarse y encontrar seguridad, mediante el desarrollo de las relaciones

interpersonales y de un sentido de identidad, hasta una exploración del propio potencial y búsqueda de lo trascendente.

- El aprendizaje implica tanto una atención focalizada como una percepción periférica. Es decir, el cerebro absorbe información de lo que está directamente consciente, y también de lo que se encuentra más allá del centro inmediato de atención. Incluso las señales inconscientes que revelan actitudes y creencias interiores tienen un efecto poderoso en las personas.

- El aprendizaje es un proceso de desarrollo. En muchos aspectos, no existe el límite para el crecimiento ni para las capacidades de los seres humanos para aprender más las neuronas siguen siendo capaces de realizar y reforzar nuevas conexiones a lo largo de toda la vida (Naranjo, 2007, pp.4-5).

Autoestima, valor que cada uno de nosotros asigna a sus propias características, capacidades y comportamientos (Woolfolk, 1999, p.73).

La autoestima es la evaluación global de la dimensión del yo o self. La autoestima también se refiere a la autonomía o a la autoimagen, y refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo. Por ejemplo, un niño puede percibir no solo que es una persona, sino que es una buena persona.

Para muchos alumnos la autoestima baja es algo temporal. Sin embargo para algunos estudiantes, la autoestima se puede traducir en otros problemas más serios. Una autoestima es una evaluación de nuestros rasgos, de nuestras capacidades y

características; es un juicio personal del valor, indica hasta qué punto alguien se cree capaz, importante, exitoso y valioso.

Cuando la autoestima es alta, nos sentimos llenos de energía y entusiasmo, nos sentimos capaces de todo, nos sentimos seguros de nuestro propio valer y nuestra importancia. Y cuando es baja nos lleva a todo lo contrario, estamos cansados, nada nos entusiasma, nos sentimos inseguros de lo que somos capaces de hacer, sentimos que valemos poco.

El sentimiento de valor propio lo aprendemos desde la infancia, interactuamos con otras personas, nos sentimos apoyados en menor o mayor grado, recibimos palabras de aliento o desaliento, directa e indirectamente de nuestros padres, familia y de personas externas a nuestro entorno familiar; de ahí comenzamos a formarnos una imagen de nosotros; puesto que de la gente también recibimos ideas de lo que otros sienten hacia nosotras; opiniones sobre qué tan capaces somos para hacer las cosas, que tan agradables somos, que tan independientes o dependientes llegamos a ser y ponemos en una balanza las cosas que nos hacen tener una baja o alta autoestima como una calificación de; qué tanto nos queremos a nosotros mismos.

La autoestima generalmente aumenta a medida que el niño obtiene éxito en las relaciones con sus compañeros y en otros aspectos que le importan. Es decir, un niño que logra buen rendimiento y éxito en la escuela suelen decir que tiene mayor autoestima, lo contrario a los niños que se les coloca en grupos de habilidades bajas tienden a mostrar menor autoestima. El autoconcepto y la autoestima influyen en el rendimiento académico, los que tienen una gran autoestima y un autoconcepto positivo suelen ser más exitosos en la escuela.

El sentimiento de valor propio lo aprendemos desde pequeños, puesto que la autoestima se aprende, podemos modificarla para bien y ser más positivos. Una especialista en relaciones humanas ha dicho "Siempre hay esperanza de que la vida cambie porque siempre se pueden aprender cosas nuevas".

Los dos principales pasos para mejorar la autoestima son:

1. Reconocer que nuestra autoestima es baja.
2. Convencerse de que la autoestima se puede cambiar.
3. Decidir cambiarla.

Otras ideas que ayudarán a mejorar la autoestima son:

1. Reconocer que solamente nosotros mismos podemos hacer el cambio. En realidad, nadie más tiene esa responsabilidad ni esa capacidad. Quizás hay alguno de nosotros que creemos que la autoestima la produjeron otros (casi siempre es más fácil culpar al resto del mundo).
2. Hacer un balance de las virtudes y de los defectos. Todos tenemos cualidades y defectos y todos podemos sacarle partido a nuestras cualidades y cambiar algunas de las características propias que nos disgustan.
3. Empecemos primero por uno de los defectos. Debemos estar conscientes de que no todo lo que nos disgusta se podrá modificar. Pero siempre hay una esperanza: "Dios, concédeme la serenidad de aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las cosas que si puedo y la sabiduría para reconocer la diferencia" Algunas de las cosas que disgustan no pueden ser cambiadas. Por ejemplo, es poco probable que alguno pueda aumentar su estatura, cambiar la forma o el tamaño de sus orejas, estrenar un nuevo color de ojos. Pero, está dentro del alcance de la mayoría de nosotros cambiar algunos defectos. Por ejemplo, con dietas o ejercicios podemos mejorar el cuerpo; con un especialista en cortes de cabello podemos cambiar su forma o el estilo de peinado.

4. Para aprender una nueva actitud personal, comencemos con lo sencillo. Y, por supuesto, premiemos generosamente al alcanzar una meta, por pequeña que está sea.
5. Cualquier cambio que planteemos hacer, hagámoslo para complacernos a nosotros mismos. Podemos complacer a algunas personas por cierto tiempo, pero no podemos complacer a todo el mundo todo el tiempo. Ni tiene caso hacerlo. Nadie puede caerle bien a todos.

- **Autoconcepto**

De acuerdo con Rice (2000) (citado por Naranjo, 2007, p.5), el autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de sí mismas. Señala que según Wayment y Zetlin, el autoconcepto es la identidad autohipotetizada de la persona y que Erikson se refiere a él como la identidad del yo o el yo autopercebido, la individualidad consistente. Debería describirse como un sistema de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, supone la suma total de sus autodefiniciones o autoimágenes. Refiriéndose a los adolescentes y a las adolescentes, explica este autor que ellos y ellas recogen datos que les permiten evaluarse. Desde la evidencia se plantean hipótesis sobre sí mismos y sobre sí mismas y examinan sus sentimientos y opiniones mediante sus experiencias y relaciones. Además, establecen comparaciones de su persona con sus propios ideales y los de otras personas (Naranjo, 2007, p.5).

Se menciona que todas las personas tienen seis aspectos del yo: lo que realmente son, lo que piensan que son, lo que piensan otras que son, lo que creen que piensan las demás de ellas, lo que quieren llegar a ser y las expectativas que creen que otras personas tienen sobre ellas. Los autoconceptos pueden o no tener enfoques cercanos a la realidad, y están permanentemente en proceso de cambio (Naranjo, 2007, p.5).

El autoconcepto es una estructura cognoscitiva- una creencia acerca de quién es uno- mientras que la autoestima es una reacción afectiva, evaluada de quien es uno. Si la persona se evalúa de manera positiva -si “le gusta lo que ve”-, decimos que tiene una autoestima elevada (Meece, 2000, pp.271-274).

El término autoconcepto forma parte de nuestras conversaciones cotidianas, hablamos de personas que tiene un autoconcepto bajo o de individuos cuyo autoconcepto no es fuerte; en la psicología autoconcepto es el “compuesto de ideas, sentimientos y actitudes que la gente tiene sobre sí misma.

También se puede considerar el autoconcepto como nuestra tentativa por explicarnos a nosotros mismo, formar un esquema que organice las impresiones, los sentimientos y las actitudes que tenemos sobre nosotros mismos.

El autoconcepto forma parte de nuestra vida cotidiana dentro de nuestras conversaciones, mencionamos a personas que tienen autoconcepto bajo y fuerte. El autoconcepto es una estructura cognoscitiva -una creencia acerca de quién es uno- mientras que la autoestima es una reacción afectiva- una evaluación de quién es uno mismo (Woolfolk, 1999, pp.73-74).

El autoconcepto evoluciona gracias a la constante autoevaluación que se realiza en situaciones diferentes, niños y adolescentes se preguntan de continuo “¿cómo lo estoy haciendo?” para normar sus juicios toman en cuenta las reacciones verbales y no verbales de las personas significativas; en los primeros años los padres, familiares y amigos, posteriormente también los maestros (Woolfolk, 1999 p. 75).

Posteriormente, están los autoconceptos temporales o transitorios de la persona. Estas ideas sobre el sí misma, están influidas por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente. Por ejemplo, la obtención de una puntuación baja en una prueba reciente, puede hacer que la persona se sienta temporalmente poco capaz; en este caso, una crítica aguda por parte de otra persona puede producir un sentimiento transitorio de una autoestima devaluada.

En tercer lugar, está el yo social; esto es, la opinión que cree que otras personas tienen sobre ellas, que a su vez influye sobre ellas mismas. Si tienen la impresión de que otras personas piensan que son incapaces o socialmente inaceptables, pensarán sobre sí mismas de forma negativa. Harter, Stocker y Robinson en este autor, mencionan que la identidad proviene, en parte, de la implicación del yo con las otras personas, la intimidad, la participación en grupo, la cooperación y la competencia. De esta forma, las percepciones sobre los pensamientos de las demás personas impregnan las visiones sobre sí mismas (Naranjo, 2007, p.6).

La cuarta dimensión es el yo ideal; es decir, qué tipo de personas les gustaría ser. Las aspiraciones pueden ser realistas, demasiado bajas o demasiado altas. Los yo ideales que demasiado bajos impiden la realización, mientras que lo que son muy altos pueden llevar a la frustración y autodesprecio. Los conceptos del yo que son realistas conducen a la autoaceptación, la salud mental y la consecución de metas realistas (Naranjo, 2007, p.6).

Al inicio de la pubertad, la mayoría de los jóvenes y de las jóvenes empiezan a realizar evaluaciones de sí, comparando aspectos tales como los físicos, las habilidades motoras, las capacidades intelectuales y las habilidades sociales con los de sus iguales y con los de sus ideales o héroes. Esta autoevaluación crítica podría acompañarse de un sentimiento de vergüenza que hace a las personas adolescentes vulnerables a la crítica

y al ridículo. Como resultado, se preocupan por intentar reconciliar el yo percibido con su yo ideal. Durante la adolescencia tardía, puede que hayan logrado organizar su yo, percibiendo lo que pueden ser con mayor efectividad e integrando sus metas en sus yo ideales (Naranjo, 2007, p.7).

2.3 Programas de intervención en Autoestima.

- **Programa de Intervención para mejorar la Estabilidad Emocional.**

Se propone un modelo de intervención terapéutica para aquellas personas que muestran cierta inestabilidad emocional, y que suelen reaccionar ante situaciones de frustración bien de forma violenta, bien con evitación, o bien auto bloqueándose y en cualquier caso, mostrando conductas inadecuadas que lejos de ser resolutivas, les pueden acarrear consecuencias indeseables. En esta terapia se trabaja el autoconocimiento, esquemas cognitivos para la autorregulación de conducta, y estrategias de afrontamiento. Con ello se capacita al sujeto para emitir conductas más resolutivas y adecuadas ante situaciones de frustración, y a recuperarse de dicha frustración en lugar de dejarse llevar por las emociones negativas que ésta pueda despertar. En definitiva este programa fomenta la “resilience” (capacidad para recuperarse de la frustración) y la aplicación de estrategias de afrontamiento que permitan su autodirección (Santiago, 2001, p.367).

La idea de elaborar este programa específico para la tolerancia a la frustración surgió de la gran demanda observada en el Centro Asistencial “San Juan de Dios” en los últimos años. Concretamente se ha producido un incremento de la solicitud de ingresos en la Unidad de Corta Estancia, para jóvenes o adolescentes con problemas de impulsividad manifestada por conductas violentas, auto lesivas o de “escape”. Se ha podido observar que estos sujetos habían sufrido frustraciones desencadenadas

por distintos acontecimientos que habían pasado desapercibidos para sus familiares más cercanos, o que habiendo sido percibidos, consideraban que las respuestas emitidas resultaban desproporcionadas al hecho o acontecimiento frustrante.

También se ha observado que estos jóvenes presentaban una baja autoestima y un estilo de vida restringido, un pobre desarrollo personal y un pensamiento dicotómico. Este último aspecto les inducía a la frustración, ya que solían percibir los acontecimientos como “magníficos” o “terribles”. Cuando los percibían como magníficos y comprobaban que dicho acontecimiento tenía también inconvenientes, sentían frustración, y eran calificados de “terribles”, dando lugar a pensamientos catastrofistas y llenos de descalificaciones con atribuciones internas dicotómicas como: “soy yo el culpable, no sirvo para nada” o con atribución externa, como “la culpa de lo que me pasa es de mi padre”, “parece tonto”. Ante esta percepción resulta fácil bloquear cualquier estrategia de resolución, ya que si la creencia es que “no sirvo para nada”, la conclusión será “mejor que no haga nada porque todo lo haré mal”; y si la creencia es “la culpa es de mi padre”, la conclusión será la reacción emocional de resentimiento contra él o la discusión con él, pero tampoco se buscarán alternativas o soluciones (Santiago, 2001, p.369).

- **Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad**

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una intervención psicológica en pacientes con obesidad. Se utilizó un diseño casi experimental con un grupo de estudio y un grupo control. Después de la intervención, se encontró una diferencia significativa en la reducción de peso entre los grupos. Asimismo, hubo un incremento significativo en la autoestima del grupo estudiado (Alvarado et al, 2005, p.417).

Procedimiento: Durante un período de tres meses el equipo multidisciplinario impartió doce sesiones una vez a la semana, con una duración de dos horas cada una. Tres sesiones fueron manejadas exclusivamente por psicólogos, y el resto por nutriólogos y otros profesionales de la salud. Sin embargo, la intervención psicológica no sólo se realizó en las tres sesiones antedichas. En cada una de éstas se aplicaron las siguientes técnicas cognitivo-conductuales:

Reestructuración cognitiva, la cual busca cambiar los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales. Relacionada con esta técnica, se utilizó una dinámica con el tema “¿Qué voy a hacer cuando llegue a mi peso meta?”, en la cual se trató de que las pacientes modificaran sus pensamientos (por ejemplo, “Si llego a mi peso meta, me gustaría comprarme ropa más atractiva”, por “Cuando llegue a mi peso meta, voy a comprarme ropa más atractiva”) (Alvarado, 2005, p. 422).

Autocontrol y autoestima, en donde se trata de que la persona adquiera suficiente fuerza de voluntad para poder controlarse ante diferentes estímulos relacionados con el alimento. Aquí se buscó el autocontrol mediante tarjetas que contenían frases o imágenes que pudieran hacer que la persona mantuviera el control en un momento de tentación (por ejemplo, “Si voy por buen camino, ¿por qué desistir ahora?”) e identificaran aquellos atributos que poseían, y asimismo los que no tenían pero que desearan alcanzar. También se les entregó una hoja titulada Crea en usted mismo y hágalo realidad, la cual contenía frases que los ayudaban a confiar en ellos mismos y alcanzar sus metas (Alvarado, 2005, p. 422).

Línea base, mediante la cual se busca que la persona visualice los avances que ha adquirido con la intervención, esto es, los kilos que ha ido disminuyendo. Aquí se hizo una gráfica donde se representaron los kilos que se iban bajando en cada sesión y marcándose la meta de kilos que querían bajar al final de la intervención para ver si la habían logrado. La línea base se colocó en la pared del área donde se llevaron a cabo

las sesiones para que los sujetos pudieran verla constantemente (Alvarado, 2005, p. 423).

Relajación, que tuvo la finalidad de que los sujetos aprendieran otra forma de reducir los niveles de ansiedad que les ocasionaba el consumir alimentos de manera inapropiada para su dieta. Se realizó la relajación muscular progresiva combinada con técnicas de visualización en siete de las doce sesiones (Alvarado, 2005, p. 423).

Reforzamiento, con el cual se pretende que la persona mantenga una motivación con base en reforzadores positivos, que en esta intervención consistieron en aplausos, reconocimiento verbal y premios en la última sesión para los que habían alcanzado su peso meta (Alvarado, 2005, p. 423).

Las tres sesiones dirigidas exclusivamente por psicólogos se dedicaron a los temas de trastornos alimenticios, donde se explicaron los diferentes trastornos alimenticios que existen y las consecuencias que conllevan desde una perspectiva psicológica; ansiedad y control de emociones, en el que se expuso cómo combatir la ansiedad y las emociones que implica la obesidad, y autoestima, durante el cual se explicó el concepto, los tipos que existen y qué hacer para aumentarla. También se aplicó después de la intervención la prueba de autoestima anteriormente mencionada, con el fin de identificar si la intervención psicológica ayuda a aumentar la autoestima de los pacientes. La única diferencia en el tratamiento de ambos grupos (grupo de estudio y grupo control) fue la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales (Alvarado, 2005, p. 423)

Las sesiones informativas de los otros profesionales de la salud fueron idénticas. Para esta investigación se solicitó autorización a los integrantes del grupo de control de

peso de la clínica para utilizar los resultados obtenidos en la intervención, y además se les informó que los resultados serían confidenciales (Alvarado, 2005, p. 423).

- **Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención**

En este artículo se revisa el estado actual de la investigación sobre autoestima centrándose en los factores que son relevantes para la intervención en adolescentes. En primer lugar, se realiza una distinción conceptual y se analizan las relaciones entre autoconcepto, autoestima y percepción de autovalía (Rodríguez et al, 2012, p. 389).

Se analiza también el funcionamiento de la autoestima en base a las contingencias de reforzamiento y se revisan sus efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En segundo lugar, se revisa la trayectoria de la autoestima en función del género y se analiza el papel que juegan las contingencias de reforzamiento en su disminución e inestabilidad durante la adolescencia temprana. En tercer lugar, se revisan los hallazgos que muestran la relación entre las deficiencias de autoestima y la generación de una serie de problemas de conducta, emocionales y de salud (Rodríguez et al, 2012, p. 389).

Por último, se revisan los hallazgos sobre la intervención en autoestima y se analizan las estrategias más útiles para su cambio en la adolescencia (Rodríguez et al, 2012, p. 389).

El autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí. El autoconcepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada

de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos (Rodríguez et al, 2012, p. 389).

Las reacciones afectivas son, a su vez, más intensas ante los éxitos y fracasos que se producen en estas circunstancias que ponen en juego su autoestima. La autoestima fluctúa, así, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas y elevada autoestima que resultan del éxito, y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resultan del fracaso (Rodríguez et al, 2012, p. 390).

Cuando los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobre generalizar los fracasos y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen el individuo que desde edades tempranas aprende respuestas de evitación para afrontar experiencias que le producen emociones negativas puede llegar incluso a tener dificultades para afrontar eficazmente estas situaciones, lo que hace probable que los fracasos se repitan, retroalimentando así una baja autoestima. Esto puede contribuir, a su vez, a que sus conductas se dirijan, incluyendo las socialmente conflictivas, a satisfacer su autoestima aun a expensas de otras metas que podrían resultarle más satisfactorias (Rodríguez et al, 2012, p. 391).

CAPITULO III

MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA

3.1. Modelo psicológico: cognitivo conductual.

Aunque existen varios enfoques terapéuticos, las terapias cognitivas han sido las que han adquirido mayor protagonismo en el contexto de la psicoterapia actual. El rasgo más destacado de los modelos cognitivos consiste en la importancia que otorgan a las cogniciones. El término <<cognición>> se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas (Álvarez, 2016, p.208).

3.1.1 Antecedentes del modelo.

a) Desarrollo histórico

Las terapias cognitivas no solo surgieron de pensadores independientes de gran calibre (Beck, Ellis, Kelly), si no que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual; cada terapia cuenta con una obra básica en la cual constituye un manual donde se indica las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta. Los terapeutas cognitivos suelen mencionar como principal referente histórico al estoicismo.

Concretamente, la cita que aparece con más frecuencia corresponde al Echiridion de Epícteto (siglo I d. C.), que reza: <<No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos en esas cosas>> (Feixas y Miro, 1993, p.209).

Kant menciona que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un <<sentido privado>> (Feixas y Miro, 1993, pp.209-210). Los factores que propiciaron la aparición de las terapias cognitivas destacan los siguientes:

- a) La aparición del conductismo medicinal o covariantes. El enfoque cognitivo constituye un desarrollo del modelo S-O-R de Woodworth, en el que la <<O>> del organismo se interpreta en términos cognitivos, pero cuenta sobre todo con los desarrollos de Homme, Osgood y Tolman (Feixas et al, 1993, pp.210).

Dentro del conductismo de Homme se dice que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta; y que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una encubierta y otra manifiesta, que covarianza la una de la otra, de tal manera que los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas. Para este autor la conducta anormal se da cuando la conducta y el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa.

- b) El descontento existente con los tratamientos, tanto conductuales como psicoanalíticos. La efectividad de los primeros se veían limitada generalmente a aquellos trastornos con notables correlatos conductual tales.
- c) La emergencia de la psicología cognitiva como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información. Las

terapias cognitivas no se pueden considerar como un desarrollo tecnológico de la psicología cognitiva, sino que solo podemos hablar de una influencia convergente en la formación de un nuevo Zeitgeist que otorga un papel central a la cognición.

- **La aparición de las terapias cognitivas**

Terapias cognitivas; nacieron de la mano de diversos autores pioneros que, a pesar de sus diferencias, han coincidido en su enfoque sobre el papel de los procesos mentales. Son tres orígenes principales de las terapias cognitivas:

- a) Se considera a Kelly (1995) el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Aunque existen similitudes entre el enfoque de Kelly y las terapias cognitivas más recientes, Kelly prefería no utilizar el término <<cognición>> porque, se contraponía al de <<emoción>> y a través de él se primaba los aspectos racionales del funcionamiento humano en detrimento de los aspectos emocionales. Así mismo, Kelly prefería hablar de <<construcción>> como un término que englobaba a los otros dos. La anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. La influencia de Kelly ha sido poco reconocida en las terapias cognitivas que han ido surgiendo.

Varios líderes de la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos; el empuje proporcionado por estos autores conductistas ha sido determinante para las terapias cognitivas. Bandura fue el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual, y su aportación propicia:

La aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos, y -la postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico.

Bandura reafirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. Mahoney y Meichenbaum otorgaron un papel determinante al autocontrol (en contraposición al control ambiental externo).

En los años setenta las terapias cognitivas conocieron un auge importante al confluir el trabajo de autores independientes (Beck, Ellis, Kelly) con el enfoque cognitivo-conductual (Feixas y Miro, 1993, pp.211-212).

3.1.2 Autores y teorías del modelo.

a) George Kelly.

George A Kelly nació en 1905 en una granja de Perth, Kansas, hijo único en una familia encabezada por un ministro presbiteriano. Kelly estudió ingeniería, luego educación y antes de terminar su doctorado se dedicó 9 meses a estudiar psicología. Kelly se dedicó a ser consejero de muchos estudiantes de escuelas rurales, puso una clínica donde atendía a las personas sin cobrarles por ello, su trabajo se alternaba viendo pacientes y estudiantes y consideraba que hacía un trabajo cognoscitivo.

Kelly influyó en la formación de los clínicos no solo en Ohio y Kansas, sino en todo Estados Unidos. Fue presidente del consejo de Estadounidense de Examinadores de

Psicólogos Profesionales de 1951 a 1953, y miembro del comité de capacitación del Instituto Nacional de Salud Mental y del Instituto Nacional de Salud de 1958 a 1967. En el último año de su vida aceptó la invitación de Abraham Maslow para ocupar un puesto en la universidad Brandeis. Kelly murió el 6 de marzo de 1957 (Cloninger, 2003, p. 380).

George Kelly propuso una teoría de la personalidad que hace hincapié en los pensamientos del individuo (Cloninger, 2003, p. 382). A pesar de que en la psicología Kelly aportó una revolución cognoscitiva su teoría se encuentra relativamente aislada de otros enfoques. Basado en sus experiencias como clínico y siendo docente en una disciplina de investigación, Kelly desarrolló una metáfora de la personalidad, describiendo al ser humano como científico. Así como un científico utiliza las teorías para planear observaciones, una persona recurre a los constructos personales para predecir lo que sucederá en la vida. Igual que un científico que busca una teoría con la mayor capacidad predictiva, la persona intenta desarrollar conceptos que hagan más predecibles su vida personal, en especial en el campo de las relaciones interpersonales (Cloninger, 2003, p. 384).

- **El corolario de la experiencia:** Planteamiento que desarrolló Kelly; donde se menciona que el sistema de construcción de una persona varía a medida que construye sucesivamente las réplicas de los eventos. Se dice que la gente cambia a base de la experiencia. Kelly propuso la teoría del constructo personal y otros la ampliaron. Organizó su teoría en un postulado fundamental y en 11 corolarios, en su postulado fundamental dice: “Los procesos de una persona están psicológicamente canalizados por las formas en que anticipan los eventos (Cloninger, 2003, p.385).
- **Corolario de la construcción:** De acuerdo con el corolario de la construcción una persona anticipa los eventos al construir sus réplicas. Por supuesto, siempre hay alguna diferencia. Los sucesos no se repiten de manera exacta. No obstante, la

adaptación sería imposible si no identificáramos suficiente semejanza entre los eventos como para permitir la predicción del futuro. Logramos esto al aplicar Los sucesos no se repiten de manera exacta (Cloninger, 2003, pp.386-387).

- **El corolario de la experiencia:** El corolario de la experiencia es el planteamiento que hace Kelly de un principio del desarrollo (Cloninger, 2003, p.387). La gente cambia con la experiencia y las direcciones de este cambio varían de forma individual.
- **El corolario de la elección:** El corolario de la elección plantea que una persona elige para sí misma, en un constructo dicotomizado, la alternativa con la cual anticipa la mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema (Cloninger, 2003, p.388).
- **El corolario de modulación:** La variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos cuyos rangos de convivencia radican las variantes. Se denomina constructo permeable al que puede aplicarse a nuevos elementos: Un constructo es permeable si admite en su rango de conveniencia nuevos elementos que aún no se construyen dentro de su marco de referencia (Cloninger, 2003, p.388). Los constructos permeables se utilizan para experiencias nuevas.
- **El corolario de la dicotomía:** Este menciona que el sistema de construcción de una persona está compuesto por un número infinito de constructos dicótomos (Cloninger, 2003, p.389). Un lado del constructo bipolar suele usarse más a menudo que los otros. Los polos se conocen como el extremo de la semejanza. Ambos polos del constructo deben entenderse desde el punto de vista del individuo y a menudo no son lógicas las dicotomías. Cuatro corolarios describen la estructura del sistema de constructos: corolario de la dicotomía, corolario de la

organización, corolario de la fragmentación y corolario de rango. Los constructos dicotómicos varían en su importancia y organización dentro del sistema de constructos. Con el desarrollo, los constructos se amplía es disposiciones jerárquicas.

a) Aaron Beck.

Aaron Beck nació en Providence, Rhode Island, el 18 de julio de 1921, siendo el más pequeño de sus tres hermanos. Los padres de Beck eran inmigrantes judíos. El nacimiento de Beck se vió precedido del fallecimiento de su hermana, como consecuencia de una epidemia de gripe, situación que sumió a la madre de Beck en una profunda depresión. Durante su niñez, Beck sufre una enfermedad grave causada por una infección en un brazo roto. Sin embargo, aprendió como afrontar cognitivamente sus miedos y problemas, siendo lo que inspiró en años posteriores su teoría y sus terapias.

A principios de los años 1960 cuando era psiquiatra en la Universidad de Pensilvania, desarrolló la Terapia Cognitiva. Debido a su instinto científico e investigador, trató de poner a prueba algunas hipótesis acerca de los conceptos psicoanalíticos implicados en la depresión, diseñando y llevando a cabo diferentes experimentos. A pesar de que esperaba validar gran parte de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, se sorprendió al encontrar justo lo contrario.

Estas investigaciones le llevaron a comenzar a buscar otras formas de conceptualizar y explicar la depresión. Trabajando con pacientes depresivos, se dió cuenta de que estos pacientes se caracterizaban por experimentar pensamientos negativos que invadían sus mentes de una forma espontánea. Denominó a estas cogniciones “distorsiones cognitivas”, y descubrió que por su contenido se podían clasificar en tres categorías: aquellas que hacían referencia a sí mismos, las que hacían

referencia al mundo y finalmente las referidas al futuro. Comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y evaluar estos pensamientos y encontró que haciendo esto, los pacientes eran capaces de evaluarlos de forma más realista, lo que conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de un modo más funcional.

Desde entonces, el Dr. Beck y sus colaboradores diseminados por todo el mundo, han investigado la eficacia de esta forma de la terapia cognitiva para tratar un amplio abanico de trastornos, incluyendo la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad. Actualmente se sigue investigando con una gran cantidad de trastornos, como la esquizofrenia o el dolor crónico desde una perspectiva cognitiva.

A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, fue pionero en una terapia que ha sido extensamente probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad. Una serie de investigaciones se están realizando actualmente para evaluar su eficacia como tratamiento primario o coadyuvante para la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión de hospitalización, el dolor crónico, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y problemas de relación, entre otros. La Terapia Cognitiva, o "TC", así como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se han adaptado para varias poblaciones de niños en edad preescolar hasta de personas mayores, y se utiliza en individuos, parejas, familia, y formatos de grupo. Según la Asociación Americana de Psicología, es uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos. Es el único psiquiatra que ha publicado artículos tanto en el *journal* de la Asociación Americana de Psiquiatría como en el de la Asociación Americana de Psicología (Ambas llamadas también "APA", lo cual puede confundir al usar las mismas siglas). De hecho, ha recibido premios y honores de asociaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas

Beck sumó a su insatisfacción con la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con los postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas deseables desde la teoría psicoanalítica; sino que los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. Terapia cognoscitiva de Beck. Una de las formas más importantes de la terapia cognoscitiva para tratar la depresión fue realizada por Beck; se le conoce como terapia cognoscitiva pero en ocasiones la llamaron “terapia cognoscitiva de Beck”.

Beck piensa que la depresión de origina en patrones negativos del pensamiento que el individuo desarrolla acerca de sí mismo. Sobre todo los depresivos interpretan los hechos de forma distorsionada, muy autocrítica e inconveniente. Este tipo de individuos tiene expectativas poco realistas, exagera sus fracasos, con poca evidencia hace generalizaciones negativas absolutas sobre su persona, registra solo la retroalimentación negativa proveniente del mundo exterior e interpreta como fracaso todo lo que no sea un éxito rotundo. Según Beck, esta espiral descendente de ideas negativas y de distorsiones cognoscitivas constituye la esencia de la depresión. (Morris et al, 1998, p.554) Las suposiciones de Beck sobre la causa de la depresión se parecen mucho a las de la terapia racional-emotiva, solo que el estilo del tratamiento difiere de manera considerable. Los terapeutas cognoscitivos adoptan una actitud de menor desafío confrontación que los racional-emotivos.

c) Albert Ellis

Albert Ellis, Ph.D., fundador de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC, Ellis,1957), fue el padre de la psicoterapia cognitivo-conductual y pionero de la intervención psicoterapéutica corta y directiva, que promulga la auto-ayuda. Autor de más de 70 libros y 800 artículos (Lega & Pereira, 2005), Ellis ha sido considerado por los

miembros de las divisiones 12 y 17 de la APA (American Psychological Association Clinical & Counseling Divisions) como la segunda figura de mayor influencia en el campo de la psicología clínica en el siglo XX (Carl Rogers ocupó el primer puesto y Sigmund Freud, el tercero). En la madrugada del 24 de julio de 2007, dos meses antes de cumplir los 94 años, Ellis falleció en su apartamento en el sexto piso del Albert Ellis.

El instituto de Nueva York, a donde había regresado recientemente, como fue su deseo, después de más de un año de hospitalización. Fue un pionero del enfoque activo-directivo en psicoterapia marital, sexual, de familia, individual y de grupo, centrándose en la identificación y cambio de ideas y creencias disfuncionales del individuo para lograr su cambio emocional, la reducción de psicopatología y la búsqueda del sentido de bienestar personal. Su meta principal al crear este enfoque fue la de dar a las personas el poder de la autoayuda, cuestionando la idea psicoanalítica tradicional de que los individuos son prisioneros de su propio pasado. El estilo innovador de Ellis incluyó: la publicación de materiales de autoayuda para el público en general; las sesiones de psicoterapia por teléfono; talleres, programas de entrenamiento y conferencias alrededor del mundo.

Frustrado con lo que percibía como ineficiencia del método psicoanalítico, Ellis comenzó a aplicar a sus pacientes la misma estrategia que había utilizado consigo mismo, combinando ideas provenientes de la filosofía y del conductismo “clásico” con su propio estilo activo-directivo para la resolución de problemas (Lega y Velten, 2008, pp. 189-192).

Albert Ellis y Aarón T. Beck fueron destacados fundadores, y aún pueden considerarse los principales representantes, de las terapias cognitivas; los dos se formaron en el psicoanálisis, pero su trayectoria los llevó a rechazar todo lo relacionado con la terapia psicoanalítica por falta de evidencia empírica. Ellis rechazó la escucha pasiva por una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más racionales.

Fue así como formuló su propio modelo, una psicoterapia más corta, donde redujo el número y estilo de sus sesiones con los pacientes, reemplazando las cuatro o cinco veces por semana en “el diván” por una o dos veces por semana, cara a cara.

Los “resultados” mejoraron, y antes de que terminase el año 1953, Ellis pidió a sus pacientes que dejaran de referirse a él como “psicoanalista”.

En 1961, Ellis cambió el nombre de su psicoterapia por Terapia Racional Emotiva (Rational-Emotive Therapy, o RET) con el propósito de reflejar la conexión entre significados, propósitos y emociones. Al comienzo de 1993, la re-bautizó Terapia Racional Emotivo-Conductual (Rational Emotive Behavior Therapy, o REBT), para enfatizar los cambios en el comportamiento externo que, junto con los cambios cognitivos y emocionales, son las metas de su modelo de psicoterapia.

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto. De forma sintética y gráfica, Ellis resumió su teoría en lo que denominó el “ABC”, recordando que “entre el acontecimiento activador y las consecuencias (C) siempre hay un pensamiento (B).

“A” Evento activador	“B” Sistema de creencias	“C” Consecuencias
Representa el acontecimiento activador, suceso o situación que puede ser tanto externo como interno	Representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo	Representa la consecuencia o reacción de la persona ante un evento. Las “C” pueden ser

(pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.)	(pensamientos, recuerdo, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquema, filosofía de vida etc.)	de tipo emotivo, cognitivo y/o conductual.
---	---	--

Puede ser tanto externo que incluye todo el pueden ser de tipo emotivo como (pensamiento, interno imagen, contenido del sistema cognitivo (pensamientos, (emociones), (pensamientos) cognitivo o fantasía, conducta, recuerdos, imágenes, conductual (acciones) sensación, emoción, etc.) Supuestos, actitudes, normas, inferencias, atribuciones, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.)

El esquema completo incluye el debate “D” que implica la discusión del terapeuta con el cliente sobre sus creencias irracionales “B” para generar creencias racionales “E” y con ello nuevas consecuencias emocionales más adaptativas y funcionales “F”, para ayudar a la persona a conseguir sus metas “G” (Álvarez et al. 2016, pp.54-55). Por otro lado la TREC menciona que las causas importantes de la neurosis no son los acontecimientos sino las creencias irracionales y disfuncionales que se encuentran dentro del sistema de creencias “B”.

El **modelo de reestructuración cognitiva** destaca el papel del significado: lo importante es lo que cree la persona. Es una psicoterapia estructurada con límite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del proceso de la información en donde trabajan en conjunto terapeuta y cliente para identificar las cogniciones distorsionadas (Álvarez et al. 2016, p.55).

- **Principales terapias de la reestructuración cognitiva.**

Albert Ellis inicia una corriente en psicoterapia (1955) y 38 años después se da a conocer como TREC; unos años más tarde Beck inicia una propuesta en psicoterapias, que denomina terapia cognitiva (TC) y que es muy eficiente en la depresión y ansiedad; estas son parte de lo que ahora se conoce como corriente cognitiva conductual.

El paradigma de la psicología cognitiva consiste en el principio de la mediación cognitiva. Hace referencia que la reacción ante un estímulo está mediada por el proceso de evaluación. Ellis y Beck crearon sistemas teóricos y dispositivos técnicos que más tarde recibirían sustento de la investigación experimental; esto los transformó en terapias con apoyo empírico.

3.1.3 Técnicas del modelo cognitivo.

A) Técnicas cognitivas

Formas de averiguar las creencias:

1. Darse cuenta inducido: El terapeuta refuta las inferencias y en el debate del paciente empieza a describir las creencias subyacentes y termina por expresarlas.

2. Interpretación por inducción: El terapeuta agrupa las inferencias, genera conclusiones y las propone de tal manera que si el sujeto tiene inferencias del tipo “si no apruebo mi examen soy un tonto”, “si no soy bueno para la escuela, seré un fracasado”; el terapeuta puede interpretar que su creencia irracional gira en torno a la no aceptación del fracaso.

3. Encadenamiento de inferencias: Esta técnica se puede utilizar de la siguiente manera, cuando el individuo tiene inferencias como:

Ciente: si ella no me habla es que no me ama.

Terapeuta: ¿qué significa eso?

Ciente: que mi vida no tiene sentido.

Terapeuta: ¿y eso que significa?

Ciente: que no soporto vivir sin que me ame.

De esta manera se encuentra la creencia irracional.

4. Evaluación guiada por hipótesis: Cuando el cliente se está esforzando y no logra expresar su creencia, y se observa que explica la situación “A” y las consecuencias “C” el terapeuta genera su hipótesis y le pregunta: “Si reprobaste tu examen y te sientes muy triste, ¿es posible que tu creas que es horrible reprobado o que te digas yo debo aprobar mis exámenes? (Álvarez et al, 2016, p.59)

*** Formas de discusión teórica.**

Lógica. Se busca la coherencia lógica o deductiva de lo aseverado. Por ejemplo, se le dice al paciente: ¿qué relación hay entre que no te amé y que tu vida no tenga sentido? Antes de que fueran pareja y que no te amaba, ¿tu vida tenía sentido?”

Empírica. Se verifica la realidad, que sucede lo enunciado o que en los hechos las cosas no ocurren o no son así. Así, las preguntas que pueden generar el terapeuta serían en ese sentido: “¿Qué relación existe entre el sentido que tiene toda tu vida con el que tu pareja no te amé?, ¿se puede comprobar que la falta de amor de una persona le quite el sentido a tu vida?”.

Pragmática. Se comprueba si la ley o el pensamiento (creencia) sostenido sirve o es útil para encarar las situaciones o resolverlas de manera satisfactoria o si, por el contrario, es inútil o incluso contraproducente, y causante del trastorno o “empeoramiento” (Álvarez et al, 2016, pp.59-60)

- **Biblioterapia.** Se refiere a la recomendación del material escrito relacionado ya sea con la TREC o con la propia problemática que presenta el cliente. Dicha técnica tiene como objetivo generar una mayor conciencia y conocimiento tanto del proceso terapéutico que lo ayudará a generar un adecuado entendimiento y facilitará el compromiso con la terapia, como el padecimiento por el que acude a terapia (Álvarez et al, 2016, p.61).
- **Imaginación racional emotiva.** Implica idear con gran viveza un acontecimiento activador que hace sentir a la persona de forma alterada, ya sea con ansiedad, pánico, depresión o rabia, y trocar ese sentimiento por otro negativo, pero más apropiado, como pesar, decepción, frustración, etcétera (Álvarez et al. 2016, p.60).
- **Proyección en el tiempo.** Se usa para conseguir una reestructuración cognitiva, al apreciar que no es tan “terrible” que ocurra cuando algún hecho temido; ver las consecuencias de un hecho no son tan malas como se espera; aceptar lo peor que pudiera pasar, para cambiar lo que se pueda modificar (Álvarez et. al, 2016, p.61).

Técnicas conductuales.

- **Implosión.** Tareas in vivo, permanecer en una situación desagradable. Cambios más rápidos y drásticos que las desensibilización gradual (acercamiento paulatino al problema a través de ejercicios graduados de menor a mayor grado de

disconformidad utilizando en fobias, por ejemplo). Tiene algunos riesgos para ciertos clientes o problemas (Álvarez et al, 2016, p.61).

Técnicas emotivas

- **Aceptación incondicional.** No solo la aceptación incondicional por parte del terapeuta hacia el cliente, si no que el paciente aprenda a aceptarse a pesar de sus errores y defectos. Que no se juzguen como personas sino por hechos (Álvarez et al, 2016, p.61).

Métodos humorísticos. Uso de canciones humorísticas o tomar con humor las cosas negativas por las que pasamos. Desdramatizar las situaciones cotidianas por medio de la exageración (Álvarez et al, 2016, p.61). La aceptación positiva incondicional, la burla o el sarcasmo se dirige a la situación y nunca a la persona, teniendo la precaución siempre que aunque se tenga las mejores intenciones, que veces el cliente puede malinterpretar dicha intención y sentirse ofendido.

Inversión del rol racional: Argumentaciones fuertes y dramáticas entre el “sí mismo” irracional y el “sí mismo” racional, para darse cuenta de las polaridades, pues las personas suelen tener pensamientos totalmente contrarios ante un mismo evento (Álvarez et al, 2016, p.61).

Ejercicios de ataque a la vergüenza: Fueron creados para sentir lo que comúnmente se llama vergüenza, propician acostumbrarse a esta situación y dejarse de juzgar a sí mismo. Hacerlo sobre actos del paciente: llevar ropa estrafalaria, cantar las estaciones del metro, leer el periódico al revés, pedir en la calle, presentarse como enfermo mental,

etc. Las ideas mencionadas anteriormente van dirigidas a la idea que el sujeto tenga de ser perfecto.

Ejercicios de riesgo calculado: Realizar ejercicios experimentales para conseguir cambiar alguna conducta o sentimiento a través de acercamientos prácticos, que no supongan excesivo riesgo para nosotros o los demás (Álvarez et al, 2016, p.62).

Tareas para cada: En la TREC se aplican tareas en casa, que pueden estar enfocadas en cogniciones, conductas y emociones. Por una parte se mantienen las intervenciones en el consultorio durante la semana, una de las razones por las que este modelo se considera breve, pues en poco tiempo y con el trabajo intenso del cliente verá resultados positivos (Álvarez et al, 2016, p.62). Las técnicas conductuales se emplean con una finalidad cognitiva, con el propósito de producir un cambio en el sistema cognitivo del cliente: Para el terapeuta de conducta la modificación de conducta es un fin en sí mismo; para el terapeuta cognitivo es un medio para llegar a un fin: la modificación cognitiva (Feixas y Miro, 1993, p.230).

Asignación gradual de tareas. Cuando se le dan ciertas tareas al paciente de manera controlada la ejecución de ciertas conductas tiene ventajas cognitivas contrarrestar la idea errónea del paciente de no poderla llevar a cabo.

Técnicas de distracción. La propuesta de actividades agradables para el individuo o entretenidas (rompecabezas, ejercicio físico, escribir, escuchar música, etc.) En momentos de depresión o ansiedad permiten dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos (Feixas y Miro, 1993, p.230).

Relajación. Este es un procedimiento clásico lo cual tiene una ventaja cognitiva incrementar la percepción de autocontrol que tiene el cliente.

Programación de actividad. Establecer una agenda concreta de las actividades a realizar por parte del cliente tiene la ventaja cognitiva de evitar la inercia, luz dificultad para tomar decisiones y la fumigación excesiva.

Valoración del dominio y agrado. Consiste en pedir al cliente que registre medianamente una escala de 1 a 5 el nivel de agrado donde dominio con que realiza sus actividades diarias (Feixas y Miro, 1993, p.231). Una ventaja cognitiva se apoya en permitir valorar éxitos parciales y niveles bajos de agrado, disminuyendo así el pensamiento dicotómico de <<todo o nada>>.

Autoobservación. Permite obtener información precisa sobre actividades del cliente y su estado de ánimo; desde la perspectiva cognitiva proporcionando así una evaluación conductual que permite iniciar otras intervenciones.

Uso de autoaserciones. Se trata de la preparación de mensajes de enfrentamiento adaptativos que el cliente debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes o ansiosas. La repetición de mensajes ocupa la mente con un material pre-programado que compite con un procesamiento negativo de la información (Feixas y Miro, 1993, p.231).

Entrenamiento en habilidades específicas. Cuando se evalúa el problema se identifican déficit específicos, modelos cognitivos que introducen elementos de entrenamiento para incrementar habilidades del cliente.

Ensayo conductual y role playing. Su función es practicar dentro de la consulta conductas que el cliente deberá realizar en su contexto natural.

Ensayo cognitivo. Se le pide al paciente que imagine cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea, eso lo estimula a fijar su atención en detalles problemáticos y evitar la divagación.

Explicación del fundamento teórico al cliente. La breve y sencilla exposición del modelo cognitivo que se va a aplicar (p. ej; <<el estado de ánimo se ve más afectado por nuestra interpretación o pensamiento que por los acontecimientos mismos>>), de las causas de su problema y de los objetos de la terapia, proporciona un Marco claro y esperanzador donde el problema queda explicado y se vislumbran alternativas de futuro. Con ellos se pretende combatir la desesperanza con que a menudo acuden los clientes a la consulta (Feixas y Miro, 1993, p.232).

Identificación de pensamientos disfuncionales. Con la detección de algunos pensamientos el terapeuta se permite involucrar al paciente en la tarea de erradicarlos, mediante el empleo de procedimientos.

<<Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales>>. Se trata de un registro de Beck et al. (1979) que constituye la esencia de la terapia cognitiva para la depresión, aunque se puede emplear también en otros trastornos. El uso de dos columnas se corresponde con la autoobservación (situaciones y emociones que suscitan). La inclusión de la tercera columna supone al registro de los pensamientos automáticos que fluyen en el estado emocional negativo. La cuarta fase supone una respuesta racional al pensamiento

automático, lo cual implica una intervención sobre los pensamientos anteriores (Feixas y Miro, 1993, p.232).

Identificación de errores cognitivos. Característico del enfoque de Beck, supone enseñar al paciente a reconocer errores de procesamiento. La identificación de tal procesamiento en uno de los tipos de error cognitivo es un paso previo fundamental para el cuestionamiento de sus pensamientos automáticos (Feixas y Miro, 1993, .232).

Comprobación de hipótesis. Es una técnica bastante empleada en terapia cognitiva, sugerida por Kelly. La comprobación <<empírica>> de hipótesis que el cliente tiene sobre si y la situación se le a cabo de la siguiente forma:

- a. Usando la información disponible para el cliente sobre él mismo o en general sobre cualquier acontecimiento conocido que pueda ejemplificar la contratación de la hipótesis del cliente.
- b. Proporcionado datos por parte del terapeuta.
- c. Diseño de un experimento que implique la puesta en juego de la hipótesis del cliente.
- d. Recuperación de datos existentes en la propia historia del sujeto. Se puede extraer simplemente de la anamnesis o de la historia clínica o bien, como propone Guidano y Liotti (1983), realizar un <<análisis evolutivo>> a través de la historia vinculó afectiva del sujeto para comprender su evolución cognitiva, siendo tal comprensión histórica una fuente de datos para la hipótesis del cliente.

Disputa racional. Instrumento principal de la terapia racional-emotiva, que consiste en el cuestionamiento abiertamente y directamente sobre las creencias del cliente; el terapeuta utiliza todos los argumentos para demostrar la irracionalidad de las creencias del cliente.

Análisis de costes y beneficios. El terapeuta plasma un análisis de ventajas y desventajas sobre recurrir a un pensamiento o creencia; y el cliente distribuye 100 puntos sobre las ventajas y desventajas, quedando visible si es racional o no mantener la conducta.

Técnicas de retribución. Es un análisis de las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos, se pretende una atribución más realista de responsabilidades donde predominen sentimientos de culpabilidad.

3.2 Área de la psicología.

La psicología clínica constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos. Esta heterogeneidad se presenta como una diversidad, que de acuerdo con Pérez (1998)...raya, incluso, en doctrinas y prácticas contradictorias.

Se dice que él, psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. Esta rama de la psicología surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad, el término surge de la etimología griega klinós que significa cama, en este sentido clínico "...se inclina sobre el que yace en la cama" (Sánchez, 2008, p.1).

La ayuda psicológica va dirigida a quien tiene algún conflicto emocional, trastorno etc; los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios que

de alguna forma afectan a las personas en su desarrollo y bienestar emocional. Existe la noción de que el psicólogo es, el profesional de ayuda y facilita la intervención de personas con algún sufrimiento y angustia por procesos de pérdida llámese duelo por muerte, separación de pareja, pérdida material o problemas de vida.

Los psicólogos clínicos trabajan en la rehabilitación de personas con accidentes vasculares cerebrales, con esquizofrenia y depresión, con adicciones, autismo, educación especial y otras patologías, pero los temas más frecuentes pueden llegar a ser problemas de identidad en la adolescencia, duelos y procesos de pérdida, problemas laborales, de pareja y de preparación para la muerte, eventos normales y esperados, pero que siempre van a afectar el bienestar emocional de la persona que lo padece. El psicólogo clínico se exige la capacidad de interactuar con otros profesionales, en términos de equidad y respeto mutuo, por lo cual la formación multidisciplinaria es indispensable, al igual que una actitud de apertura, ecléctica y de autocrítica.

- **Historia.**

La psicología clínica comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta esencialmente anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, adaptativos o maladaptativos, conscientes e inconscientes (Sánchez, 2008, p.3).

Históricamente, algunas áreas de la psicología clínica como la fenomenología, el diagnóstico clínico y los regímenes terapéuticos derivan de la psiquiatría, otras áreas como la psicometría de los ámbitos educativos y del reclutamiento militar; la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y todos ellos se fueron incorporando en un campo disciplinar específico que, desde la perspectiva psicológica, pretende ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta por

padecer sufrimiento y angustia de manera primaria; o de manera secundaria, por el sufrimiento que causan otras enfermedades y condiciones (Sánchez, 2008, p.4).

De acuerdo con Anzola (2005) la psicología, como campo de estudio, aborda las sensaciones y motivaciones del ser humano, la compleja red de aprendizajes entrelazados que conducen al comportamiento, la personalidad y también la conducta desviada (Sánchez, 2008, p.4).

La ciencia psicológica se especializa en distintas ramas de su estudio y de ahí derivan la psicología escolar, psicología social, psicología experimental, psicología industrial y la psicología organizacional, y la primordial en este tema que es la psicología clínica, enfocada en el ámbito de la salud, la patología mental y la adaptación y sobrevivencia ante eventos y circunstancias de la vida. La función de un psicólogo clínico es evaluar diagnosticar personas de forma individual o grupos según sea la necesidad, con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal.

La psicología clínica constituye un campo disciplinar complejo y más o menos delimitado lleva una relación con las ciencias médicas y de la salud, con la psicometría, la visión humanista del ser y la hermenéutica, la cual se encarga de interpretar en el ser humano lo que significa la enfermedad, la condición de vida y de qué forma afecta al individuo en su contexto.

Se sabe que la psicología clínica aparece formalmente en 1896 en la Penn University cuando Lighthner Witmer utiliza el término "Psicología Clínica".

Lightner Witmer (1867-1956) es conocido por ser el creador del término “psicología clínica” En el año 1896 establece la primera clínica psicológica del mundo. Sin embargo, su compromiso con la investigación de laboratorio siguió durante algún tiempo, por lo que en 1902 publicó un manual de laboratorio y en 1904 colaboró con Edward B. Titchener en la formación de un grupo que posteriormente se conocería como Sociedad de Psicólogos Experimentales. Este autor es conocido como el padre de la “Psicología clínica”.

Al final del decenio 1920-1929, los clínicos comenzaban a inquietarse y buscaban cada vez más reconocimiento por el papel que desempeñaban, dando su interés especial y único, en 1935 el comité de normas definió la psicología clínica como “el arte y técnica relacionados con los problemas de adaptarse los seres humanos”. En 1936 se publicó el primer texto de psicología clínica y en 1937, se inicia la publicación de lo que hoy del Journal of Consulting Anderson Clinical Psychology, considerado el inicio de la consolidación de la psicología como un campo profesional, único y diferente de otras disciplinas (Sánchez, 2008, p.6).

Se dice que las dos guerras mundiales del siglo xx contribuyeron a consolidar esta especialidad, los psiquiatras estaban en la posguerra, pero cuando los fondos financieros abundaban para atender a los que habían combatido, el psicólogo clínico se moldea dentro de este ámbito como psicoterapeuta en trastornos mentales y psicológicos, y le dan la definición de científico práctico.

Por tanto, el ámbito clínico puede ser considerado como un laboratorio para el psicólogo clínico y debe ser abordado con la misma disciplina, pensamiento crítico, imaginación, apertura y rigor, que caracteriza al científico en cualquier otro ámbito (Sánchez, 2008, p.7).

- **La psicología en México.**

En los albores del siglo xx se observó una preocupación por la psicología en México, a decir por los libros publicados sobre el tema por las instituciones de entonces y la tendencia de invitar científicos extranjeros a eventos académicos y médicos (Sánchez, 2008, p.7).

La psicología en el sentido moderno nació en México en 1896, cuando Ezequiel Chávez fundó el primer curso de psicología en la escuela Nacional Preparatoria. En esta primera época de desarrollo, es notable la influencia de la psicología francesa y alemana (Sánchez, 2008, p.7).

Galindo (2006) identifica 3 enfoques relevantes en la psicología en México: el transcultural, el conductual y el psiquiátrico- psicométrico. El primero, el transcultural, coincide con la fundación de la licenciatura en psicología en psicología en 1959 en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), vinculado con los psicólogos de la Universidad de Texas en Austin, y alrededor de la figura de Rogelio Díaz Guerrero (Sánchez, 2008, p.7).

En México no existe mucha cultura sobre la salud mental puesto que tiene 61 años de haber llegado como tal la licenciatura a una universidad y la gente no le da la importancia necesaria para nuestra salud. El conductismo surge a finales de 1960-1969, basado en el autor Emilio Ribes quien señalaba que la única postura dentro de la psicología moderna la constituye el enfoque metodológico derivado de la corriente estímulo -respuesta. El enfoque psiquiátrico-psicométrico, es el más antiguo de la psicología mexicana, pues está vinculado directamente con las tendencias predominantes en el periodo de formación de los años 70's.

- **Campo profesional.**

La psicología clínica es una disciplina en la cual confluyen la tradición psicométrica y la psicoanalítica, es decir, el énfasis se pone en la mediación, de las diferencias individuales por un lado, y por el otro, en la comprensión de los mecanismos inconscientes que subyacen a la conducta. En México, los psicólogos han laborado históricamente como auxiliares psiquiátricos y como administradores de pruebas psicológicas (Sánchez, 2008, p.8).

Casado (1998) afirma que en el ámbito de la salud mental, la intervención del psicólogo clínico no es desde la perspectiva de enfermedad, curación, paliación de síntomas o todas, sino desde una visión más amplia del sujeto con biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que lo somete a un conjunto de exigencias (Sánchez, 2008, p. 8).

Las investigaciones que se han llevado a cabo con mujeres que padecen cáncer de mama avanzado han demostrado, que si participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que quienes no intervienen en este tipo de actividad. Al igual que la depresión predice la incidencia de cardiopatía y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia con una mayor supervivencia entre los afectados por el VIH/SIDA. En esta coyuntura entre la salud mental y física, la actuación en el terreno de la patología y la responsabilidad de ayudar a individuos sanos en periodos de dificultad es lo que caracteriza el campo del psicólogo clínico como profesional multidisciplinario, con fuerte necesidad de colaborar y comunicarse con otros profesionales de ayuda, tales como: tutores, psicólogos clínicos, psicoanalistas, psiquiatras y neurólogos, por mencionar algunas áreas a fines (Sánchez, 2008, p.9).

- **Salud mental y enfermedad.**

Una de las necesidades básicas del ser humano que siempre estará en primer lugar es gozar de buena salud, es por ello que siempre la familia, comunidades y personas se preocuparan por conservar niveles óptimos saludables. Como se manifestó en la cámara de Diputados en México "Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un Plan Nacional de Desarrollo de sus propios pobladores" (Sandoval y Richard, 2005, citado por Sánchez, 2008, p.17).

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas quienes padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia o medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y personales (Sánchez, 2008, p.17).

De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS, 2005), actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna enfermedad de trastorno mental que les genera sufrimiento en incapacidad. Aproximadamente, 130 millones de ellas sufren depresión; entre 70 y 90 millones de padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren de esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y cerca de 15 millones intentan suicidarse.

En el transcurso de su vida, una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental y se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004, citado por Sánchez, 2008, pp.18-19). Esto

supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas debido a padecimientos mentales y se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan 12% de la carga de morbilidad en el mundo.

La OMS (1946) ha definido la salud en general, como un estado de completo bienestar mental, físico y social; y no meramente como la ausencia de enfermedad o dolencia; pero si define el concepto de salud mental es mucho más difícil. Pese a la diversidad de opiniones existentes, es posible consensuar tres ideas fundamentales respecto a la salud mental. La primera es que la salud mental es una parte integral de la salud y es más que la ausencia de enfermedad. La segunda es que la salud mental está íntimamente conectada con la salud física. La tercera, tiene que ver con el sentido de felicidad, libertad, paz social y oportunidad, conceptos mucho más subjetivos, pero importantes de tener en cuenta cuando hablamos de una persona con salud mental (Sánchez, 2008, p.19).

Los trastornos mentales llegan a ocasionar costos tanto económicos como sociales, familiares, emocionales y personales para quienes los padecen y para quienes están a su alrededor puesto que si la persona es incapaz de hacerse cargo de sí misma en ningún aspecto debido al trastorno la familia se le queda cierta responsabilidad con el enfermo.

Los costos sociales también son importantes cuando existe un rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo para las personas con trastornos mentales. Recientemente, la OMS ha redefinido el concepto de salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus habilidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, trabajar fructífera y productivamente y es capaz de hacer una contribución a su propia comunidad (Sánchez, 2008, p.20).

Hablar de salud mental no implica a solo la ausencia de enfermedad (anormalidad); sino que conlleva aspectos subjetivos de la condición individual, la capacidad de adaptación al entorno, la felicidad, la libertad y la competencia personal. Personalmente, la definición genial de Freud de salud mental tienen "und arbeiten" ("amar y trabajar") es casi siempre un criterio suficiente para dilucidar si un individuo está mentalmente sano y ajustado. Es decir, una persona que puede trabajar (estudiar, llevar un hogar, etc.) Y amar (tener relaciones sociales sanas, de pareja, de convivencia comunitaria, etc.) Es una persona quien quizás no requiera de servicios profesionales de salud mental (Sánchez, 2008, p.20).

- **Problemática de salud mental en México.**

En México, existen muchos problemas de salud mental que son pobremente atendidos o en algunos casos ni si quiera se atienden, se estima que alrededor de 15 millones de personas padecen alguna enfermedad mental. La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes, la tasa de suicidio en los últimos 20 años ha incrementado.

Aunque en México los problemas de salud mental en la infancia no son identificados se calcula que 7% de la población entre 3 y 12 años de edad se encuentra afectada, por ejemplo, en las escuelas de educación especial de la secretaría de educación pública (SEP), se atienden anualmente aproximadamente a 140 mil niños con problemas de aprendizaje (Sánchez et al. 2003). Se calcula que solo una de cada cuatro personas afectadas por trastornos mentales o psicológicos recibe atención profesional en México (Medina et al. 2005, citado por Sánchez, 2008, p.22).

No solo los seguros privados excluyen las enfermedades mentales en sus pólizas, también en algunos lugares médicos públicos no cuentan con infraestructura para tratar

trastornos mentales y del comportamiento por lo que las familias en México, no atienden a sus familiares con enfermedades mentales por falta de dinero. Pese a los grandes avances en salud mental en el país siguen existiendo deficiencias en esta área y aún falta mucho por hacer.

- **Otras visiones de la salud mental.**

Para el congreso mexicano la salud mental está determinada por tres variables:

- a) El nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros
- b) La capacidad psicológica de formar opciones para uno mismo
- c) Y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello

Por lo cual la salud mental implica la capacidad de procurarse vivencias satisfactorias. En otras palabras, una persona mentalmente sana es capaz de ser feliz, de procurarse una experiencia satisfactoria de la vida en lo poco o mucho que esto dependa de la persona misma (Sánchez, 2008, p.24).

- **Sufrimiento.**

Lidiar con un padecimiento mental no es nada fácil, se sufre es el "dolor del alma", la falta de bienestar, de confort, el malestar que es consecuente con referentes cognitivos y con actitudes con activos de algún padecimiento. La causa del dolor puede variar de elementos biológicos, puede haber una causa física y una disfunción corporal.

Por ejemplo el sufrimiento que puede tener una madre al ver la conducta autodestructiva de un hijo; la pena y sufrimiento que manifiesta una persona quien no ha logrado lo que se ha propuesto, la "cruda moral", etc (Sánchez, 2008, p.27).

- **Conducta Maladaptativa.**

Mientras el sufrimiento es básicamente un aspecto afectivo y negativo que siente el individuo, la conducta maladaptativa se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace (Sánchez, 2008, p.27). La adaptación es como el individuo se desenvuelve en el medio ambiente como afronta sus situaciones y problemáticas y como se ajusta a los cambios en su entorno. Los términos resiliencia y afrontamiento (coping) describen la capacidad de adaptación por lo que; valorar la conducta adaptativa es importante ya que este es uno de los aspectos más relevantes para identificar la normalidad. Por ejemplo la persona quien no puede tolerar cambiar de estatus en su empleo, o que no se adapta ante la separación o abandono del cónyuge, etc. Se dice quizás con razón que gran parte de la inteligencia y capacidad de sobrevivencia del individuo reside en esta capacidad de adaptación, en biología el dicho “adaptarse a morir” es regla para muchas especies (Sánchez, 2008, p.28).

- **Pérdida de control.**

En salud mental el control se refiere a la consistencia que a través del tiempo muestra una persona en su conducta. Connota la capacidad para predecir la reacción de una persona conocida ante un evento determinado. Una persona con control de sí misma es muy predecible; pero para que exista control debe actuar de una manera ponderada, racional y con propósito (Sánchez, 2008, p.28). Las personas con habitabilidad afectiva o con carácter explosivo, se caracterizan por perder el control fácilmente.

- **Pobreza y salud mental.**

En México, ningún libro de psicopatología puede obviar la discusión de la relación entre la pobreza y la enfermedad mental. La OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas para preservar la salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo.

CONCLUSIONES

Se señala la intención de detectar casos que presentarán la sintomatología de los trastornos alimenticios, y poder proporcionar atención oportuna, con la finalidad de prevenir el desarrollo del trastorno. Las conductas de riesgo más utilizadas son el uso de laxantes y recurrir al vómito por miedo a engordar; lo más importante sería promover una atención psicológica adecuada y combinar con una adecuada alimentación y ejercicio; obteniendo así buenos resultados y una mejor calidad de vida.

La sociedad actual promueve la delgadez, en especial de la mujer, como requisito indispensable de la belleza y lo podemos observar en anuncios de TV, anuncios en espectaculares, en internet, en los concursos de belleza, por mencionar algunos. Y una buena parte de las mujeres que se encuentran en la adolescencia o, adultez temprana muestran insatisfacción con su peso y su forma corporal. Esta situación desencadena una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso y son un riesgo, puesto que desencadena un tipo de trastorno alimentario.

Como ya se ha venido mencionando los trastornos alimenticios son alteraciones en la manera de ingerir alimentos; cuando dejamos de hacerlo es cuando se presentan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa las cuales se derivan de la baja autoestima como factor primordial.

En la anorexia nerviosa las personas comen muy poco puesto que tienen miedo de engordar, se fijan en la cantidad de calorías que contiene cada alimento, son estrictas en que alimentos van a ingerir y que cantidad pueden comer para no engordar, a pesar de ser personas muy delgadas tienen una imagen corporal distorsionada y se siguen viendo gordas.

Para lograr perder más peso las personas con anorexia no desayunan y hacen ejercicio en exceso algunas veces lo combinan con laxantes y diuréticos.

Las personas con bulimia nerviosa comen demasiado incluso también se dan atracones de comida, y ahí es cuando recurren a vomitar para compensar el atracón, se purgan, usan laxantes, diuréticos, usan pastillas para perder peso, hacen ayuno al siguiente día del atracón o ejercicio en exceso.

El trastorno por atracones también es considerado un trastorno alimenticio pero este al contrario de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, se presenta cuando la persona come demasiado y pierde el control para dejar de ingerir alimentos de forma excesiva, comen cantidades exageradas de alimentos aun sin tener hambre, y aunque después de haber cometido un atracón se sienten mal emocionalmente por no haber podido detenerse no pueden dejar de hacer, y claro que ganan peso e incluso pueden llegar a ser personas obesas.

Los síntomas físicos que presenta una persona con anorexia nerviosa son: presión baja, pulso lento, cansancio, mareo, estreñimiento, amenorrea, osteoporosis, pérdida de cabello, pérdida de dientes y lanugo en el cuerpo. Los síntomas psicológicos son: depresión, soledad, tristeza, ansiedad y miedo a ganar peso.

Los síntomas físicos de las personas con bulimia nerviosa son iguales a los de la AN solo que aquí aumentan el sangrado por vómito, sangrado en las heces, caries, hinchazón de mejillas. Los síntomas psicológicos son parecidos a la AN: baja autoestima, depresión y consumo de alcohol y drogas.

En el trastorno por atracón si diferencian las afecciones: diabetes, presión alta, colesterol, triglicéridos, apnea del sueño e hígado graso. Psicológicamente se ven afectadas por la baja autoestima, ansiedad, depresión, fuera de control, impotentes etc.

Los trastornos son detectados por especialistas médicos o psicólogos, la mejor manera de tratarlos es con un conjunto de especialistas, psicólogo, médico, nutriólogo y dentista debido a las afecciones que presentan en los dientes. Los detalles del tratamiento dependerán del tipo concreto de trastorno de la conducta alimentaria que presente la persona y de lo grave que sea. Algunas personas deben ser hospitalizadas debido a su extrema pérdida de peso y a las complicaciones médicas que presentan.

La mayoría de las personas que no desarrollan un nivel alto de autoestima, nunca llegan autorrealizarse, puesto que la autoestima debe ser primordial en la vida de la persona y será muy gratificante vivir; cada persona le da el valor que tiene a su autoestima y esta se va construyendo a lo largo de la vida, por eso bien importante lo que se le dice a las personas desde niños pues desde esa edad empieza el individuo a darle su propio valor del yo y de lo que ven otras personas en nosotros.

Algunos autores hacen mención a que no nacemos con autoestima, sino que la vamos desarrollando conforme vamos creciendo y teniendo experiencias con los diversos contextos en los que nos desenvolvemos, familia, escuela, amigos, sociedad.

REFERENCIAS

Alvarado Sánchez Alicia María et al, Guzmán Benavides Evelyn, González Ramírez Mónica Teresa, 2005, “**Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad**”, <https://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>, recuperado 4 de abril de 2020.

Álvarez Cuevas Silvia María et al Escoffié Aguilar Elia María, Rosado y Rosado María, Sosa Correa Manuel, 2016, “**Terapia en contexto**”, México, Manual Moderno.

Barlow David H., 2018, “**Manual Clínico de trastornos Psicológicos**”, México, Manual Moderno.

Belloch Amparo, et al Sandin Bonifacio, Ramos Francisco, 1995, “**Manual de Psicopatología**”, España, Mc Graw Hill.

Carlson Neil R.,1996, “**Fundamentos de Psicología Fisiológica**”, México, Pearson.

Casanueva Esther, et al Kaufer-Horwitz Martha, Pérez Lizaur Ana Bertha, Arroyo Pedro, 2008, “**Nutriología Medica**”, México, Panamericana.

Cloninger Susan C., 2003, “**Teorías de la personalidad**”, México, Prentice Hall.

Diccionario de psicopatología y pedagogía, 2003, México: editorial Euro México.

Gempeler Rueda Juanita, 2005, internet **“Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos por de la conducta alimenticia y la obesidad?”**,
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634205>, recuperado 25 de febrero de 2020.

Guerra Alfonso et al Jorge Pablo, 2013, internet **“Revista cubana de salud”**
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428801001>, recuperado 30 de noviembre de 2019.

Guillem Feixas, et al Miro Ma. Teresa, 1993, **“Aproximaciones a la psicoterapia”**, España, Paidós Ibérica.

Good Tomas L. et al Brophy Jere, 2001, **“Psicología Educativa”**, México, MC Graw Hill.

Lega Leonor et al Velten Emmett. 2008, internet **“Revista latinoamericana de Psicología”** <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80500123>, recuperado 27 de febrero de 2020.

López Carolina et al Janet Treasure, 2011, **“Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes”:** Descripción y manejo,
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf, recuperado el 16 de noviembre 2019.

Meece Judith L., 2020, “**Desarrollo del niño y del adolescente para educadores**”, México, MC Graw Hill.

Méndez Sánchez Nahum et al Uribe Esquivel Misael, 2013, “**Obesidad**”, México, MC Graw Hill.

Morris Charles G. et al Maisto Alberto A., 2001, “**Psicología**”, México, Pearson Education.

Naranjo Pereira María Luisa, 2007, internet “**Autoestima un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso**”, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>, recuperado 26 de febrero de 2020.

Papalia Diane E. et al Wendkos Olds Sally, 2002, “**Psicología**”, México, Mc Graw-Hill.

Papalia Diane E. et al Wendkos Olds Sally, 2002, “**Desarrollo humano**”, México, MC Graw Hill.

Papalia Diane E. et al Sally Wendkos Olds, 1997, “**Fundamentos de Desarrollo Humano**”, México, MC Graw Hill.

Rodríguez Naranjo Carmen et al, Caño Gonzalez Antonio, 2012, “**Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención**”,
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56024657005.pdf>, recuperado 4 abril de 2020.

Sánchez Escobedo Pedro, 2008, “**Psicología Clínica**”, México, Manual Moderno.

Santiago Lopezó Soledad, 2001, “**Programa de intervención para mejorar la Estabilidad Emocional**”, <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618319005.pdf>, recuperado 4 de abril de 2020.

Uribe Mallarino Consuelo, 2004, “**Desarrollo Social y Bienestar**”,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79105802>, recuperado 29 de febrero de 2020.

Woolffolk Anita E., 1999, “**Psicologia Educativa**”, México, Pearson.