

INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8951-25

**LA INFLUENCIA DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA INSATISFACCIÓN
DE LA IMAGEN CORPORAL: UNA PROPUESTA DE TALLER EN ADOLESCENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SAMANTHA PAMELA OLMOS MEZA

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. IRMA MAGNOLIA RAMÍREZ GONZÁLEZ

TEHUACÁN, PUEBLA 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTOS	8
RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN	11
JUSTIFICACIÓN:	13
1. METODOLOGÍA.....	17
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	19
1.3 TIPO DE ESTUDIO	19
1.4 DISEÑO DE ESTUDIO	20
1.5 TÉCNICA	21
1.5.1 SUJETOS	21
1.5.2 PROCEDIMIENTO.....	21
1.5.3 PROPUESTA DE EVALUACIÓN	22
1.5.4 VIABILIDAD.....	22
1.5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
2. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	23
2.1 DEFINICIÓN.....	23
2.2 ANTECEDENTES DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO.....	26
2.3 CLASIFICACIÓN	28
2.3.1 ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS Y ESTIGMAS.....	44
2.3.2 ESTEREOTIPOS SOCIALES DE GÉNERO	47
2.3.3 ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y SALUD	48
3. IMAGEN CORPORAL.....	50
3.1 ANTECEDENTES	50
3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE IMAGEN CORPORAL	52
3.3 ESQUEMA CORPORAL	54

3.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL ESQUEMA CORPORAL	56
3.4 IMAGEN CORPORAL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA	59
3.4.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA	61
3.4.2 MODELO DE SHAVELSON	63
3.4.3 ETAPAS EN LA FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO	64
3.4.4 LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO PERSONAL	65
3.5 LA AUTOESTIMA	68
3.6 IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS.....	70
3.6.1 TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS .	71
3.6.2 ANOREXIA NERVIOSA	72
3.6.3 BULIMIA NERVIOSA.....	74
3.6.4TRASTORNO DE ATRACONES.....	77
3.6.5 OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS ESPECIFICADO.....	79
3. 6. 4 OTROS TRASTORNOS	80
3.6. 5 TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL	80
3.6.6 TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS.....	82
4. ADOLESCENCIA.....	85
4.1 DEFINICIONES DEL CONSTRUCTO	85
4.2 ANTECEDENTES	86
4.3 DESARROLLO FÍSICO	90
4.3.1 PUBERTAD VS ADOLESCENCIA.....	94
4.3.2 DESARROLLO NEUROBIOLÓGICO	98
4.3.3 SALUD FÍSICA Y MENTAL	100
4.4 DESARROLLO COGNOSCITIVO	102
4.4.1 DESARROLLO DEL LENGUAJE	104
4.4.2 RAZONAMIENTO MORAL: LA TEORÍA DE KOHLBERG	105
4.5 DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA:	106
.....	108
4.5.1 RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS IGUALES Y LA SOCIEDAD ADULTA	109
5. TALLER “EMPIEZO POR MÍ: CONOCER, CUIDAR Y ACEPTAR MI CUERPO”	118
5.1PRESENTACIÓN	118
5.2 OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:.....	118

5.3 CONTENIDO DEL TALLER:.....	118
5.4 POBLACIÓN.....	119
5.5 PROPUESTA DE TALLER “EMPIEZO POR MÍ: CONOCER, CUIDAR Y ACEPTAR MI CUERPO	120
6 CONCLUSIONES, DISCUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	143
REFERENCIAS:.....	146

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Desarrollo de los objetivos psicosociales durante la adolescencia</i>	88
<i>Figura 2. Desarrollo del cerebro entre los 5 y los 15 años</i>	89

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Entrevista sobre los estados de identidad.....</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 2. Factores familiares y de personalidad asociados con los adolescentes en los cuatro estados de identidad.....</i>	<i>99</i>

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada con amor y cariño, principalmente a mi mamá, la persona que más amo, la mujer maravillosa, la mujer a la que le debo todo lo que soy, a mí papá por su apoyo, amor y motivación, a ambos que me han apoyado, sostenido y acompañado en este proceso, por creer en mí y hacerme ver que todo se puede mientras haya dedicación, responsabilidad, amor y sueños por cumplir. Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ellos este trabajo sabiendo que por ellos pude llegar hasta aquí, muchas gracias papás por su apoyo.

A mis hermanos que de igual manera han confiado en mí, especialmente a mi hermano quien me apoya, me ha escuchado y sobretodo que me ha motivado a ser mejor, a esforzarme y no dejarme caer cuando las cosas no han ido bien, gracias por tu cariño y apoyo.

A mi sobrino que me enseña el amor más sincero y puro, que el conocer te asombra y te hace feliz.

Para mis amigas que han sido una gran compañía en este caminar, que sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías, temores y tristezas que en muchas ocasiones y actualmente son una parte fundamental de mi crecimiento personal, les agradezco el tiempo, el apoyo, la motivación, los consejos, las risas y todo el amor que hay.

Sin duda alguna a mí porque a pesar de que en muchas ocasiones uno no sabe en donde se encuentra o como seguir, pude abrir camino para lograr algo que anhelaba y deseaba sin duda alguna ha valido la pena y el esfuerzo porque a pesar de que en ocasiones la espera se torna larga nunca es imposible.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi casa el Instituto Universitario Sor Juana, que me abrió las puertas y que desde el primer día me brindaron un lugar seguro, por la formación como profesional, un lugar en donde sin duda pude conocer a grandes personas, maestros y amigos, que hicieron mejor la experiencia.

Agradezco de todo corazón a mi asesora la **Mtra. Irma Magnolia Ramírez González** porque fue la primera persona que hizo que el estar en la institución se hiciera más satisfactorio y quien brindaba acompañamiento cada que lo necesitábamos, gracias por su cariño, sus consejos, su paciencia y sobre todo por los conocimientos compartidos. Siempre la recuerdo con mucho amor y respeto, gracias por aun seguirme acompañando a lo largo de esta tesis, eso significa mucho para mí porque fue un poco difícil, pero su acompañamiento me hizo ver que, aunque hay veces en que tenemos que dejar un lugar el cual queremos, siempre vendrá algo mejor para nosotros y que hay lugares aún por explorar a pesar de tener miedo, gracias, por tanto.

Le agradezco a mis maestros que fueron parte de mi formación estos 4 años, gracias miss Blanca, que siempre llegaba con una gran sonrisa y con mucha motivación sabiendo que nos iba a enseñar un tema nuevo, gracias por su entrega y también por el cariño que nos brindó; gracias al doctor A. Eduardo que ha sido un gran ser humano y maestro el cual siempre ha buscado acompañar a sus alumnos y brindarles apoyo cuando lo necesitábamos y no lo sabíamos, gracias por su paciencia y su pasión cada vez que nos daba clases; gracias al profe Raúl por su calidez humana, por ser siempre empático y enseñarnos cosas nuevas; gracias al profe César que cada día nos motivaba a esforzarnos y nos aconsejaba desde su experiencia para que fuéramos mejores; gracias a Mailet que ha sido una gran persona y en muchos momentos me brindo ayuda y apoyo; gracias a mis demás maestros que a su manera estuvieron presentes no solo para brindar sus conocimientos sino también compañía, gracias por su apoyo y hacernos ver lo maravilloso que es aprender y disfrutar de esta hermosa profesión.

Gracias a mis compañeras y sobre todo a mis amigas y amigos que encontré en el camino, gracias Mari, Conchita, Miss Charito y Alondra se han vuelto una familia para

mí, gracias por los grandes momentos compartidos, gracias por la motivación y el acompañamiento día a día, son esas personas a las cuales siempre llevare en el corazón.

Gracias a mis demás amigos que en mis días malos estuvieron ahí y me motivaban para seguir adelante, aun cuando había situaciones difíciles, ahora entiendo que con compañía siempre es mejor y ustedes son parte de esta motivación para creer, crecer y seguir, no los menciono, pero espero que si en algún momento llegan a leer mi trabajo puedan sentirse identificados y saber que con amor les agradezco todo lo que en algún momento hemos pasado y el apoyo que me han brindado, los llevo siempre en mi mente y en mi corazón.

Gracias vida por permitirme llegar a este punto y dejarme demostrarme que pude y podré.

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se realiza una propuesta de taller dirigido a adolescentes de entre 12 y 16 años, con la finalidad de contribuir a la disminución de la insatisfacción corporal, que se encuentren con preocupación por la imagen corporal y/o interesados en el tema, brindando información y herramientas útiles para su prevención o manejo. El taller está planteado para llevarse a cabo en un primer nivel de intervención (preventivo).

La investigación teórica para desarrollar la propuesta abarca estudios sobre los estereotipos de género, su definición, importancia, clasificación y particularidades, para tener una comprensión clara de los estereotipos que se juegan con los adolescentes. Así mismo, se recopila información respecto a la imagen corporal, considerando las diferencias entre la imagen y el esquema corporal, reconociendo el desarrollo psicológico del esquema, tanto como el autoconcepto y autoestima, mismos que también se revisan a detalle y se hace una descripción de la relación que guarda la imagen corporal con los diversos trastornos alimenticios. Se revisa a profundidad la etapa del desarrollo conocida como adolescencia, para tener una idea clara de los cambios y características propias de esta etapa, reconociendo desde sus definiciones, el desarrollo físico, neurobiológico, abordando salud física y mental, así también desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial, considerando la relación con la familia, el grupo de iguales y la sociedad adulta. Terminando la presente investigación, propiamente con la propuesta de un taller llamado “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo”, que busca ser un aporte para la prevención de la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes.

Palabras clave: *Estereotipos, género, imagen corporal, adolescencia, taller preventivo.*

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se ha visto un cambio en la valoración de las dimensiones corporales y la cultura tiene un gran impacto sobre los seres humanos ya que esta influye en las creencias sociales, rituales, modas, etc; las cuales adquirimos y asimilamos debido a que se van transmitiendo por generaciones y éstas han sido validadas en la cotidianidad de los seres humanos y no importa que estos aspectos sean positivos o negativos. (Moreno y Graell, 2019)

Por ello es importante poder abordar el tema sobre la insatisfacción de la imagen corporal específicamente en adolescentes, ya que existen mayores factores de riesgo, los cuales se ven influenciados por su contexto, medios de comunicación y de esta manera se pueden generar trastornos de la conducta alimentaria que afectarían su salud.

Actualmente los adolescentes viven en un mundo mediatizado por las redes sociales, en el cual la instantaneidad, la imagen, la mirada de los demás, la aceptación o el rechazo, es el entorno en el cual deben desarrollarse. Si bien es parte de toda adolescencia, la actual y la pasada, el constituirse a partir de la devolución de la mirada de los otros sobre nosotros mismos, la característica de inmediatez y masividad propia de la era de las redes sociales refuerza el valor de lo exterior en la autopercepción, a pesar de tener diversas herramientas a su alcance, sigue teniendo prejuicios, los cuales afectan la salud mental y física de los individuos. (Fundación Imagen y Autoestima, 2013)

El marco teórico está conformado por cuatro capítulos los cuales describen el tema sobre la insatisfacción de la imagen corporal.

En el capítulo uno se presentan los aspectos metodológicos a los que responde esta investigación, relacionados con el planteamiento del problema, los objetivos y el tipo de investigación que se está realizando junto con una propuesta de taller el cual está dirigido a los adolescentes.

En el capítulo dos se abordan definiciones respecto a que es un estereotipo y el género, se van desarrollando subtemas que nos van a permitir entender históricamente como surgen estos conceptos y lo que en conjunto significan en la sociedad, como preámbulo nos indican que es la práctica de atribuir a un individuo, mujer u hombre, atributos, características o roles específicos por pertenecer a un grupo social los cuales son construidos desde la niñez y estos responden a roles asignados en cada cultura.

En el capítulo tres se aborda la imagen corporal con el que se pretende trabajar empezando con la conceptualización de los antecedentes, el concepto mismo de la imagen

corporal, desglosando otro concepto que va de la mano el cual es el esquema corporal, su desarrollo psicológico, autoconcepto, autoestima y por la clasificación de los trastornos alimenticios que pueden afectar la salud.

El capítulo cuatro aborda el concepto de adolescencia puesto que es la población con la que se pretende trabajar y a donde va dirigida la investigación, se habla sobre el desarrollo físico, neurobiológico, cognoscitivo, del lenguaje y el desarrollo psicosocial es decir la relación que tiene con sus iguales, papás y hermanos.

Se realizan las conclusiones debidas con base a los objetivos planteados inicialmente, así como las sugerencias, los alcances y las limitaciones que deberán tomarse en cuenta al momento de realizar el taller: “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo”.

JUSTIFICACIÓN:

“Los estereotipos de género son ideas, cualidades, representaciones culturales, que contienen prejuicios, valores, normas o prohibiciones sobre la vida de hombres y mujeres”. (Revista de Investigación Educativa, 2007, p. 37)

Históricamente se ha considerado que mujeres y hombres no son “iguales”, tienen su propia función e idealización.

Podemos observar que muchas de las normas sociales que adoptamos en cuanto al género, es decir, lo que se espera de las niñas y los niños quedan arraigadas desde los primeros años de vida y tienen consecuencias negativas que impactan en la edad adulta. Un ejemplo de lo antes señalado, es la aproximación que realiza Freixas, establece una aproximación a las características que impone la cultura patriarcal a la subjetividad femenina, tales como el imperativo de belleza, la predisposición natural al amor, la consideración de la identidad de la mujer sujeta a la maternidad y el mandato de la mujer como cuidadora y responsable del bienestar ajeno, mientras que la masculinidad prepara a los hombres para enfrentar la vida con fortaleza, conocimiento, poder, engreimiento y habilidad, aunque también les enseña a rechazar sus sentimientos cubriéndose así con una máscara insensible. (Freixas, 2001, pp. 25-26)

Spencer, Steel y Aronson, demuestran empíricamente cómo los estereotipos internalizados afectan al autoconcepto del sujeto, los procesos cognitivos, las aptitudes intelectuales y el desempeño en la ejecución de tareas. (Citados en Bravo y Moreno 2007, p. 38)

Así que las representaciones de género o concepciones sobre el género constituyen elaboraciones simbólicas no sólo visuales sino también discursivas acerca de las relaciones entre hombres y mujeres y su lugar en la sociedad (Flores, 2007, p. 106)

Otro factor que debe ser tomado en cuenta es la insatisfacción con la imagen corporal, Rosen, señala que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. (Citado en Salaberria, Karmele; Rodríguez, Susana; Cruz, Soledad, 2007, p. 172)

En los últimos tiempos ha alcanzado proporciones sin precedentes, la preocupación anómala por la imagen corporal que no es exclusiva de nuestra actualidad, debido a que cada periodo histórico cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diversos conceptos respecto a la propia imagen; como consecuencia de esto, la imagen corporal está

influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales. (Vaquero, Cristóbal, Alacid y cols, 2013, p. 28)

Por ejemplo, Alcón, afirma que “si no se tiene una imagen corporal sana, el propio cuerpo puede convertirse en un problema importante para muchos individuos”. De modo que la insatisfacción corporal representa una gran conflictiva para muchas personas e incluso puede causar otros problemas y trastornos. (2015, p. 86)

Dentro de las alteraciones de la imagen corporal se pueden distinguir tres tipos:

- ❖ Alteraciones perceptivas: técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal. Para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión.
- ❖ Alteraciones de aspectos subjetivos: técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos y actitudes sobre la propia imagen.
- ❖ Aspectos varios. Entorno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden diversos aspectos. (Vaquero, Alacid, Muyor y López, 2013. p, 30)

Es necesario recalcar que, existen diversos estándares de belleza basados en modelos por delgadez, las internalizaciones de estos ideales se convierten en un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en la imagen corporal, algunas debido a que, al interiorizar la idea de un cuerpo ideal, el determinado culturalmente y por comparación social concluyen que su cuerpo discrepa de ese ideal. (Vaquero, Alacid, Muyor y López, 2013. p, 28)

Por otra parte, según el DSM-5, los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados, pica, rumiación, trastorno por atracón y trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta. Con etiología multifactorial, únicamente pueden entenderse por la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre sí, los cuales son causantes de la predisposición a padecer los trastornos alimentarios, el desarrollo y el mantenimiento de estos (Behar, citado en Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016, p. 2)

Además, la preocupación por el cuerpo, por el aspecto exterior o por alcanzar los cánones de belleza vigentes, genera cierta presión que ejerce la sociedad, sobre todo, la familia

para que los individuos puedan alcanzar “la belleza corporal”, debido a que da un mayor valor de la extrema delgadez y genera una obsesión colectiva por la imagen corporal. Los ideales de belleza imponen bajo estrictos y muy limitados parámetros, los criterios por los cuales se clasifica a los humanos en términos que influyen sobremanera en la aceptación social, estos ideales se encuentran muy lejos de ser saludables, los cuales perjudican, en especial a la mujer, pero también a los hombres, que por más que se esfuercen, rara vez alcanzan el nivel de perfección que se demanda.

Encontramos que la insatisfacción de la imagen corporal, se encontró que un 21,7% de los adolescentes presento algún grado de insatisfacción, lo cual es similar a lo reportado por Vázquez, Herrera y Trejo,16 quienes realizaron un estudio con adolescentes de 12 a 15 en Zacatecas, México y encontraron que un 18,6% de los adolescentes se encontraban insatisfechos con su imagen corporal y con Rodríguez y Cruz (2008) quienes refieren una media de insatisfacción corporal de 76,04, es decir, no insatisfacción. A pesar de que las cifras anteriores parecen bajas, traducías a una razón indican que aproximadamente 2 de cada 10 adolescentes están insatisfechos con su imagen corporal y por tanto con la posibilidad de desarrollar conductas de riesgo para su salud. (Ortiz, Veloz, Solís, Mollinedo, et al, 2010, p.151)

Así mismo una manera de poder prevenir y entender estos problemas de manera individual es por medio de un taller, en ese sentido, la técnica de taller como medio de aprendizaje, es una herramienta que promueve la reflexión-acción, a la vez que permite el análisis de situaciones reales, de problemáticas comunes y potencia la construcción y el desarrollo de alternativas de solución y de gestión comunitarias. Además, el taller como estrategia metodológica construye conjuntamente el conocimiento entre quien facilita-investiga y quienes participan o lo integran. (Ander-Egg, citado en Zacarías, Uribe y Gómez, 2017, párrafo 7)

Por otro lado, los talleres como modalidad de intervención estandarizada, permiten la sistematización de las actividades, así como la replicabilidad de sus contenidos, ofreciendo, además, una herramienta para el progreso técnico, a través de la investigación de los resultados obtenidos. (Mondragon, 2014, párrafo 14)

Por todo lo expuesto hasta el momento, queda de manifiesto que la metodología de talleres de intervención supone una estrategia de atención que debe ser contemplada en los diferentes recursos destinados, tanto a la mejora de las capacidades y habilidades de los

individuos, como a su adaptación al entorno social en el que se desenvuelven. (Mondragon, 2014, párrafo 15)

Por lo tanto, el presente trabajo pretende, no solo poner sobre la mesa de discusión un problema de salud del cual hasta ahora se conoce poco y menos aún sobre su impacto en nuestra sociedad, sino también, aportar información relevante sobre las percepciones/conductas que tienen los adolescentes y la relación con su nivel de preocupación por su imagen corporal, dejando una propuesta de taller, “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo”.

1. METODOLOGÍA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El planteamiento del problema es la delimitación clara y precisa (sin ambigüedades) del objeto de investigación, realizada por medio de preguntas, lecturas, trabajo manual, encuestas pilotos, entrevistas, etc. (Dieterich, 2001, p. 55)

En la actualidad se cuenta con evidencia suficiente para destacar la importancia que tiene la propia imagen corporal con la salud mental de las personas, de ahí que en los últimos años se le haya dado mucha importancia a nivel mundial a los estudios sobre la Imagen Corporal (IC) en diferentes aspectos. (Montes et al, 2018, p. 94)

La imagen corporal hace referencia a la manera en la que la mente forma la imagen del cuerpo humano. Esta imagen no necesariamente se correlaciona con la apariencia física real, pero es clave en las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Al mismo tiempo, está influenciada por aspectos socioculturales, familiares, compañeros, etnia y medios de comunicación, generando ideales estéticos. Estos propician presión real que conduce a la internalización de un ideal de belleza y a un inevitable deseo de conformarse a ella. Esto genera, en la sociedad actual, un modelo de belleza de extrema delgadez en mujeres y un cuerpo musculoso en los hombres. (Cruz, Villalobos, Magaña, Silva y Jiménez, 2020, p. 15)

Los estándares de belleza pueden generar en los adolescentes problemas en la percepción de la imagen corporal. La adolescencia es una etapa de vida crucial compuesta por cambios físicos, psicológicos y sociales en el ser humano; además, se experimentan cambios en el desarrollo psicomotor, cognoscitivo y afectivo. La insatisfacción con la imagen corporal es uno de los principales factores predictores de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria. (Cruz, Villalobos, Magaña, Silva y Jiménez, 2020, p.15)

Además, la mayoría de los estudios relacionados con la imagen corporal se centran en adolescentes debido a los cambios antes mencionados. Por ello, Heshmat et al. (6) evaluaron la PIC asociándola con el IMC, en 5570 estudiantes iraníes de entre 10 y 18 años, originarios de zonas urbanas y rurales; los resultados evidenciaron que cerca del 40 % de los adolescentes percibieron mal su imagen corporal; esta percepción errónea se presentó como sobrepeso o bajo peso. (Cruz, Villalobos, Magaña, Silva y Jiménez, 2020, p.15)

Al mismo tiempo, en un estudio realizado en niños y niñas (de entre 8 y 12 años originarios de Oaxaca) sobre la percepción corporal e identificación de la diferencia entre la percepción y sus saberes alimentarios, según el sexo, se encontró que las niñas presentaron mayor preocupación por su cuerpo y asociaron la salud con los cuerpos delgados y los niños con el ejercicio, además de la subestimación del IMC. (2020). (Cruz, Villalobos, Magaña, Silva y Jiménez, 2020, p.15)

Cabe mencionar que, Altamirano et al. realizaron un estudio en 194 adolescentes (entre 12 y 16 años) con el objetivo de evaluar el impacto de la obesidad en la adolescencia sobre factores psicosociales; correlacionó el IMC con depresión, autoestima y autoconcepción. Los resultados demostraron que 29.9 % de los adolescentes presentaron exceso de peso (28.42 % hombres y 31.3 % mujeres). El 45.06 % y 75.60 % de hombres y mujeres, respectivamente, percibieron de manera errónea su imagen corporal. Además, en el sexo femenino, la depresión fue más alta en 60.1 % y la baja autoestima prevaleció en 29.29 %. En general, 20.10 % de la población tuvo una autoestima baja y el 48.45 % autoestima alta, datos contrarios al presente estudio en donde 84.7 % de los adolescentes presentaron autoestima baja y 2.5 % buena o alta. Contreras et al. evaluaron la asociación entre los constructos de insatisfacción corporal, autoestima y depresión en 231 preadolescentes con obesidad (10 y 13 años) de la Ciudad de México, encontrando que las niñas con sobrepeso y obesidad presentaron más insatisfacción corporal que sus pares con peso normal y, entre mayor insatisfacción, mostraron menor autoestima y más síntomas de depresión. Los problemas de trastornos de la alimentación, en parte, son explicados por la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. (Cruz, Villalobos, Magaña, Silva y Jiménez, 2020, pp. 19-20)

Las personas pueden desarrollar una preocupación excesiva por su apariencia y esto tiene más posibilidad de ocurrir entre las personas que la usan para obtener aceptación de otras, para fortalecer su posición social o para atraer la atención.

Todo esto nos lleva a pensar que este conflicto con la imagen corporal puede causar distintos problemas de salud, tanto física como mental, incluyendo preocupaciones excesivas respecto a la imagen y por consiguiente la satisfacción/insatisfacción corporal, entendiendo que puede deberse al contexto sociocultural en el que se viven, por ello es importante propiciar apoyo para que sean capaces de obtener una auto aceptación. Por lo que se cuestiona si ¿Proponer el taller “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo”, ayudaría a reconocer conceptos relevantes a la imagen corporal y tener herramientas para disminuir la preocupación de la insatisfacción corporal?

1.2 OBJETIVOS

Los objetivos de una investigación son las tareas básicas que se cumplen en la creación de todo tipo de conocimiento científico. Los objetivos son aquellas metas específicas que se deben alcanzar para poder responder a una pregunta de investigación y que orientan el desarrollo de la investigación (Briones, 2003, citado en Instituto Tecnológico de Sonora, s.a, párrafo 1)

Dichos objetivos cumplen una función metodológica, ya que sirven de guía para orientar la realización del trabajo, lo cual permite avanzar de manera más rápida evitando perderse en la búsqueda del conocimiento científico. (Citado en Instituto Tecnológico de Sonora, s.a, párrafo 4)

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Son los objetivos globales que encierran las metas máximas a las que llegaremos con el estudio. El objetivo general sólo se cumple si se logran los objetivos específicos, es decir, que la suma del alcance de los segundos de cómo resultado el alcance del primero. (Colegio de Ciencias y Humanidades UNAM, s.a, párrafo 4)

Por lo tanto, para este estudio queda como objetivo general el siguiente:

Proponer un taller dirigido a adolescentes de 12 a 16 años, con la finalidad de contribuir a la disminución de la insatisfacción corporal.

1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

“Son los que enumeran, precisamente, las actividades que se harán para alcanzar el cumplimiento del objetivo general” (Colegio de Ciencias y Humanidades UNAM, s.a, párrafo 4).

1. Brindar información orientada al conocimiento sobre que es la imagen corporal junto con sus derivados de los trastornos alimenticios y las consecuencias que estos podrían traer.
2. Brindar y reconocer la importancia sobre la aceptación del cuerpo y mejorar los sentimientos y pensamientos que tenemos acerca del mismo.
3. Brindar herramientas psicológicas para el manejo del adolescente que pueden tener problemas con su imagen corporal.
4. Brindar información acerca del tema y logren entender que dicha problemática no es una cuestión de un solo género.

1.3 TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo con Maanen 1983, el método cualitativo puede ser visto como un término que cubre una serie de métodos y técnicas con valor interpretativo que pretende describir,

analizar, descodificar, traducir y sintetizar el significado, de hechos que se suscitan más o menos de manera natural. Posee un enfoque interpretativo naturalista hacia su objeto de estudio, por lo que estudia la realidad en su contexto natural, interpretando y analizando el sentido de los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas involucradas. Es decir, las metodologías cualitativas no son subjetivas ni objetivas, sino interpretativas, incluye la observación y el análisis de la información en ámbitos naturales para explorar los fenómenos, comprender los problemas y responder las preguntas. El objetivo de la investigación cualitativa es explicar, predecir, describir o explorar el “porqué” o la naturaleza de los vínculos entre la información no estructurada. (Citado en Jurgenson, López, Muñiz, García, López y Jiménez, s.a, párrafo 6)

A su vez para los investigadores cualitativos, hablar de métodos cualitativos es hablar de un modo de investigar los fenómenos sociales, en el que se persiguen determinados objetivos para así, dar respuesta a algunos problemas concretos a los que se enfrenta esta misma investigación. (Denzin 1994). (Citado en Jurgenson, López, Muñiz, García, López y Jiménez, s.a, párrafo 6)

Es por eso que el presente trabajo es elaborado con la finalidad de realizar una investigación de tipo cualitativa respecto a la influencia de los estereotipos de género en la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes.

1.4 DISEÑO DE ESTUDIO

El enfoque cualitativo busca principalmente la “dispersión o expansión” de los datos e información [...] se utiliza para consolidar las creencias (formuladas de manera lógica en una teoría o un esquema teórico) y establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población; y el cualitativo, para que el investigador se forme creencias propias sobre el fenómeno estudiado, como lo sería un grupo de personas únicas o un proceso particular. (Hernández, S. R. 2014, p. 10)

La investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. Asimismo, aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico” de los fenómenos, así como flexibilidad. (Hernández, S. R. 2014, p. 16)

Considerando estos criterios el presente trabajo se ajusta a este diseño documental para profundizar en la temática propuesta, complementándolo con una propuesta de trabajo en modalidad de taller.

1.5 TÉCNICA

El taller es reconocido como un instrumento válido para la socialización, la transferencia, la apropiación y el desarrollo de conocimientos, actitudes y competencias de una manera participativa y pertinente a las necesidades y cultura de los participantes [...] el taller sirve como técnica para hacer ver, para hacer recrear, para hacer análisis, o sea hacer visible e invisible elementos, relaciones y saberes para hacer deconstrucciones y construcciones. (Ghiso, 1999, pp. 141-142)

Taller es una palabra que relacionamos con experiencia y conceptualmente con el hacer, con el procesar de otros. Es un término que nos lleva a considerar que hay algo que está dispuesto para la acción entre varias personas. (Ghiso, 1999, p. 143)

El taller “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo” está planteado para llevarse a cabo con personas que se encuentran en la etapa de la adolescencia temprana/media, en una modalidad preventiva para trabajar en el proceso de asimilación y aceptación de la imagen corporal en 9 sesiones cada una con una duración de 2 horas con la participación de 10 a 20 personas (adolescentes que han sido detectados que tengan alguna dificultad o problemática con la percepción de su imagen corporal).

1.5.1 SUJETOS

El taller va dirigido principalmente a la población estudiantil que están entre los 12 y 16 años ya que se encuentran en una edad donde se formarán de manera individual, buscan su sentido de identidad y pertenencia por lo tanto una de sus principales prioridades es la imagen corporal, empiezan a notar y sentir los cambios físicos por ello es necesario cuidar el bienestar psicológico y físico de los estudiantes para que tengan un mejor desarrollo a nivel personal.

La propuesta del taller “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo”, está diseñada para trabajarse en grupos de entre 10 a 20 participantes, para tener un adecuado manejo de la población y que pueda cumplirse el objetivo.

1.5.2 PROCEDIMIENTO

Para poder llevar a cabo el taller se debe considerar preparar una solicitud o permiso a la institución en la cual se quiera llevar a cabo dicho taller, se deberá presentar frente a los directivos y proponer la propuesta y en que consiste el taller, posterior a ello en caso de que haya sido

aceptada la propuesta es importante poder hacer una invitación a la comunidad estudiantil en este caso para que sepan acerca del taller.

Posterior a la invitación se les comentara que abra una lista de inscripción para aquellos que quieran participar en dicha actividad.

1.5.3 PROPUESTA DE EVALUACIÓN

Para el personal que llevara a cabo el taller es importante tomar evidencias y comprobar la viabilidad del taller y los temas que están propuestos durante las nueve sesiones por lo cual es importante que se aplique un cuestionario: The body appreciation scale (BAS).

1.5.4 VIABILIDAD

Se debe considerar el lugar en donde se llevará a cabo, que el espacio o los espacios tengan la capacidad para poder ejecutar las actividades que se realizaran durante el taller, de igual manera poder contar con los recursos necesarios (material), que favorecerán en el apoyo de las actividades.

Es importante que se consideren estos aspectos mencionados con anterioridad ya que esto hará que el taller que se está proponiendo pueda tener una mayor efectividad al momento de llevarlo a cabo.

1.5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es importante considerar que la persona que lleve a cabo la realización del taller: “Empiezo por mí: conozco y cuido mi cuerpo”, sea una persona que tenga la capacidad y conocimiento para poder abordar los temas sin juzgar y cuestionar por la situación en la que se encuentran los participantes.

Otro aspecto importante para llevar a cabo el taller es que, después de haber realizado la invitación para la participación de este mismo se les entregue a las personas interesadas una hoja de consentimiento informado en donde se les solicitara a los padres de familia que dejen al alumno participar en dicha actividad la cual tiene como finalidad brindar herramientas y un apoyo a sus hijos, ya que es una manera de tener un acercamiento y ser un apoyo de primer contacto a los problemas que presentan.

2. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

*“He aprendido a respetar las ideas ajenas, a detenerme ante el secreto de cada conciencia,
a comprender antes de discutir y a discutir antes de condenar”.*

Norberto Bobbio (1909-2004)

2.1 DEFINICIÓN

Un estereotipo es una representación repetida frecuentemente que convierte algo complejo en algo simple. Pero hay otras características que ayudan a complejizar este concepto: es un proceso reduccionista que suele distorsionar lo que representa, porque depende de un proceso de selección, categorización y generalización, donde por definición se debe hacer énfasis en algunos atributos en detrimento de otros. Simplifica y recorta lo real. (Gamarnik, 2010, p.1)

En los últimos tiempos, diversos autores han hecho aportaciones para dar una definición al concepto de estereotipo, son construcciones sociales que adquirimos y asimilamos, asumiéndolas como válidas; suelen transmitirse socialmente por generaciones y nos llevan a hacer afirmaciones generales, ya sean positivas, negativas o incluso neutras, sobre el grupo estereotipado.

Se conoce con el nombre de estereotipo (del griego: στερεός [stereós], «sólido», y τύπος [typos], «impresión, molde») a la percepción exagerada, con pocos detalles y simplificada, que se tiene sobre una persona (o cosa) o grupo de personas (o cosas) que comparten ciertas características, cualidades y habilidades, que busca «justificar o racionalizar una cierta conducta con relación a determinada categoría social». Regularmente los estereotipos son una preconcepción generalizada que obedece a un conjunto de creencias sobre cualidades y atributos que se adjudican a un grupo de personas, en donde se ven mezclados elementos culturales, sociales y económicos que resultan en la representación rígida y falsa o inexacta de la realidad. (Wikipedia, 2022, párrafo 1)

Por lo tanto, el término "estereotipo" fue introducido por primera vez en la literatura en 1922 por Lippman como: las "imágenes en nuestra cabeza". Desde entonces, los estereotipos son comúnmente definidos como: las creencias consensuales sobre los

atributos de un grupo social y sus miembros. (Smith, 2006, citado en Palenque, 2015, p. 10)

Partimos de la concepción que el estereotipo es una imagen estructurada y aceptada por la mayoría de personas, simplifica la realidad, agrupa características del medio, genera su ordenamiento y facilita la comprensión de la nueva información. En el área de las relaciones intergrupales, Tajfel H. (1984) citado por Palenque, menciona que los estereotipos son necesidades individuales de organización del medio, cuya función es comprender los acontecimientos para justificar los comportamientos frente a otro grupo (justificación social), clarificando o acentuando las diferencias, afín de establecer una distinción positiva en favor del propio grupo. (2015, p.10)

Por lo que los estereotipos pueden ser considerados también como un sistema de creencias sobre los niveles más primarios o probabilidad de aparición de conductas, pensamientos y sentimientos en los miembros de un grupo. "Un estereotipo activado actuaría como una regla cognitiva de decisión y de resolución de problemas, que permitiría inferir características, causas, razones, y decidir acciones ante sujetos dados" (Páez y Ayestarán, 1987, p. 223). En la medida en que un sujeto es adscrito a una categoría social, se le atribuyen determinadas características y se espera que piense, que sienta y que se comporte en coherencia con estas características. (Ministerio de medio ambiente y medio rural y marino, 2009, párrafo 3)

Por otra parte, Sangrador (1996), citado en Palenque señala que los estereotipos configuran una suerte de realidad social construida, estos estereotipos terminan trazando límites o fronteras entre grupos, impidiendo el ingreso de personas ajenas a los mismos. De ahí que los estereotipos funcionan como justificadores ideológicos, legitiman las relaciones sociales y construyen la identidad del sujeto. (2015, p.10)

Así como a lo largo de la historia, diferentes autores han hecho aportaciones para definir el concepto de estereotipo, lo han hecho con el término "género", una palabra que nos hará entender las diferentes perspectivas que se tienen y como las hemos introyectado a lo largo del tiempo.

Como categoría de análisis, el concepto de "género" es utilizado por primera vez en las ciencias sociales en 1955 cuando el antropólogo John Money citado en Cesolaa 2017, propone, el término *gender role*, "rol de género" para describir los comportamientos asignados socialmente a los hombres y a las mujeres. (párrafo 2)

En 1968, el psicólogo Robert Stoller citado en Cesolaa 2017, definió que *gender identity*, la “identidad de género”, que no es determinada por el sexo biológico, sino por el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cada género. (párrafo 2)

El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto. (OMS, 2018, párrafo 9)

En este sentido, el programa de la facultad de ciencias humanas de la Universidad Nacional de Colombia (Fokus, 2012) El género es un estructurador social, es decir un ordenador que agrupa los "arreglos" (acuerdos tácitos o explícitos), que han hecho las sociedades sobre:

(citado en Mindsalud, 2022, párrafo 2)

- ❖ Normas sociales y roles asignados a hombres y mujeres.
- ❖ Elementos simbólicos sobre lo masculino y lo femenino.
- ❖ Imágenes estereotipadas de mujeres y hombres, y sus diversidades.
- ❖ Identidades dominantes asociadas a las relaciones de poder entre lo masculino y lo femenino, e intragéneros. (Mindsalud, 2022, párrafo 3)

Los estereotipos de género se refieren a la práctica de atribuir a un individuo, mujer u hombre, atributos, características o roles específicos por la sola razón de su pertenencia al grupo social de mujeres u hombres. (ACNUDH, 2013, párrafo 4)

Los estereotipos de género son construidos desde la niñez y responden a los roles asignados en los marcos sociales de cada cultura. Si buscamos la definición de estereotipo en el diccionario de la Real Academia Española encontramos que la acción de estereotipar corresponde a “fijar mediante su repetición frecuente un gusto, una frase, una fórmula artística, etc.”. Entendiendo que esta acción aplicada al marco social

simplifica la organización y categorización de la persona. Ya desde los primeros años de vida podemos observar cómo se construyen estos estereotipos en función y a semejanza del sistema machista en el que vivimos. (Universidad Nacional de Quilmes, 2022, párrafo 2-3)

2.2 ANTECEDENTES DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Si buscamos la palabra “estereotipo” en el diccionario de la RAE, éste lo define como “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable” (Citado en Quesada, 2014, p. 91)

El origen del estereotipo es emocional y tiene su base en una determinada utilización del lenguaje (López Valero, 1995), se transmite de generación en generación ya que evoluciona más despacio que la sociedad. Los estereotipos definen una actitud de rechazo que empuja a la persona a actuar de esa forma negativa que se le ha supuesto.” Los estereotipos son, por lo tanto, ideas preconcebidas y simplistas muy arraigadas y aceptadas socialmente que tienden a crear generalizaciones sobre colectivos que forman parte de una sociedad y se transmiten de generación en generación. Al estar tan arraigados son difíciles de modificar. (Citado en Quesada, 2014, p. 91)

Los estereotipos de género, por lo tanto, son ideas socialmente establecidas de cómo deben ser, actuar y comportarse mujeres y varones. Estos estereotipos de género se reproducen y transmiten a través del proceso de socialización desde el momento del nacimiento, por lo tanto, se aprenden, no son innatos y aunque es difícil debido a que la sociedad los tiene muy asimilados, se pueden modificar puesto que son contruidos.

Como se señala anteriormente los estereotipos de género son construcciones culturales sobre cómo debemos ser y comportarnos mujeres y varones en función de nuestro sexo; son, por lo tanto, contruidos socialmente y varían dependiendo de la sociedad en la que nos encontremos, por lo tanto, no son innatos, sino que se transmiten de generación en generación a través del proceso de socialización y se aprenden desde el mismo momento del nacimiento.

Lomas (2005) afirma que, en efecto, los seres humanos somos como somos (y quienes somos) como consecuencia del influjo de una serie de mediaciones subjetivas y culturales, la instrucción escolar, el grupo de iguales, el estatus económico y social, las ideologías, los estilos de vida, las creencias, los mensajes de la cultura de masas) que

influyen de una manera determinante en la construcción de nuestras identidades. (Citado en Quesada, 2014, p.95)

Los estereotipos tienen otra función muy importante para la socialización del individuo: facilitan la identidad social, la conciencia de pertenecer a un grupo social, ya que el aceptar e identificarse con los estereotipos dominantes en dicho grupo es una manera de permanecer integrado en él. Estas actitudes de integración son realizadas en la infancia y la juventud de forma muy espontánea ya que forman parte del crecimiento en «grupalidad y ciudadanía». (González, 1999, p.82)

Así mismo, Miller (1982) considera que la generación de los estereotipos está asociada de manera inseparable a una matriz social, de manera que hay un gran número de elementos relevantes implicados, tanto por parte del observador como del objeto-sujeto a estereotipar. Siguiendo esta línea desde un enfoque sociocultural se plantea que los estereotipos surgen del medio social y se aprenden a través de permanentes procesos de socialización y aculturación. No son, en definitiva, más que fieles reflejos de una cultura y una historia y como tales van a nacer y mantenerse porque responden a las necesidades que tiene tal contexto de mantener y preservar una norma social. (Citado en González, 1999, p. 82)

Ahora bien, Levine y Campbel (1972) encontraron que los estereotipos reflejaban diferencias ocupacionales, o de vida urbana y rural, o diferencias en los estilos de aculturación entre distintos grupos. En este sentido son muchos los estudios que ponen de manifiesto que los estereotipos tienen una fuerte tendencia a persistir en el tiempo y que a través de diferentes generaciones suelen permanecer inalterables, siempre que el grupo estereotipador no necesite por alguna razón adaptativa o de supervivencia realizar un cambio. (Citado en González, 1999, p. 82)

De igual manera son muchos los estudios que ponen de manifiesto que los estereotipos tienen una fuerte tendencia a persistir en el tiempo y que a través de diferentes generaciones suelen permanecer inalterables, siempre que el grupo estereotipador no necesite por alguna razón adaptativa o de supervivencia realizar un cambio (como, por ejemplo, aliarse con un grupo históricamente enemigo, acerca del cual se han mantenido unas creencias negativas que ahora interesa cambiar). Una forma concreta de cambio del estereotipo se produce al modificarse los roles de un grupo y cuando esto sucede los

estereotipos se adaptan rápidamente y pasan a reflejar los nuevos desempeños. (González, 1999, p. 82)

Encontramos que en los dos últimos decenios ha sido notable uno de los elementos esenciales lo ha supuesto la presencia de la mujer en diversos ámbitos sociales de los que se ha visto excluida tradicionalmente desde su participación en la ciencia a su incorporación al ejército profesional, pasando por su integración en campos profesionales variados Aunque esto es cierto, no lo es menos que la mejora del estatus de la mujer no se produce por igual en todos los niveles de la vida social, de forma que aún persisten ciertos sectores que presentan una fuerte resistencia a aceptar una igualdad plena hombre-mujer. Las justificaciones del mantenimiento de esta desigualdad se han centrado históricamente en las diferencias fisiológicas y psicológicas existentes entre ambos sexos. (González, 1999, p. 84)

2.3 CLASIFICACIÓN

Los estereotipos pueden ser negativos, positivos y neutros; en todos los casos, marcan el papel y las habilidades tanto de las mujeres como de los hombres desde que nacen, generando, muchas veces, situaciones de desigualdad y discriminación. (Equipo Técnico de Género División Planificación y Desarrollo, 2020, p. 6)

Por ende, los estereotipos dan lugar a prejuicios que son condicionantes. Así sucede cuando una persona crea una imagen mental de alguien a partir de su aspecto físico o de su lugar de procedencia. Los estereotipos se aprenden a lo largo del proceso de socialización de los individuos, heredados de su cultura o muchas veces de sus progenitores o familias. Nadie nace con ellos, todos son 100% aprendidos, pero una vez incorporados a la idea que tenemos del mundo, resultan particularmente difíciles de erradicar. Los medios de comunicación y la cultura tienen un rol importante en la construcción o la destrucción de estereotipos. (Equipo Técnico de Género División Planificación y Desarrollo, 2020, p. 8)

Por otro lado, al estereotipar deducimos que una persona posee toda una diversidad de habilidades y características que debe asumir. Los tipos de estereotipos nos conducen a la clasificación social, que es una de las razones principales de las actitudes de obsesión, hay muchas formas de estereotipar, reduciendo a las personas a un supuesto conjunto básico de características, por lo general relacionadas en torno a una condición específica

de la o las personas. Los tipos de estereotipos primordiales son los políticos, raciales, de clase, en medios de comunicación y de género.

❖ Estereotipos masculinos:

Los estereotipos masculinos caracterizan a los hombres como proveedores del hogar, jefes de familia y en cierta medida los que toman las decisiones, cuando el trabajo productivo se considera responsabilidad propia del varón, éste se encuentra en posición de controlar y manejar los recursos económicos y tecnológicos a los que está estrictamente ligado el ejercicio del poder, tanto público como privado.

Se supone que el hombre es quien sabe controlar las situaciones, ejerciendo su poder de manera ordenada y pausada. Una forma de expresar este control será, tal y como nos recuerda Mosse, la serena fortaleza: símbolo de la fuerza de voluntad. Implica una actitud moderada, controlada y firme, quedando libre de la "histeria" femenina. (Fernández, 2004, p.32)

El control viril afecta sobre todo al campo de lo emotivo y sentimental, pretendiendo disciplinar, incluso, el mundo de las fantasías. Pero también incluye el mando sobre las acciones y decisiones, ya sean ajenas o propias, que el varón entiende que interfieren en el desarrollo y mantenimiento de sus posiciones y disposiciones. Por ello, no es extraño que desarrolle cierto sentido posesivo sobre los otros para garantizar su propia autonomía. Bien es cierto que cuando este control mesurado y racional no funciona es preciso hacerlo valer buscando otros caminos, como el de la violencia física. Su mundo es el de la racionalidad y su campo de actuación lo externo, desarrollando un tipo de yo sustentado en los logros y no en el cuidado. (Fernández, 2004, p.32)

❖ Estereotipos femeninos:

La idea de que en la sociedad se piensa que "*la mujer es quien le da firmeza al hogar*", basado en el hecho de que la mujer es quien cría y le da sostén emocional al hogar, y se muestra como un reflejo de las experiencias de vida de los estudiantes, en sus familias o entornos cercanos. Respecto de la maternidad, las mujeres afirman que debido a que éstas, se pueden embarazar, eso las hace estar en una posición desventajosa a la del hombre en relación a las conquistas laborales (*la maternidad inhibe el desarrollo laboral de la mujer; no te contratan para ciertos trabajos si eres mujer*). Así, al momento de optar

por una persona para un puesto de trabajo ellas tienen la certeza que serán discriminadas por el solo hecho de ser mujeres. (Muñoz, Riveros 2018, p.160)

Es por ello que los y las jóvenes señalan que la sociedad cuestiona a la mujer cuando se trata de relaciones con el otro sexo (*si ella sale con varios hombres se le cuestiona*), lo que hace que nuevamente emerja la percepción desde las mujeres, de desigualdad frente a los hombres, ya que al hombre no se le enjuicia de esta manera (*salir con varias femeninas, es un macho*), sino que por el contrario se reconoce que se estimula en el hombre vincularse de manera temprana con las mujeres. Ellas señalan, que la sociedad le ha impuesto a la mujer un estereotipo, con el cual la mayoría de ellas no está de acuerdo, asociado a la perfección, limpieza, cánones de belleza específicos que en general no tienen relación con la realidad, ni con la fisionomía de la generalidad de las mujeres (*la mujer debe ser perfecta, lucir bien, ser delgada, bella, limpia, educada, una señorita*). Sobre esto último se refieren a ciertos códigos morales de la mujer "decente" según la sociedad, que perciben se les imponen desde fuera de ellas (*una mujer que sale con varios hombres es una mala mujer; una mujer que exhibe demasiado su cuerpo en su forma de vestir es una mala mujer*). (Muñoz, Riveros, 2018. p.160)

Por lo tanto, el descontrol queda atribuido a la mujer. Se considera como femenino toda la secuencia de actos que suponen la pérdida del control. Así, llorar, "hacer dramas", "no saber reaccionar en los momentos importantes", son rasgos típicos de la femineidad. De hecho, el "nerviosismo" fue considerado una enfermedad mental, típicamente femenina [...] Su mundo es el emocional, el del cuidado y la atención del otro, desarrollándose lo que se conoce como el "yo en relación", el cual queda sostenido por rasgos de carácter más bien blandos, de ternura, dulzura y empáticos. Tiene su campo de despliegue "tradicional" en la vida doméstica, que es el lugar al que queda reducida su labor y tarea, a menudo ni siquiera reconocida como tal. (Fernández, 2004. pp. 32-33)

❖ Estereotipos políticos:

Para el estereotipo masculino, la mujer estaba excluida de la vida política y de los asuntos cívicos, pero, a cambio, las mujeres debían tener una escrupulosa fidelidad conyugal, por lo que en principio no tenían por qué ser una competencia para los hombres ya que la vocación "natural" de las mujeres es "contraria a ello". Se las veía como seres tan distintos

a los hombres que se decía que “el pensamiento masculino se distingue del femenino mediante la existencia de formas claras y no ambiguas. (Fernández, 2004, p.35)

Con los medios de información que utilizamos hoy en día, las ideologías de los políticos se divulgan intensivamente. De esta forma, cualquier persona que sea integrante a su grupo político involuntariamente manejan pensamientos propios para poder adaptarse al medio político, ya que ser miembro político requiere de pensamiento que pueden afectar a otras personas, solo con la finalidad de alcanzar su propio éxito. Nadie nace con una ideología política, pero hay etapas de la vida donde una persona se enfoca a este mundo de forma racional. (ClasificaciónDe, 2022, párrafo 4)

Es así que, en el terreno de la política, las mujeres que desean ocupar posiciones de liderazgo juegan con la cancha inclinada en contra. Según datos de la ONU, al 1 de enero de 2014, eran mujeres solo el 21,8% de los parlamentarios de nivel nacional, el 17% de los ministros de gobierno y el 5,9% de los jefes de estado del mundo. (García, 2015, p.7).

Así que el origen de la desigualdad se origina en la asociación del liderazgo político con rasgos atribuidos al estereotipo de lo masculino. Cuando las personas deben enumerar características que consideran que definen a un buen líder, lo más frecuente es que mencionen una lista de rasgos propios del estereotipo masculino –dureza, ambición, racionalidad, agresividad, competitividad–. Esos atributos considerados fundamentales para el liderazgo, a su vez, son contrarios a los que de modo típico se adjudican a las mujeres –sumisión, afectividad, sensibilidad– (Morales y Cuadrado; citados en García, 2015, p.2)

Es por esto que las mujeres encuentran dificultades adicionales a las que enfrentan los varones para ser percibidas de modo positivo cuando lideran, y un entorno más hostil para el desarrollo de su liderazgo. Los estereotipos de género son creencias sociales generalizadas respecto de los atributos que se consideran típicos de varones y mujeres dan lugar a dos tipos de actitudes negativas hacia las mujeres líderes: o bien se considera que no están preparadas para el liderazgo; o bien, cuando una mujer es competente en una posición de liderazgo, con frecuencia es desaprobada o rechazada personal y socialmente, porque con su comportamiento desafía lo que se considera una conducta deseable en el género femenino (Cuadrado Guirado 2007, citado en García, 2015, p. 2)

En los últimos veinte años han existido importantes avances en el problema de la igualdad de género. Ha aumentado la cantidad de mujeres al frente del Poder Ejecutivo de sus países, como así también la representación femenina en el Poder Legislativo. Se ha incrementado el acceso de las mujeres al mundo público, su participación en el mercado laboral, y su presencia en las aulas universitarias y entre las filas de los graduados universitarios. Sin embargo, si bien algunas dimensiones en la percepción de las líderes femeninas parecen haber mejorado, el problema de la falta de confiabilidad en las mujeres exitosas no se resuelve. Y no es un problema menor si se desea romper con el estereotipo negativo. En un sondeo que realizamos en el Centro de Opinión Pública de la Universidad de Belgrano, encontramos que un 64% de los consultados opina que las mujeres que ocupan posiciones de poder son menos confiables que los varones que las ocupan, asimismo, el 57% prefiere tener un jefe varón antes que una jefa mujer. (García, 2015, p.2)

A pesar de los avances, los estereotipos de género, sobre todo en la arena política, están vivos y gozan de buena salud. Datos de organismos como CEPAL y PNUD, indican que en la actualidad en América Latina las mujeres representan el 51% de los militantes de los partidos y agrupaciones política, pero tan sólo 15,8% ejercen como presidentas o secretarías generales y 19% ocupan cargos en comités ejecutivos nacionales. Asimismo, tan sólo en dos países de la región las mujeres ocupan el 50% de los ministerios, mientras que en la mayoría de las naciones están por debajo del 20% de la representación femenina. Del 100% de los cargos legislativos nacionales, únicamente el 25,5% está ocupado por mujeres; un escaso 11,7% de las alcaldías en América Latina están ocupadas por mujeres; y para un total de 18 mil cargos electivos ejecutivos subnacionales, hay sólo 2 mil mujeres en ellos. (García, 2015, p. 2)

❖ Estereotipo racial:

El estereotipo como el racismo son dos elementos que se encuentran muy insertos dentro de la vida cotidiana de las personas, son palpables dentro de un imaginario social que se determina de tal manera que los comportamientos de una sociedad están regidos muchas veces bajo estos conceptos. (Núñez, 2016, p. 3)

Al mismo tiempo el reconocimiento de un estereotipo racista provoca que lo supuestamente malo de una raza frente a otra llegue a estigmatizarse, a discriminar y prejuiciar desde conceptos bastante generales que no siempre son una verdad, sino

construcciones carentes de sentido y arbitrarias que terminan siendo aceptadas por todos. (Nuñez, 2016, p. 21)

Así mismo en psicología social la noción de raza es una construcción social y política, de ahí que raza y etnicidad sean conceptos análogos sobre los cuales se constituye el racismo como una forma de prejuicio. (Zárate, citado por Espinosa y Cueto, 2014, p. 2)

Por lo tanto, la estructura social está determinada en América Latina por las oportunidades diferenciadas de acceso al poder, que según atributos u origen étnico permiten distinguir entre grupos de alto y bajo estatus al interior de los países de esta región. Al respecto, la evidencia señala que los grupos de alto estatus son generalmente blancos o mestizos, mientras que los de bajo estatus están mayoritariamente conformados por población indígena o afrodescendiente. (Espinosa y Cueto, 2014, p. 4)

Tales diferencias generan una dinámica de exclusión social que determina que los grupos de bajo estatus tengan peores condiciones de vivienda, educación, salud, inserción laboral y acceso a la justicia (Chong y Ñopo, 2007), siendo además estos grupos, los que están más expuestos a sufrir los efectos negativos de los conflictos sociales y la violencia estructural en los países de la región. (Comas-Díaz, Lykes & Alarcón, 1998; Comisión de la Verdad y la Reconciliación –CVR-, 2003; Quilaqueo, Merino & Saiz, 2007, citados por Espinosa y Cueto, 2014, p. 3)

Es por ello que, los estereotipos, los prejuicios y el racismo hacia los miembros de determinados grupos sociales constituyen uno de los principales problemas de las sociedades como la nuestra. Han sido analizados por distintas disciplinas y se pueden explicar por medio de la categorización social, es decir, por la representación cognitiva que se hacen los individuos sobre la división social en grupos (Morales 2003, citado en Martínez y Tello, 2012, p. 462)

Actualmente surgen dos grandes categorías, por un lado, el “nosotros”, los autóctonos, el endogrupo y, por otro lado, el “ellos”, los inmigrantes, el exogrupo [...] como indica Sampascual (2007), una actitud es una predisposición a reaccionar consistentemente de una determinada manera ante las personas, las ideas o las situaciones y, según Rokeach (1968), consiste en una organización medianamente estable de ciertas creencias. (Citado en Martínez y Tello, 2012, p. 462)

En las actitudes negativas hacia un grupo social, el estereotipo es el conjunto de creencias sobre los atributos que se le asignan a ese grupo, el prejuicio es la evaluación negativa ante el grupo y, por último, la discriminación es el comportamiento que consiste en no tratar igual a las personas por el hecho de pertenecer a ese grupo (Huici y Moya, 1994). Antaño, la característica básica de las actitudes raciales fue la idea de la superioridad de una raza sobre otras y la segregación de los grupos considerados como inferiores (Duckitt, 1992, García, Navas, Cuadrado y Molero, 2003), sin embargo, durante los últimos años del siglo XX, los estudios mostraban unas mayores actitudes de igualdad entre los grupos étnicos y de oposición a la discriminación de las minorías, al tiempo que se detectaban actitudes racistas simbólicas o modernas y prejuicios sutiles o latentes y que consistían en una oposición a las medidas de discriminación positiva adoptadas por las administraciones para las etnias minoritarias y en un rechazo al contacto íntimo con los miembros de éstas (Navas y Sánchez, 2010; Tejeiro, 2003, citado en Martínez y Tello, 2012, p. 462)

❖ Estereotipos Sociales:

Tomando en cuenta las relaciones de poder establecidas en cada sociedad, los contenidos transmitidos pueden convertirse en un conjunto de prácticas de exclusión social ejercidas por los grupos de mayor poder, a partir de las cuales los grupos menos poderosos quedan fuera del ámbito de la justicia y de las preocupaciones morales de la población mayoritaria (Bierbrauer, como se cita en Morales, citados en Espinosa, Calderón, Burga y Güimac, 2007, p. 298)

Morales refiere dos tipos de manifestación de la exclusión social, la primera está basada en la falta de reconocimiento del sufrimiento que se origina a otros, lesionando su derecho a recursos básicos o imponiéndoles unas relaciones en las que el respeto y la justicia están ausentes, mientras que la segunda se asocia a eventos más impactantes, directamente relacionados con la violación de los derechos humanos y los casos de represión política extrema. (Espinosa., Calderón, Burga y Güimac, c, 2007, p. 298)

Lo anterior es relevante para comprender las relaciones intergrupales al interior de una nación racial, étnica y socialmente diversa [...], en la cual las interacciones entre distintos grupos han estado caracterizadas por situaciones de desigualdad y exclusión social que tradicionalmente han afectado a los grupos de menor estatus y acceso al poder, y que, en consecuencia, suelen derivar en manifestaciones de conflicto intergrupales. (CVR;

Manrique 2007, y Merino 2007, citados por Espinosa, Calderón, Burga y Güimac, 2007, p. 298)

Al momento de la creación del estereotipo se necesitan diferentes dimensiones que influyen para poder reforzar el pensamiento que se tiene de este. Morfaux (1980) afirma: Clichés, imágenes preconcebidas y cristalizadas, sumarias y tajantes de las cosas y de los seres que se hace el individuo bajo la influencia de su medio social (familia, entorno, estudios, profesión, amistades, medios de comunicación, etc.) y que determinan en un mayor o menor grado nuestras maneras de pensar, de sentir y de actuar. (citado en Perdomo, Montenegro y Rivera, 2020, p. 25)

❖ Estereotipos en medios de comunicación:

En nuestros días, la imagen de lo que son o deben ser las mujeres y los hombres, o de lo que hacen según su condición de género, está determinada en buena parte por los medios de comunicación. El Instituto Nacional de las mujeres (INMUJERES) elaboró una publicación sobre la relación entre las mujeres y los medios de comunicación, que señala que las construcciones sociales realizadas por los medios de comunicación son ideológicas –como todas–, de manera que el resultado son representaciones de mujeres y hombres que no corresponden del todo con la realidad. (INMUJERES, 2007, p. 14)

A lo largo de su historia, los medios de comunicación han reproducido los estereotipos de lo femenino y lo masculino mediante la emisión de contenidos con representaciones sexistas, fortaleciendo con ello las inequidades entre mujeres y hombres. Es así como los medios continúan fomentando los roles tradicionales; por ejemplo, en las revistas y en la publicidad, la imagen de la mujer como objeto sexual es la que predomina y pese a la intención de presentarla desarrollando sus dotes profesionales, se continúa mostrándola más preocupada por su aspecto físico que por el intelectual. En cuanto a los contextos en que la colocan, insisten en confinarla al ámbito privado, doméstico o familiar, a través de los temas de hogar, moda, cocina y belleza; mientras que a los hombres se les muestra preocupados por el deporte, la tecnología, la política y las finanzas, entre otros temas (INMUJERES, s/f). (INMUJERES, 2007, p. 14)

Además, los medios de comunicación cumplen un rol fundamental en la construcción y la reproducción de estereotipos. A partir de las imágenes e ideas que circulan en los medios, el público accede a ciertos estereotipos que reproducen y construyen en su entorno.

Formatos como, la publicidad y los programas dirigidos al público infantil usan los estereotipos, ya que los mismos permiten un mensaje eficaz, pues son rápidamente identificados y reconocidos. (Wikipedia, La enciclopedia libre, 2022)

Como señalan Ruth Amossy y Anne Herschberg Pierrot, la visión que nos hacemos de un grupo es el resultado de un contacto repetido con representaciones enteramente construidas o bien filtradas por el discurso de los medios. (Citados en Wikipedia, La enciclopedia libre, 2022)

El estereotipo sería principalmente resultado de un aprendizaje social, incluso lo que percibimos en la cotidianidad (y no solamente a través de los medios) también se vale de conocimiento e ideas previas y, por tanto, no se es totalmente objetivo, sino que el pensamiento está moldeado por la cultura a la que pertenecemos y desde la que percibimos la realidad. (Citado en Wikipedia, La enciclopedia libre, 2022)

Dentro del conjunto de medios de comunicación se incluyen la televisión, la prensa escrita diaria y no diaria y las emisoras de radio, pero también, la publicidad, el cine, los discos, los vídeos y los medios basados en nuevas tecnologías (Internet: portales, periódicos electrónicos, blogs y páginas web). (Rodríguez, Canteli y Berasategi, 2016, p. 19)

Las mujeres en los medios de comunicación son representadas de manera muy estereotipada en cuanto a su cuerpo y la belleza física [la cual se usa] para vender todo tipo de productos, tanto para hombres y mujeres, al igual que la madre, ama de casa interprete de toda publicidad de productos de limpieza, alimentación infantil y electrodomésticos, resaltando que los medios de comunicación forman una parte activa e importante en la transmisión de género. (Gentile, citado en Patten y Sarmiento 2017, pp. 108-109)

Televisión:

Hay numerosos estudios sobre la imagen de la mujer o sobre la influencia de la TV en los niños que demuestran que el contacto repetido con representaciones enteramente construidas favorece determinados aprendizajes sociales. (Gamarnik, 2010, p. 2)

La publicidad televisiva reproduce los estereotipos de género de una manera tan acentuada que no trasluce los logros que las mujeres van alcanzando en todos los ámbitos, sino que, por el contrario, las encasilla en los roles tradicionales de ama de casa y de madre. En un estudio realizado, se analizaron 275 anuncios distintos a partir de los mostrados en las principales cadenas que operaban de modo abierto, se arroja un

panorama en el cual indica que los hombres son propietarios de estos negocios y en los anuncios hay un personaje femenino que aparece como acompañante pasiva o espectadora (Rodríguez, Canteli y Berastegi, 2016, pp. 20-21)

La televisión destaca por su estrecha relación con lo cotidiano: no sólo es el mejor reproductor de la realidad social, de las personas y sus situaciones, sino que, además, está muy presente en las vidas de mujeres y hombres que conviven con la televisión de manera natural sin cuestionarse los mensajes estereotipados que se elaboran en el discurso televisivo, el lugar que la televisión ocupa dentro del ámbito físico del hogar define, estructura y caracteriza al medio televisivo y a sus mensajes codificados como discursos específicos para ser recibidos dentro de un espacio concreto: el del interior mismo de la sociedad. (Puente, 2005, p. 5)

Al mismo tiempo la televisión actúa como agente que refuerza y divulga determinadas creencias y valores como reflejo de las normas sociales prevalentes en la sociedad de la que forma parte. El poder, y los distintos mecanismos de poder, que la televisión puede tener sobre quienes reciben sus mensajes, ha sido analizado como un macrodiscurso dominante que no es otra cosa que una forma de poner de relieve que lo que no parece codificado en la televisión como mensaje simplemente no existe, como podemos comprobar en el caso de la violencia de género que ha comenzado a visibilizarse como problema social cuando ha sido expuesto como mensaje televisivo. (Puente, 2005, p. 5)

En el marco de la Teoría del Cultivo, George Gerbner y su equipo de colaboradores (Gerbner et al. 1990, 1996, 2002) implementaron un proyecto con indicadores culturales el cual se desarrolló durante 25 años en la Annenberg School for Communication [...] en el cual se define a la televisión como un sistema centralizado para narrar historias, cuyos dramas, programas informativos y publicidades forman un sistema coherente de imágenes y mensajes que penetran en los hogares, en este proyecto se documentaron las principales características de los contenidos televisivos y el modo en el que estos afectan las creencias y valores de los televidentes. El proyecto cuenta con tres supuestos indicadores culturales:

El primero es que la televisión es la fuente de imágenes y mensajes más extensamente compartida en la sociedad, en el hogar estadounidense promedio se ven siete horas diarias de televisión y los niños, a partir de los dos años de edad, ven al menos tres horas

diarias, aun antes de saber hablar, la televisión es “el eje simbólico del ambiente en el que nacen los “niños” y en el que todos vivimos nuestra vida.

El segundo supuesto propone que la frecuente exposición a la TV produce, en el largo plazo, asunciones equivocadas sobre las características del mundo social.

Tercer supuesto es que la televisión transmite mensajes uniformes que refuerzan los valores y creencias más convencionales. (Citado en García, 201, pp. 122-123)

Una de las hipótesis en torno a las cuales se articula el proyecto “indicadores culturales” postula que, el mundo que muestra la TV distorsiona los datos de la realidad social, lo que vemos en televisión no es reflejo de la realidad, sino que ese referente refractado es sustancialmente diferente al referente objetivo de las estadísticas del mundo real. (García, 2018, p. 123)

Con todo eso la psicología ha acuñado dos conceptos los cuales son el efecto halo y el efecto de la simple exposición, el concepto de efecto halo describe un tipo de sesgo cognitivo, se refiere a que las personas, habitualmente somos más benévolas y tendemos a evaluar con características más positivas y favorables a los individuos que encontramos atractivos físicamente, que a quienes no nos resultan atractivos.[...] Pero el concepto de efecto halo tiene un sentido más general el cual describe el impacto global que ciertas cualidades, personalidades o modelos que encontramos agradables, tienen juicios sesgados con relación a una persona en alguna dimensión. (García, 2018, p. 135)

Zajonc 1968, explica el concepto de efecto de la simple exposición en el cual habla sobre la tendencia de los seres humanos a preferir aquellos estímulos a los que se exponen cotidianamente y repetidas veces, porque se produce una suerte de familiaridad con ellos y los medios de comunicación de masas propician ambos efectos [...] en la cual lo hacen de una manera consistente y altamente repetitiva, las consecuencias de una frecuente exposición, sistemática y acumulativa a la programación de televisión, es que las personas incorporan y aceptan esos modelos como normales, eso significa que si desde la niñez las personas se habitúan a ver por televisión determinados modelos y roles de género idealizados, tanto masculinos como femeninos, disfrazados bajo diferentes formatos, luego juzgarán a las mujeres reales a partir de esos parámetros que se consideran deseables o propios para el género femenino. (Citado en García, 2018, p. 136)

Internet y redes sociales:

Si asumimos que en las redes sociales las identidades se configuran, en numerosos casos, como identidades de escaparate, es pertinente basar el análisis de estos espacios en la ritualización que se produce en las autopresentaciones. En cierto modo, los y las adolescentes, acaban haciendo un trabajo parecido al de los publicistas que, según Goffman citado en Tortajada, Araña y Martínez, ritualizan lo que ya está ritualizado, es decir, que toman las manifestaciones de género que compartimos socialmente y las reconfiguran, exagerándolas. En sus autopresentaciones buscan poses brillantes y, para ello, toman como referente la publicidad y las representaciones de hombres y mujeres de otros formatos audiovisuales, reproduciendo y remodelando algunos estereotipos de género. (2013, p. 178)

En los últimos años, se han desarrollado diversos estudios que sostienen que tanto las páginas web personales como las redes sociales son un entorno importante para la exploración identitaria Stern, 2004; Manago & al., 2008 citado en Tortajada 2013, la autopresentación de los y las adolescentes (Stern, 2004), la comparación social y la expresión de aspectos idealizados del sí mismo que se querría ser Manago & al. En Tortajada 2013 y que las redes sociales tienen un gran peso en la socialización y, específicamente, en la construcción de la identidad de género García Gómez, 2010; Huffaker & Calvert, 2005; Se vick-Bortree, 2005; Sveningsson, 2008; Thel wall, 2008. (Citados en Tortajada, et al, 2013, p. 178)

Actualmente vivimos en un mundo el cual se destaca por el uso excesivo de las redes sociales, por ello es que es un factor un tanto manipulador y que de alguna manera sobreinforma a los consumidores.

Las redes sociales han empezado a dominar nuestros estilos de vida, a tal grado que, en vez de establecer un límite, nos dejamos llevar por lo que las redes sociales nos dictan, es aquí donde se comienzan a crear los estereotipos y modelos de conducta. (López, 2015, párrafo 2)

Un claro ejemplo es YouTube ya que sus usuarios o Vloggers, dan tips para vestir en temporada, creando así estrategias de marketing para llegar al consumidor, hasta el punto de dominarlos. De esta manera el estereotipo que se va creando del vlogger hacia sus seguidores irá aumentando, con el objetivo de parecerse a la forma de vestir del vlogger,

en la manera que hablan o las frases que dicen. En otras redes sociales como son Instagram y Facebook, también se manejan los estereotipos, ya que en ellas se publican fotografías de cómo se vistieron hoy, que comprarán e incluso qué comerán. (López, 2015, párrafo 4)

Los estereotipos o modelos de personas ideales, con los cuales nos comparamos, o bien, imitamos crecen poco a poco, inicialmente las mujeres eran más vulnerables a estos modelos (por comerciales de ropa, cosméticos, tratamientos de belleza, etc.), pero con el paso del tiempo tanto hombres como mujeres nos hemos hecho vulnerables a ellos. (López, 2015, párrafo 6)

En otras palabras, los estereotipos están fuertemente ligados con la aceptación por parte de grupos sociales o en la sociedad misma como un valor palpable que muchas personas desean seguir, pero que no todos lo pueden alcanzar. La identidad es importante para el individuo porque le permite ser aceptado e identificado con los estereotipos predominantes para poder sentirse integrado y aceptado socialmente. Peña, Hernández (2009) relatan sobre la identidad y como esta se ve expuesta por la presión social y el ideal sobre el cuerpo y lo que impone la publicidad. (Perdomo, Montenegro y Rivera, 2020, p. 24)

❖ Estereotipos de Género:

Los estereotipos de género son el conjunto de ideas utilizadas para explicar el comportamiento tanto de los hombres como las mujeres, cómo deben comportarse y los papeles que deben desempeñar en el trabajo, la familia y el espacio público, además de cómo deben relacionarse entre sí. El estereotipo es una idea generalizada basada en suposiciones de cómo es o debe ser una persona a partir de características como su sexo biológico, su orientación sexual o su identidad o expresión de género. (Wikipedia, 2022, párrafo 1)

Por otra parte, cada cultura elabora sus propios estereotipos de género que dependen de los roles en los marcos sociales en los que se construyen; sin embargo, numerosos estudios han encontrado elementos en común universales. Los estereotipos de género se incorporan a través del aprendizaje en la socialización y no existe justificación racional; sin embargo, influyen en actitudes y conductas; por ello son utilizados con frecuencia en la mercadotecnia, la publicidad, el cine y los medios de comunicación. Los estereotipos de género definen el rol de una persona en función de su sexo y, con ello, están

estableciendo las metas y expectativas sociales tanto del hombre como de la mujer. De este modo se marcan una evolución y desarrollo diferentes desde la infancia que podrían dar lugar a situaciones de desigualdad y de discriminación. (Wikipedia, 2022, párrafo 2-3)

Es decir, entender los estereotipos de género ayuda a tener más claridad sobre los diferentes componentes del género a los cuales se refieren las generalizaciones estereotípicas. (Cook, Cusack, 2009, p. 24)

En otras palabras, el género responde a construcciones socioculturales susceptibles de modificarse dado que han sido aprendidas (INMUJERES, 2004). En consecuencia, el sexo es biológico y el género se elabora socialmente, de manera que ser biológicamente diferente no implica ser socialmente desigual. Lamas (2002:33) señala que “el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género” (INMUJERES, 2007, p. 1)

Algunos autores hacen mención de otras clasificaciones, reconociendo así los estereotipos de sexo, sexuales y estereotipos sobre los roles sexuales.

Después de todo, los estereotipos de sexo se centran en las diferencias físicas y biológicas entre hombres y mujeres (la fuerza física relativa de hombres y mujeres). Los estereotipos sexuales se refieren a la interacción sexual entre hombres y mujeres. Los estereotipos sobre los roles sexuales aluden a los roles y comportamientos que se atribuyen “a” y se esperan “de”, los hombres y las mujeres con base en sus construcciones físicas, sociales y culturales. (Cook y Cusack, 2009, p. 29)

De igual forma, Lamas señala que “el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento

femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. (citado en INMUJERES, 2007, p. 1)

❖ Estereotipos de sexo:

El concepto de “estereotipo de sexo” lo usamos para describir una noción generalizada o preconcepción que concierne a los atributos o características de naturaleza física o biológica que poseen los hombres y las mujeres. Los estereotipos de sexo incluyen nociones generalizadas según las cuales los hombres y las mujeres poseen características físicas diferenciadas. (Cook y Cusack, 2009, p. 29)

También uno de los estereotipos que a lo largo de la historia se ha mantenido con más fuerza y fiabilidad es el del sexo. En múltiples trabajos, algunos ya clásicos y otros más cercanos se encuentran descripciones de los grupos de hombres y de mujeres que engloban características similares en contextos tan diversos como América del Norte y del Sur, Asia, África, Europa y Australia. Estas descripciones retratan a las mujeres como sensibles, cálidas, dependientes y orientadas a la gente, en tanto que a los hombres se les ve dominantes, independientes, orientados hacia el trabajo y agresivos (Williams y Best, citado en Gavaldón, 1999, p. 82)

Es por ello que el concepto sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace, universales e inmodificables. En cambio, el género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construye en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual. De aquí surgen los conceptos de masculinidad y feminidad, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, las oportunidades, la valoración y las relaciones entre mujeres y hombres.

❖ Estereotipos sexuales:

Los estereotipos sexuales dotan a los hombres y a las mujeres de características o cualidades sexuales específicas que juegan un papel en la atracción y el deseo sexuales,

la iniciación sexual y las relaciones sexuales, la intimidación, posesión y violencia sexuales, el sexo como transacción (a cambio de dádivas, oportunidades o dinero) y la reificación y explotación sexuales. (Cook y Cusack, 2009, p. 31)

Por ejemplo, los estereotipos sexuales operan para demarcar las formas aceptables de sexualidad masculina y femenina, con frecuencia privilegiando la heterosexualidad sobre la homosexualidad a través de la estigmatización de las relaciones lésbicas y prohibiendo el matrimonio lésbico y la formación de familia entre lesbianas a través de la inseminación artificial o la adopción. (Cook y Cusack, 2009, p. 31)

Por ello cuando se estereotipa a las mujeres como propiedad sexual de los hombres, el estereotipo opera para privilegiar la sexualidad masculina y permitir la explotación sexual de las mujeres a través de los ataques y la violencia; por ejemplo, por medio de la trata. Los estereotipos sexuales han sido usados por mucho tiempo para regular la sexualidad de las mujeres y para justificar y proteger el poder masculino en función de su gratificación sexual. (Cook y Cusack, 2009, p. 32)

❖ Estereotipos sobre los roles sexuales:

Un “estereotipo sobre los roles sexuales” se entiende como aquel que describe una noción normativa o estadística sobre los roles o comportamientos apropiados de hombres y mujeres. En tanto los estereotipos sobre los roles sexuales se basan en las diferencias biológicas de los sexos para determinar cuáles son los roles o comportamientos sociales y culturales apropiados de hombres y mujeres, puede decirse que se construyen sobre los estereotipos de sexo. (Cook y Cusack, 2009, p. 32).

De este modo la teoría del rol social se centra en los efectos de la división tradicional del trabajo, en la que las mujeres se ven confinadas a tareas domésticas y los hombres desempeñan un trabajo asalariado fuera del hogar. Dichas divisiones de roles por sí mismas, son suficientes para producir estereotipos según los cuales los miembros de cada sexo poseen rasgos propios de sus respectivos roles [...] los estereotipos sobre los roles sexuales comunes concernientes a los papeles apropiados de hombres y mujeres, son las nociones generalizadas según las cuales los hombres deben ser los proveedores primarios de sus familias y las mujeres, madres y amas de casa. (Cook y Cusack, 2009, p. 33)

Por otra parte, los estereotipos compuestos, son estereotipos de género que interactúan con otros estereotipos que asignan atributos, características o roles a diferentes subgrupos de mujeres. Por ejemplo, los estereotipos basados en el género y la edad pueden unirse para producir estereotipos específicos relacionados con las adolescentes, las mujeres en edad reproductiva o de la tercera edad. (Cook & Cusack, 2009, p. 29)

Se han utilizado varios términos para designar el concepto: «estereotipos sexuales», «estereotipos de rol sexual», «estereotipo de género» y «estereotipo de rol de género». Aunque a veces se utilicen indistintamente los términos sexo y género, se tiende a manejar el término sexo para referirse a las características biológicas asociadas a cada clase sexual y el término género para referirse a las características psicosociales (rasgos, roles, motivaciones y conducta) que se asignan diferencialmente a mujeres y hombres. Al hablar de estereotipia de género nos referimos exclusivamente a las características psicosociales que se consideran prototípicas de las dos categorías excluyentes. También se utilizan a veces de manera confusa los términos «rol de género» y «rol sexual». Desde las Ciencias Sociales se utiliza el constructo «rol» para referirse a la posición que un individuo ocupa en una estructura social organizada, a las responsabilidades y privilegios asociados a esa posición y a las reglas de conducta que gobiernan las interacciones de los individuos. Sólo a los diferentes conjuntos de roles asignados a hombres y mujeres se les denomina «roles sexuales» o «roles de género» (Gavaldon, 1999, p. 84)

2.3.1 ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS Y ESTIGMAS

La relación que existe entre estos conceptos es muy estrecha, los prejuicios, estereotipos y estigmas tienen como resultado la reproducción de prácticas que justifican las relaciones desiguales de poder entre diferentes grupos sociales y niegan el acceso a derechos; es ahí donde comienza la discriminación. (CONAPRED, 2017, párrafo 2)

Así mismo, los estereotipos son construcciones culturales creadas en torno a un grupo humano, que se basan en generalizaciones, prejuicios, mitologías urbanas o percepciones simplificadas y exageradas del mismo. Generalmente, le atribuyen características, propiedades o intereses a dicha comunidad, de los cuales se hacen eco terceros y a menudo terminan por consolidar un prejuicio social. Aunque comúnmente el término implica connotaciones negativas, la formación de estereotipos forma parte de un proceso natural de la mente humana, puesto que resulta más sencillo pensar la realidad en base a categorías y lugares comunes.

Es importante entender que los estereotipos han sido a menudo conceptualizados como representantes del componente cognitivo del prejuicio. Concretamente, un estereotipo es una característica asociada a una categoría cognitiva que es usada por los perceptores para procesar información sobre el grupo o miembros del grupo (Dovidio, Evans & Tyler, 1986, citados en Montes, 2008, p. 1)

Después de esto, Gordon Allport en 1954 definió al prejuicio como: principalmente a la etiquetación que hacemos de manera negativa, sobre la base de una forma de pensar que adoptamos desde pequeños. Esta forma de pensar surge como resultado de la necesidad que tiene el ser humano de tomar decisiones firmes y concretas de manera rápida, tomando información generalizada de la que se tiene hasta el momento para emitir juicios, y sin verificar su veracidad. (Wikipedia, 2022, párrafo 2)

Un prejuicio (del lat. *praeiudicium*, 'juzgado de antemano') es el proceso de formación de un concepto o juicio sobre alguna persona, objeto o idea de manera anticipada. En términos psicológicos, es una actividad mental inconsciente que distorsiona la percepción. (Wikipedia, 2022, párrafo 1)

Es decir, el prejuicio hace referencia a lo infundado del juicio y al tono afectivo. Allport señala que la frase «pensar mal de otras personas» debe entenderse como «una expresión *elíptica*, la cual incluye sentimientos de desprecio o desagrado, de miedo y aversión, así como varias formas de conducta hostil, tales como hablar en contra de ciertas personas, practicar algún tipo de discriminación contra ellas o atacarlas con violencia». En las prácticas cotidianas de los sujetos, el prejuicio opera a partir de presupuestos valorativos basados en costumbres, tradiciones, mitos y demás aprendizajes adquiridos a lo largo de los procesos de conformación de las identidades. (Wikipedia, 2022, párrafo 3)

Considerando que el estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se la vea como inaceptable o inferior. (Wikipedia, 2022, párrafo 1)

El concepto fue acuñado en 1963 por Erving Goffman, y explica la noción sociológica del término como pertenencia a un grupo social menospreciado (grupo étnico, religión, nación, etc.), distinguiéndola de las nociones anatómica (abominación del cuerpo)

y psicológica (defectos del carácter del individuo). El proceso mediante el cual se realiza el estigma se denomina estigmatización. (citado en Wikipedia,2022, párrafo 2)

Goffman define el estigma como el proceso en el cual la reacción de los demás estropea la "identidad normal". Goffman reconoce tres formas de estigma:

- ❖ El cuerdisimo o mentalismo por la imposición de un diagnóstico médico de trastorno mental (o la experiencia del trastorno).
 - ❖ Una forma de deformidad o una diferenciación no deseada
 - ❖ La asociación a una determinada raza, creencia o religión (o ausencia de esta).
- (Wikipedia,2022, párrafo 3)

Es necesario recalcar que las enfermedades mentales, las discapacidades físicas, la obesidad, la orientación sexual, la identidad de género, el color y tono de piel, la nacionalidad, el proclamarse de una cierta etnicidad o el vivir en un entorno con índices de criminalidad elevados son objeto de estigma social en una gran variedad de contextos sociopolíticos. (Wikipedia,2022, párrafo 4)

La percepción o atribución de lo correcto e incorrecto y lo criminalizable trae consigo un fuerte estigma social. También el hecho de vivir en un entorno con índices de criminalidad elevados es percibido por la sociedad como fuera de la norma. Las concepciones sociales imperantes dentro de una sociedad acerca de grupos estigmatizados pueden ser mantenidas o magnificadas al ser reproducidas por los medios de comunicación. (Wikipedia,2022, párrafo 4)

Los prejuicios y los estereotipos pueden influir de manera negativa en las relaciones entre grupos sociales y dificultar su convivencia. (Prejuicios y Estereotipos y cómo Influyen en la Convivencia, 2015, p. 2)

Son la base de actitudes discriminatorias y pueden tener graves consecuencias en la convivencia ya que se pueden emplear para la violencia y la agresión hacia otros. El estereotipo, el prejuicio y el estigma se traducen en comportamientos negativos hacia un individuo o grupo de personas y se convierten en un proceso de discriminación hacia las personas que se ven afectadas, la discriminación supone maltratar o limitar posibilidades a las personas por tener otras "características", las cuales definen su pertenencia a un grupo social. Las actitudes negativas hacia otros grupos sociales, tienen múltiples consecuencias en la vida de las personas, tanto de las víctimas como de los victimarios. Para las personas discriminadas, actitudes de este tipo generan exclusión y aumentan

las brechas sociales de los grupos humanos. Prejuicios y Estereotipos y cómo Influyen en la Convivencia, 2015)

Las personas discriminadas por ejemplo suelen tener menos acceso a servicios sociales, oportunidades educativas o de promoción profesional, esta ha sido la situación, por ejemplo, de muchas mujeres, y continúa siendo un problema en culturas tradicionales. Desde el punto de vista moral son una injusticia hacia las personas y grupos víctimas del prejuicio pues se basan, en conocimientos. (Prejuicios y Estereotipos y cómo Influyen en la Convivencia, 2015, p. 2)

2.3.2 ESTEREOTIPOS SOCIALES DE GÉNERO

Los estereotipos sociales de género aluden a un conjunto estructurado de creencias y expectativas compartidas, dentro de una sociedad, acerca de las características que poseen (componente descriptivo) y deben poseer (componente prescriptivo). (Fiske y Stevens 1993, citados en Lemus, 2007)

Las creencias y expectativas que conforman los estereotipos sociales de género incluyen: rasgos de personalidad (subordinación/dominio), roles (cuidadora/sustentador económico de la familia), profesiones (secretaria/empresario), mandatos (subordinarse a las necesidades y expectativas de los hombres/demostrar siempre potencia y creer que su cuerpo es una máquina invencible), exigencias sociales (silenciar la propia fortaleza e inteligencia/ocultar las debilidades). (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Esto quiere decir que el género no puede verse únicamente como una simple estructura binaria y heteronormativa; sino que se compone de estructuras sociales mutables y flexibles, que cambian y se regeneran constantemente marcando lugares diferenciados para las mujeres y para los hombres. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Por otra parte, la intersección origina un contexto complejo de desigualdades que operan de forma dinámica y que condicionan las relaciones de género. En este contexto interseccional, las personas se significan en términos de estructuras sociales que comportan relaciones de poder derivadas de diversas categorías: patriarcado, racismo, clasismo o heterosexismo entre otras. Así, por ejemplo, no categorizamos del mismo modo a una mujer blanca, española y joven, que a otra mujer negra, migrante y madura. Todo ello tiene implicaciones claras en términos de salud mental (SM), cuando constatamos, por ejemplo, que la depresión es más prevalente en mujeres que en

hombres, y que lo es aún más en mujeres de mediana edad que pertenecen a clases sociales desfavorecidas. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Mientras tanto los estereotipos sociales de género mediatizan la prevalencia de los trastornos mentales comunes (TMC): depresión, ansiedad y quejas somáticas. Trastornos que afectan aproximadamente a una de cada tres personas en la comunidad, que predominan entre las mujeres y que constituyen un grave problema para la salud pública. Según las predicciones de la OMS, la depresión mayor será la segunda causa de discapacidad mundial en 2020, y esta enfermedad es, ahora mismo, dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Por tanto, reducir el número de mujeres que sufren depresión contribuiría de manera significativa a disminuir la discapacidad causada por los TMC. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 24)

2.3.3 ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y SALUD

Los estereotipos pueden observarse en todos los ámbitos y actividades de la sociedad e influyen en las expectativas que mantienen los profesionales de la salud, dando lugar a los sesgos de género en la atención sanitaria. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Al mismo tiempo los estereotipos mediatizan las distintas formas que tienen los pacientes de consultar los servicios sanitarios: según este modelo tradicional, las mujeres tienden a acudir más veces y antes a los servicios generales y también manifiestan más quejas psicosociales. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Por su parte, los hombres acuden con más frecuencia a urgencias o a los servicios hospitalarios y les cuesta mucho más verbalizar sus quejas. Este modelo también incide en el estado de salud y en las formas de enfermar. Así, las cargas derivadas del rol dependiente y de cuidadora son los procesos psicosociales más frecuentes encontrados entre mujeres con TMC. En cambio, el primer proceso psicosocial asociado a la salud de los hombres tiene que ver con los conflictos de pareja. Por otra parte, la incorporación de las mujeres a la educación, al trabajo formal y al espacio público ha dado paso al modelo de género en transición. Este nuevo modelo, aún en evolución, ha modificado las relaciones sociales, pero en el espacio de la intimidad las personas todavía conservan valores tradicionales. El modelo de género en transición, y el consiguiente cambio en las relaciones de poder-subordinación, ha comportado para las mujeres y los hombres diferentes procesos protectores ante la enfermedad. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

En vista de que la autonomía, la independencia, el nivel cultural y la participación en la vida pública serían factores de protección para la salud de las mujeres; mientras que para los hombres lo serían liberarse de la carga de mantener el poder y la potencia, y acceder a la sensibilidad y a la afectividad, antes vedadas. Al mismo tiempo, este modelo presupone una vulnerabilidad diferenciada para las mujeres, que se atribuye a la acumulación de roles antiguos y nuevos, acumulación que da como resultado la doble jornada laboral con carga monoparental en soledad o también conocida como jornada interminable. La sobrecarga resultante es mucho más grave cuando los recursos económicos son escasos, hasta el punto de que se reconoce como el primer proceso psicosocial determinante de salud en las mujeres. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Si a lo largo del siglo XX, la salida de las mujeres del lugar de subordinación dio paso al modelo de género en transición, a finales del mismo siglo y principios del XXI el cambio del capitalismo de producción por el de consumo ha dado lugar al desplazamiento desde unos valores sociales hacia una realización individual y un éxito personal medidos por la capacidad de consumo de bienes materiales. Debido a este mandato de éxito material, el cuerpo se convierte en la representación del individuo y pasa a ser el portador de su identidad. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

El cuerpo refleja los signos del éxito y de la belleza, y la imagen corporal deviene el paradigma de la vulnerabilidad en el nuevo modelo de género contemporáneo. En este modelo la diferencia por sexos ya no se encuentra en los roles, sino que se manifiesta en la percepción del propio cuerpo. El ideal femenino de belleza es débil, infantil y enfermizo, frente al masculino que es fuerte, sano y potente. A diferencia de los modelos anteriores, en este nuevo modelo las mujeres y los hombres presentan los conflictos de pareja como el proceso psicosocial que con más frecuencia se asocia a TMC. (Julián, Donat y Díaz, 2013, p. 23)

Cuando se trata de la salud, los roles, las normas y las relaciones de género pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres y los hombres. Sin embargo, debido a la situación desfavorecida de las mujeres en el plano social, económico y político, a menudo les resulta más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental, incluido el uso eficaz de información y servicios de salud. (OPS, 2009, p. 5)

3. IMAGEN CORPORAL

Cuando odiamos a alguien, odiamos en su imagen algo que está dentro de nosotros.

(Hesse, Hermann).

3.1 ANTECEDENTES

Podríamos afirmar que la existencia humana es corporal y percibimos el mundo desde nuestro cuerpo. Nuestro cuerpo y lo que él representa, es lo que el mundo representa para nosotros, como lo vivimos y lo sentimos. (Ruggio, 2011, párrafo 1)

❖ Prehistoria: 3.3 millones de años A.C.- 5,300 A.C.

En esta etapa el cuerpo se valoraba en función de la reproducción y la preservación de la especie, es por ello que el estándar de belleza buscaba cuerpos voluminosos ya que se relacionaban con una buena capacidad de reproducción y menor riesgo de muerte durante el parto lo que aseguraba la preservación de la especie. (Altamira, 2023, s.p.)

❖ Cultura Egipcia 3150 AC- 31 AC:

En el antiguo Egipto el cuerpo era considerado como un símbolo de armonía y perfección, para los egipcios, el cuerpo debe ser proporcionado. Esto era importante porque partes del cuerpo como el puño, eran consideradas unidades de medida, una mujer o un hombre eran “bellos” si median 18 veces su propio puño, en cuanto al estándar de belleza, los egipcios apreciaban a las mujeres delgadas con pechos pequeños, pero con caderas anchas, solían usar pelucas y cosméticos para mejorar su apariencia física. (Altamira, 2023, s.p.)

❖ Cultura griega (500- 323 A.C)

Un cuerpo era bello si estaba simétrico. Esto se aprecia en sus esculturas, que muestran cuerpos robustos, pero con simetría y caderas anchas. La proporción del rostro tenía que ser matemáticamente proporcional, los ojos debían de ser puros, puesto que se les consideraba como la ventana del alma. Los hombres eran considerados como la mayor obra de perfección, debían ser cuerpos atléticos, con valor, heroísmo y sabiduría. (Altamira, 2023, s.p.)

❖ Imperio romano 27 A.C - 476 D.C

En la cultura romana el cuerpo tenía valor en el contexto de guerra. Para ellos era importante que los hombres tuvieran una complexión atlética ya que esta era el ideal del guerrero. (Velk, Hernández y Real, 2023, p. 5)

❖ Edad media 476 D.C - 1453

Durante este periodo marcado por el dominio de la religión, el cuerpo era apreciado como un instrumento al servicio de Dios, en las mujeres se apreciaba el tono de piel blanco (signo de pureza) con senos pequeños y cadera estrecha. En los hombres se buscaba que fueran altos, fuertes y con hombros anchos para poder cargar una armadura. Las piernas delgadas y largas eran un símbolo de elegancia mientras que las manos grandes simbolizaban habilidad con la espada. (Velk, Hernández y Real, 2023, p. 6)

❖ Renacimiento siglo XV Y XVI

En el renacimiento se vuelve a la apreciación griega clásica: la simetría y la estética de las formas corporales, en la silueta femenina se apreciaba la piel blanca, los pechos pequeños, la cintura y la cadera estrecha. En los hombres se apreciaba el cabello largo, las cejas pobladas, la mandíbula grande y un tórax ancho. (Velk, Hernández y Real, 2023, p. 7)

❖ Barroco siglo XVII

El barroco fue considerada como una etapa superficial de apariencias y coquetería. En las mujeres se apreciaban los lunares, el uso de maquillaje, hombros y cintura estrecha resaltada por el corsé. En los hombres destacaba el pelo, el uso de pelucas, piel muy blanca, y mejillas rosadas. (Velk, Hernández y Real, 2023, p. 8)

❖ Siglo XX

En el siglo XX la concepción del cuerpo humano fue cambiando por las guerras, la liberación femenina, las luchas por igualdad de derechos, el auge del cine y el desarrollo tecnológico. En la posguerra, el ideal de la belleza en la mujer era el cuerpo de formas voluminosas y curvas. En esta etapa dejó de estar de moda la palidez y la tez bronceada ganó popularidad, fue en esta etapa que comenzó la difusión de la higiene y el cuidado del cuerpo hasta que en los años 60 la delgadez se transformó en un ideal. En los años 90 aparecen los trastornos de la conducta alimentaria de etiología multifactorial pero influenciados en gran manera por el estándar social de belleza. (Velk, Hernández y Real, 2023, p. 11)

Henry Head, en los años 20's, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término "esquema corporal". (citado en Baile, 2009, p.3).

Paul Schilder publica en 1935 una monografía sobre la imagen y la apariencia del cuerpo humano en la que considera la imagen corporal no sólo como una estructura fisiológica sino también psicológica. Además, considera la imagen corporal como un factor decisivo en toda la acción humana y como una parte constitutiva de la persona (Schilder, 1989). Este autor entendía que esta imagen del cuerpo no sólo se constituía por las impresiones recibidas a través de los sentidos, de los músculos (aponeurosis) o vísceras, sino que el cuerpo se percibía como una unidad más allá de las percepciones. (citado en Baile, 2009)

Bruch (1962), en la década de los años 60's del siglo XX, propone los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para "apresarla". (citado en Baile, 2009, pp. 2-3).

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE IMAGEN CORPORAL

El concepto de imagen corporal o "imagen del propio cuerpo", hace referencia al cúmulo de actitudes y sentimientos las cuales se producen en la memoria de cada sujeto respecto a su cuerpo. Es por ello que hay una relación entre la percepción del cuerpo consigo mismo y con relación a otro, esta concepción de imagen tiene un carácter subjetivo ya que existe una opinión de la persona respecto a su cuerpo como totalidad o con relación a sus partes y de lo que ésta piensa sobre su cuerpo. (Gallego, 2009, p. 12).

Es decir, la imagen corporal es un concepto puramente, consiste en la interpretación del cuerpo y de sus posibilidades. Está asociado a múltiples opiniones sociales, a la imagen social, a la falta de una extremidad o enfermedad a aspectos culturales. Es la conciencia que tenemos sobre nuestro cuerpo de los diferentes segmentos y de las relaciones que tenemos entre estos. El esquema corporal se constituye muy lentamente en el niño. Esta evolución se dirige bajo la combinación de dos factores: la maduración de la actividad mental y las relaciones vividas del niño), consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que te ves y te imaginas a ti mismo. (wikipedia, 2022, párrafo 1)

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales, considerada como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante. (Dolto, 1986, p.21)

Por lo tanto, la imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisista e interrelacional: camuflable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, moldeado, intervención musical y plástica [...] gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entre cruzada con nuestro esquema corporal podemos entrar en comunicación con el otro, todo contacto con el otro, se asienta en la imagen del cuerpo. (Dolto, 1986, p. 21)

Al mismo tiempo, Fishe (1990) indica que Bonnier en 1905 acuña el término de “aschemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “autotopagnosia”. Pick, igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. (Citados en Baile, 2009, p. 3)

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como:

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”. (Schilder, 1950, citado en Baile, 2009, p.3)

En palabras de Schilder (1989) podemos decir que “el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo” y que podemos llamar a esta imagen “imagen corporal”. (citado en Castro, 2016, pp. 2-3)

Merleau-Ponty, uno de los más importantes representantes del enfoque fenomenológico, aborda la imagen corporal desde la sociología y considera que es nuestro cuerpo lo que asegura que existan objetos para nosotros. Por lo tanto, el cuerpo no es un objeto cualquiera del mundo, es un medio de comunicación entre nosotros y el mundo. Además,

concibe dos dimensiones del cuerpo: como estructura experiencial vivida (Yo no estoy delante de mi cuerpo, estoy en mi cuerpo, o mejor, soy mi cuerpo) y como ámbito de los mecanismos cognitivos (percibir es tornar presente cualquier cosa con la ayuda del cuerpo) (Firenze, Costa, Riobello, citado en Castro, 2016, p.4)

Apoyándonos en la perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty se puede entender la corporeidad como una dimensión global y compleja de la persona. Sería la construcción permanente de la persona en su esfera biológica, psicológica y sociocultural. Abarca la unidad de lo psicofísico, lo espiritual, lo motriz, lo afectivo, lo social y lo intelectual, a partir de lo que tiene significado para él y para la sociedad. Dos nuevos términos aparecen relacionados, en este caso con la corporeidad: "habitus", término sociológico que se utiliza como sinónimo en muchas ocasiones de imagen corporal, y capital corporal (Hernando, González, citado en Castro, 2016, p. 4)

3.3 ESQUEMA CORPORAL

El esquema corporal es, una representación interna, preconsciente, del cuerpo, pero de un cuerpo mudo, fuera de la relación con el otro, [...] es la representación interna que todos tenemos del cuerpo en su función eminentemente motriz y en su cualidad de objeto ocupa un lugar en el espacio entre otros objetos. (Nasio, 2008, p.59)

Para formularlo brevemente, definamos el Esquema corporal como la representación espacial y funcional del organismo y digamos que la Imagen del Cuerpo, aunque también es una representación interna y no consciente del cuerpo, revela el cuerpo en su cualidad de sustrato relacional entre el sujeto y el Otro, sustrato relacional de lenguaje, afecto y erogeneidad. (Nasio, 2008, p.59)

La noción de esquema corporal viene a reemplazar a la de cenestesia propuesta por la psicología clásica, según la cual [uno] comprende [su] cuerpo a partir de una masa de sensaciones que me indican el estado de mis diferentes órganos. El concepto de cenestesia fue acuñado por el fisiólogo alemán Reil [...] el tránsito del concepto de cenestesia al de esquema corporal implicó el paulatino abandono de la perspectiva fisiologista en el estudio del desarrollo psico-social del sujeto, dando lugar a un nuevo constructo que hizo del individuo y su medio una totalidad compleja a ser analizada. (Buffone, 2019, p.299)

Head propuso el término "esquema" para designar ese patrón a partir del cual se miden los cambios de postura antes de ser introducidos en la conciencia. "Cada nueva postura

o cada nuevo movimiento”, sostiene Head, “se registra en este esquema plástico, en tanto que la actividad cortical pone en relación el esquema con cada nuevo grupo de sensaciones suscitadas por la nueva postura”. Este sistema de “traducción espacial” permite ampliar el conocimiento de nuestro propio cuerpo más allá de sus límites, extendiéndolo incluso hasta los objetos mismos. (Buffone, 2019, p. 300)

Por lo tanto, el esquema corporal es la conciencia que tenemos de nuestro cuerpo, de la situación y relación entre los diferentes segmentos que lo componen y de cómo el sujeto lo va percibiendo a lo largo de su vida. (Cidoncha y Díaz, 2009, párrafo 1)

Luego entonces, se trata de un concepto de carácter dinámico, que se va formando y evolucionando de modo lento y global con los años, que abarca a todas las capacidades del movimiento, al mismo tiempo que puede ir variando como consecuencia de alguna enfermedad (patología en la elaboración del esquema corporal). Podemos, afirmar que el esquema corporal equivale a la representación mental de nuestro cuerpo, con lo que éste se convierte en objeto de conocimiento de sí. (Cidoncha y Díaz, 2009, párrafo 2)

Es decir, el esquema corporal es una realidad de hecho, es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico, nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales. (Dolto, p. 18)

Merleau-Ponty (1945), citado por Sánchez, desde la perspectiva fenomenológica, considera el cuerpo como una forma de expresión en el mundo, en las funciones corporales, se basan en la unidad intrínseca de la percepción y de la reflexión sobre sí. El esquema corporal es concebido por Merleau-Ponty, al igual que por Wallon, como relación hacia las cosas y sus fines. (2016, p. 230)

Wallon, desde la perspectiva psicobiológica, y Piaget, desde la cognitiva, son los dos primeros psicólogos que establecen unos periodos del esquema corporal, del niño y además no precisan de las patologías del conocimiento del cuerpo para explicar la evolución del mismo. (Sanchez, 2016, p. 230)

Para Bonnier, el concepto de esquema es un modelo perceptivo del cuerpo con una configuración espacial; esto le posibilita al sujeto trazar la figura de su cuerpo, con la distribución de sus miembros y órganos, y localizar así los estímulos que vienen desde el

exterior, así como las respuestas que el cuerpo emite ante dichas estimulaciones. (citado en Sanchez, 2016 p. 231)

Deberíamos decir que, a las dos imágenes principales de nuestro cuerpo, se agregan otras dos, la imagen actuada por nuestro cuerpo en movimiento y la imagen nominativa de una particularidad física, así es como, para el psicoanálisis tenemos cuatro imágenes, cuatro maneras de vivir nuestro cuerpo: sintiéndolo (imagen mental), viviéndolo (imagen espejo), siendo desbordados por él (imagen acutada) y nombrándolo (imagen nominativa). (Nasio, 2008, p. 74)

Diré que el cuerpo real es el cuerpo que siento, que el cuerpo imaginario es el que veo y que el cuerpo simbólico es a la vez mi cuerpo simbolizado, símbolo en sí mismo y significativo, agente de cambios operados en mi realidad somática, afectiva y social. Mi cuerpo siempre es un cuerpo fantaseado, pero cuando lo siento, adquiere la condición de real; cuando lo veo, adquiere la condición de imaginario; cuando provoca un cambio en mi vida, adquiere la condición de significativo. (Nasio, 2008, p. 76)

3.3 DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL ESQUEMA CORPORAL

El Esquema Corporal podemos considerarlo como la imagen mental que tenemos de nuestro cuerpo, primero estático y después en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobre todo, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean. (Domínguez, citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 868)

Esta imagen del cuerpo varía a lo largo del ciclo vital y es fundamental desarrollarla correctamente por dos motivos: el primero, es que va a ayudar al individuo en su interacción con el entorno, y el segundo, es que el poseer una imagen adecuada de uno mismo va a incidir de manera positiva sobre el bienestar psicológico. Como señala García Arroyo (1995), esta imagen del “cuerpo propio” es uno de los componentes básicos de la identidad personal, ya que incide en el autoconcepto y la autoestima que el ser humano de forma dinámica va articulando y construyendo a lo largo de toda su vida. (Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 868)

Le Bouch define el esquema corporal “como intuición global o conocimiento inmediato de nuestro propio cuerpo, sea en estado de reposo o en movimiento, en función de la interrelación de sus partes y, sobre todo, de su relación con el espacio y los objetos que nos rodean”. (Jiménez y Jiménez, citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 869)

Para Le Bouch (1995) un esquema corporal mal definido supone un déficit de la relación sujeto-mundo exterior que influye en el plano de la:

- ❖ Percepción (déficit de la estructuración espacio-temporal).
- ❖ Motricidad (incoordinación, malas actitudes, torpeza...).
- ❖ Relación con el otro (inseguridad en las relaciones con los demás). (Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)

Para Martín Domínguez (2008) los elementos fundamentales y necesarios para una correcta elaboración del esquema corporal son, en primer lugar, el control tónico-postural y relajatorio y el control respiratorio, que son los que intervienen en el dominio psicomotor del propio cuerpo; y, en segundo lugar, el equilibrio postural y la coordinación motora, que son aquellos que intervienen en el dominio psicomotor de las conductas motrices de base. (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)

Da Fonseca (1998) introduce en su Batería Psicomotora un cuarto factor al que lo denomina noción del cuerpo, cuya función primordial es la recepción, análisis y almacenamiento de la información. Esta noción del cuerpo, a la que otros autores se refieren con otros nombres como: esquema corporal, imagen corporal, imagen mental del propio cuerpo, constituye para él un concepto aprendido que resulta de la integración de partes del cuerpo que participan en el movimiento y de las relaciones que se establecen entre sí y entre los objetos externos. Este concepto es evaluado a través de una serie de factores: sentido kinestésico, reconocimiento derecha izquierda, auto- imagen, imitación de gestos y dibujo del cuerpo. (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)

Los elementos que constituyen el esquema corporal, como hemos visto, mantienen una tónica general en todos los autores, quedando todos ellos incluidos en los siguientes factores: Conocimiento del cuerpo. Se trata de conocer nuestro cuerpo y las partes que lo constituyen, es decir, conocer nuestro concepto corporal, sus posibilidades y limitaciones. (Miraflores y cols., 2006). Da Fonseca (1998) utiliza el Dibujo del Cuerpo, como un medio de evaluación de la representación del cuerpo vivido por la persona, reflejando su nivel de integración somatognósica y su experiencia psicoafectiva. (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)

- ❖ Tonicidad, Control Postural y/o Sentido Kinestésico. El tono muscular es la tensión constante que tiene los músculos, ya sea en reposo o en movimiento. Esta tensión nos

da sensaciones propioceptivas que inciden sobre el conocimiento de nuestro esquema corporal. (Miraflores y cols., 2006). El control postural está íntimamente relacionado con el desarrollo del control tónico y con el equilibrio (Martín Domínguez, 2008). El sentido kinestésico (Da Fonseca 1998) va a comprender ese sentido posicional y el sentido del movimiento sostenido por los propioceptores. (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)

- ❖ Lateralidad y Estructuración espacial. La lateralidad es conocer y hacer buen uso de nuestro hemicuerpo derecho e izquierdo. (Miraflores y cols., 2006). Mientras que, por orientación espacial entendemos el conocimiento del mundo externo tomando como referencial el propio yo. (Jiménez y Jiménez, 1995). Da Fonseca (1998) evalúan ambos conceptos a través del reconocimiento derecha-izquierda, incluyendo tanto ejercicios de localización intracorporal (lateralidad) como de localización extracorporal en el otro (estructuración espacial). (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)
- ❖ Coordinación psicomotriz o coordinación motora. Evaluada por Da Fonseca (1998) a través de la Imitación de Gestos, pretende abordar del estudio del sentido posicional y del sentido de los movimientos, es decir, evalúa la capacidad de recepción, análisis, retención y reproducción de posturas y gestos. (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)
- ❖ Equilibrio. Se define como el mantenimiento estable del centro de gravedad del cuerpo, en situaciones estáticas o desplazándose por el espacio. Está estrechamente relacionado con el control tónico-postural, ya que facilita tanto el control postural como la ejecución de los movimientos. (Martín Domínguez, 2008, citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p. 870)
- ❖ Relajación. Es la expansión voluntaria del tono muscular acompañada con una sensación de reposos. Es, en definitiva, lo contrario a la tensión muscular. Como objetivos de la relajación tenemos la toma de conciencia de los grupos musculares y control de sus movimientos, la concienciación de la tensión muscular, la liberación de tensiones musculares inútiles que producen fatiga y torpeza en los movimientos y la distensión psíquica. (Miraflores y cols., citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p.870)
- ❖ Respiración. Se encuentra regulada por el autorreflejo pulmonar y por los centros respiratorios bulbares, que adaptan de manera automática la respiración a las necesidades de cada momento. Al igual que el tono muscular, el control respiratorio está sujeto tanto al control voluntario como involuntario y, asimismo, está relacionado con los procesos atencionales y emocionales. (Martín Domínguez, 2008). Los distintos elementos que forman el Esquema Corporal se encuentran relacionados entre ellos, interactuando

los unos con los otros. Esto hace, que para conseguir una correcta imagen mental del propio cuerpo sea necesario incluir en la intervención el trabajo de todos y cada uno de sus componentes. (citado en Sinovas y Miguelsanz, 2010, p.871)

El esquema corporal es una realidad, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico, nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas. (Citado en Dolto, 1986, p. 18)

Afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal, debido a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo. (Citado en Dolto, 1986, p. 18)

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería para siempre, un fantasma no comunicable. (Citado en Dolto, 1986, p. 21)

3.4 IMAGEN CORPORAL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

Schilder (1958) definió la imagen corporal como “la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo”; esta imagen se construye continuamente y configura una gestalt física, psicológica y social. Slade (1988) define la imagen corporal como “el retrato que tenemos en nuestra mente del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen”. La imagen corporal incluye los siguientes componentes: cognitivo (pensamientos y creencias sobre el cuerpo), perceptivo (táctil, kinestésico, propioceptivo, visual, olfativo, auditivo), afectivo (sentimientos sobre el propio cuerpo), conductual y social. El desarrollo de la imagen corporal está influenciado por los sucesos que inciden en el cuerpo (accidentes, enfermedades, abuso sexual), la relación con los demás, la autoestima y la socialización. (citado en Espina, Ortego, Asunción; Ochoa de Alda, Aleman y Juaniz, 2001, p. 219)

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo (componente perceptivo), actitudes, sentimientos y pensamientos (componente cognitivo-afectivo), así como las conductas derivadas de estas (componente conductual) (Baile,

2003; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999), que contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él. En esta compleja construcción de la imagen del individuo, la imposición de un modelo estético origina una inevitable comparación y discrepancia entre el cuerpo ideal (autoimagen ideal del cuerpo) que impone la sociedad y el cuerpo percibido (autoimagen percibida del cuerpo). (Citado en Fernández, González, Contreras y Cuevas, 2014, p. 26)

De esta discrepancia y la comparación negativa puede surgir insatisfacción corporal, considerada una de las causas más destructivas de la autoestima (Raich, 2000, citado en Fernández, González, Contreras y Cuevas, 2014, p. 26)

Por otra parte, el autoconcepto físico se presenta como una de las dimensiones más importantes a la hora de configurar el autoconcepto del adolescente y está sometido a influjos socioculturales (publicidad, información, entorno familiar y entorno de las amistades) similares a los de la imagen corporal (Rodríguez, González & Goñi, 2013). Según Marchago (2002), el autoconcepto físico es una representación mental, compleja y multidimensional que las personas tienen de su realidad corporal. En ella se incluyen elementos perceptivos y cognitivos como rasgos físicos, tamaño y formas del cuerpo, además de elementos afectivos, emocionales, evaluativos, sociales y otras representaciones sobre aspectos relacionados con lo corporal, como apariencia, salud y peso. (Citado en Fernández, González, Contreras y Cuevas, 2014, p. 26)

El autoconcepto juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo. (Esnalao et al. 2008, p. 70)

Los primeros planteamientos históricos sobre autoconcepto se basaban en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo forman un todo indivisible y global, por lo que para poder entender el autoconcepto propio había que evaluar esa visión general. En la actualidad, sin embargo, se acepta una concepción jerárquica y multidimensional (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976) según la cual el autoconcepto general estaría estructurado en varios dominios (académico, personal, social y físico) cada uno de los cuales se dividiría a su vez en dimensiones de mayor especificidad (Axpe y Uralde, 2008; citados por Cazalla y Molero, 2013, p. 44)

Este constructo se ha definido como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976), así como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García y Musitu, 1999; citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 44)

Algunos autores, como Harter (1986), realizan aportaciones interesantes, como que el autoconcepto general o global va a estar determinado por el grado de importancia que demos a cada uno de los componentes específicos. Si al autodescribirnos nuestros juicios de valor son satisfactorios, entonces obtendremos un autoconcepto global positivo. En el caso contrario, generaremos sentimientos negativos y, por tanto, repercutirá en un autoconcepto global negativo. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 44)

Según Vera y Zebadúa (2002), el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, con un buen funcionamiento y para la autorrealización. Está relacionado con nuestro bienestar en general. Muchos de los problemas psicológicos actuales como la depresión o los malos tratos conyugales se relacionan con un autoconcepto bajo o defectuoso. (Citados por Cazalla y Molero, 2013, p. 44)

El autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente (Núñez y González, 1994). A medida que pasan los años se va formando un autoconcepto cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Las autopercepciones se desarrollan en un contexto social lo cual implica que el autoconcepto y su funcionamiento particular está vinculado al contexto inmediato. Sin embargo, las autopercepciones también dependen de las características evolutivas de la persona en cada momento de su desarrollo. (Citados por Cazalla y Molero, 2013, p.45)

3.4.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Según Musitu y Román (1982), Platón fue el que inició el estudio del self entendido como alma. Aristóteles, en el siglo III a.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Sin embargo, va a ser San Agustín, el que describa un primer atisbo de introspección de un self personal. Durante la Edad Media, la cuestión del conocimiento del self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron

en el vacío cultural de la época. Más tarde, con el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto se self se reflejaría en el pensamiento de Descarte, Hobbes, y Locke. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 51)

De acuerdo con una revisión histórica realizada por Rodríguez (2008), fue James a finales del siglo XIX (1890) el primer psicólogo que desarrolló la teoría del autoconcepto y que estableció un esbozo de lo que hoy sería la concepción jerárquica y multidimensional del mismo. Su obra *The principles of psychology* establece una clara distinción entre dos aspectos fundamentales del yo: el yo como sujeto y el yo como objeto, entendiendo al yo sujeto como el responsable de la construcción del yo objeto, y a éste como la entidad que recoge la globalidad de conocimientos sobre nosotros mismos, y, por tanto, el autoconcepto vendría a ser este último. (Citados por Cazalla y Molero, 2013, p. 51)

Dicha globalidad de autoconocimientos, también entendida como yo objeto o autoconcepto, estaría dividida, a su vez, en cuatro componentes: a) el yo-material, formado por el cuerpo y por todas aquellas propiedades materiales que entendemos como propias; b) el yo-social, que comprende las percepciones interiorizadas procedentes de las personas de su entorno; c) el yo-espiritual conformado por el conjunto de capacidades, rasgos, impulsos y motivaciones propias y d) el yo-puro (corporal), de definición mucho más difícil, pero equiparable a un sentimiento de unidad que cada cual va experimentado a lo largo de su vida y que otorga identidad a los comportamientos y emociones vividas a lo largo de las etapas evolutivas de la persona. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 52)

La llegada del conductismo, corriente defensora del método científico para el análisis de la conducta, supuso una frenada en el avance del estudio del autoconcepto. El hecho de que sólo dieran importancia a todos aquellos aspectos de la conducta susceptibles de observación y medición para el avance de la psicología como ciencia hizo que negara los procesos internos como los pensamientos, los deseos, las expectativas o el self, si no podían ser usados para medir las conductas. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 53)

La psicología fenomenológica viene a llenar el vacío creado por el conductismo y el psicoanálisis en relación al estudio de la personalidad, puesto que se centra en el estudio de la conducta humana, pero desde un marco interno al sujeto. La conducta es fruto de la interpretación subjetiva de la realidad, y la autopercepción se construye a partir de cómo se ve cada uno a sí mismo, cómo ve las situaciones en las que se encuentra inmerso y cómo se interconexionan ambas percepciones (Snygg y Combs, 1949), es

decir, el interés se centra en la percepción que la persona tiene de la realidad, más que en la realidad en sí misma, y el autoconcepto se desarrolla y mantiene desde las percepciones procedentes del mundo exterior. (Citados por Cazalla y Molero, 2013, p. 53)

Desde la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969) se introducen dos nuevas variables en el estudio del autoconcepto: la autorrecompensa y el autocastigo, ambos componentes del autorrefuerzo. De esta manera, el autoconcepto dependería de la frecuencia del autorrefuerzo. El aprendizaje social, en comparación con el conductismo, tiene en cuenta una serie de procesos internos del individuo asumidos implícitamente, aunque la conducta observable continúe siendo lo más importante. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 53)

3.4.2 MODELO DE SHAVELSON

Desde el modelo de Shavelson et al. (1976) siete las características fundamentales en la definición del constructo. El autoconcepto puede considerarse como:

- a) Organizado: la gran variedad de experiencias de un individuo establece la fuente de datos sobre la que se basa sus propias percepciones. Para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias una persona las cifra en formas más simples o categorías (Bruner, 1958) Las categorías representan una manera de organizar las propias experiencias y de darles significado. Una característica del autoconcepto, por lo tanto, es que está organizado o estructurado. (Citado en Cazalla y Molero, 2013, p.47)
- b) Multifacético: las áreas en particular reflejan el sistema de categorización adoptado por un individuo concreto o compartido por grupos.
- c) Jerárquico: las distintas facetas del autoconcepto pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas éstas en la base de la jerarquía, hasta el autoconcepto general, situado en lo alto de la jerarquía. (Citado en Cazalla y Molero, 2013, p.47)
- d) Estable: el autoconcepto general es estable, sin embargo, a medida que uno desciende en la jerarquía del autoconcepto, éste va dependiendo cada vez más de situaciones específicas y así llega a ser menos estable. (Citado en Cazalla y Molero, 2013, p.47)
- e) Experimental: al aumentar la edad y la experiencia (especialmente al adquirir los niveles verbales), el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más. A medida que el niño coordina e integra las partes de su autoconcepto, podremos hablar de un autoconcepto multifacético y estructurado. (Citado en Cazalla y Molero, 2013, p.47)

f) Valorativo: no solamente desarrolla el individuo una descripción de sí mismo en una situación particular o clase de situaciones. Las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el “ideal” al que me gustaría llegar, y pueden hacerse comparándose con patrones relativos, tales como “observaciones”. La dimensión evaluativa varía en importancia y significación según los individuos y también según las situaciones. (Citado en Cazalla y Molero, 2013, p.47)

g) Diferenciable: el autoconcepto es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado. Por ejemplo, el autoconcepto se haya influido por experiencias específicas. (Citado por Luna y Molero, 2013, p. 47)

3.4.3 ETAPAS EN LA FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

Haussler y Milicic (1994) postulan la existencia de tres etapas en la formación del autoconcepto:

(1) La primera es la etapa existencial o del sí mismo primitivo, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años, y en la que el niño va desarrollándose hasta percibirse a sí mismo como una realidad distinta de los demás. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 48)

(2) La segunda etapa corresponde a la del sí mismo exterior y va desde los dos hasta los doce años, abarcando la edad preescolar y escolar. Es la etapa más abierta a la entrada de información y, en este sentido, es crucial el impacto del éxito y el fracaso, así como la relación con los adultos significativos. Así, en la edad escolar el autoconcepto tiene un carácter “ingenuo”, es decir, la forma en que el niño se ve a sí mismo depende casi totalmente de lo que los otros perciben y le comunican. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, pp. 48-49)

(3) En la tercera etapa, denominada del sí mismo interior, el adolescente busca describirse en términos de identidad, haciéndose esta etapa cada vez más diferenciada y menos global. Si bien gran parte del sustrato de su autoconcepto ya se encuentra construida, esta es la etapa crucial para definirse en términos de autovaloración social (Haeussler y Milicic, 1994). De este modo, el conjunto de interacciones sociales vivenciadas por el adolescente van a definir gran parte de sus vivencias de éxito y fracaso y, por tanto, van a reforzar o introducir cambios en su autoconcepto. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 49)

Las dimensiones del autoconcepto físico

La naturaleza multidimensional del autoconcepto físico está totalmente aceptada, pero, cuántas identidades lo componen sigue siendo un tema de discusión. Las dimensiones habilidad física y la apariencia física, resultan indiscutibles, pero suelen añadirseles otras más. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 48)

3.4.4 LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO PERSONAL

El término autoconcepto personal hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual. Este término consta, al menos, de cuatro dimensiones: autoconcepto afectivo-emocional (cómo se ve a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones), el autoconcepto ético-moral (hasta qué punto una persona se considera a sí misma honrada), el autoconcepto de la autonomía (la percepción de hasta qué punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio) y el autoconcepto de la autorrealización (cómo se ve una persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida). (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 50)

❖ La estructura del autoconcepto social:

Teóricos como James (1890) y Cooley (1922) definen el autoconcepto social como la autopercepción de cuánto son admiradas unas personas por otras coincidiendo el autoconcepto social con la autopercepción de la aceptación social. Otros, en cambio, lo definen como la autopercepción de las habilidades o competencias sociales. En la práctica, estas dos definiciones puede que se solapen puesto que las personas que se sienten aceptadas posiblemente se perciban también como socialmente hábiles. (Citado por Cazalla y Molero, 2013, p. 50)

Varias son las ventajas de la aplicación de los test gráficos: la aplicabilidad en los diversos momentos evolutivos, niños, adolescentes y adultos, la facilidad de aplicación y la economía en tiempo y esfuerzo. (Largo, 2014, p. 113)

El ámbito de aplicación es amplio, tradicionalmente el del diagnóstico clínico que permite explorar normalidad-patología, hacer indicaciones de tratamiento terapéutico y establecer la planificación, seguimiento y evaluación del proceso. (Largo, 2014, p. 113)

Nos permiten observar:

- ❖ Las capas más profundas y primitivas de la personalidad, su estructura básica, aspectos estables y áreas conflictivas.
- ❖ El nivel evolutivo en el niño
- ❖ El estado del yo del sujeto, capacidades y recursos intelectuales, juicio, razonamiento, capacidad de abstracción, atención, sociabilidad, imaginación, aspectos psicomotores, capacidad espacial, etc.
- ❖ Detectan organicidad.

(Largo, 2014, p. 113)

Los tests proyectivos forman parte de los tests de personalidad ya que son un medio de expresión de la personalidad, enfrentan al sujeto a una situación estímulo capaz de provocar el mayor número posible de respuestas distintas. (Martínez y Sarlé, 2007, p. 2)

Tal situación-estímulo que hace posible esa expresión ya sea relatando historias, haciendo dibujos libres o dibujos sujetos a un tema dado, jugando con algún material estandarizado. En todo desempeño se expresa la personalidad, en cada ejecución se “proyecta” la propia situación interior. (Martínez y Sarlé, 2007, p. 2)

Freud (1895) recoge el concepto de proyección como desplazamiento del proceso primario en sueños, síntomas, lapsus lingue, actos fallidos y, en general, en toda formación inconsciente. (Largo, 2014, p. 114)

Las pruebas proyectivas gráficas son esencialmente sensibles para la captación de aspectos inconscientes de la personalidad ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas que proporcionan conocimiento del paciente (Lindzey, 1961 citado en Largo, 2014, p. 114)

Dado que el dibujo consiste en la exteriorización de una imagen mental previamente internalizada (Piaget e Inhelder, 1969), es una expresión de la recreación de los objetos internos y del mundo externo que rodea al sujeto, proyectando, a través del proceso de elaboración del dibujo, contenidos gráficos y verbales, sentimientos, afectos, dolores, tensiones internas, manifestaciones de experiencias vividas y actuales que se movilizan ante la pasación del test. (Largo, 2014, p. 114)

Pedro Pérez destaca que en los test gráficos confluyen tres ejes importantes: la acción psicomotora (grafismo), la representación mental (representación) y el relato verbal (lo que dice), lo cual nos conduce a valorar:

- ❖ La madurez motriz y la vivencia del espacio.
- ❖ Mediante la representación captamos la capacidad de simbolización, «un proceso que permite la capacidad de establecer vínculos creativos entre el mundo exterior y las significaciones emocionales del mundo interno» (Bion, 1963)
- ❖ A través de la expresión verbal, se transmite el concepto de sí mismo y la cualidad de sus objetos internos.

(Citado en Largo, 2014, p. 114)

Machover, Goodenough y Koppitz (1984,1951, 1984) ampliaron el uso de los dibujos de la figura humana (DFH), añadiendo a la estimación de la madurez mental, la interpretación proyectiva de los dibujos de los niños. El Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz, examina dibujos de niños de 5 hasta 12 años por medio de dos escalas: la primera, evalúa el conflicto emocional a través de 30 ítems emocionales agrupados en siete categorías: Impulsividad, Inseguridad/Sentimientos de inadecuación, Ansiedad, Apocamiento/Timidez, Ira/Agresividad, Robo, Mal Desempeño Escolar y la segunda, corresponde a una escala para evaluar la maduración mental, de igual forma a través de 30 ítems evolutivos relacionados con la edad y la maduración (Honores y Merino 2011, citados en Marín y Varela, 2017, p. 30)

En cuanto al DFH como indicador del nivel madurativo, las escalas de desarrollo proponen que, en la evolución del grafismo, el niño atraviesa según Lowenfeld (2008) seis etapas: a) el garabato, entre los 2 y 4 años; b) el estadio pre-esquemático, entre los 4 y 6 años; c) el periodo esquemático, entre los 6 y 9 años; d) el realismo gráfico, entre los 9 y 12 años, e) el pseudonaturalismo, entre los 12 y 13 años; y, por último, f) la crisis de la adolescencia entre los 13 y 16 años. (Citado en Marín y Varela, 2017, p. 30)

Así mismo, Luquet (2001) por ejemplo, asigna a estos estadios los siguientes nombres comprendidos en cuatro fases: a) realismo fortuito, presentado en los 3 y 4 años; b) realismo frustrado, entre los 4 y 6 años; c) realismo intelectual, entre los 6 y 10 años, y, por último, d) realismo visual entre los 10 y 16 años. (Citado en Marín y Varela, 2017, p. 30)

Cabe aclarar que se tomará el concepto de maduración según la definición de Gesell (1929) la cual está referida como la relación entre un fenómeno biológico que indica crecimiento y la estimulación ambiental que promueve al desarrollo. Ya que la maduración depende de dos fuentes complementarias, el aspecto cognitivo evidenciado en el DFH correspondería explícitamente a cómo se asume el ambiente en el mundo interno del niño, junto con procesos biológicos que den cuenta del nivel en el que este se encuentra en términos de madurez. (Citado, Marín y Varela, 2017, p. 30)

Piaget pensaba que todos, incluso los niños, comienzan a organizar el conocimiento del mundo en lo que llamó esquemas. Los esquemas son conjuntos de acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos o teorías con los cuales organizamos y adquirimos información sobre el mundo. El niño de corta edad conoce su mundo a través de las acciones físicas que realiza, mientras que los de mayor edad pueden realizar operaciones mentales y usar sistemas de símbolos (el lenguaje, por ejemplo). A medida que el niño va pasando por las etapas, mejora su capacidad de emplear esquemas complejos y abstractos que le permiten organizar su conocimiento. El desarrollo cognoscitivo no consiste tan sólo en construir nuevos esquemas, sino en reorganizar y diferenciar los ya existentes. (Linares, 2007, p. 3)

3.5 LA AUTOESTIMA

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. (Naranjo, 2007, p. 2)

La psicología social (Coopersmith, 1967), por su parte, centra el análisis de las aspiraciones y valores en cómo las experiencias familiares y otras dan lugar a diferentes respuestas. En la formación de la autoestima del niño se consideran cuatro condiciones importantes: a) la aceptación total o parcial del niño por parte de sus padres; b) los límites educativos claramente definidos y respetados; c) el respeto a la acción del niño dentro de estos límites; y d) la amplitud dejada a esta acción. La autoestima es un juicio de valía personal y una experiencia subjetiva con la que el individuo se comunica con los otros, por medio de relaciones verbales y de otras conductas claramente expresivas. (Citado por Luna y Molero, 2013, pp. 53-54)

Valencia (2007) sostiene que Maslow ha catalogado la autoestima dentro de una de las necesidades fundamentales que tiene el ser humano, la de reconocimiento, referida al

respeto y la confianza que se tiene en sí mismo. Ésta es provista a través del reconocimiento que otros dan a la persona, del éxito que se va teniendo a lo largo de la vida y de las experiencias positivas o negativas que se viven. (Citado en Paneso y Arango p. 1)

Además, Martínez (2010) manifiesta que la autoestima influye en el estado de ánimo, en el compromiso e iniciativa que la persona tiene al momento de realizar diversas actividades que necesitan o desean hacer. (Citado en Paneso y Arango 2017, p. 1)

La autoestima es considerada como la valoración que se tiene de sí mismo, involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge en su vida (Mejía, Pastrana, & Mejía, 2011). Este proceso se va desarrollando, a lo largo del ciclo vital, a partir de las interacciones que realice el sujeto con los otros, lo cual posibilita la evolución del "Yo", gracias a la aceptación e importancia que se dan las personas unas a otras (Naranjo, 2007; citado en Paneso y Arango, 2017, pp. 1-2)

Villanueva 2019, en su artículo "Al rescate de tu autoestima" establece que la autoestima se nutre de las percepciones, los sentimientos, y pensamientos que tenemos sobre nosotros mismos, nuestro carácter y recursos tanto intelectuales como físicos. Del mismo modo, afecta la forma en que nos relacionamos con los demás, nuestra manera de pensar y la de actuar. (Citado en Perales, 2021)

Según Güell y Muñoz (2000, p. 118), la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Señala que "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". (Naranjo, 2007, p. 2)

Al respecto también Molina en Olivares (1997, p. 20) 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, p. 3)

3.6 IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS

La percepción de la imagen corporal en la población adolescente es uno de los temas de mayor auge debido al enaltecimiento de la belleza por parte de los medios de comunicación y la industria dedicada a la apariencia física (Diedrichs, 2012; González, Cuervo, Cachón, & Zagalaz, 2016; Halliwell, 2013; Levine; 2012; Rosario, 2009; Sypeck, 2006), el concepto de imagen corporal ha evolucionado a través del tiempo, por lo que ha sido definido de diversas maneras, destacando que es un constructo multidimensional que abarca componentes psicológicos, antropométricos y sociológicos (Gaines & Burnett, 2014; Meneses-Montero & Moncada Jiménez, 2008; citados en Valles, Hernández, Baños, Moncada y Rentería 2020, p. 1)

Está demostrado que el constructo “imagen corporal” está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios (Vaz, Salcedo, Suárez y Alcaiana, 1992). Las investigaciones indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos (Toro, Salamero, y Martínez, 1995; citados en Maganto y Cruz, 2009, p .45)

Quizá el que en esta cultura predomine un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer, explique el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación, como dos pares básicos de un mismo trastorno en la población femenina (Maganto, Del Río y Roiz, 2000; citados en Maganto y Cruz, 2009, p. 46)

3.6.1 TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

307.59 (F50.8)

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos comienza por regla general durante la infancia y puede parecerse inicialmente al modo de comer caprichoso que es frecuente durante esta fase de la vida. Por ejemplo, los niños pueden negarse a comer ciertos alimentos o alimentos de un determinado color, consistencia u olor. Sin embargo, el modo de comer caprichoso normalmente concierne a unos pocos alimentos y los niños que son malos comedores, a diferencia de las personas con este trastorno, tienen un apetito normal, ingieren suficiente comida en general y crecen y se desarrollan normalmente. (Attia y Timothy, 2022, párrafo 5)

Las personas con ingesta de alimentos evitativa/restrictiva pueden dejar de comer porque pierden interés en comer o porque piensan que comer tiene consecuencias perjudiciales. (Attia y Timothy, 2022, párrafo 6)

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay Anorexia nerviosa 191 pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución. (American Psychiatric Association, 2013, pp.190-191)

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional. (American Psychiatric Association, 2013, p. 191)

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado. (American Psychiatric Association, 2013, p. 191)

3.6.2 ANOREXIA NERVIOSA

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los afectados hacen grandes esfuerzos para perder peso, y muchos niegan que sus hábitos de alimentación sean un problema. Otra característica importante de estos trastornos es su cronicidad. (Staudt, Rojo y Ojeda, 2006, p. 24)

Podríamos comenzar por señalar la historia de los trastornos alimentarios con la anorexia nerviosa como primer referente, la cual se menciona por primera vez en 1874 en un comunicado de medicina en Oxford, se refería a una forma peculiar de enfermedad, que se producía casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracterizaba por una emaciación y ausencia de apetito. En un primer momento el Dr. William Gull la llamó aepsia histérica, posteriormente coincidiría con su colega francés Lasègue en llamarla anorexia nerviosa, ambos serán reconocidos como iniciadores del estudio científico de esta enfermedad (Goldbloom, 1997, citado en Vázquez, López y Mancilla, 2015, p. 109)

La anorexia nerviosa se presenta fundamentalmente en el sexo femenino (menos del 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino). Por tal motivo, usaremos el término anoréxica para referirnos a pacientes con esta entidad, comprendiendo a pacientes de uno y otros sexos. (Citado en Bravo, Pérez y Plana, 2000, p. 301)

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición con la posibilidad de

desembocar en estados caquéticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico. (Citado en Bravo, Pérez y Plana, 2000, p. 301)

La anorexia se presenta habitualmente en adolescentes sin psicopatología previa valorable y sin obesidad acusada, solamente con discreto sobrepeso. La búsqueda de la delgadez es para ellos el centro de su vida. Este estilo de pensamiento extremo los lleva a una disciplina muy rígida en la dieta, cuyo éxito le da un sentido de eficiencia a sus vidas y la sensación de tener un núcleo de personalidad propio. (Citado en Bravo, Pérez y Plana, 2000, p. 301)

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. (American Psychiatric Association, 2013, p. 191)

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. (American Psychiatric Association, 2013, p. 191)

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. (American Psychiatric Association, 2013, p. 191)

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación). (American Psychiatric Association, 2013, p. 191)

Especificar si: (F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. (American Psychiatric Association, 2013, pp.191-192)

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización

incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). (American Psychiatric Association, 2013, p. 192)

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución). (American Psychiatric Association, 2013, p.192)

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

(American Psychiatric Association, 2013, p.192)

3.6.3 BULIMIA NERVIOSA

307.51 (F50.2)

El término bulimia, deriva del griego boulimos, que a su vez deriva de la fusión de bous (buey) y limos (hambre), literalmente “hambre de buey”. La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma. (Raba y Silver, 2004, p. 353)

En el siglo 18, James (1743) describió una entidad como true boulimus caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante caninus appetitus en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830 y luego fue olvidada. (Raba y Silver, 2004, pp. 353-354)

Varias investigaciones sobre factores etiológicos han permitido identificar variables asociadas con el trastorno de bulimia nerviosa, tanto a un nivel neurobiológico como psicosocial, como dieta restrictiva, factores familiares (Graber y cols. 1994; Pike y Rodin, 1998; Wade y cols. 2000; Humphrey, 1989), alteraciones emocionales, déficit en autoestima, hábitos alimenticios, entre otros; actualmente no se ha establecido claramente la direccionalidad en dichas relaciones ni tampoco se han determinado los procesos psicológicos básicos que determinan los factores causales. (Citado en Sierra, 2005, p. 81)

Una de las formulaciones más ampliamente aceptadas sobre el origen de la bulimia, planteada por el Grupo de Investigación de Oxford (Marcus y Fairburn, 1993), establece una secuencia en la cual un bajo nivel de autoestima lleva a una preocupación excesiva por el peso, generando dietas restrictivas, desequilibrio metabólico y episodios de atracones; éstos provocan conductas compensatorias, como vómito autoinducido, el cual finalmente cierra el círculo contribuyendo al déficit en autoestima. (Sierra, 2005, p. 81)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. (American Psychiatric Association, 2013, p.193)

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. (American Psychiatric Association, 2013, p.193)

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. 194 Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. (American Psychiatric Association, 2013, p. 193)

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. (American Psychiatric Association, 2013, p. 194)

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. (American Psychiatric Association, 2013, p. 194)

3.6.4 TRASTORNO DE ATRACONES

307.51 (F50.8)

El trastorno por atracón (TPA) se conoce desde la década de los años 50 del siglo XX en estrecha relación con la bulimia nerviosa (BN), y hace aparición en el contexto de la obesidad, a los ojos de una cultura en la que la imagen y la delgadez hacen ver dichas situaciones corporales como algo más que censurable. Sin embargo, a pesar de la paradoja, serán los trastornos del comportamiento alimentario el caldo de cultivo de su gestación y verdadero desarrollo. A pesar de la complicación del cuadro y la novedad del reconocimiento oficial del trastorno, su abordaje terapéutico no deja de ser optimista. En la actualidad disponemos de excelentes tratamientos de base desarrollados para la BN, que han sido adaptados a este trastorno, como el tratamiento cognitivo conductual (TCC), que parece ofrecer resultados muy positivos cara a un adecuado abordaje del mismo, entre otros. (Cuadro y Baile, 2015, p. 98)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. (American Psychiatric Association, 2013, p. 194)

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). (American Psychiatric Association, 2013, p. 194)

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia. (American Psychiatric Association, 2013, p.194)

Otro trastorno alimentario especificado nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. (American Psychiatric Association, 2013, p. 195)

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. (American Psychiatric Association, 2013, p. 195)

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. American Psychiatric Association, 2013, p. 195)

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana. (American Psychiatric Association, 2013, p.195)

3.6.5 OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”). (American Psychiatric Association, 2013, p. 195)

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal. (American Psychiatric Association, 2013, p.196)
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. (American Psychiatric Association, 2013, p. 196)
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. (American Psychiatric Association, 2013, p. 196)
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones. (American Psychiatric Association, 2013, p. 196)

5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación. (American Psychiatric Association, 2013, p. 196)

3. 6. 4 OTROS TRASTORNOS

3.6. 5 TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

300.7 (F45.22)

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es conocido desde hace siglos, y ha recibido diferentes denominaciones. Las más conocidas son las de dismorfofobia (Morselli, 1891), la de «hipocondría dermatológica», y la hipocondría de la belleza (Ladee, 1966). El trastorno fue descrito por las figuras más relevantes de la psicopatología, como Emil Kraepelin y Pierre Janet, y se conocen muchos estudios de caso publicados durante décadas. (Citado en Giraldo y Belloch, 2017, p.69)

En la versión revisada de esta edición (APA, 1987), el TDC pasó a ser una entidad diferenciada de la Hipocondría, aunque incluido como un trastorno somatomorfo, y adquirió el nombre por el que lo conocemos hoy. Esta situación ha cambiado de manera radical con la última edición (DSM-5; APA, 2013), ya que el TDC se considera un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo y, por tanto, se incluye en la nueva categoría de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos Relacionados. (Citado en Giraldo y Belloch, 2017, p.70)

Las características clínicas del TDC están bastante bien definidas: el núcleo del trastorno reside en la existencia de una preocupación persistente por un defecto (focal o generalizado) en la apariencia física. La preocupación no se corresponde con la realidad del posible defecto, que o es poco importante o inexistente. El estado constante de preocupación motiva comportamientos más o menos repetitivos cuya finalidad es esconder, disimular, o eliminar el defecto. Esta caracterización es la que adopta el DSM-5. Las preocupaciones pueden estar focalizadas en cualquier parte del cuerpo y cambiar

a lo largo del curso del trastorno (Wilhelm, Phillips, y Steketee, 2013). (Citado en Giraldo y Belloch, 2017, p. 70)

En algunos casos, las personas relatan tener una sensación generalizada de fealdad o de que «algo no está bien» (Veale y Gilbert, 2014). Los comportamientos pueden ser tan diversos como mirarse en espejos o en cualquier superficie reflectante, observarse detenidamente y compararse con otros, vestir de una forma determinada, broncearse, o maquillarse en exceso para disimular u ocultar el defecto, preguntar a terceros sobre la propia apariencia o el defecto, o tocarse repetidamente el defecto (Bjornsson, Didie, y Phillips, 2010). La evitación de situaciones sociales, desde acudir a la escuela o al trabajo, hasta evitar las relaciones personales, afectivas, e íntimas, es asimismo frecuente, y puede llevar al confinamiento del paciente en su propia casa. Además, estos pacientes son grandes consumidores de recursos estéticos, incluyendo tratamientos dermatológicos, dentales, y quirúrgicos. (Citado en Giraldo y Belloch, 2017, p. 70)

Entre los especificadores que incluye el DSM-5, es importante mencionar los dos siguientes: en primer lugar, el diagnóstico del TDC requiere especificar el grado de insight o comprensión del problema que presenta un paciente, ya que puede oscilar desde un nivel bueno o adecuado, hasta aquellos casos en los que la preocupación adquiere niveles de convicción delirantes. Es importante señalar que en torno a una tercera parte de los pacientes se sitúan cerca del extremo delirante, lo que complica el tratamiento y aumenta de manera notable la comorbilidad asociada, incluyendo la ideación suicida. (Citado en Giraldo y Belloch, 2017, p. 70)

El segundo especificador hace referencia a la presencia adicional de dismorfia muscular, más frecuente en hombres que en mujeres con TDC. Las preocupaciones del paciente en estos casos refieren a que el cuerpo está poco o insuficientemente desarrollado o musculado (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2016). En estos casos, es frecuente el uso de anabolizantes, esteroides androgénicos, ejercicio excesivo focalizado en la musculatura, o dietas específicas para aumentar la masa muscular, entre otros comportamientos. (Citado en Giraldo y Belloch, 2017, p. 70)

A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

Especificar si: Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

Especificar si: Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”). American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas. American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas. (American Psychiatric Association, 2013, p. 147)

3.6.6 TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS 300.82 (F45.1)

El término somatización fue acuñado a comienzos del siglo XX por el neurólogo y psicoanalista alemán Wilhem Shekel, para indicar el proceso mediante el cual un trastorno psicológico puede producir síntomas somáticos. Desde el punto de vista psicológico la

somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad. El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se percata de su origen psicógeno, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios externos. En otras palabras, no finge, genuinamente siente. En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos. (Muñoz, 2009, pp. 55-56)

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria. (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas. (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.

3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses). (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor. (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses). (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B. (American Psychiatric Association, 2013, p. 181)

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B. (American Psychiatric Association, 2013, p. 182)

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso). (American Psychiatric Association, 2013, p. 182)

4. ADOLESCENCIA

Me pasé los primeros catorce años de mi vida convencida de que mi aspecto era horrible. La adolescencia es dolorosa para todos, lo sé, pero la mía era evidentemente rara.

(Uma Thurman)

4.1 DEFINICIONES DEL CONSTRUCTO

El significado del término adolescencia (con sc) es necesario aludir a que se encuentra vinculado con el vocablo latino *adolescens*, que es el participio activo del verbo *adolescere*, que quiere decir crecer, desarrollarse, ser criado o alimentado. También hay que llamar la atención a que la raíz de la palabra *adolescente* es la misma que la de *adulto*; el participio pasado de *adolescere* es *adultum*, por lo que mientras que el *adolescente* es el “creciente”, el *adulto* es el “crecido”. Entonces, en la base de la relación etimológica entre *adolescencia* y *adultez* aparece con claridad la concepción de Rousseau referida a la idea de que la vida transcurre por etapas y que la *adolescencia* es la antesala del estado *adulto*, mismo que por años ha sido significado como la etapa de la vida en la que los individuos se insertan plenamente en la sociedad y representan y ejercen el poder político, económico y social. (Suárez, 2009)

Etimológicamente, la palabra *adolescente* viene, como lo señaló Terencio Varrón, escritor romano (116-27 a. C) del participio latino *adolescens*, que significa “que crece” y “se desarrolla” (Etimología de *adolescente*, s.f.). Esta definición implica transformaciones y adaptaciones constantes que se dan en el curso de vida dentro de los ámbitos físico, emocional, social y cultural. (Citado en García y Parada, 2018, p. 3)

De acuerdo a diversos autores esta etapa definida como *adolescencia* se puede ver de diversas maneras por ejemplo: “un periodo de metamorfosis” (Freud, 1905); “una entidad semipatológica” (Cadavid, 1924); un duelo del cuerpo infantil, un nuevo cuerpo de características inéditas en cuanto a responsabilidades y creatividad (Aberastury y Knobel, 1971); una etapa de crisis (Erickson, 1971); una etapa biológica con características específicas por grupos etarios en la cual se alcanza la madurez sexual (Organización Mundial de la Salud, 1995); el logro de la madurez sexual y posibilidad de reproducirse (Papalia, Wendkoss y Duskin, 2005) o un proceso universal de cambio con connotaciones externas particulares de cada cultura (Citados en Aberastury, 2006; citados en García y Parada, 2018, p. 3)

Encontramos que “*Adolescencia*” es un término no bien delimitado respecto de otros conceptos como “*pubertad*” o “*juventud*”. La distinción *impúber/púber* no se superpone en todas las épocas o culturas con la distinción *infancia/adolescencia*, aunque la distinción entre *impúber* e *infancia* sí se superpone, aproximadamente, en extensión. En algunas sociedades, la pubertad no clausura la etapa adolescente, mientras que en otras, determinadas ceremonias ligadas a la adolescencia, sobre todo tratándose de chicas, tienen comienzo antes incluso del inicio de la pubertad (Schlegel y Barry, 1991; Bueno, 1998; citados en Lozano, 2014, p.15)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. (OMS, s.a, parrafo.1)

Por lo tanto, la adolescencia no es una categoría física o biológica definida claramente, es una construcción social. En otras palabras, el concepto de la adolescencia fue, en cierto sentido, “inventado” por la cultura. En las sociedades preindustriales se consideraba que los niños eran adultos cuando maduraban físicamente o empezaban el aprendizaje de una vocación. Recién en el siglo XX la adolescencia fue definida como una etapa diferenciada de la vida en el mundo occidental. En la actualidad, se ha convertido en un fenómeno global (vea Ventana al mundo, 11.1), aunque puede adoptar distintas formas en diferentes culturas. (Papalia y Martell, 2017, p. 323)

4.2 ANTECEDENTES

Históricamente, este concepto se ha ido configurando principalmente a partir de dos dinámicas principales. La primera, en Europa en el siglo XVIII, influenciada de una parte por la revolución industrial, la emergencia de tribunales de “menores” y legislaciones laborales que poco a poco clasificaban a los sujetos por edades para calificarlos como trabajadores; y de otra, por la propuesta de Rousseau, que consiste en la organización por grupos de edad de las personas que asistían a las escuelas, lo cual rompió con la heterogeneidad en el aula, dio origen a los grupos etarios en la educación e incidió, a su vez, en el nacimiento de lo que actualmente se clasifica por franjas de edad como infancia, adolescencia, juventud y adultez. (García y Parada, 2018, p. 350)

La segunda dinámica es la adopción en los países occidentales de imágenes culturales congruentes con lo que se entiende por adolescencia desde la perspectiva funcional-estructuralista eurocentrista, la cual enfatiza especialmente en la necesidad de vigilar y

proteger a estos sujetos. Sus concepciones han transitado históricamente y han sido base fundamental retomada por el Estado para crear o adoptar normas, especialmente políticas públicas, con la pretensión de dar respuesta a sus necesidades. De esta forma se define a los sujetos que se consideran adolescentes de manera diversa: en el siglo XVII, como “el buen salvaje que se tiene que civilizar”; en el siglo XX, como revolucionario y consumista, y en la actualidad como aquel que padece de algo denominado “síndrome de Blade Runner”, caracterizado por dependencia económica, falta de espacios y de responsabilidad, y una creciente madurez intelectual (Feixa, 2005, citado en García y Parada, 2018, pp. 305)

Puede afirmarse entonces que el nacimiento de la noción de adolescencia como una categoría en el trayecto de vida del ser humano ocurre a finales del siglo XIX, influenciado especialmente por la necesidad de organizar a una población joven que se encontraba en las calles y en la escuela secundaria (Aguirre, 1994; Ariza, 2012). De esta manera, el reconocimiento del rol de estudiante como rasgo distintivo para esta franja de edad instauro el valor simbólico de la escolaridad y culmina el proceso histórico que crea la adolescencia: un grupo de edad protegido y dependiente, dedicado exclusivamente a prepararse para la vida e incitado a posponer de manera indefinida responsabilidades y compromisos sociales, lo cual explica a este grupo como aquel que se encuentra en una fase de moratoria social (Citados en García y Parada, 2018, pp. 353-354)

En el siglo XX, la adolescencia se fue afianzando en el imaginario social. El cine, la música, periódicos y revistas dieron un lugar propio a los adolescentes, los cuales se fueron instalando socialmente como un grupo particular de edad (Pasqualini y Llorens, 2010), visibilizado con sesgos de género (Alpizar y Bernal, 2003), pues se establece como una etapa en la que se legitima la salida del hombre de su hogar y la búsqueda de su independencia, sin hacer referencia a la mujer. (Citados en García y Parada, 2018, p. 354)

Feixa examina la evolución del concepto de adolescencia en diferentes culturas y a lo largo de la historia. La adolescencia es más una construcción cultural, con evidente base biológica, que una etapa evolutiva natural, común y fija a todas las sociedades y épocas. El concepto de adolescencia, tal y como hoy lo conocemos, aparece en 1904 de la mano de Stanley Hall. Sin embargo, es la sociedad la que determina los valores para esta etapa de la evolución humana. (Lozano, 2014, p. 25)

Feixa (citado en Lozano 2014) distingue cinco grupos de culturas que establecen los valores para la adolescencia según las épocas. Así, en las sociedades primitivas resultaría más correcto hablar de púber. En esta etapa, el objetivo es asegurar la perpetuación de la especie y por ello la adolescencia se convierte en una preparación para la vida adulta. (p. 25)

Así, en las sociedades primitivas resultaría más correcto hablar de púber, en esta etapa, el objetivo es asegurar la perpetuación de la especie y por ello la adolescencia se convierte en una preparación para la vida adulta. En los Estados antiguos el progreso cultural posibilita que parte de los esfuerzos de la sociedad puedan dedicarse a la formación de los más jóvenes, estos se convierten entonces en efebos. Durante la Edad Media, la situación sociocultural determinará, de hecho, la desaparición de la juventud, el adolescente comparte su vida mezclado con los adultos. Con las sociedades industriales modernas surgirán los teenagers y con el postindustrialismo llegaremos al concepto de joven, siendo en los primeros años del siglo XX cuando se reconocerá y democratizará el concepto a varios niveles: educativo, psicológico e incluso judicial (Feixa, 2006). Durante la segunda mitad de este siglo, esta etapa ganará protagonismo participando activamente en la sociedad consumo. (Citado en Lozano, 2014, pp. 25-26)

La idea de adolescencia, con su contenido biológico evolutivo, es así una fase universal y necesaria del desarrollo de la persona, con comportamientos que no se pueden evitar, que no cambian y que no dependen de la sociedad ni de la cultura. (Lozano, 2014, pp. 25-26)

Teorías psicosociales de la adolescencia

La teoría de Freud supone la extensión universal de su concepción del desarrollo en las diferentes culturas, así como una definición del desarrollo adolescente en función de la dinámica psicosexual. La adolescencia se corresponde con la etapa genital, que sigue a la fase infantil de latencia y es cuando se resuelve definitivamente la situación edípica. La misión del adolescente es lograr la primacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amado. (Lozano, 2014, pp. 27-28)

Para Erikson, el desarrollo del yo se caracteriza por la adquisición de una identidad según la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social o histórica. La adolescencia se constituye como un tiempo de moratoria para que el joven integre su niñez pasada con las expectativas de futuro. El individuo debe establecer un sentido de identidad personal

y evitar el peligro de la difusión de rol y las crisis de identidad personal. (Lozano, 2014, p. 28)

Desarrollo intelectual cognitivo (Jean Piaget)

Etapa de las operaciones formales (12–16 años) pensamiento hipotético deductivo, puede construir hipótesis sin someterlas a pruebas empíricas. Puede partir de lo general a lo particular, formular leyes, propiedades generales y ver significados comunes. Pensamiento abstracto, formal, flexible, discute, debate y reflexiona. (Psicopsi, s.a, párrafo 4)

Teoría de Aberastury

Es un fenómeno BIO- PSICO – SOCIAL, debe sobreponerse a tres grandes pérdidas o duelos; Duelo por el cuerpo infantil (Bio), duelo por el rol e identidad infantil (Psico) duelo por los padres de la infancia (social). (Psicopsi, s.a., párrafo 7)

Aberastury desarrolla un instrumento que le permite verificar características del adolescente.

Señala diez items del Síndrome Normal de la Adolescencia. (Síndrome: Conjunto de Síntomas). Normal: porque se tiene que dar, pasa a ser anormal cuando no aparece el síntoma; cuando el síntoma se instala en el tiempo sin modificación; los síntomas son excesivamente notorios y paralizan al sujeto. 1) Búsqueda de sí mismo 2) Tendencia grupal, 3) Necesidad de intelectualizar y de fantasear, 4) Crisis religiosa, que puede ir desde el ateísmo más intransigente hasta el pensamiento primario, 5) Desubicación temporal, donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario, 6) Evolución sexual manifiesta, que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, 7) Actitud social reivindicadora con tendencia antisociales o sociales de diferente intensidad, 8) La acción constituye la forma de expresión conceptual más típica en este período de la vida, 9) Separación progresiva de los padres, 10) Constante fluctuaciones de humor y estados de ánimo. (Psicopsi, s.a, párrafo 7)

Así mismo encontramos que el dilema: entrar en el mundo del adulto [...] es a la vez deseado y temido. Pérdida definitiva de la condición de niño. Desprendimiento elaborado a través de 3 duelos. Busca adquirir su propia identidad, pero se observa fluctuación entre dependencia y independencia. El adolescente debe formarse un sistema de valores un

programa al cual aferrarse, una meta. Esto lo logra huyendo transitoriamente del mundo exterior, buscando refugio en su fantasía, en su mundo interior. (Psicopsi, S.A, párrafo 7)

4.3 DESARROLLO FÍSICO

Cualquier momento de transición y cambio en el ciclo vital ofrece oportunidades para crecer e implica riesgos. La adolescencia ofrece oportunidades para crecer, no solo en relación con las dimensiones físicas sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autonomía, la autoestima y la intimidad.

La pubertad implica cambios biológicos notables. Esos cambios forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empezó antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la adultez. (Papalia y Martorell, 2017, p. 325)

Por otra parte, la pubertad está marcada por dos etapas 1) la adrenaquia y 2) la gonadaquia. La primera etapa, adrenaquia, discurre entre los seis u ocho años. Durante esta etapa, las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones, secretan niveles gradualmente crecientes de andrógenos, sobre todo dehidroepiandrosterona (DHEA) (Susman y Rogol, 2004). A los 10 años, los niveles de DHEA son 10 veces mayores de lo que eran entre las edades de uno y cuatro años. La DHEA influye en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, así como en un crecimiento corporal más rápido, mayor grasa en la piel y en el desarrollo del olor corporal. (Papalia y Martorell, 2017, p. 326)

La segunda etapa, gonadaquia, está señalada por la maduración de los órganos sexuales que desencadena una segunda explosión en la producción de dehidroepiandrosterona (DHEA) (McClintock y Herdt, 1996). En esta segunda etapa, los ovarios de las niñas aumentan su producción de estrógeno, lo que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos y del vello púbico y axilar. En los varones, los testículos incrementan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. (Papalia y Martorell, 2017, p. 326)

“Es necesario recalcar que tanto niñas como niños poseen ambos tipos de hormonas, sin embargo, es mayor el nivel de estrógeno en las mujeres mientras que en los hombres es más elevado el nivel de testosterona. (Papalia y Martorell, 2017, p. 326)

Algunos estudios sugieren que la acumulación de leptina, una hormona asociada con la obesidad, puede ser la conexión entre la grasa corporal y el inicio más temprano de la pubertad (Kaplowitz, 2008). Niveles elevados de leptina pueden ser la señal para que la

glándula hipófisis y las glándulas sexuales incrementen su secreción hormonal (Susman y Rogol, 2004; citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 326)

Generalmente el proceso puberal dura entre tres o cuatro años y los cambios que anuncian la pubertad suelen empezar a los ocho años en las niñas y a los nueve en los varones (Susman y Rogol, 2004). En fechas recientes, los pediatras han observado una cantidad importante de niñas con crecimiento de los senos antes de su octavo cumpleaños (Slyper, 2006). Por lo común, las niñas afroamericanas y las de origen mexicano entran a la pubertad antes que las niñas blancas (Wu, Mendola y Buck, 2002), aunque datos recientes sugieren un incremento en la proporción de niñas blancas con un inicio temprano de la pubertad (Biro et al., 2010). Para los siete años de edad, 10.4% de las niñas blancas, 15% de las niñas hispanas y 23.4% de las afroamericanas muestran indicios del inicio de la pubertad (Biro et al., 2010) (Citados en, Papalia Martorell, 2017, p. 326)

Características sexuales primarias y secundarias: Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción, que en la mujer son los ovarios, las trompas de falopio, el útero, el clítoris y la vagina. En los hombres incluyen los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad esos órganos se agrandan y maduran. (Papalia y Martorell, 2017, pp. 326-327)

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de manera directa a los órganos sexuales, por ejemplo, los senos en las mujeres y los hombros anchos en los varones. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento de vello: púbico, facial, axilar y corporal. (Papalia y Martorell, 2017, p. 327)

Signos de la pubertad: Los primeros signos externos de la pubertad suelen ser el tejido de los senos y el vello púbico en las niñas y el aumento de tamaño de los testículos en los niños (Susman y Rogol, 2004). Los pezones de la niña crecen y sobresalen, las areolas (las zonas pigmentadas que rodean a los pezones) se agrandan y los senos adoptan primero una forma cónica y luego una redondeada. Algunos varones observan con preocupación un crecimiento temporal del tejido mamario, un desarrollo normal que puede durar hasta 18 meses. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 327)

El vello púbico, al principio lacio y sedoso, con el tiempo se vuelve grueso, oscuro y rizado. Aparece en patrones diferentes en hombres y mujeres. [...]La voz se hace más profunda, en especial en los niños, lo que en parte es una respuesta al crecimiento de la laringe y en parte a la producción de las hormonas masculinas. La piel se vuelve más gruesa y grasosa. La mayor actividad de las glándulas sebáceas puede producir espinillas y puntos negros. El acné es más común en los varones y parece relacionarse con las mayores cantidades de testosterona. (Papalia y Martorell, 2017, p. 327)

El estirón del crecimiento adolescente: El estirón del crecimiento adolescente implica un aumento rápido de la estatura, peso y crecimiento muscular y óseo que ocurre durante la pubertad; en las niñas por lo general empieza entre las edades de nueve años y medio y 14 años y medio (usualmente alrededor de los 10) y en los niños entre los 10 y medio y los 16 (por lo general a los 12 o 13). Suele durar alrededor de dos años; poco después de que termina, el joven alcanza la madurez sexual. Tanto la hormona del crecimiento como las hormonas sexuales (andrógenos y estrógeno) contribuyen a este patrón normal del crecimiento puberal (Susman y Rogol, 2004). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 327)

Como el estirón de crecimiento de las niñas ocurre por lo regular dos años antes que el de los varones, las que tienen entre 11 y 13 años suelen ser más altas, pesadas y fuertes que los niños de la misma edad. Después de su estirón del crecimiento los niños son de nuevo más grandes. Las niñas por lo general alcanzan su estatura máxima a los 15 años y los varones a los 17 (Gans, 1990). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 327)

El crecimiento de niños y niñas es diferente, lo cual se manifiesta no solo en las tasas de crecimiento sino también en la forma en que se produce. Un niño se hace más grande en general: sus hombros son más anchos, sus piernas más largas en relación al tronco y sus antebrazos son más largos en relación a la parte superior del brazo y a su estatura. La pelvis de la niña se ensancha para facilitar la maternidad y bajo su piel se acumulan capas de grasa, lo que le da una apariencia más redondeada. En ellas, la grasa se acumula dos veces más rápido que en los varones (Susman y Rogol, 2004). Dado que cada uno de esos cambios sigue su propio programa, algunas partes del cuerpo pueden estar fuera de proporción por un tiempo. Esos sorprendentes cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas. A la mayoría de los adolescentes les preocupa más su apariencia que cualquier otro aspecto de su persona y a algunos no les gusta lo que ven en el espejo. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 327)

Signos de la madurez sexual producción de esperma y menstruación: La maduración de los órganos reproductivos genera el inicio de la menstruación en las niñas y la producción de esperma en los niños. El principal signo de la madurez sexual en los muchachos es la producción de esperma. La primera eyaculación, o espermarquia, ocurre en promedio a los 13 años. (Papalia y Martorell, 2017, p. 328)

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación, el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero. La primera menstruación, llamada menarquia, ocurre bastante tarde en la secuencia del desarrollo femenino; su momento normal de aparición puede variar entre los 10 años y los 16 y medio años. (Papalia y Martorell, 2017, p. 328)

Influencias y efectos del momento de la pubertad: A partir de la revisión de fuentes históricas, los científicos del desarrollo han encontrado una tendencia secular —es decir, que abarca varias generaciones— en el inicio de la pubertad: una disminución en las edades en que empieza la pubertad y en la que los jóvenes alcanzan la estatura adulta y la madurez sexual. (Papalia y Martorell, 2017, p. 328)

Una combinación de factores genéticos, físicos, emocionales y contextuales pueden influir en las diferencias individuales en el momento de la menarquia. Estudios de gemelos han documentado la heredabilidad de la edad de la menarquia (Mendle et al., 2006). Otras investigaciones han comprobado que la edad de la primera menstruación de una niña tiende a ser similar a la de su madre (Maisonet et al., 2010) si la nutrición y los estándares de vida se mantienen estables de una generación a la siguiente (Susman y Rogol, 2004). Sin embargo, la genética no es la única influencia. El inicio más temprano de la menarquía se asocia con el tabaquismo de la madre durante el embarazo y con el hecho de ser primogénita (Maisonet et al., 2010), así como también con ser madre soltera (Belsky, Steinberg et al., 2007; Ellis, McFadyen-Ketchum, Dodge, Pettit, y Bates, 1999) y con las técnicas de crianza severas por parte de la madre (Belsky, Steinberg, Houts y Halpern-Felsher, 2010). Las variables paternas también son importantes. Las niñas con padres afectuosos y comprometidos (Belsky, Steinberg et al., 2007; Mendle et al., 2006) o que tuvieron relaciones cercanas y de apoyo con sus padres (Belsky, Steinberg et al., 2007; Ellis et al., 1999) suelen entrar a la pubertad más tarde que las niñas con relaciones familiares conflictivas o que fueron separadas de sus padres (Tither y Ellis, 2008). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 328)

Es más probable que los efectos de la maduración temprana o tardía sean negativos cuando el desarrollo de los adolescentes es mucho mayor o menor que el de sus pares, cuando no consideran que los cambios sean ventajosos y cuando ocurren al mismo tiempo varios sucesos estresantes, como la llegada de la pubertad y la transición a la secundaria (Petersen, 1993; Simmons, Blyth y McKinney, 1983). Factores contextuales como el origen étnico, la escuela y el vecindario pueden ser decisivos. Por ejemplo, es más probable que las niñas de maduración temprana se involucren en riesgos sexuales (Belsky et al., 2010) y que muestren problemas de conducta en las escuelas mixtas que en las escuelas solo para mujeres, y en las comunidades urbanas pobres que en las comunidades rurales o urbanas de clase media (Caspi, Lynam, Moffitt y Silva, 1993; Dick, Rose, Kaprio y Viken, 2000; Ge, Brody, Conger, Simons y Murry, 2002). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 328)

4.3.1 PUBERTAD VS ADOLESCENCIA

La *pubertad* es la transición natural de la niñez a la madurez reproductiva. Podemos definirla como el período de la vida en que se producen los fenómenos fisiológicos y los cambios morfológicos que se traducen en la adquisición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración de los órganos reproductivos que permiten alcanzar la capacidad de reproducirse. (CESOLAA, 2017, párrafo 2)

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta. La definición de pubertad obedece a criterios estadísticos, es decir, si la aparición de los caracteres sexuales secundarios se encuentran dentro del intervalo de $\pm 2,5$ DE (desviación estándar) para sexo y población de referencia. Se considera inicio pubertal normal a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños. (Güemes, González e Hidalgo, 2017, p. 8)

El inicio de los cambios puberales viene determinado tanto por variables genéticas como ambientales (alimentación, condiciones de salud personal y ambiental, higiene, actividad deportiva, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales). (Hidalgo y González, 2014, p. 42)

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se

acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años). (Güemes, González e Hidalgo, 2017, p. 8)

La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia la sitúa entre los 10 y 21 años, distinguiendo 3 etapas: inicial, media y tardía. Los cambios tienen una amplia variación dentro de la normalidad. Es útil conocerlos para poder diferenciar las variaciones normales, de las anomalías en el desarrollo físico y psicosocial. (Hidalgo y González, 2014, p. 42)

❖ Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.

Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Además, de acuerdo a Elkind, va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa. (Gaete, 2015, p. 439)

En el área del desarrollo psicológico, en esta etapa también ocurren otros fenómenos. Existe labilidad emocional -con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta, falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además, aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de cine, piloto de carreras, etc.). (Gaete, 2015, p. 439)

El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas,

que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. (Gaete, 2015, p.439)

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites. (Gaete, 2015, p. 439)

❖ Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. (Gaete, 2015, p. 440)

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. (Gaete, 2015, p. 440)

El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa. (Gaete, 2015, p. 440)

En el ámbito psicológico, en la adolescencia media persiste la tendencia a la impulsividad (otro factor relevante en las conductas de riesgo), siendo las aspiraciones vocacionales de los jóvenes menos idealistas ya. (Gaete, 2015, p. 440)

El desarrollo cognitivo en esta etapa se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento y de la creatividad. El adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y los demás lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general. (Gaete, 2015, p. 440)

Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de su grupo de pares. (Gaete, 2015, p. 440)

❖ Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales. (Gaete, 2015, p. 441)

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. (Gaete, 2015, p. 441)

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas. (Gaete, 2015, p. 441)

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas. Por otra parte, el joven se reacerca a la familia, aumentando gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. (Gaete, 2015, p. 441)

Figura 1. Desarrollo de los objetivos psicosociales durante la adolescencia

Objetivos	Adolescencia inicial	Adolescencia media	Adolescencia tardía
Independencia	<ul style="list-style-type: none"> – Menor interés por padres – Vacío emocional: se alteran el comportamiento y el humor – Menor rendimiento escolar 	<ul style="list-style-type: none"> – Máximos conflictos con padres, más tiempo con los amigos – Lucha independencia 	<ul style="list-style-type: none"> – Reaceptación valores y consejos paternos. Nueva relación con padres – Dudas para aceptar su responsabilidad – Siguen dependiendo de los padres
Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> – Preocupación por su cuerpo y los cambios: ¿soy normal? – Inseguridad por aspecto, se comparan con otros 	<ul style="list-style-type: none"> – Aceptación de su cuerpo – Interés por hacerlo más atractivo 	<ul style="list-style-type: none"> – Aceptación de los cambios – La imagen solo preocupa si hay alguna anomalía
Amigos	<ul style="list-style-type: none"> – Interés y amistades con amigos del mismo sexo. Puede ser: (+) deporte, música... (-) alcohol, drogas... – Sentimientos de ternura conducen a miedos y relaciones homosexuales 	<ul style="list-style-type: none"> – Máxima integración con los amigos y sus valores – Máximo peligro de conductas de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> – Amigos y grupo menos importantes – Más tiempo en compartir relaciones íntimas (se establecen las parejas)
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> – Mejoran capacidades cognitivas (pensamiento concreto e inicio del pensamiento abstracto) – Autointerés, fantasías – Objetivos vocacional idealistas e irreales – Mayor necesidad de intimidad (diario) – Emergen sentimientos sexuales – Falta de control de impulsos- conducta arriesgada peligrosa 	<ul style="list-style-type: none"> – Aumenta la capacidad intelectual – Mayor ámbito de sentimientos (valora los de los demás) – Omnipotencia, inmortalidad: conduce a comportamientos de alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> – Pensamiento abstracto establecido – Objetivos vocacionales prácticos y realistas – Delimitación de valores religiosos, morales y sexuales – Capacidad para comprometerse y establecer límites

Modificada de Radzik et al (Citado en Vicario, M. y Fierro, M., 2014, p. 45).

4.3.2 DESARROLLO NEUROBIOLÓGICO

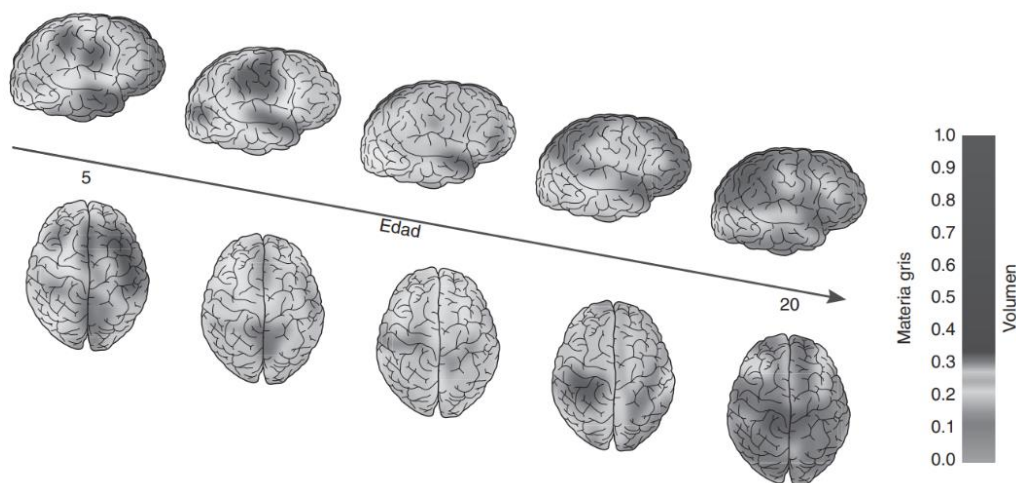
El desarrollo del cerebro del adolescente todavía está en progreso. Entre la pubertad y la adultez temprana tienen lugar cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 329)

La toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales: 1) una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y 2) una red de control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Esos hallazgos pueden ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo y por qué la toma de riesgos suele ocurrir en grupos (Steinberg, 2007; citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 329)

Gran parte del desarrollo del cerebro ocurre durante la adolescencia. Un cambio muy importante es el incremento de materia blanca (fibras nerviosas que conectan distintas

partes del cerebro). Esto permite que los impulsos nerviosos se transmitan más rápido y ayuda a las neuronas a sincronizar su tasa de disparo (Fields y Stephens-Graham, 2002), mejorando así las capacidades de los adolescentes de procesar la información aumentan. Este aumento es más evidente en el cuerpo calloso, un haz de fibras nerviosas, axones, que conecta los dos hemisferios del cerebro. Durante la adolescencia esta banda aumenta su grosor, lo que permite una mejor comunicación entre los hemisferios (Geidd, 2008). El aumento de materia blanca también se produce en el lóbulo frontal, temporal y parietal (ACT for Youth, 2002; Blakemore y Choudhury, 2006; Kuhn, 2006; National Institute of Mental Health [NIMH], 2001b; Geidd, 2008; citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 330)

Figura 2 Desarrollo del cerebro entre los 5 y 15 años



Estas imágenes, construidas a partir de resonancias magnéticas de niños y adolescentes sanos, comprenden 15 años de desarrollo del cerebro (de los 5 a los 20 años). El negro indica más materia gris, el blanco menos materia gris. A medida que el cerebro madura y se podan las conexiones neuronales, la materia gris disminuye en una oleada de atrás hacia el frente.

Fuente: Gogtay et al., 2004. (Citado en Papalia & Martorell, 2017, p.329).

También hay grandes cambios en la composición de la materia gris. Cerca de la pubertad empieza una aceleración importante de producción de materia gris en los lóbulos frontales. Después del estirón del crecimiento disminuye en gran medida la densidad de la materia gris, en particular en la corteza prefrontal, a medida que se podan las sinapsis

(conexiones neuronales) que no se utilizaron y se fortalecen las restantes (Blakemore y Choudhury, 2006; Kuhn, 2006). Este proceso empieza en las porciones posteriores del cerebro y avanza hacia delante alcanzando generalmente los lóbulos frontales durante la adolescencia. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 330)

Por consiguiente, entre la adolescencia media y tardía los jóvenes tienen menos conexiones neuronales, pero éstas son más fuertes, homogéneas y eficaces, lo que aumenta la eficiencia del procesamiento cognoscitivo (Kuhn, 2006). Los cambios en la materia blanca y gris de la amígdala y de la corteza prefrontal podrían explicar por qué los adolescentes hacen elecciones incorrectas basándose en sus emociones en vez de hacerlas basándose en la lógica y la previsión. La amígdala tiene una importante participación en las reacciones emocionales; se desarrolla antes que la corteza prefrontal. La corteza prefrontal está involucrada en la planeación, el razonamiento, el juicio, la regulación emocional y el control de impulsos. Las áreas del cerebro relacionadas con las reacciones emocionales se desarrollan antes que el área responsable de tomar decisiones (Nelson, Thomas y deHann, 2006). [...]El desarrollo del cerebro inmaduro puede permitir sentimientos que anulan la razón e impiden que presten atención a las advertencias que los adultos consideran lógicas y persuasivas (Yurgelun-Todd, 2002). El subdesarrollo de los sistemas corticales frontales asociados con la motivación, la impulsividad y la adicción puede ayudar a explicar por qué los adolescentes tienden a buscar emociones y novedad y por qué a muchos de ellos les resulta difícil enfocarse en metas a largo plazo (Bjork et al., 2004; Chambers, Taylor y Potenza, 2003). [...] Las conexiones neuronales se conservan y se fortalecen, desarrollo que sostiene un mayor crecimiento cognoscitivo en esas áreas (Kuhn, 2006). Los adolescentes que “ejercitan” su cerebro mediante el aprendizaje para ordenar sus pensamientos, comprender conceptos abstractos y controlar sus impulsos sientan las bases neuronales que les servirán por el resto de sus vidas (ACT for Youth, 2002, p. 1; citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 330)

4.3.3 SALUD FÍSICA Y MENTAL

Según una encuesta que realizó la Organización Mundial de la Salud (Scheidt, Overpeck, Wyatt y Aszmann, 2000), en los países industrializados de occidente, nueve de cada diez jóvenes de 11 a 15 años se consideran saludables. Sin embargo, muchos de ellos, en especial muchachas, informan de problemas frecuentes de salud como dolores de

cabeza, de espalda y de estómago, nerviosismo y sentimientos de cansancio, soledad o depresión. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 330)

El estilo de vida suele consolidarse en la adolescencia, lo que puede resultar en hábitos poco saludables para toda la vida y en muerte prematura en adultos. En los países industrializados, los adolescentes de familias menos prósperas suelen manifestar síntomas y problemas de salud de manera más frecuente (Scheidt et al., 2000). Mientras que los adolescentes de familias más acomodadas suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física (Mullan y Currie, 2000; citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 330)

Veamos algunas cuestiones específicas relacionadas con la salud: condición física, necesidades de sueño, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, depresión y algunas causas de muerte en la adolescencia. El ejercicio influye en la salud física y mental por ello los beneficios del ejercicio regular incluyen mayor fuerza y resistencia, huesos y músculos más sanos, control del peso, disminución de la ansiedad y el estrés, así como mejora de la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 330)

Un estilo de vida sedentario puede tener como resultado un mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo II. También puede aumentar la probabilidad de enfermedades cardíacas y de cáncer en la adultez (Carnethon, Gulati y Greenland, 2005; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2000a; National Center for Health Statistics [NCHS], 2004; Nelson y Gordon-Larsen, 2006). Desafortunadamente, en Estados Unidos apenas una tercera parte de los estudiantes de secundaria y preparatoria realizan la cantidad recomendada de actividad física y la proporción de jóvenes inactivos se incrementa durante estos años (Eaton et al., 2008). Los adolescentes muestran una disminución pronunciada de la actividad física al entrar a la pubertad, pasando de un promedio de tres horas diarias de actividad física a los nueve años a un promedio de apenas 49 minutos de actividad física al día a los 15 años (Nader et al., 2008; citados en Papalia y Martorell, 2017, pp. 330-331)

Una encuesta realizada a nivel nacional en Estados Unidos indicó que el 45% de los adolescentes informó que no dormían lo suficiente, el 31% estaba en el límite y solamente el 20% dormía el tiempo recomendado (Wolfson, Carskadon, Mindell y Drake, 2006). A medida que crecen, los niños suelen ir a la cama más tarde y duermen menos los días en que concurren a la escuela. El adolescente promedio que a los nueve años dormía más de 10 horas por la noche a los 16 duerme menos de ocho horas (Eaton et al., 2008). En

realidad, los adolescentes necesitan tanto sueño o más que cuando eran más jóvenes (Hoban,2004; Iglowstein et al., 2003; citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 331)

La privación de sueño puede minar la motivación y ocasionar irritabilidad, además de afectar la concentración y el desempeño escolar. La somnolencia también puede ser fatal para los conductores adolescentes. Algunos estudios han demostrado que los jóvenes de 16 a 29 años tienen mayores probabilidades de verse involucrados en choques ocasionados porque el conductor se queda dormido (Millman et al., 2005; citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 331)

Los expertos reconocen que detrás de los problemas de sueño de los adolescentes hay cambios biológicos (Sadeh et al., 2000). El momento de la secreción de la hormona melatonina es un indicador del momento en que el cerebro está listo para dormir. Después de la pubertad, esta secreción ocurre más tarde por la noche (Carskadon, Acebo, Richardson, Tate y Seifer, 1997). Sin embargo, la necesidad de sueño de los adolescentes es la misma que antes; de modo que cuando se acuestan más tarde que los más jóvenes también necesitan levantarse más tarde. Aun así, la mayoría de las escuelas secundarias inician sus actividades más temprano que las primarias, por lo que sus programas están fuera de sincronía con los ritmos biológicos de los estudiantes (Hoban, 2004; citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 331)

Los adolescentes suelen estar menos alerta y más estresados temprano por la mañana y más alerta por la tarde (Hansen et al., 2005). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 331)

4.4 DESARROLLO COGNOSCITIVO

Los adolescentes entran en lo que Piaget denominó el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo las operaciones formales cuando perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto. Esta capacidad, por lo regular alrededor de los 11 años, les proporciona una forma nueva y más flexible de manipular la información. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 340)

Razonamiento hipotético-deductivo: El razonamiento hipotético deductivo implica un enfoque metódico y científico para la resolución de problemas, caracteriza al razonamiento de operaciones formales; involucra la capacidad de desarrollar, analizar y probar una hipótesis, se puede comparar al joven con un científico que resuelve un problema. (Papalia y Martorell, 2017, p. 341)

¿Qué impulsa el cambio al razonamiento formal? Piaget lo atribuía a una combinación de maduración del cerebro y ampliación de las oportunidades medioambientales. Ambos factores son esenciales. Incluso si el desarrollo neurológico de los jóvenes ha avanzado lo suficiente para permitir el razonamiento formal, solo pueden conseguirlo con la estimulación apropiada. Igual que con el desarrollo de las operaciones concretas, la educación y la cultura juegan un papel, como reconoció al final Piaget (1972). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 341)

Cambio estructural Los cambios en la manera en que los adolescentes procesan la información reflejan la maduración de los lóbulos frontales del cerebro y pueden explicar los avances cognoscitivos descritos por Piaget. La experiencia tiene una gran influencia en la determinación de cuáles conexiones neuronales se atrofian y cuáles se fortalecen. Por consiguiente, el progreso en el procesamiento cognoscitivo varía mucho entre cada uno de los adolescentes (Kuhn, 2006). Los investigadores del procesamiento de la información han identificado dos categorías de cambio mensurable en la cognición adolescente: cambio estructural y cambio funcional (Eccles, Wigfi eld y Byrnes, 2003). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p.342)

Cambio estructural Los cambios estructurales en la adolescencia incluyen 1) cambios en la capacidad de la memoria de trabajo y 2) la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

La capacidad de la memoria de trabajo, que aumenta con rapidez en la niñez media, sigue ampliándose durante la adolescencia. Dicha ampliación permite a los adolescentes lidiar con problemas complejos o decisiones que involucran múltiples piezas de información. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

La información almacenada en la memoria a largo plazo puede ser declarativa, procedimental o conceptual. El conocimiento declarativo (“saber que...”) consta de todo el conocimiento factual que una persona ha adquirido (por ejemplo, saber que $2 + 2 = 4$ y que George Washington fue el primer presidente de Estados Unidos). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

El conocimiento procedimental (“saber cómo...”) consta de todas las habilidades que una persona ha adquirido, como multiplicar y dividir, y conducir un vehículo. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

El conocimiento conceptual (“saber por qué...”) es la comprensión de, por ejemplo, por qué una ecuación algebraica sigue siendo cierta si en ambos lados se añade o se sustrae la misma cantidad. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

Cambio funcional Los procesos para obtener, manejar y retener la información son aspectos funcionales de la cognición. Entre ellos se encuentran el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento, todos los cuales mejoran durante la adolescencia. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

Entre los cambios funcionales más importantes se pueden mencionar 1) el incremento continuo de la velocidad del procesamiento (Kuhn, 2006) y 2) un mayor desarrollo de la función ejecutiva, la cual incluye habilidades como atención selectiva, toma de decisiones, control inhibitorio de respuestas impulsivas y control de la memoria de trabajo. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 342)

4.4.1 DESARROLLO DEL LENGUAJE

El uso del lenguaje por parte de los niños refleja su nivel de desarrollo cognoscitivo. Los escolares son bastante competentes en el uso del lenguaje, pero los adolescentes llevan más lejos su refinamiento. A medida que el material de lectura se hace más adulto continúa el crecimiento del vocabulario. Entre los 16 y 18 años el joven típico conoce alrededor de 80 000 palabras (Owens, 1996). Con la llegada del pensamiento abstracto, los adolescentes pueden definir y discutir abstracciones como amor, justicia y libertad. Hacen uso más frecuente de términos como, sin embargo, por lo demás, de todos modos, por consiguiente, de verdad y probablemente para expresar relaciones lógicas. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 343)

Los adolescentes también adquieren mayor destreza en la toma de perspectiva social, la capacidad para ajustar su forma de hablar al nivel de conocimiento y punto de vista de otra persona.

El vocabulario puede diferir según el género, origen étnico, edad, región geográfica, vecindario y tipo de escuela (Labov, 1992) y varía de un grupo a otro. El argot de los adolescentes forma parte del proceso de desarrollo de una identidad independiente separada de los padres y del mundo de los adultos. En la creación de dichas expresiones, los jóvenes emplean su recién descubierta habilidad para jugar con las palabras a fin de “definir los valores, gustos y preferencias únicos aceptados por su generación” (Elkind, 1998, p. 29). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 343)

4.4.2 RAZONAMIENTO MORAL: LA TEORÍA DE KOHLBERG

A medida que los niños alcanzan niveles cognoscitivos más altos adquieren la capacidad de hacer razonamientos más complejos sobre temas morales. Los adolescentes son más capaces que los niños más jóvenes de considerar la perspectiva de otra persona para resolver problemas sociales, tratar con relaciones interpersonales y verse como seres sociales. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 344)

Kohlberg (1969) describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas:

Nivel I: Moralidad preconventional. Las personas actúan bajo controles externos. Obedecen las reglas para evitar el castigo o recibir recompensas, o actúan por su propio interés. Este nivel es típico de los niños de cuatro a 10 años. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 344)

Nivel II: Moralidad convencional (o moralidad de la conformidad a los roles convencionales). Las personas han internalizado los estándares de las figuras de autoridad. Les preocupa ser “buenas”, agradar a los otros y mantener el orden social. Este nivel se alcanza por lo general después de los 10 años; muchas personas nunca la superan, incluso en la adultez. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p.344)

Nivel III: Moralidad posconvencional (o moralidad de los principios morales autónomos). Las personas reconocen conflictos entre los estándares morales y hacen sus propios juicios con base en los principios del bien, la igualdad y la justicia. Por lo general, este nivel de razonamiento moral solo se alcanza al menos en la adolescencia temprana o más a menudo en la adultez temprana, si es que se logra. Según la teoría de Kohlberg, lo que indica la etapa del desarrollo moral es el razonamiento que está detrás de la respuesta de una persona al dilema y no la respuesta en sí. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 344)

Según la teoría de Kohlberg, lo que indica la etapa del desarrollo moral es el razonamiento que está detrás de la respuesta de una persona al dilema y no la respuesta en sí.

Kohlberg agregó un nivel de transición entre los niveles II y III, cuando la gente ya no se siente limitada por los estándares morales de la sociedad, pero todavía no ha razonado sus propios principios de justicia y basa sus decisiones morales en sentimientos personales. Dice que antes de que las personas puedan desarrollar principios morales

(nivel III), deben reconocer la relatividad de las normas morales. Muchos jóvenes cuestionan sus primeras opiniones morales cuando entran a la secundaria y a la preparatoria, a la universidad o al mundo del trabajo y se encuentran con personas cuyos valores, cultura y origen étnico son diferentes a los suyos. Pese a ello, pocas personas alcanzan un nivel donde puedan elegir entre diferentes normas morales. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 344)

4.5 DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA:

Una preocupación central durante la adolescencia es la búsqueda de la identidad, la cual tiene componentes ocupacionales, sexuales y de valores. Erik Erikson describió el conflicto psicosocial de la adolescencia como identidad frente a confusión de la identidad. La virtud que debe surgir de este conflicto es la fidelidad. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 357)

ERIKSON: IDENTIDAD FRENTE A CONFUSIÓN DE IDENTIDAD

La principal tarea de la adolescencia, decía Erikson (1968), es confrontar la crisis de identidad frente a confusión de identidad, o identidad frente a confusión de roles, de modo que pueda convertirse en un adulto único con un coherente sentido del yo y un rol valorado en la sociedad. El concepto de crisis de identidad se basó en parte en la experiencia personal de Erikson. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 357)

De acuerdo con Erikson, la identidad se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Durante la niñez media, los niños adquieren las habilidades necesarias para tener éxito en su cultura. En la adolescencia deben encontrar maneras de utilizarlas. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 357)

Según Erikson, los adolescentes que resuelven satisfactoriamente la crisis de identidad desarrollan la virtud de la fidelidad, es decir, un sentimiento sostenido de lealtad, fe, o un sentido de pertenencia a un ser querido o a amigos o compañeros. La fidelidad también puede ser una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político o un grupo étnico (Erikson, 1982). Las personas que no desarrollan un sólido sentido de su propia identidad ni fidelidad pueden tener un sentido inestable de su yo, ser inseguros y no poder hacer planes por sí mismos y para su futuro. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 357)

Erikson consideró que el principal peligro de esta etapa era la confusión de identidad o de roles. No formar un sentido coherente de identidad puede demorar en gran medida la obtención de la adultez psicológica. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 357)

Por medio de entrevistas semiestructuradas de 30 minutos de duración sobre el estado de la identidad (tabla 12.1) Marcia distinguió cuatro tipos de estados de identidad: logro de la identidad, exclusión, moratoria y difusión de la identidad. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 357)

Tabla 1 Entrevista sobre los estados de identidad.

Preguntas de muestra	Respuestas típicas durante los cuatro estados
Acerca del compromiso ocupacional: “¿Cuán dispuesto estarías a desistir de hacer si aparece algo mejor?”	Logro de la identidad: “Bueno, podría ser, pero lo dudo. No puedo pensar en que exista “algo mejor para mí”. Exclusión: “No estaría muy dispuesto. Es lo que siempre he querido hacer. La familia está feliz con eso y yo también.” Moratoria: “Me pregunto si, de estar seguro, podría responder mejor a esa pregunta. Tendría que ser algo en el área general, algo relacionado...” Difusión de la identidad: “Oh, claro que sí. Si surgiera algo mejor lo cambiaría de inmediato.”
Acerca del compromiso ideológico: “¿Alguna vez has tenido dudas acerca de tus creencias religiosas?”	Logro de la identidad: “Sí, claro. Comencé por preguntar si existe un Dios. Ahora estoy muy seguro. A mí me parece que...” Exclusión: “No, en realidad no; nuestra familia está muy de acuerdo acerca de esas cosas.” Moratoria: “Sí, supongo que estoy pasando por eso ahora. No me imagino cómo puede haber un Dios y que aún así exista tanto mal en el mundo...” Difusión de la identidad: “No lo sé. Supongo que sí. Todo el mundo pasa por una etapa como esa. Pero en realidad no me molesta mucho. Me parece que una religión es tan buena como otra.”

Marcia, J. E. (1966). (Citado en Papalia & Martorell, 2017, p. 358).

Las cuatro categorías difieren en relación con la presencia o ausencia de crisis y compromiso, los dos elementos que Erikson consideraba fundamentales para formar la identidad. Marcia definió la crisis como un periodo de toma de decisiones consciente. La crisis, en el contexto de las teorías de Erikson, no se refiere a un suceso estresante como la pérdida de trabajo o el endeudamiento, sino más bien al proceso de lidiar con qué creer y quién ser. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, pp. 358-359)

El compromiso, el otro aspecto de la formación de la identidad, implica una inversión personal en una ocupación o ideología (sistema de creencias). Los compromisos se pueden asumir una vez que fueron considerados en profundidad, después de una crisis, o sin pensarlo demasiado. Marcia encontró relaciones entre el estado de la identidad y características como la ansiedad, la autoestima, el razonamiento moral y los patrones de conducta. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 359)

A partir de la teoría de Marcia, otros investigadores han identificado otras variables personales y familiares relacionadas con el estado de la identidad (Kroger, 2003). A continuación, se presenta un esbozo más detallado de los jóvenes en cada estado de identidad. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 359)

Tabla 2 Factores familiares y de personalidad asociados con los adolescentes en los cuatro estados de identidad

Factor	Logro de la identidad	Exclusión	Moratoria	Difusión de la identidad
Familia	Los padres alientan la autonomía y la conexión con los maestros; las diferencias se exploran dentro de un contexto de reciprocidad.	Los padres se involucran demasiado con sus hijos; las familias evitan la expresión de diferencias.	Los adolescentes a menudo se involucran en una lucha ambivalente con la autoridad de los padres.	Los padres son permisivos en sus actitudes hacia la crianza; muestran rechazo o no están disponibles para sus hijos.
Personalidad	Altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral, seguridad en sí mismo, autoestima, buen desempeño en condiciones de estrés e intimidad.	Niveles muy altos de autoritarismo y pensamiento estereotipado, obediencia a la autoridad, relaciones dependientes, bajo nivel de ansiedad.	Mayor ansiedad y temor al éxito; altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral y autoestima.	Resultados mixtos, con bajos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral, complejidad cognoscitiva y seguridad en sí mismo; escasas capacidades cooperativas.

Fuente: Kroger, 1993. (Citado en Papalia & Martorell, 2017, p. 359).

Otros autores como en el caso de Kroger identifico estas variables las cuales están relacionadas con la identidad.

- ❖ Logro de la identidad (la crisis conduce al compromiso).
- ❖ Exclusión (compromiso sin crisis).
- ❖ Moratoria (crisis sin compromiso).
- ❖ Difusión de la identidad (sin compromiso ni crisis).

(Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 360)

Esas categorías no son etapas; representan los estados del desarrollo de la identidad en un momento particular, y es probable que cambien en cualquier dirección a medida que los jóvenes continúan su desarrollo (Marcia, 1979). [...] De acuerdo con lo que sostiene Marcia, a partir de la adolescencia tardía cada vez más personas se encuentran en moratoria o logro: en la búsqueda o el encuentro de su propia identidad. Casi la mitad de los adolescentes mayores permanecen en exclusión o difusión, pero cuando ocurre el desarrollo, por lo general lo hace en la dirección descrita por Marcia (Kroger, 2003). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 360)

De acuerdo con Carol Gilligan (1982/1993, 1987a, 1987b; Brown y Gilligan, 1990), el sentido del yo femenino se desarrolla no tanto mediante la adquisición de una identidad separada sino por medio del establecimiento de relaciones. Las niñas y las mujeres, dice Gilligan, se juzgan a sí mismas por su manejo de las responsabilidades y por su habilidad para cuidar de otros y de sí mismas. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 360)

La autoestima masculina tiende a estar vinculada con los esfuerzos por el logro individual, mientras que la femenina depende más de las conexiones con otros (Thorne y Michaelieu, 1996). Varios estudios han revelado que la autoestima disminuye durante la adolescencia, con más rapidez en el caso de las muchachas que en el de los varones, y luego se eleva de manera gradual en la adultez. Esos cambios pueden deberse en parte a la imagen corporal y a otras preocupaciones vinculadas con la pubertad y la transición de la secundaria a la preparatoria (Robins y Trzesniewski, 2005). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 360)

4.5.1 RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS IGUALES Y LA SOCIEDAD ADULTA

Los adolescentes pasan más tiempo con sus pares y menos con la familia. Incluso cuando los adolescentes se acercan a sus amigos para satisfacer muchas de sus necesidades sociales, siguen buscando en los padres una base segura a partir de la cual puedan

probar sus alas, y sus valores fundamentales se mantienen mucho más estables de lo que la mayoría advierte (Offer & Church, 1991). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 369-370)

Los años de la adolescencia se han considerado un tiempo de rebeldía adolescente que involucra confusión emocional, conflictos con la familia, alejamiento de la sociedad adulta, comportamiento temerario y rechazo de los valores adultos. La rebelión plena parece ser relativamente poco común incluso en las sociedades occidentales, al menos entre los adolescentes de clase media que asisten a la escuela. La mayoría de los jóvenes experimentan cercanía y sentimientos positivos hacia sus padres, comparten con ellos opiniones similares acerca de temas importantes y valoran su aprobación (Blum y Rinehart, 2000; Offer y Church, 1991). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 370).

No obstante, la adolescencia puede ser una etapa difícil para algunos jóvenes y sus padres. El conflicto familiar, la depresión y la conducta de riesgo son más comunes que en otros momentos del ciclo vital (Arnett, 1999; Petersen et al., 1993). Aunque el conflicto familiar es relativamente poco frecuente, tiene un impacto importante en los problemas emocionales. Este hallazgo es cierto sobre todo en el caso de las chicas y de los adolescentes cuyos padres nacieron en el extranjero (Chung, Flook y Fuligni, 2009). Las emociones negativas y las oscilaciones del estado de ánimo son más intensas durante la adolescencia temprana, debido quizá al estrés asociado con la pubertad. En la adolescencia tardía, la emocionalidad suele estabilizarse (Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2002). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 370).

Una forma de medir los cambios en las relaciones de los adolescentes con las personas importantes en sus vidas es observar cómo aprovechan su tiempo libre. La cantidad de tiempo que los adolescentes estadounidenses pasan con sus familias disminuye de manera notable durante los años adolescentes. Sin embargo, esta separación no es un rechazo de la familia sino una respuesta a las necesidades del desarrollo. A menudo, los adolescentes jóvenes pasan tiempo a solas en su habitación para alejarse de las exigencias de las relaciones sociales, recuperar la estabilidad emocional y reflexionar sobre las cuestiones de identidad (Larson, 1997). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 370)

Los jóvenes en las sociedades tribales o campesinas pasan la mayor parte de su tiempo produciendo lo estrictamente necesario para la vida y disponen de mucho menos tiempo

para socializar que los adolescentes de las sociedades tecnológicamente avanzadas (Larson y Verma, 1999). En algunas sociedades posindustriales, como Corea y Japón, donde las presiones de las obligaciones con el trabajo escolar y la familia son fuertes, los adolescentes disponen de poco tiempo libre. Para aliviar el estrés, pasan su tiempo en actividades pasivas como ver televisión y “hacer nada” (Verma y Larson, 2003). Por otro lado, en la cultura de India, centrada en la familia, los estudiantes urbanos de clase media de octavo grado pasan 39% de sus horas de vigilia con la familia (en comparación con 23% de los alumnos estadounidenses de octavo grado) e informan ser más felices cuando están con ellas que sus contrapartes de Estados Unidos. Para esos jóvenes, la tarea de la adolescencia no es separarse de la familia sino integrarse más a ella. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 370-371)

Los adolescentes dedican una proporción cada vez mayor de este tiempo al consumo de diversos medios, como ver televisión, escuchar música, navegar en la red, divertirse con videojuegos y mirar películas. Por ejemplo, de 2004 a 2009 los adolescentes aumentaron el uso de medios de 6:21 a 7:38 minutos al día, cada día, y a menudo utilizaron varias formas de medios al mismo tiempo. Esas tendencias han sido más marcadas en los adolescentes más jóvenes de 11 a 14 años y en los adolescentes afroamericanos y latinos (Rideout, Fochet y Roberts, 2010). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 371)

El origen étnico puede influir en la vinculación familiar. En algunas investigaciones, los adolescentes afroamericanos, que pueden ver a sus familias como refugios en un mundo hostil, tendían a mantener relaciones familiares más íntimas y relaciones menos intensas con los iguales que los jóvenes blancos (Giordano, Cernkovich y DeMaris, 1993). Sin embargo, entre 489 alumnos de noveno grado, los de antecedentes europeos notificaron tanta o más identificación y cercanía con su familia que los estudiantes de grupos minoritarios. Por otro lado, los jóvenes de familias mexicanas y chinas, en particular de familias inmigrantes, manifestaron un fuerte sentido de obligación y ayuda familiar y pasaban más tiempo en actividades que satisfacían esas obligaciones (Hardway y Fuligni, 2006). Puede ser que, aunque la cantidad total de ayuda que brindan a sus familias varía entre los grupos étnicos y culturales, ayudar a la familia se asocia con sentimientos de vinculación y por consiguiente es benéfico. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 371)

Las relaciones con los padres durante la adolescencia se sustentan en gran medida en la cercanía emocional desarrollada durante la niñez; a su vez, las relaciones de los

adolescentes con los padres establecen las condiciones para la calidad de la relación con una pareja en la adultez (Overbeek, Stattin, Vermulst, Ha y Engels, 2007). La mayoría de los adolescentes informan de buenas relaciones con sus padres (Gutman y Eccles, 2007). No obstante, la adolescencia trae consigo desafíos especiales. Así como los adolescentes sienten cierta ambivalencia de sus padres y la necesidad de desprenderse de ellos, los padres quieren que sus hijos sean independientes pero les resulta difícil dejarlos ir. Las tensiones pueden provocar conflictos en la familia y los estilos de crianza pueden influir en su forma y resultado. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 371)

Además, igual que con los niños más jóvenes, las relaciones de los adolescentes con los padres son afectadas por la situación de vida de estos últimos, su trabajo y su estatus marital y socioeconómico. La personalidad también es un factor importante. La amabilidad de los adolescentes y la extroversión de los padres predicen la calidez de la relación (Denissen, van Aken y Dubas, 2009). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 371)

❖ Individuación y conflicto familiar

Este proceso que los psicólogos denominaron individuación comienza en la infancia y continúa hasta la adolescencia. Implica una batalla del adolescente por su autonomía y diferenciación o identidad personal. Un aspecto importante de la individuación es forjar los límites de control entre el yo y los padres (Nucci, Hasebe y Lins-Dyer, 2005), proceso que puede acarrear conflictos en la familia. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, pp. 371-372)

Los adolescentes en general sienten que deberían tener autonomía sobre asuntos personales. La intensidad emocional de esos conflictos puede reflejar el proceso subyacente de individuación. En un estudio longitudinal de 99 familias, tanto la individuación como la vinculación familiar durante la adolescencia predijeron el bienestar en la madurez (Bell y Bell, 2005). (Citado en Papalia & Martorell, 2017, p. 372).

El proceso de individuación puede ser dificultoso, y a medida que los adolescentes resuelven los detalles de su nueva dinámica de poder, puede surgir el conflicto. Tanto el conflicto familiar como la identificación positiva con los padres son mayores a los 13 años y luego disminuyen hasta los 17, cuando se estabilizan o se incrementan. Este cambio refleja mayores oportunidades para las decisiones independientes de los adolescentes (Gutman y Eccles, 2007), lo que amplía los límites de lo que se considera los asuntos que

los afectan (Steinberg, 2005). También existen diferencias culturales. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 372)

En especial para las jóvenes, las relaciones familiares pueden ser un factor de influencia sobre la salud mental. Las adolescentes que cuentan con más oportunidades de tomar decisiones reportan mayor autoestima que las que reciben menos oportunidades de ese tipo. Además, las interacciones familiares negativas se relacionan con la depresión adolescente, mientras que la identificación positiva con la familia se relaciona con menos depresión (Gutman y Eccles, 2007). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 372)

❖ Estilos de crianza y autoridad de los padres

La crianza autoritativa continúa fomentando un desarrollo psicosocial sano (Baumrind, 2005). La crianza autoritaria demasiado estricta puede llevar al adolescente a rechazar la influencia de los padres y a buscar el apoyo y la aprobación de sus pares a cualquier precio (Fulgini y Eccles, 1993), y las manifestaciones de decepción son más efectivas que el castigo severo al momento de motivar el comportamiento responsable (Krevans y Gibbs, 1996). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 372)

Los padres autoritativos insisten en las reglas, las normas y los valores importantes, pero están dispuestos a escuchar, explicar y negociar. Ejercen un control adecuado sobre la conducta del niño (control conductual), pero no sobre sus sentimientos, creencias y sentido del yo (control psicológico) (Steinberg y Darling, 1994).[...] En general, se prefiere el control conductual. El control psicológico, cuando se ejerce mediante técnicas de manipulación emocional como el retiro del afecto, puede dañar el desarrollo psicosocial y la salud mental de los adolescentes (Steinberg, 2005). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 372)

Los padres psicológicamente controladores tienden a no ser sensibles a la necesidad cada vez mayor de sus hijos de autonomía psicológica, el derecho a sus propios pensamientos y sentimientos (Steinberg, 2005). En contraste, es más probable que los padres que muestran apertura a nuevas experiencias den mayor libertad a sus adolescentes (Denissen et al., 2009). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 373)

La crianza autoritativa parece reafirmar la imagen que el adolescente tiene de sí mismo. En general, los jóvenes cuyos padres eran firmes con respecto al cumplimiento de las reglas conductuales tenían más disciplina y menos problemas de conducta que los que

tenían padres más permisivos. Aquellos cuyos padres les concedían autonomía psicológica tendían a adquirir confianza en sí mismos y competencia. Dicha investigación indica que los padres que brindan tanto estructura como autonomía ayudan a los adolescentes a desarrollar reglas de conducta, habilidades psicosociales y una buena salud mental (Gray y Steinberg, 1999). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 373)

Los problemas surgen cuando los padres sobrepasan lo que los adolescentes perciben como límites apropiados de la autoridad parental legítima. En varias culturas y clases sociales desde Japón hasta Brasil se ha encontrado la existencia de un dominio personal mutuamente acordado, en el cual la autoridad pertenece al adolescente. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 373)

Los cambios en las relaciones fraternas preceden y reflejan en muchos aspectos los cambios que se observan en las relaciones de los adolescentes con sus padres. A medida que los jóvenes se desarrollan, se vuelven más independientes y comienzan a ejercer su autonomía y a pasar menos tiempo con sus padres y más con sus pares. Los procesos fraternos son similares. Al pasar más tiempo con sus pares, pasan menos tiempo con sus hermanos. En general, y quizá como resultado de esto, los adolescentes tienden a tener relaciones menos estrechas con sus hermanos que con sus amigos y se ven menos influenciados por ellos. Esta distancia se acrecienta durante la adolescencia (Laursen, 1996). Asimismo, a medida que se acerca la entrada a la educación preparatoria, las relaciones con los hermanos poco a poco comienzan a ser más equitativas. A medida que se reducen las diferencias de edad relativas, lo mismo sucede con las diferencias en la competencia e independencia (Buhrmester y Furman, 1990). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 375)

La investigación demostró que las hermanas por lo general manifestaban más intimidad que los hermanos o las parejas mixtas. La intimidad disminuía entre los hermanos de distinto sexo entre la niñez media y la adolescencia temprana, pero sobre todo en la adolescencia media, una época en que la mayoría de los jóvenes se interesa más en el sexo opuesto. El conflicto fraterno disminuyó hacia la adolescencia media (Kim, McHale, Osgood y Courter, 2006). El estudio también indicó que las relaciones fraternas tendían a reflejar las relaciones entre padre e hijo y las relaciones matrimoniales de los padres. El conflicto entre padre e hijo se asociaba con el conflicto entre hermanos. Por otro lado, cuando los padres eran menos felices en su matrimonio, los hermanos estrechaban sus

relaciones y peleaban menos (Kim et al., 2006). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 375)

Los hermanos pueden ejercer efectos positivos o negativos. En los hogares con una madre soltera, una relación cálida y cariñosa con una hermana mayor tendía a prevenir el consumo de drogas y la conducta sexual riesgosa en una hermana menor. Por otro lado, tener una hermana mayor dominante tendía a incrementar la conducta sexual de alto riesgo de un hermano menor (East y Khoo, 2005). Los hermanos mayores pueden influir en que el menor fume, consuma alcohol o drogas (Pomery et al., 2005; Rende et al., 2005). Los menores que salían con un hermano mayor antisocial corrían un riesgo mayor de mostrar en la adolescencia conductas antisociales, consumo de drogas, conducta sexual y violencia, independientemente de la disciplina de los padres (Snyder, Bank y Burraston, 2005). Un meta-análisis apoya la fuerte relación entre las relaciones cálidas con un bajo conflicto y una adaptación psicológica más sana en los hermanos (Buist, Dekovic y Prinzie, 2013). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 376)

Una importante influencia en la adolescencia la ejerce el grupo de iguales. El grupo de iguales es una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral; un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres. Es un lugar para formar relaciones íntimas que sirven como ensayo para la intimidad adulta. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 376)

En la niñez, las interacciones entre iguales son en su mayor parte diádicas, o de uno a uno, aunque en la niñez media empiezan a formarse grupos mayores. A medida que los niños avanzan hacia la adolescencia, el sistema social de los iguales se vuelve más diverso. Las pandillas o camarillas grupos estructurados de amigos que hacen cosas juntos adquieren mayor importancia. Un tercer tipo más grande de agrupamiento que por lo general no existe antes de la adolescencia, no se basa en las interacciones personales sino en la reputación, imagen o identidad. La pertenencia a la muchedumbre es una construcción social: por ejemplo, los atletas, los nerds o los drogadictos. Esos tres niveles de agrupamientos pueden existir de manera simultánea y sobreponerse entre sus integrantes, los cuales pueden cambiar con el tiempo. Las afiliaciones a las camarillas y grupos suelen flexibilizarse a medida que progresa la adolescencia (B. B. Brown y Klute, 2003). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 376)

Normalmente, la influencia de los compañeros alcanza su punto más alto entre los 12 y 13 años, y luego disminuye durante la adolescencia media y tardía. [...] La toma de riesgo, en especial durante la adolescencia temprana, era mayor en compañía de los pares que cuando se está solo (Gardner y Steinberg, 2005). Sin embargo, no es probable que el apego a los compañeros en la adolescencia temprana vaticine verdaderos problemas a menos que la relación sea tan fuerte que el joven esté dispuesto a dejar de obedecer las reglas familiares, hacer las tareas y desarrollar sus propios talentos para ganar la aprobación y popularidad entre iguales (Fuligni, Eccles, Barber y Clements, 2001). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 376)

Es probable que la intensidad e importancia de las amistades y la cantidad de tiempo que se pasa con los amigos sean mayores en la adolescencia que en cualquier otro momento del ciclo de vida. Las amistades tienden a incrementar su grado de reciprocidad, equidad y estabilidad. Las que son menos satisfactorias pierden importancia o se abandonan. (Citado en Papalia y Martorell, 2017, p. 376)

Los adolescentes empiezan a depender más de los amigos que de los padres para obtener intimidad y apoyo, y comparten más confidencias que los amigos más jóvenes (Hartup y Stevens, 1999; Nickerson y Nagle, 2005). Las amistades de las muchachas suelen ser más íntimas que las de los varones, y muestran un intercambio frecuente de confidencias (B. B. Brown y Klute, 2003). La intimidad con los amigos del mismo sexo aumenta entre la adolescencia temprana y media, después de lo cual suele disminuir a medida que crece la intimidad con el sexo opuesto (Laursen, 1996). (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 376)

La mayor intimidad de la amistad adolescente refleja un desarrollo cognoscitivo y emocional. Los adolescentes tienen ahora mayor capacidad para expresar sus pensamientos y sentimientos privados. Les resulta más fácil considerar el punto de vista de otra persona y les es más sencillo entender los pensamientos y sentimientos de un amigo. Confiar en un amigo los ayuda a explorar sus propios sentimientos, definir su identidad y validar su autoestima (Buhrmester, 1996). (Citado en Papalia y Martorell, 2017, pp. 376-377)

Los adolescentes que tienen amistades estrechas, estables y que brindan apoyo por lo general tienen una alta opinión de sí mismos, obtienen buenos resultados en la escuela, son sociables y es poco probable que se muestren hostiles, ansiosos o deprimidos

(Berndt y Perry, 1990; Buhrmester, 1990; Hartup y Stevens, 1999). También es común que hayan establecido fuertes vínculos con los padres (B. B. Brown y Klute, 2003). Parece estar en funcionamiento un proceso bidireccional: las buenas relaciones fomentan el ajuste, que a su vez promueve las buenas amistades. (Citados en Papalia y Martorell, 2017, p. 377)

5. TALLER “EMPIEZO POR MÍ: CONOCER, CUIDAR Y ACEPTAR MI CUERPO”

5.1 PRESENTACIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual ocurren cambios biológicos, sociales, cognitivos y psicológicos, por lo tanto, estos cambios buscan comprender y evaluar sus atributos y por esta razón empieza a existir una evaluación constante sobre su aspecto físico.

La imagen corporal se refiere a la representación mental que creamos sobre nuestro propio cuerpo y no necesariamente coincide con la física real ya que puede existir la apariencia de insatisfacción corporal. Esto se debe a los modelos estéticos que culturalmente existen y en los cuales se interpreta una valoración sobre el “atractivo físico”, de acuerdo a las nuevas modas para generar la aceptación social, sin embargo, estos aspectos se consideran como un daño a la salud.

Por lo tanto, los trastornos alimenticios tienen una amplia gama de síntomas, pero en la mayoría prevalece la distorsión de la imagen corporal y entre sus características está presente el temor a subir de peso, una baja autoestima. El trabajar la imagen corporal es parte fundamental para prevenir algún trastorno o buscar apoyo en caso de que ya esté presente, así como fortalecer con la autoestima, puesto que este es el principal problema en adolescentes, tienen un ideal de belleza y éxito errónea impuesta por la sociedad.

“Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo” es una propuesta de taller psicoeducativo que puede ser implementada en adolescentes que se encuentran frente a esta problemática de insatisfacción corporal o que estén interesados en el tema, el cual podría ser llevado a cabo por dos sesiones por semana durante un mes, es decir, un total de 9 sesiones con duración de 2 horas por sesión en grupo de mínimo 10 máximo 20 integrantes.

5.2 OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:

El taller preventivo psicoeducativo “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo” busca contribuir a la prevención de la insatisfacción de la imagen corporal, así como los trastornos alimenticios, trabajar la aceptación de la imagen corporal a través del conocimiento de dicho concepto y aspectos implícitos en la insatisfacción corporal.

5.3 CONTENIDO DEL TALLER:

Los contenidos del taller se encuentran conformados por ocho temas:

- ❖ Definición de imagen corporal
- ❖ Conocer y cuidar mi cuerpo
- ❖ Aceptar mi cuerpo/ auto-observación

- ❖ Autoconcepto y autoestima
- ❖ Los modelos estéticos y medios de comunicación
- ❖ Alimentación sana
- ❖ Trastornos de la conducta alimentaria y consecuencias

5.4 POBLACIÓN

El taller va dirigido principalmente a la población estudiantil que están entre los 12 y 16 años ya que se encuentran en una edad donde se formarán de manera individual, buscan su sentido de identidad y pertenencia por lo tanto una de sus principales prioridades es la imagen corporal, empiezan a notar y sentir los cambios físicos por ello es necesario cuidar el bienestar psicológico y físico de los estudiantes para que tengan un mejor desarrollo a nivel personal.

La propuesta del taller “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo”, está diseñada para trabajarse en grupos de entre 10 a 20 participantes, para tener un adecuado manejo de la población y que pueda cumplirse el objetivo.



CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN.....
2. BLOQUES TEMÁTICOS.....
3. SESIÓN 1 DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL.....
4. SESIÓN 2 CONOCER Y CUIDAR MI CUERPO.....
5. SESIÓN 3 ACEPTAR MI CUERPO/ AUTO-OBSERVACIÓN.....
6. SESIÓN 4 AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.....
7. SESIÓN 5 LOS MODELOS ESTETICOS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
8. SESIÓN 6 ALIMENTACIÓN SANA.....
9. SESIÓN 7 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....
10. SESIÓN 8 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....
11. SESIÓN 9 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....

PRESENTACIÓN

La imagen corporal está basada en la manera en que piensas y te sientes con respecto a la apariencia de tu cuerpo, en ocasiones la manera en como pensamos que otras personas piensan respecto a nuestra apariencia llegan afectar la imagen corporal.

Por lo tanto, una “mala imagen corporal” proviene de pensamientos y sentimientos negativos respecto a la propia imagen, es importante entender que la imagen corporal juega un papel fundamental en el autoconcepto y la autoestima debido a que es la forma en que pensamos y nos sentimos con nosotros mismos como persona.

Es por ello que “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo” surge como una necesidad para brindar apoyo a jóvenes que se encuentran frente a esta situación, en donde se enfrentan a situaciones que afectan su vida de manera física y psicológica.

Dicho taller es una propuesta para trabajar aspectos relacionados con la imagen corporal, como lo pueden ser, conocer y cuidar mi cuerpo, aceptar mi cuerpo, autoestima y autoconcepto. “Empiezo por mí: conocer, cuidar y aceptar mi cuerpo” es una propuesta que puede ser implementada en preadolescentes o adolescentes.

BLOQUES TEMÁTICOS:

Los temas para trabajar en el taller se han agrupado en 9 sesiones, de dos horas cada sesión, cada una de ellas con sus respectivas actividades, así como su contenido:

Dichos bloques temáticos son los siguientes:



SESIÓN 1

TEMA: DEFINIENDO ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Establecer el encuadre del taller y tener una aproximación del concepto imagen corporal

	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	Al iniciar la sesión el Instructor deberá presentarse y posterior a ello dar el nombre del taller, la duración, los objetivos y explicará el modo de trabajo que se llevará a lo largo del taller. El instructor deberá entregarles a los participantes un sticker en el cual pondrán su nombre y deberán colocárselo en un lugar visible para que se puedan identificar.	12 minutos	Lapiceros Stickers
	Gira el dado: el facilitador deberá traer un dado o dos dados grandes, donde cada cara tiene una leyenda o pregunta que invita a la persona a contestarla. Por ejemplo: mi música favorita es... mi personaje favorito... mi lugar favorito... y un signo de interrogación para que cuando a algún participante le salga, alguno de sus compañeros le pueda preguntar lo que prefiera. El objetivo es que cada persona gire el dado y conteste la leyenda que le toque además de su nombre para crear una conexión más amplia con sus compañeros.	15 minutos	Dados
DESARROLLO:	Reglamento: A través de una lluvia de ideas en donde todos participaran propondrán una regla y se llegara a un acuerdo para aceptar o declinar cada lineamiento. Una vez que se haya llegado a un acuerdo uno por uno ira pasando y escribirán en una cartulina, al finalizar se colocara al frente del grupo de manera que sea visible para todos.	15 minutos	Plumones Cartulina Diurex
	¿Me gusta cómo me veo hoy? El instructor a manera de concientizar a los participantes les hará la siguiente pregunta, ¿me gusta cómo me veo hoy? El instructor debe dar unos segundos para que de manera aleatoria los participantes puedan participar	6 minutos	
	THE BODY APPRECIATION SCALE (BAS) El instructor les proporcionará un cuestionario y les dará las siguientes indicaciones: A continuación, leerás algunas frases sobre pensamientos acerca de tu cuerpo. Lee cada una de ellas y escoge la respuesta con la que mejor te identificas en cuanto a lo que piensas respecto a cada frase. No hay respuestas “buenas” ni “malas”. (Ver anexo 1).	17 minutos	Cuestionario (BAS) Anexo 1

	<p>Imagen corporal: Presentar el video titulado: “ESI imagen corporal”, al término realizar las siguientes preguntas: ¿qué pasa en el video?, ¿qué emociones muestra el personaje? (Ver anexo 2)</p>	12 minutos	ESI imagen corporal. Anexo 2
	<p>Definiendo imagen corporal De acuerdo a las respuestas que los participantes, realizaremos una reflexión para que el instructor pueda explicar la definición de imagen corporal. El instructor proyectara una presentación en donde viene una explicación sobre ¿qué es la imagen corporal? Al finalizar la presentación deberá preguntar a los participantes, ¿te sientes identificado o alguna vez te has cuestionado algo respecto a tu cuerpo?</p>	23 minutos	
CIERRE:	<p>¿Cómo me siento? El instructor deberá repartir unas fichas en donde ellos escribirán cómo se sienten después de lo trabajado en la sesión y posterior a ello hay un espacio donde deberán dibujar cómo se sienten. Al finalizar los participantes podrán compartir sus respuestas si así lo deciden. (Ver anexo 3).</p>	15 minutos	Fichas, ¿cómo me siento? Anexo 3
	<p>Conclusiones: El instructor preguntará a los participantes sobre dudas que puedan tener y las responderá; preguntará cómo es que se sienten y dará una retroalimentación de lo visto en esa sesión.</p>	5 minutos	

SESIÓN 2

TEMA: CONOCER Y CUIDAR MI CUERPO

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Que los participantes desarrollen procesos cognitivos que permita construir un concepto del cuerpo humano y como deben cuidarlo

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<i>El cuadrado perfecto:</i> El instructor les pedirá a los participantes que se levanten y formen un círculo para sostener la cuerda. A continuación, pide a todos que se pongan el paliacate en los ojos y dejen la cuerda en el suelo. Pídeles que se alejen un poco del círculo, nuevamente les pedirá que vuelvan e intenten formar un cuadrado con la cuerda sin quitarse la venda de los ojos. Pon un límite de tiempo para que compitan. Para hacerlo incluso más difícil, pide a algunos miembros del equipo que permanezcan en silencio.	16 minutos	Cuerda larga con los extremos atados uno al otro. Paliacates para cada participante
DESARROLLO:	<i>Cuestionario “¿conozco mi cuerpo?”</i> El instructor deberá proporcionar a los participantes una hoja la cual contiene 10 preguntas, estarán divididas por género y esto es para evaluar que tanto conocen los adolescentes sobre su cuerpo y los cambios que tienen o tendrán en esta etapa. El instructor deberá supervisar que todos hayan contestado su cuestionario para que después él pueda apoyarlos con las respuestas correctas de este mismo. (Ver anexo 4).	25 minutos	Cuestionario “¿conozco mi cuerpo?” Anexo 4
	<i>Aprendiendo a conocer y cuidar mi cuerpo.</i> El instructor deberá explicar de manera clara y precisa conceptos, diferencias, cambios de la adolescencia, por lo que deberá proyectar las diapositivas “principales características de la adolescencia”.	30 minutos	Diapositivas “principales características de la adolescencia”
	El instructor proyectara el video: <i>¿Soy normal? Explicación sobre la pubertad,</i> al finalizar con ambas actividades se habrá una mesa de dialogo en donde los participantes expondrán sus dudad o información adicional que ellos consideren importantes, al finalizar el instructor deberá dar una retroalimentación de acuerdo a lo que expusieron los participantes. (Ver anexo 5)	8 minutos	Proyector, computadora, bocinas y video Anexo 5
	<i>Me cuido así:</i> El instructor deberá proporcionar una ficha a los participantes, después dará como instrucción que se tienen que dibujar y escribirán cómo se cuidan físicamente y emocionalmente. (Ver anexo 6)	25 minutos	Ficha, lápices y lapiceros.

	<p>Posterior a ello el instructor presentará algunos puntos para mejorar el cuidado junto con una breve explicación por parte de él. Al finalizar hay una pregunta la cual dice, ¿y tú cómo te cuidas?, es ahí en donde los participantes trabajaran con el dibujo que realizaron de ellos mismos y nos platicaran lo que escribieron y si creen que es importante tomar en cuenta cada uno de los puntos abordados en el video.</p>		
	<p>Tendiendo como me cuido: El instructor con ayuda de los participantes colocara un “tendedero” y posterior a ello cada uno tomará una pinza para colocar su dibujo y así otras personas puedan ver la importancia de cómo cuidar nuestro cuerpo.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Tendedero y pinzas</p>
<p>CIERRE:</p>	<p>Conclusiones: El instructor antes de haber iniciado la sesión debió colocar tres post-it debajo de las sillas de los participantes pueden ser mínimo 5 con la finalidad de que al finalizar la sesión esos participantes compartan una opinión y/o lo aprendido en esa sesión.</p>	<p>10 minutos</p>	

SESIÓN 3

TEMA: ACEPTAR MI CUERPO/ AUTO-OBSERVACIÓN

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Proveer información sobre cómo aceptar la imagen corporal por medio de ejercicios que los lleve a la reflexión.

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<p>Identifica el color: Los participantes antes de sentarse deberán prestar atención al color que el instructor indica para que después ellos busquen algún objeto que sea del color que indica el instructor.</p>	6 minutos	
	<p>¿Quién soy? Soy yo El instructor aportara periódicos, revistas y documentos reutilizables (además de pegamento, tijeras, colores y rotafolios). De esta forma cada componente debe construir un collage con la información que más le represente de todo el material que se le ha facilitado. Finalmente, explicará a sus compañeros por qué ha seleccionado esa información y qué es lo que le representa.</p>	17 minutos	Revistas, colores, tijeras y rotafolios.
	<p>Video, si pudieras cambiar una sola parte de tu cuerpo - ¿Que cambiarías? (Ver anexo 7)</p>	6 minutos	Video Anexo 7
DESARROLLO:	<p>Explicar la importancia de aceptar nuestro cuerpo: El instructor hará una lluvia de ideas preguntando, ¿creen que es importante aceptar nuestro cuerpo? Y les pedirá que pasen al pizarrón y escriban que es la imagen corporal.</p> <p>Para continuar el instructor volverá a dar una retroalimentación sobre que es la imagen corporal: Es la condición que involucra componentes como: perceptivos, los cuales incluye la manera como cada persona observa su cuerpo en función de tamaño y forma, cognitivo, el cual involucra pensamientos y creencias (independientemente al valor real que la persona tiene) sobre el cuerpo, sentimientos, influye el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias que propicia el cuerpo, conductuales, refiriéndose a la reacción actitud y comportamiento que la persona presenta como resultado del proceso autoperceptivo.</p> <p>Aspectos de la imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la imagen corporal: es cuando las personas se sienten a gusto con su cuerpo, tienen pensamientos y emociones positivas hacia su imagen corporal. <p>Preguntar, ¿alguna has aceptado tu imagen corporal? El instructor deberá continuar con el tema y dará algunas “recomendaciones” para aceptar la imagen corporal:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mantener una actitud positiva hacia tu imagen corporal b) Identificar los atributos físicos que tienes. 	35 minutos	Infografía Anexo 8

	<p>c) Aceptarte independientemente de tu constitución física.</p> <p>Y para poder complementar estas recomendaciones se les proporcionará una infografía que les servirá para poder identificar qué cosas pueden hacer y mejorar el trabajo con su imagen corporal.</p> <p>(Ver anexo 8).</p>		
	<p>Lectura reflexiva “Cuento de Elmer”: (Ver anexo 9)</p> <p>Al finalizar la lectura el instructor hará las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué reflexión te dejó la lectura? 2. ¿Consideras que tienes algún beneficio el ser diferente a los demás? Sí___ no___ ¿por qué? _____ 3. ¿Por qué consideras que Elmer quería ser diferente? 4. ¿De qué manera influyo Elmer en sus compañeros? 5. ¿Consideras que eres diferente a los demás? Explica porqué 	27 minutos	Cuento de Elmer Anexo 9
CIERRE	<p>Tarea del día “mi imagen corporal”:</p> <p>El instructor les explicara que tendrán que realizar un dibujo sobre tu imagen corporal y describe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo te sentiste al momento de realizarlo? 2. ¿Experimentaste alguna dificultad al realizarlo? 3. ¿Descubriste algo sobre tu imagen corporal? 	15 minutos	Hojas blancas, lápices, plumones y colores
	<p>Conclusiones:</p> <p>El instructor preguntará a los participantes, ¿cómo se sienten? y harán una emoción con la que se identifiquen en ese momento, preguntará sobre dudas que puedan tener y las responderá dando una retroalimentación a lo que se trabajó en la sesión.</p>	10 minutos	

SESIÓN 4

TEMA: AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Proveer información sobre los términos autoconcepto y autoestima.

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<p>Hacer lo opuesto a lo que digo: Las personas pondrán a prueba la coordinación de movimientos corporales con consignas verbales, y no es fácil, el cerebro comprenderá la consigna y se deberá ejecutar la acción opuesta. El instructor les explicará a los y las participantes cuatro movimientos, la actividad consiste en que las personas realicen estos movimientos.</p> <p>Se les pide a todos y todas que levanten su brazo y que con su mano simulen sostener una copa, luego se dan las siguientes indicaciones: arriba, abajo, al centro y adentro. Si se dice arriba se debe llevar la mano del brazo extendido a la altura de la frente, si se dice abajo se debe llevar a la altura del pecho.</p>	8 minutos	
	<p>¿Qué es? El instructor proyectara una imagen la cual deberán observar los participantes y explicaran que entienden por el significado de autoestima y autoconcepto. (Anexo 10).</p>	6 minutos	Proyector, computadora e imagen Anexo 10
DESARROLLO:	<p>El instructor deberá proporcionar una hoja blanca, lapiceros y colores, les indicara a los participantes que: Anoten los sucesos cotidianos que aumentarían su autoestima.</p>	10 minutos	Hojas blancas, lapiceros, colores.
	<p>El instructor deberá explicar ambas definiciones, retroalimentando la participación de los jóvenes.</p> <p>La autoestima es la valoración que la persona hace de sí misma, de sus cualidades y características más significativas. Es uno de los aspectos básicos sobre los que se cimienta la personalidad de un individuo desde su infancia. Las personas con un nivel de autoestima adecuado tienen menor probabilidad de desarrollar problemas psicológicos. La idea que uno/a tiene acerca de sí mismo/a está en constante cambio, en función de sus experiencias. Durante la adolescencia, la autoestima sufre muchas variaciones y fluctuaciones debidas a los importantes cambios evolutivos inherentes a esta etapa vital. A medida que los adolescentes ganan en autonomía, libertad y responsabilidad, y aceptan su aspecto físico, los niveles de autoestima mejoran. En lo más profundo de nuestro ser existe una imagen que nosotros hemos creado, aunque no estemos plenamente conscientes de ello, que refleja la idea que nosotros nos hemos forjado de quienes somos como persona, y cuan valiosos somos con respecto a otros. La persona va creciendo y formando su</p>	20 minutos	

	<p>personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a esta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes.</p>		
	<p>El árbol de mi autoestima: Dibuja un árbol completo con raíces, tronco, ramas y copa. Escribe en las RAÍCES el nombre de aquello que para tí supone un apoyo, algo que te aporta confianza y seguridad. Pueden ser personas (Ej. “mi hermana Lucía”) o conceptos (la sinceridad). En el TRONCO, indica al menos 5 cualidades positivas de ti (físicas, de tu carácter, psicológicas, culturales, relaciones personales, habilidades, destrezas...). En cada una de las RAMAS escribe los logros que has alcanzado. En la COPA, tus proyectos (las cosas que quieres conseguir de aquí a un tiempo, objetivos que te planteas a corto, medio o largo plazo). Complementar con la tabla de cualidades que se encuentran en anexo. (Ver anexo 11). Los participantes compartirán sus respuestas Reflexionar ¿Cómo te sentiste después de hacer esta actividad?, ¿fuiste consciente al realizar tu dibujo?, ¿al escuchar las respuestas de tus compañeros, cambiarías algo en tu dibujo? ¿sí? ¿por qué?</p>	20 minutos	Hoja blanca, lapiceros y tabla de cualidades. Anexo 11
	<p>¿Qué es el auto concepto? Auto concepto:(una parte importante de la autoestima): Es una serie de creencias de nosotros mismos (lo que soy), que se manifiestan en nuestra conducta. Comprende lo que somos, lo que pensamos, lo que hacemos en la vida diaria, individual, familiar, laboral y social. ¿De qué depende el autoconcepto? En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros (por ejemplo, si pienso que soy torpe, me siento mal, por tanto, hago actividades negativas y no soluciono el problema). Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona. Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.</p>	20 minutos	Ficha de factores que determinan el autoconcepto Anexo 12

	<p>Proporcionar tabla de características sobre la autoestima. (Ver anexo 12).</p> <p>Factores que determinan el autoconcepto, revisar el anexo 12</p>		
	<p>El sorteo de autoregalos: Este ejercicio tiene como finalidad fomentar el autocuidado y autorrespeto, para ello el instructor deberá pedirles a los participantes que harán un listado de pequeñas cosas agradables que pueden hacer por ellos mismos en el día a día.</p> <p>No se trata de poner grandes cosas sino temas cotidianos, si es posible que impliquen acciones o experiencias (no regalos materiales) por ejemplo: escuchar un disco que te gusta, probar un nuevo peinado, pasear un rato por un parque, llamar a algún amigo para charlar, preparar un plato que te gusta, leer un rato, etc.</p> <p>Al finalizar el listado, deberán recortar en tiras y las doblarán para que en una cajita metan los papelitos y en los próximos días puedan ir tomando un papelito y hacer algo nuevo que los haga sentir satisfechos.</p>	25 minutos	Hojas, lapiceros, tijeras, cajitas de cartón
CIERRE:	<p>Video, autoestima presentado por Puros Cuentos Saludable, para finalizar el instructor proyectara el video para poder finalizar con una lluvia de ideas sobre, ¿cómo me sienten?, ¿qué aprendieron?, ¿creen que lo visto el día de hoy te pueda ayudar para trabajar tu autoestima?</p> <p>Recordarles que día a día deben recordar hacer una actividad del listado que hicieron durante la sesión. (Ver anexo 13).</p> <p>Agradecerles por su participación y el esfuerzo que hicieron en las actividades.</p>	11 minutos	Proyector, computadora, bocinas y video Anexo 13

SESIÓN 5

TEMA: MODELOS ESTETICOS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Que los participantes identifiquen, reflexionen y analicen cuales son los factores sociales que influyen en la insatisfacción de imagen corporal.

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<p>La construcción: En esta dinámica los participantes harán dos equipos y formaran una fila cada equipo, frente a ellos abra una fila de aros los cuales tienen que recorrer su cuerpo y al final encontraran fichas de jenga las cuales tendrán que ir apilando una sobre otra, ganara el equipo que logre mantener más tiempo su torre.</p>	15 minutos	Aros y jenga
DESARROLLO:	<p>Y tú que piensas sobre...</p> <p>El instructor proyectara las diapositivas en donde iniciarán la actividad reflexionando respecto a los ideales de belleza con ayuda de unas preguntas que podrán observar durante la presentación.</p> <p>El instructor proporcionara información respecto a la influencia que tienen los medios de comunicación con los estándares de belleza y los participantes seguirán participando con una interrogante la cual pregunta ¿en dónde crees que hay más reflejo sobre ideales de belleza?</p>	18 minutos	Proyector, computadora, diapositivas y plumones.
	<p>Escribe: Los participantes tendrán una hoja blanca la cual debe dividir en tres partes iguales, después en la primera parte escribirán 5 valores o características que asocien a la delgadez y 5 a sobrepeso.</p> <p>El segundo ejercicio será escribir y responder la siguiente pregunta: ¿cómo es para ti una persona delgada?</p> <p>Tercer momento escribir y responder: ¿y una con sobrepeso?</p> <p>El instructor lanzará una bola de estambre al azar y al que le toque tendrá que compartir sus respuestas, esto se repetirá 4 veces.</p> <p>El instructor finalizará la actividad haciendo una reflexión con las respuestas expuestas por los participantes.</p>	22 minutos	Hojas y lapiceros
	<p>¿Qué siento cuando me veo? El instructor deberá preparar un espacio en donde habrá un espejo de cuerpo completo y les pedirá a los participantes que de manera ordenada hagan una hilera y les dará la siguiente instrucción:</p>	16 minutos	Espejo

	Pasarás frente al espejo y te observarás de pies a cabeza al finalizar dirás que ves, no lo dirás en voz alta en ese momento te quedarás con la respuesta, todos pasarán de manera ordenada.		
	<p><i>El instructor proyectará el video: Estereotipos de belleza</i></p> <p>Al finalizar la proyección del video, los participantes harán tres equipos y entre ellos harán una lluvia de ideas para que puedan elaborar una reflexión de acuerdo a lo que entendieron del video, el instructor deberá repartirles 1 rotafolio por equipo, plumones y colores para que ahí elaboren y plasmen su reflexión, cada equipo explicara su reflexión con sus demás compañeros.</p> <p>Pegaran esas laminas en algún lugar visible para que las demás personas que quizás no están en el taller puedan ser conscientes de estos temas. (Ver anexo 14)</p>	28 minutos	Rotafolios, plumones, pinturas y diurex. Anexo 14
CIERRE:	<p><i>¿Qué siento cuando me veo?</i></p> <p>Una vez más los participantes pasarán frente al espejo y harán la misma dinámica de observarse y pensar en cómo se ven y si les gusta lo que están viendo.</p>	16 minutos	Espejo
	<p>Al finalizar en una hoja escribirán si su percepción cambio, que sintieron al volverse a mirar en el espejo y enlistarán 5 características que los haga ser únicos, como tarea esa hoja la deberán pegar en algún lugar visible de su habitación.</p> <p>Agradecerles por su participación y el esfuerzo que hicieron en las actividades.</p>	5 minutos	Hoja y lapiceros.

SESIÓN 6

TEMA: ALIMENTACIÓN SANA

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Que los participantes sean conscientes, cuiden su alimentación sin tener angustia o preocupación y reconozcan que los alimentos no son dañinos en cantidades moderadas.

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<p><i>Pañuelos locos:</i> El instructor deberá darle paliacates a la mayoría del grupo a excepción de dos de ellos, los demás tendrán que colocarse en la cintura el paliacate y correrán, los compañeros que se quedaron sin paliacate tendrán que quitarle a alguno de sus compañeros el paliacate, cuando logren quitarle el paliacate a su compañero ahora el que se quede sin su paliacate hará lo mismo que su compañero anterior y así sucesivamente.</p>	10 minutos	Paliacates
DESARROLLO:	<p><i>¿Verdadero o falso?</i> Esta actividad consiste en realizar un cuestionario breve acerca de algunos alimentos, el instructor deberá mencionar lo siguiente: Existen muchos mitos y malentendidos sobre la nutrición que pueden llevar a confusión. Además, algunas campañas publicitarias intentan aprovecharse de este desconocimiento. ¿Tú qué crees? Después contestaran un cuestionario que les habrá repartido el instructor. (Ver anexo 15).</p>	8 minutos	Cuestionario y lápiz
	<p><i>Presentación sobre la alimentación y nutrición:</i> el instructor explicara la definición de estos términos y los tipos de nutrientes que existen. Es importante abordar este tema debido a que en ocasiones las personas dejan de consumir algunos alimentos por temor a engordar, pero el quitarnos esos alimentos nos puede perjudicar. Al final de la presentación se mostrará un video en donde explica qué es la alimentación sana.</p>	24 minutos	Proyector, diapositivas, computadora y bocinas.
	<p><i>¿Qué comí ayer?</i> El instructor mostrara una imagen en la cual ellos tendrán que responderlas en una hoja que se les asignara, dividirán la hoja en 4 secciones para responder las preguntas que se les hará. Es una manera de concientizar a los participantes la importancia de ingerir diversos alimentos que ayudan a tener un balance. (Ver anexo 16)</p>	10 minutos	Proyector, imagen ¿qué comí ayer?, hojas y lapiceros. Anexo 16
	<p><i>Pirámide de la alimentación:</i></p>	10 minutos	Proyector y diapositivas

	Explicación breve sobre la pirámide de la alimentación y cuál es la base nutricional de esa pirámide.		
	Realizar actividad para ver si los participantes logran identificar los alimentos con su nutriente, esta actividad se llevará a cabo con todo el grupo jugando la papa caliente y al que le toque la papa será quien pasará al pizarrón a unir el primer alimento con su nutriente. (Ver anexo 17).	10 minutos	Proyector, plumón, pelota y diapositivas Anexo 17
	¡Peligro de dieta! : Es una lectura breve que ayudará al participante a ser consciente del que las dietas no son eficaces y las consecuencias que esto puede traer. Y contestaran las preguntas que se encuentran al final de la lectura (Ver anexo 18)	25 minutos	Anexo 18
CIERRE:	Tarea del día “conocer mi cuerpo”: Realiza un breve análisis de cómo te ayudaron los temas expuestos a tener un mejor conocimiento de tu cuerpo. Realiza una tabla y divídela en dos columnas, en la primera columna escribe los conocimientos que tenías antes de la sesión, en la segunda columna escribe los conocimientos nuevos que adquiriste. Para esta actividad se deberán colocar dos rotafolios y los participantes pasarán uno por uno para poner su respuesta de acuerdo a cada recuadro.	20 minutos	Rotafolios, plumones y diurex.
	Conclusiones: El instructor preguntará a los participantes, ¿cómo se sienten? y harán una emoción con la que se identifiquen en ese momento, preguntara sobre dudas que puedan tener y las responderá dando una retroalimentación a lo que se trabajó en la sesión. Agradecerles por su participación y el esfuerzo que hicieron en las actividades.	10 minutos	

SESIÓN 7

TEMA: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y CONSECUENCIAS

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Que los participantes puedan tener una aproximación sobre los trastornos alimenticios y las consecuencias a las que están expuestos.

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<p><i>Piedra, papel o tijeras:</i> realizaran el circuito con aros, se harán dos hileras las cuales estarán “encontradas” para haya dos equipos y los participantes puedan ir avanzando conforme van ganando al momento de indicar piedra, papel o tijeras.</p>	10 minutos	Aros
	<p><i>¡Atención! Más vale prevenir:</i> el instructor con ayuda de los participantes leerá dos historias, las cuales se encuentran en el anexo 19 La finalidad de elaborar esta lectura es para que los participantes puedan reflexionar la situación de los protagonistas de estas historias y de acuerdo a lo que se ha trabajado en sesiones anteriores ellos deberán analizar y dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué crees que les pasa a estas chicas? ¿Cómo crees que es su autoestima? ¿Crees que lo que hacen tiene algún riesgo?</p>	15 minutos	Proyector, computadora, lectura Anexo 19
DESARROLLO:	<p><i>La papa preguntona:</i> Tendrán una pelota la cual estarán lanzando y cuando el instructor diga algún número par, el participante que tenga la pelota pasara al pizarrón y escribirá, ¿qué son los trastornos de la conducta alimentaria?, el deberá continuar el juego y lanzar la pelota para después decir un número par y al compañero que le toque será quien responderá la pregunta, como mínimo la dinámica se deberá llevar a cabo 5 veces para identificar qué es lo que conocen acerca de este tema y no solo tener una opinión.</p>	10 minutos	Pelota, pizarrón, plumones.
	<p><i>“Dibujo de una figura ideal”:</i> Se reparte un folio a cada participante para que dibujen la figura ideal para su mismo sexo: chica si es mujer y chico si es varón. Cuando terminen se recogen los dibujos y se vuelven a repartir desordenados, con la intención de que les toque uno distinto al suyo. Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista. El/la monitor/a deberá intervenir y hacer reflexionar, sobre todo con los dibujos que muestren un modelo tubular (sin diferencia entre hombros, cadera y cintura), o andrógino (mujeres con hombros y caderas de varón). y analizar en que consiste cada TCA.</p>	20 minutos	Hojas, lápices y colores.

	<p>¿Quieres saber qué es un TCA?: El facilitador con el apoyo de unas diapositivas como objetivo principal tiene que explicar la definición de TCA y de acuerdo a las respuestas dadas por los participantes hará una retroalimentación, como segundo momento explicara cual es el origen y/o factores de los TCA, es importante definir que hay situaciones, lugares, contextos, etc; que son los que propician estos TCA.</p> <p>Tercer momento, primero a nivel de mención se dirán cuáles son los TCA que están establecidos en el DSM V y se les invitara a los participantes a describir que entienden al escuchar cada nombre, para continuar se dirán las principales características de cada uno de estos TCA con el objetivo de que los participantes sepan reconocer, diferenciar y analizar en que consiste cada TCA.</p>	30 minutos	Proyector, computadora, bocinas y diapositivas.
	<p>Para finalizar este momento se les pondrá un video el cual lleva por nombre “Cortometraje Ana”, la finalidad de ver el video es que los participantes puedan reflexionar e identificar factores que generan un riesgo y conllevan a que una persona presente algún TCA. (Ver anexo 20)</p>	20 minutos	Anexo 20
	<p>Tarea del día: El día de hoy escribirás una lista sobre porque es importante evitar poner etiquetas en las personas, empezando desde casa, hasta los medios de comunicación, esta actividad se hará en equipos por lo que el instructor deberá formar 3 equipos y les proporcionara, rotafolios, plumones, colores, tijeras y diurex, estas propuestas serán presentadas frente al grupo y al finalizar deberán localizar puntos visibles en donde puedan colocar su material y personas externas al taller puedan reflexionar respecto al tema.</p>	20 minutos	Rotafolios, plumones, colores, tijeras y diurex.
CIERRE:	<p>Conclusiones: El instructor preguntará a los participantes, ¿cómo se sienten? ¿Me gusto? ¿No me gusto? ¿Qué aprendí? ¿Qué otras cosas me gustaría aprender? ¿Cómo la pasé? ¿Cómo me sentí? Por medio de un, piedra papel o tijeras y el que “pierda” será quien responda alguna de esas preguntas.</p>	5 minutos	

SESIÓN 8

TEMA: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y CONSECUENCIAS

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: Que los participantes puedan tener una aproximación sobre los trastornos alimenticios y las consecuencias a las que están expuestos

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	Comparte 5 cosas buenas que te hayan pasado el día de hoy: Los participantes se sentaran formando un circulo y al azar se escogerá a un participante donde tendrán que contar 5 cosas positivas de su día, la finalidad de esta actividad es hacer conscientes a los participantes de las cosas que pasan a su alrededor y la importancia de ponerle atención a las cosas “simples”.	10 minutos	
	Lluvia de ideas: solo para retroalimentar y para dar seguimiento a la sesión de les preguntara a los participantes, ¿qué recuerdan de la sesión anterior? Dependiendo de las respuestas el instructor retomará las participaciones y dará continuidad al tema.	5 minutos	
DESARROLLO:	Complicaciones físicas: A los participantes se les repartirán dos infografías con información importante y precisa de las áreas que se ven afectadas cuando una persona tiene algún TCA. (Ver anexo 21).	20 minutos	Infografías Anexo 21
	Imágenes de publicidad con crítica: Se muestran imágenes visuales de revistas sobre adelgazamiento, modelos excesivamente delgados, empleo del cuerpo con fines comerciales con crítica de la cultura del cuerpo que vive nuestra sociedad. Se pueden emplear fotografías de modelos y publicidad que se encuentren en revistas de actualidad. Esto requerirá un trabajo previo de preparación por parte de los educadores. Un ejemplo a seguir serían los siguientes: 1. En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos. 2. Los chicos se llevan “cachas”, han de preocuparse por ser atléticos y eficaces. 3. ¿Cuántos tienen un cuerpo como el de este modelo? ¿Sólo los que lo tengan pueden estar a gusto consigo mismos? 4. Las chicas se llevan tan delgadas que parecen enfermas o lo están.	20 minutos	Revistas, fotografías o periódicos.
	Detección: El instructor en plenaria se dirigirá al grupo y les preguntara si creen que haya síntomas que puedan facilitar detectar este problema, posterior a ello los participantes escribirán sus respuestas en un post-it y la pondrán en una cajita que se ocupará como urna, el instructor seleccionará al azar algunos papeles y dará una retroalimentación.	8 minutos	Post-it, lapiceros y caja

	<p>Signos de un trastorno alimentario: El instructor proyectara el video, el cual ayudara a entender y que los participantes puedan observar, analizar cuáles pueden ser algunos de los signos que podríamos detectar en una persona con TCA. (Ver anexo 22).</p>	6 minutos	Proyector, computadora y bocinas. Anexo 22
	<p>Mi lista de malos hábitos: Posterior al video de manera reflexiva se les preguntara a los participantes, ¿qué sintieron?, para que puedan hacer una lista en donde escriban si en algún momento ellos se han encontrado en una situación similar, la finalidad de la actividad es que ellos sepan reconocer las cosas que en algún momento han hecho y darles acompañamiento.</p>	10 minutos	Hojas y lapiceros.
	<p>Signos de sospecha o alarma: De manera breve y para retroalimentar este punto, se les dará un listado con puntos importantes que ayudaran a la detección de estos trastornos alimentarios.</p>	5 minutos	
	<p>Consecuencias psicológicas: Es importante que el instructor hable también acerca de las consecuencias psicológicas que conlleva el tener un TCA, por lo cual el instructor deberá preguntar sobre una sesión anterior y que recuerdan sobre ella que sería la sesión 4 en donde se habla sobre el autoconcepto y autoestima de ahí partirá el tema para hablar sobre las consecuencias. Esto lo puede hacer mediante un juego y que los participantes vayan sacando un papel de la urna y encontrarán algunas notas, por ejemplo: Depresión, ansiedad, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, problemas de concentración, autoestima muy baja, etc. Cuando todos los participantes tengan su papelito se les preguntará, ¿por qué creen que tengan esas dificultades? El instructor deberá cerrar la dinámica con una reflexión acerca de porque es importante no dejar pasar estos puntos o focos rojos que ponen en riesgo nuestra vida.</p>	30 minutos	Urna o caja de cartón
CIERRE:	<p>Conclusiones: El instructor preguntará a los participantes, ¿cómo se sienten? y harán una emoción con la que se identifiquen en ese momento, preguntara sobre dudas que puedan tener y las responderá dando una retroalimentación a lo que se trabajó en la sesión.</p>	6 minutos	

SESIÓN 9

TEMA: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y CONSECUENCIAS

DURACIÓN: 2 horas

OBJETIVO DE LA SESIÓN: : Que los participantes puedan tener una aproximación sobre los trastornos alimenticios y las consecuencias a las que están expuestos

	DESARROLLO	TIEMPO	RECURSOS
INICIO:	<p>¿Cómo me siento? El instructor deberá repartir unas fichas en donde ellos escribirán cómo se sienten después de lo trabajado en la sesión y posterior a ello hay un espacio donde deberán dibujar cómo se sienten.</p> <p>Al finalizar los participantes podrán compartir sus respuestas si así lo deciden. (Ver anexo 3).</p>	10 minutos	Fichas, colores y lápices Anexo 3
	<p>De manera grupal haremos una breve retroalimentación de lo que hemos visto en las últimas sesiones y los participantes deberán de trabajar en parejas para responder las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Menciona cuales son los trastornos de alimentación de los que hablamos. 2. ¿Qué fue lo que más te impacto de los trastornos de alimentación que estudiamos hoy? 3. ¿Menciona las consecuencias físicas de los trastornos de alimentación que más te llamaron la atención? 4. ¿De qué otra forma pueden afectar los trastornos de alimentación? <p>Al finalizar pasaran a dar sus respuestas frente al grupo.</p>	15 minutos	
DESARROLLO:	<p>Líneas de apoyo: Es importante que el instructor pueda buscar instituciones que puedan brindar apoyo para adolescentes y de esta manera poder comunicarles a los participantes a que lugares pueden acudir en caso de ellos sentir que tienen alguna problemática con su imagen corporal o bien solo ser conocedores de estos medios para tener herramientas de apoyo en caso de conocer alguna persona que se encuentre frente a esta situación.</p> <p>También es importante hacerles saber que el pedir apoyo o ayuda nunca va a estar mal y que no tienen por qué sentirse solos en el proceso.</p>	18 minutos	
	<p>THE BODY APPRECIATION SCALE (BAS)</p> <p>El instructor les proporcionará un cuestionario y les dará las siguientes indicaciones:</p> <p>A continuación, leerás algunas frases sobre pensamientos acerca de tu cuerpo. Lee cada una de ellas y escoge la respuesta con la que mejor te identificas en cuanto a lo que piensas respecto a cada frase. No hay respuestas “buenas” ni “malas”. (Ver anexo 1).</p> <p>Al finalizar su cuestionario se les entregara el primero cuestionario que hicieron en la primera sesión y se les pedirá que observen con mucha</p>	30 minutos	(BAS) Anexo 1

	atención si las respuestas de sus cuestionarios han cambiado o si notan alguna diferencia.		
	Telaraña: El instructor solicitará a los participantes que, estando de pie, formen un círculo, al azar le pedirá a una persona que tome una de las puntas del estambre y otra persona del otro extremo del círculo tome la punta final del estambre, pidiendo que cada uno mencione algún aprendizaje de todo el taller con el que se queda; cada uno de los participantes que se encuentren en los otros extremos del círculo tomarán una de las partes del estambre y sin soltarlo cambiarán de lugar mencionando su propio aprendizaje; y así sucesivamente cada uno irá realizando la misma acción; cuidando que no se repitan los aprendizajes; es decir que cada quien mencione uno diferente. Una vez que todos los participantes hayan terminado quedará una representación de una telaraña o una red donde todos están interconectados, si alguna persona desea moverse a otro sitio no lo podría hacer sin que el resto no tenga que cambiar su postura.	20 minutos	Estambre
	Así soy: A cada participante se les entregará una ficha en donde viene una silueta y ellos deberán complementar el dibujo de acuerdo a sus características físicas y posterior a ello escribirán una carta para ellos mencionando aspectos de cuidado y/o aceptación de su imagen corporal, respetarse y amarse.	15 minutos	Ficha, colores y lapiceros Anexo 23
CIERRE:	Lectura con imaginación guiada: Mediante esta técnica, se conectan una serie de imágenes imaginarias con emociones positivas, las cuales deben servir para poder, posteriormente, cambiar los pensamientos negativos y conseguir un estado de bienestar óptimo. (Ver anexo 24).	10 minutos	

6 CONCLUSIONES, DISCUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Como se ha abordado en los diferentes capítulos entendemos que inicialmente hablar sobre los estereotipos de género es parte de un “constructo social”, el cual se ha normalizado ya que nos indican cómo debemos ser, cómo debemos actuar y esto se ha vuelto “normal”, ya que desde que nacemos y vamos creciendo aprendemos estas conductas debido a que a través del tiempo estos pensamientos han permanecido. Dentro de las investigaciones realizadas se le da relevancia a que los diversos medios de comunicación que existen son parte de este problema.

Derivado de este aspecto también encontramos que el hablar sobre la imagen independientemente de tratarse sobre cómo percibimos nuestro cuerpo, las actitudes, sentimientos y pensamientos, la imagen corporal ha estado presente desde la prehistoria y aunque los rasgos han ido cambiando, lo único que podemos rescatar es que se sigue teniendo un ideal respecto al cuerpo y el que existan estos ideales de belleza física generan que las personas tengan discrepancias y empiecen a compararse de tal modo que surge una insatisfacción corporal, por lo tanto se ven afectados aspectos importantes como el autoconcepto y autoestima.

También encontramos que la percepción de la imagen corporal tiene un mayor auge en la población adolescente, debido a que se genera una idealización sobre cómo debería ser nuestro cuerpo y lo empezamos a comparar con el de otros por lo tanto empieza a ver una distorsión del propio cuerpo, donde puede empezar a generarse conductas o hábitos inadecuados los cuales nos pueden llevar a generar algún trastorno de la conducta alimentaria muchas veces sin darnos cuenta, creyendo que al realizar estas conducta podremos lograr un objetivo el cual es tener ese cuerpo ideal que tanto buscamos y que creemos es aceptado por la sociedad.

Es por ello que se consideró importante el poder proponer un taller dirigido a población adolescente con la finalidad de apoyar y prevenir trastornos de la conducta alimentaria.

Por lo tanto, es relevante considerar que, aunque es difícil erradicar de un momento a otro, aspectos, conductas y pensamientos sobre cómo deberían ser las personas en cuanto a su aspecto físico, podríamos empezar con ser más selectivos al momento de “seleccionar” lo que vemos, lo que consumimos y que al tener una figura a seguir que esta sea por sus cualidades, habilidades, valores o características que influyan de mejor manera en nuestras vidas, ya que es

común que gracias a que existen diversos medios de comunicación sea más “fácil” seleccionar o idealizar a una persona por lo que muestra físicamente aun cuando esto no sea una buena influencia para la sociedad, otra forma de evitar estos aspectos es dejando de catalogar o etiquetar a las personas, las personas ya saben cómo son, saben por lo que pasan y en muchas ocasiones esta demás el querer, opinar en cómo estos deberían ser o lo que deberían hacer, por otra parte, también es que debido al uso de cubrir bocas los adolescentes lo utilizan como un filtro facial por el miedo al rechazo social ya que esta mascarilla les ha dado una “seguridad” al poder evitar que otros vean algún aspecto estético que “este mal con ellos”, aunque nadie les diga nada muchos adolescentes así se sienten y es una forma de ocultar ese “defecto”.

Algunas de las limitaciones que podríamos encontrar es que no podemos interferir en lo que deben consumir las personas respecto al tema de las redes sociales y el cómo deben portarse las familias para dejar de estereotipar los cuerpos de las personas que están a su alrededor, que por falta de apoyo o publicidad a este tipo de problemas es difícil que haya un mayor apoyo o acercamiento a las personas que se encuentran frente a esta situación porque está más normalizado el hablar y juzgar un cuerpo que el hablar sobre las consecuencias que estos “comentarios” pueden causar en las personas a tal grado de que se generen un trastorno de la conducta alimentaria por lo cual en muchas ocasiones afecta de manera psicológica, social y en la salud.

Como sugerencia se espera que no se deje pasar más tiempo para exponer esta situación que no es ajena a ninguno de nosotros ya que personas que conocemos pueden estar pasando por esta situación y en muchas ocasiones no lo sabemos porque no es un tema del que se pueda hablar con “normalidad” ya que a muchas personas se les hace un tema que pudiera no tener relevancia y decir y por qué haces eso sin tener tacto al expresar un pensamiento. Otro aspecto a considerar es que se pueda brindar apoyo a los adolescentes como primera instancia ya que están en una etapa de identidad y por ende también pudiesen ser más vulnerables, que dentro de estos apoyos se puedan generar más talleres o actividades que hagan reconocer e identificar al adolescente que hay lugares seguros a los cuales pueden pedir apoyo.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que desde el área de la salud los profesionistas o futuros profesionistas pudieran tener un mayor acercamiento al tema que se está exponiendo en esta investigación ya que dentro de lo trabajado en la licenciatura los temas en ocasiones pueden quedar muy cortos y no se les puede dar un mayor alcance por ello al tener un acercamiento a este tipo de situaciones nos pueden hacer que se tengan herramientas que pudieran brindar un mayor apoyo a la sociedad puesto que en México a pesar de que está

presente dicha problemática no hay herramientas suficientes que pudiesen estar al alcance tanto de los profesionista como de la sociedad.

REFERENCIAS:

- Agustín Espinosa, Alicia Calderón-Prada, Gloria Burga y Jessica Güímac. (2007). Estereotipos, prejuicios y exclusión social en un país multiétnico: el caso peruano. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v25n2/v25n2a07.pdf>
- Alcón, R. M. F. (2015). Insatisfacción corporal: Dismorfia corporal, trastorno de la conducta alimentaria y dismorfia de género [tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/669593/rabito_alcon_maria_frenzi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Altamira, C. (2023, 23 de febrero). Evolución de la percepción social del cuerpo. https://padlet.com/carolina_altamira_123/n02skpnurv6b
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Attia, E. y Timothy, W, B. Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Consultado el 19 de diciembre de 2022. https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/trastorno-por-evitaci%C3%B3n-restricci%C3%B3n-de-la-ingesta-de-alimentos#v48799437_es
- Baile, A. J. I. (2009). ¿Qué es la imagen corporal? https://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf
- Balderas- Vargas, J. M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Berengüí, R., Castejón, A. M., y Torregrosa, S. M. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v7n1/2007-1523-rmta-7-01-00001.pdf>
- Blanca Gonzales Gabaldón, (2009). Los estereotipos como factor de socialización en el género <file:///C:/Users/spomo/Downloads/Dialnet-LosEstereotiposComoFactorDeSocializacionEnElGenero-262537.pdf>
- Bravo, C. P y Moreno, V. P. (2007). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321895004.pdf>
- Bravo, R. M., Pérez, H. A. y Plana, B. R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v72n4/ped11400.pdf>
- Buffone, J. (2019). La construcción del esquema corporal infantil desde una perspectiva merleau-pontyana. La propriocepción como fundamento del accouplement fenomenológico. <http://www.scielo.org.pe/pdf/arete/v31n2/a02v31n2.pdf>
- Carracedo-Sánchez, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. y Raich, M.R (2004). Intervención Cognitivo-Conductual en la Imagen Corporal <https://core.ac.uk/download/pdf/78530885.pdf>

- Castro, L. N. (2016). Re-Conceptualización del Constructo de Imagen Corporal Desde una Perspectiva Multidisciplinar. <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2158/2895>
- Cazalla, L. N. y Molero, D. (2013). Revisión Teórica sobre el Autoconcepto y su importancia en la Adolescencia. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991/818>
- CESOLAA, (2017). Género. <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/conceptos-de-genero-sexualidad-y-roles-de-genero>
- Cidoncha, F. V. y Díaz, R. E. (2009). Importancia del desarrollo del esquema corporal. <https://www.efdeportes.com/efd128/importancia-del-desarrollo-del-esquema-corporal.htm#:~:text=El%20Esquema%20Corporal%20es%20la,lo%20largo%20de%20su%20vida.>
- ClasificaciónDe (2022). Tipos de estereotipos. <https://www.clasificacionde.org/tipos-de-estereotipos/>
- Compunet Amigo. (2014, 4 de noviembre). Si pudieras cambiar una sola parte de tu cuerpo - ¿Que cambiarías? [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI&t=58s>
- Comunica Libre de Estereotipos 2020, consultado el 28 de octubre de 2022 https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/archivo/1421811026811/cartilla_1_estereotipos_2020vf.pdf
- CONAPRED, (2018). 105 Prejuicios, Estereotipos y Estigmas Justifican la discriminación https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=1171&id_opcion=&op=213
- Cook, J. R. & Cusack, S. (2010). Estereotipos de Género Perspectivas Legales Transnacionales. https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/estereotipos-de-genero.pdf
- Cruz, Villalobos, Magaña, Silva y Jiménez. (2020). Asociación de la percepción de la imagen corporal con índice de masa corporal y estado emocional en adolescentes indígenas zapotecas. <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/690/744>
- Cuadro, E. y Baile, I. J. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00097.pdf>
- De Cabo-Veiga, J., Díez-de la Fuente, E. y Verdejo Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios de investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011
- De Hidalgo, U. A. D. E. (s. f.). La investigación cualitativa. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html>
- Del Valle- Ayuzo, C. N. y Esquer- Covarrubias, D. J. (2019) Trastornos de la conducta alimentaria <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmp/v86n2/0035-0052-rmp-86-03-80.pdf>
- Dieterich, H. (2001). Nueva Guía para la investigación científica. Ariel. http://envia3.xoc.uam.mx/site/uploads/lecturas_TID/ DieterichHeinz_GuiaInvestigacion.pdf
- Equipo Técnico de Género División Planificación y Desarrollo. (2020). Comunica Libre de Estereotipos [presentación de diapositivas]. Docplayer. <https://docplayer.es/197479019-Comunica-libre-de-estereotipos-cartilla-no-1-2020-equipo-tecnico-de-genero-division-planificacion-y-desarrollo.html>

- Esnaola, I., Goñi, A., & Orbea, J. M. M. (2008). EL AUTOCONCEPTO: PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN. Revista De Psicodidactica. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>
- Espina, A.; Ortego, M. Asuncion; Ochoa de Alda, I.; Aleman, A.; Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco: un estudio piloto. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618308004.pdf>
- Espinosa, A., Calderón-Prada, A., Burga, G., & Güímac, J. (2007). Estereotipos, prejuicios y exclusión social en un país multiétnico: el caso peruano. Revista de psicología, 25(2), 295-338 <https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829542007.pdf>
- Espinosa, Cueto, (2014). Estereotipos Raciales, Racismo y Discriminación <file:///C:/Users/spomo/Downloads/EspinosaCuetoEstereotipos.pdf>
- Eugenia-Dichano, 2022, (De)construcción de los estereotipos de género desde las prácticas de producción en cronistas barriales. <http://socialesyvirtuales.web.unq.edu.ar/archivo-4/s-y-v-nro-4/experiencias4/deconstruccion-de-los-estereotipos-de-genero/>
- Evolución de la percepción social del cuerpo, recuperado de https://padlet.com/carolina_altamira_123/n02skpnurv6b el 03 de noviembre de 2022.
- Fernández, B. J., González, M. L., Contreras, O. y Cuevas, R. (2014). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535395003.pdf>
- Fernández, L. B. (2004). ¿" Hombres de verdad"? Estereotipo masculino, relaciones entre los géneros y ciudadanía. [file:///C:/Users/spomo/Downloads/ecob,+FOIN0404110015A.PDF%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/spomo/Downloads/ecob,+FOIN0404110015A.PDF%20(5).pdf)
- Flores, B. R. (2007), Representaciones de género de profesores y profesoras de matemática, y su incidencia en los resultados académicos de alumnos y alumnas <https://rieoei.org/historico/documentos/RIE43A05.PDF>
- Freixas, Farre, A. (2001), Entre el Mandato y el Deseo: La adquisición de la identidad sexual y de género <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/57801/entre%20el%20mandato%20y%20el%20deseo%20la%20adquisici%20de%20la%20identidad%20sexual%20y%20del%20g%20nero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fundación imagen y autoestima. (2013). Imagen corporal <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/imagen-corporal>
- Gaete, V. (2015) Desarrollo psicosocial del adolescente Adolescent psychosocial development <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0370410615001412?token=4C5B03610649BBD5478418E55307D81C91EA48C327A20CB8B89DA36620FA2B28C2AF124A3AD58350EF1BF6BBD C77BB8E&originRegion=us-east-1&originCreation=20230125063939>
- Gamarnik, (2010), Estereotipos raciales <https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/investigacion/Estereotipos%20y%20medios%20de%20comunicacion%20UBA.pdf>

- García, B. V. (2015). Estereotipos de Género, comunicación política y liderazgo femenino: ¿Para qué sirve la táctica de reencuadre? [Dialnet-EstereotiposDeGeneroComunicacionPoliticaYLiderazgo-7455150.pdf](https://dialnet-estereotiposdegenerocomunicacionpoliticaliderazgo-7455150.pdf)
- García, B.V. (2018). Medios de comunicación, estereotipos de género y liderazgo femenino en América Latina. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5488/6.pdf>
- García, S. C. I. y Parada, R. D. A. (2018). “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79157276013>
- Ghiso, A. (1999) Acercamientos: el taller en proceso de investigación interactivos. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31600907.pdf>
- Giraldo-O’Meara, M. y Belloch, A. (2017) El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado. <https://pdfs.semanticscholar.org/7d7f/71bda345c82536868ece39484f25172cba22.pdf>
- González, G. B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. <https://www.redalyc.org/pdf/158/15801212.pdf>
- Güemes, H. M., González, F. J. M. e Hidalgo, V. Z. M. (2017). Pubertad y adolescencia. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª edición). <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hidalgo, V. M. I. y González- Fierro, C. M. J. (2014). Adolescencia aspectos físicos, psicológicos y sociales. [file:///C:/Users/spomo/Downloads/S1696281814701672%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/spomo/Downloads/S1696281814701672%20(2).pdf)
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322015000200003
- Instituto Nacional de las Mujeres; El impacto de los estereotipos y los roles de género en México, 2007 http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- ITSON, Hipótesis y Objetivos de la Investigación Formulación de Objetivos (s f.). Consultado el 08 de enero de 2023. http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa13/hipotesis_y_objetivos_de_investigacion/h2.htm
- Juan-Gregorio Fernández-Bustos, Irene González-Martí, Onofre Contreras y Ricardo Cueva, (2013). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-pdf-S0120053415300030>
- Julián, I. P., Donat, A. A., & Díaz, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. Norte de Salud mental, 11(46), 20-28. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4694952.pdf>
- Jurgenson, López, Muñoz, García, López y Jiménez. La investigación cualitativa. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html> Consultado el 23 de enero de 2023).

- Largo, C. (2014) Los test gráficos en el diagnóstico Teresa Pont Amenós
<file:///C:/Users/spomo/Downloads/309309-Text%20de%20l'article-436797-1-10-20160605.pdf>
- López, L. (2015, 28 de enero). Las Redes Sociales: ¿Creadoras de Estereotipos? Universidad Nacional Autónoma de México. <http://blogs.acatlan.unam.mx/smacatlan/2015/01/28/las-redes-sociales-creadoras-de-estereotipos/>
- Lozano, V. A. (2014) Teoría de Teorías sobre la adolescencia
<https://www.scielo.cl/pdf/udecada/v22n40/art02.pdf>
- Mangato, C. y Cruz, S. (2009). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/mangato-imagen-corporal-trastornos-alimenticios.pdf>
- Marín, Z. E. A. y Valera, C. V. (2017) Indicadores Emocionales y Madurativos en niños con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
<https://revistalogos.policia.edu.co:8443/index.php/rlct/article/view/435/pdf>
- Martínez, L. N., & Tello, F. P. H. (2012). EL ESTEREOTIPO RACIAL EN LOS ADOLESCENTES. International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm,1 461-468. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832342047.pdf>
- Martínez, S. M. y Sarté, G. M. (2007). Master en Paidopsiquiatría. Estudios de la Personalidad: Tests proyectivos. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/evaluacion_personalidad_tests_proyectivos.pdf
- Ministerio de salud y protección social, (2022), ¿Qué es el género? Consultado el 28 de octubre de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/genero.aspx>
- Mondragón, J. A. (2014), Talleres de intervención: <https://factoriarte.org/talleres-de-intervencion-i-introduccion/#:~:text=Los%20talleres%2C%20como%20modalidad%20de,investigaci%C3%B3n%20de%20los%20resultados%20obtenidos.>
- Montes- Carldera, F. J., González-Reynoso, U. O., Camarena-Nuño, D., Zamora-Caldera, A. I., Púlido-Pérez, I. y Álvarez-Gómez, A. C. (2018) Insatisfacción con la imagen corporal y personalidad en estudiantes de bachillerato de la región Altos Sur de Jalisco, México.
<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2534/1936>
- Montes, M. J. S. (2019). APRENDIENDO A CONOCER Y CUIDAR MÍ CUERPO Conociendo mi cuerpo por medio de la educación sexual.
https://www.academia.edu/39320518/APRENDIENDO_A_CONOCER_Y_CUIDARMI%C3%8DCUERPO_Conociendo_mi_cuerpo_por_medio_de_la_educaci%C3%B3n_sexual
- Moreno, D. y Carrillo, J. (2019). Normas APA 7ª. edición
- Moreno, D. y Graell, M. (2019). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes. Actualizaciones. <https://farmacosalud.com/insatisfaccion-con-la-imagen-corporal-en-ninos-y-adolescentes-actualizaciones/>
- Muñoz-Farías, Cuello-Riveros, 2018, Percepción y autopercepción de los estereotipos de género en estudiantes universitarios de la región de Valparaíso a través de la publicidad.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-09332018000100009

- Muñoz, F. Riveros, C. (2017). Percepción y autopercepción de los estereotipos de género en estudiantes universitarios de la región de Valparaíso a través de la publicidad <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcudep/v17n1/a09v17n1.pdf>
- Muñoz, H. C., M.D. (2009). Somatización: Consideraciones diagnósticas. <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>
- Naranjo, P. M. L. (2007). Autoestima un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>
- Nasio, D. J. (2008). Mi cuerpo y sus Imágenes. (1ª. ed., p. 59) California 1231, Ciudad de Buenos Aires.
- Núñez, C. M. F. (2016). El estereotipo racial del programa de televisión La Pareja Feliz Temporadas comprendidas entre los años 2009-2013, Quito 2015. [tesis, Universidad Central de Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6470/1/T-UCE-0013-S-10.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Género y Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud, (2009), Género y Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>
- Palenque, Maric, M. L. (2015), Los estereotipos en la construcción de la Integración Latinoamericana
- Paneso, G. K. y Arango, H. M. J. (2017). La autoestima, proceso humano. file:///C:/Users/spomo/Downloads/aarroyavehernandez,+328507-Texto+del+articulo-129909-1-10-20170803_compressed.pdf
- Papalia, D. E., Martorell, G., & Estévez Casellas, C. (2017). *Desarrollo humano* (13a ed.). México, D. F.: McGraw Hill.
- Parra, 2009, Estereotipos de Género <https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/estereotipos-de-genero.pdf>
- Perales, G. C. Y. (2021) Aportaciones sobre el autoconcepto y autoestima. Nunca es tarde para aceptarse. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000600068&script=sci_arttext_plus&tlng=es
- Perdomo, F.A; Montenegro, S. N. S; Rivera, L. P. E. (2020). Influencia de los Mensajes Publicitarios en Instagram del Estereotipo de Belleza en la Autopercepción de los Adolescentes Bogotanos del Siglo XXI. [Proyecto de grado, Fundación Universitaria Panamericana] https://repositoriocrai.ucompensar.edu.co/bitstream/handle/compensar/2298/PFG_InstagramyEstereotiposDeBellezaEnAdolesce_Yadira%20Carolina%20Vaca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Planned Parenthood. (2022, 22 de diciembre). ¿Soy normal? Explicación sobre la pubertad Planned Parenthood [Video]. YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=hHH8tFOxNc&t=81s>

- Pontificia Universidad Católica. (2007). Revista de psicología <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1415/1365>
- Portal académico CCH. (s.f.). Objetivos. Consultado el 26 de enero de 2023. <https://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/triid4/unidad2/proyectoDelInvestigacion/objetivos>
- Prejuicios y Estereotipos y cómo Influyen en la Convivencia. (2015). http://www.leioa.net/vive_doc/prejuicios-y-estereotipos-es.pdf
- Programa de educación sexual CESOLAA. Pubertad. Consultado el 3 de febrero de 2023. <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/pubertad/la-pubertad>
- Psicopsi. (2020, 5 noviembre). Desarrollo psíquico en la adolescencia: teoría de Freud, Bowlby, Erikson, Dolto, Aberastury y estadios de Piaget. <http://www.psicopsi.com/desarrollo-psiquico-adolescencia-teoria-freud-bowlby-erikson-dolto-aberastury-piaget/>
- Puente, N., (2005). Género y televisión. Estereotipos y mecanismos de poder en el medio televisivo. <https://www.redalyc.org/pdf/158/15825092.pdf>
- Puros Cuentos Saludables. (2017, 11 de septiembre). Autoestima presentado por Puros Cuentos Saludables. [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=PFBRSayVkp8&t=54s>
- Quesada, J. J. (2014). Estereotipos de Género y usos de la lengua. Un estudio Descriptivo en las Aulas y Propuestas de Intervención Didáctica. [tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <file:///C:/Users/spomo/Downloads/TESIS%20FEBRERO%202014.pdf>
- Rava, F. M. y Silber, J. T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1) Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf
- Reflexión de amor propio. (2022, 7 de febrero). Proyecto Botánico Tienda. <https://proyectobotanico.com/blogs/noticias/reflexion-de-amor-propio#:~:text=El%20amor%20propio%20verdadero%20es,entonces%20suceden%20cosas%20maravillosas>
- Rodríguez, M. P., Canteli, M. J. P., & Berasategi, M. (2016). ¿Generan estereotipos de género los medios de comunicación? Reflexión crítica para educadores. https://www.researchgate.net/publication/329380973_Generan_estereotipos_de_genero_los_medios_de_comunicacion_Reflexion_critica_para_educadores
- Ruggio, A. G. (2011). El cuerpo: la afirmación a lo largo de la historia como formador de identidad. <https://www.efdeportes.com/efd160/el-cuerpo-como-formador-de-la-identidad.htm>
- Salaberria, Karmele; Rodríguez, Susana; Cruz y Soledad. (2007). Percepción de la imagen corporal. https://www.researchgate.net/publication/29823635_Percepcion_de_la_imagen_corporal
- Salud Pública. (2011). Taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. <https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/12/castilla-la-mancha-tca-cuaderno-alumno.pdf>
- Sanchez- Prieto, D. (2016). Concepto de esquema corporal. Perspectivas teóricas. Implicaciones en la Psicología escolar. [file:///C:/Users/spomo/Downloads/288551-Texto%20del%20art%C3%ADculo-989991-1-10-20170311%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/spomo/Downloads/288551-Texto%20del%20art%C3%ADculo-989991-1-10-20170311%20(3).pdf)

- Sánchez-Castillo, S. (2019). Imagen Corporal y Obesidad mediante las Siluetas de Stunkard en Niños y Adolescentes Indios de 8 a 15 Años.
<https://www.redalyc.org/journal/2270/227064709004/html/>
- Sierra, P. M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos.
https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf
- Silva, Z. (2022). Los Estereotipos y las Redes Sociales en la época actual.
<file:///C:/Users/spomo/Downloads/LosEstereotiposylasRedesSocialesenlapocaactual..pdf>
- Suárez, Z. H. M. (2009). Adolescencia.
<https://www.ses.unam.mx/publicaciones/articulos.php?proceso=visualiza&idart=647>
- The effects of intergroup similarity and goal interdependence on intergroup attitudes and task performance (1976) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022103186900417>
- Torjada, I., Araña, N. y Martínez, I. J. (2013). Estereotipos publicitarios y representaciones de género en las redes sociales. <https://www.redalyc.org/pdf/158/15828675019.pdf>
- Trejo, O. M. P., Castro, V. D., Facio, S. A. Mollinedo, M. F. y Valdez, E. G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes.
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf07310.pdf>
- Valles, V. G, Hernández, A. R., Baños, R., Moncada, J. J. y Rentería I. (2020). Distorsión de la imagen corporal y trastornos alimentarios en adolescentes gimnastas respecto a un grupo control de adolescentes no gimnastas con un IMC similar.
https://www.researchgate.net/publication/336855408_Distorsion_de_la_imagen_corporal_y_trastornos_alimentarios_en_adolescentes_gimnastas_respecto_a_un_grupo_control_de_adolescentes_no_gimnastas_con_un_IMC_similar
- Vaquero, C. R., Alacid, F. Muyor, J. M. y López, M. P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica Body image; literature review https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004
- Vázquez, A. R., López, A. X., Tellez, G. M. T. O. y Mancilla, D. J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5 <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00108.pdf>
- Velk, K., Hernández, B. y Real, A. I. (2023). Evolución de la percepción del cuerpo.
<https://www.sutori.com/es/historia/evolucion-de-la-percepcion-social-del-cuerpo--PmGSW9RT1VYEuNFxE2h8r79u>
- Wikipedia, (2022). Estereotipo <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estereotipo&oldid=144560528>
- Wikipedia, (2022). Estereotipo. Recuperado el 28 de octubre de 2022.
<https://es.wikipedia.org/wiki/Estereotipo#:~:text=La%20palabra%20estereotipo%2C%20formada%20por,de%20tipos%20s%C3%B3lidos%20o%20fijos.>
- Wikipedia, (2022). Género, ciencia social. Recuperado el 28 de octubre de 2022.
[https://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_\(ciencias_sociales\)](https://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_(ciencias_sociales))
- Wikipedia. (2022). Prejuicio <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Prejuicio&oldid=145000056>

Wikipedia. (2022). Estereotipo de género

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estereotipo_de_g%C3%A9nero&oldid=143158942

Wikipedia. (2022). Estigma social

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estigma_social&oldid=143782725

Yesica Ramirez. (2020, 2 de septiembre). Estereotipos de Belleza. [video]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=l-wc8gyizFY>

Zacaría, S. X., Uribe, A. J. L y Gómez, A. R. (2017). Talleres reflexivos con mujeres: una estrategia participativa de investigación y dialogo en contextos comunitarios.

<https://www.redalyc.org/journal/316/31655797006/html/>

ANEXO 1

Sesión 1 “Definiendo imagen corporal”

THE BODY APPRECIATION SCALE (BAS)

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO BAS.

La realización de la prueba que viene a continuación es completamente anónima. No obstante, para una adecuada valoración de los resultados, necesitamos que nos indiques algunos datos:

Edad: _____

Sexo: _____

A continuación, leerás algunas frases sobre pensamientos acerca de tu cuerpo. Lee cada una de ellas y escoge la respuesta con la que mejor te identificas en cuanto a lo que piensas respecto a cada frase. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

1. RESPETO MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

2. ME SIENTO BIEN CON MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

3. EN GENERAL ESTOY SATISFECHO/SATISFECHA CON MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

4. A PESAR DE LOS DEFECTOS, ACEPTO MI CUERPO TAL COMO ES

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

5. SIENTO QUE MI CUERPO TIENE AL MENOS ALGUNAS CUALIDADES BUENAS

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

6. TENGO UNA ACTITUD POSITIVA HACIA MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

7. ESTOY ATENTO/ATENTA A LAS NECESIDADES DE MI CUERPO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

8. MI AUTOVALORACIÓN ES INDEPENDIENTE DE LA FORMA DE MI CUERPO O DE MI PESO

Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre

9. NO PIERDO MUCHO TIEMPO EN PREOCUPARME POR LA FORMA DE MI CUERPO POR MI PESO

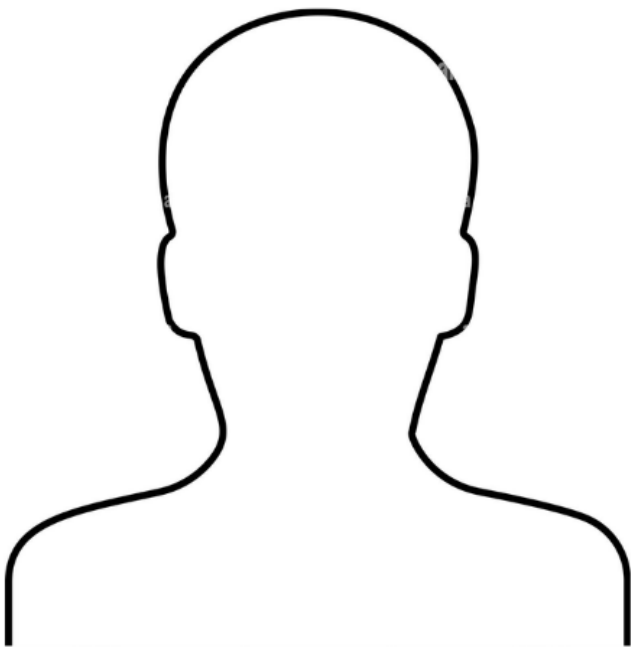
- Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre
10. MIS SENTIMIENTOS HACIA EL CUERPO SON POSITIVOS EN SU MAYOR PARTE
Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre
11. TENGO HÁBITOS SANOS PARA CUIDAR MI CUERPO
Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre
12. NO DEJO QUE IMÁGENES IRREALES DE MUJERES DELGADAS QUE APARECEN EN LOS MEDIOS AFECTEN A LA ACTITUD HACIA MI CUERPO
Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre
13. AUN CON SUS DEFECTOS, ME GUSTA MI CUERPO
Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre
- *En la versión para varones, la redacción del ítem 12 es:
NO DEJO QUE IMÁGENES IRREALES DE HOMBRES MUSCULOSOS QUE APARECEN EN LOS MEDIOS AFECTEN A LA ACTITUD HACIA MI CUERPO

ANEXO 2

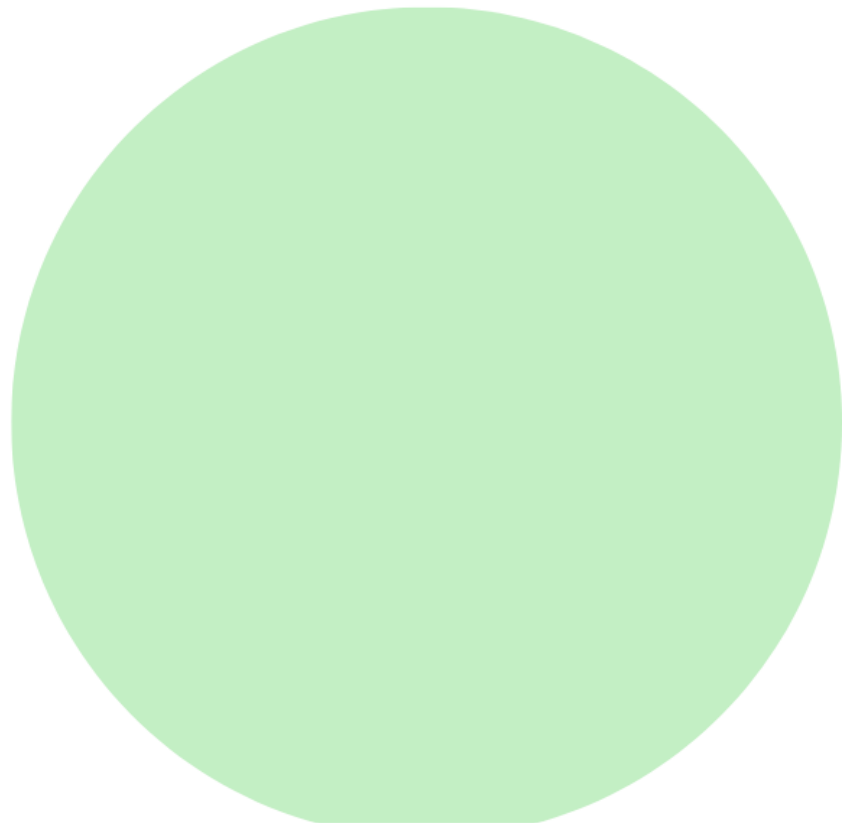
<https://www.youtube.com/watch?v=2o7ccCub2X8> (Ayelen Vivas, 2020).

¿Cómo me siento?

Palabras que describen como me siento



¿Cómo se ve mi rostro?



Olmos Meza Samantha P.

ANEXO 4

Actividad N° 1: Cuestionario “¿Conozco mi cuerpo?”

Grado: _____ **Genero:** Femenino

Duración: 20 minutos

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____

Método de exposición: presencial

Objetivo: Identificar los conocimientos presentes que tienen los estudiantes sobre la adolescencia y los cambios que ocurren en esta etapa.

Evaluación: Después que los estudiantes realicen el taller, se responderá cada pregunta con el fin de aclarar dudas; no tendrá ningún puntaje de calificación, lo que se quiere es apreciar las ideas que los estudiantes tienen acerca del conocimiento y cuidado de sus cuerpos.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de 10 preguntas, que constan de preguntas con opción única respuesta y con preguntas abiertas, las cuales necesitan de una justificación en su respuesta.

Responde las siguientes preguntas:

1. ¿Para ti que es la pubertad?

2. ¿Cuál es el primer signo que indica que el cuerpo de las niñas está empezando a cambiar?

- a. La menstruación.
- b. El vello púbico en la vagina.
- c. El botón mamario, causa aumento en la sensibilidad o dolor ligero en la zona (senos).

3. ¿Cómo se llama la primera menstruación en las niñas?

- a. Regla
- b. Menstruación
- c. Menarquia

4. ¿A qué edad promedio comienza el desarrollo puberal (cambios en el cuerpo) en las niñas?

Rta/ Puede iniciarse a partir de los 8 años.

5. ¿Qué sabes sobre los cuidados que debes de tener para mantener una adecuada higiene corporal?

6. ¿Es importante cuidar el cuerpo? ¿Por qué?

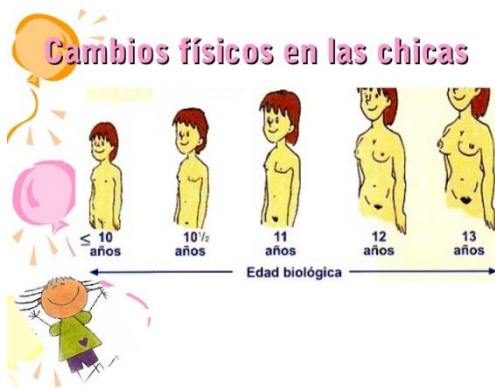
7. ¿Crees que alimentarse bien y hacer ejercicios es una forma adecuada de cuidar el cuerpo

Si _____ o No _____ ¿Por qué?

8. Menciona algunos cambios físicos que conoces y que se dan en la etapa de la adolescencia en las niñas.

9. ¿Qué es un ciclo menstrual?

10. Identifica y escribe los cambios que se han presentado en la chica de la imagen.



(Citado en Montes y Rolong, 2017, sp).

Actividad N° 1: Cuestionario “¿Conozco mi cuerpo?”

Grado: _____

Genero: Masculino

Duración: 20 minutos

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____

Método de exposición: presencial

Objetivo: Identificar los conocimientos presentes que tienen los estudiantes sobre la adolescencia y los cambios que ocurren en esta etapa.

Evaluación: Después que los estudiantes realicen el taller, se responderá cada pregunta con el fin de aclarar dudas; no tendrá ningún puntaje de calificación, lo que se quiere es apreciar las ideas que los estudiantes tienen acerca del conocimiento y cuidado de sus cuerpos.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de 10 preguntas, que constan de preguntas con opción única respuesta y con preguntas abiertas, las cuales necesitan de una justificación en su respuesta.

Responde las siguientes preguntas:

1. ¿Para ti que es la pubertad?

2. ¿Cómo se llama la primera eyaculación en los varones?

- a. Semen
- b. Espermatozoide
- c. Espemarquia

3. ¿A qué edad promedio comienza el desarrollo puberal (cambios en el cuerpo) en los niños?

Rta/ Aproximadamente a partir de los 9 años de edad.

4. ¿Qué sabes sobre los cuidados que debes de tener para mantener una adecuada higiene corporal?

(Citado en Montes y Rolong, 2017, sp).

5. ¿Es importante cuidar el cuerpo? ¿Por qué?

6. ¿Crees que alimentarse bien y hacer ejercicios es una forma adecuada de cuidar el cuerpo

Si _____ o No _____ ¿Por qué?

7. Menciona algunos cambios físicos que conoces y que se dan en la etapa de la adolescencia en las niñas.

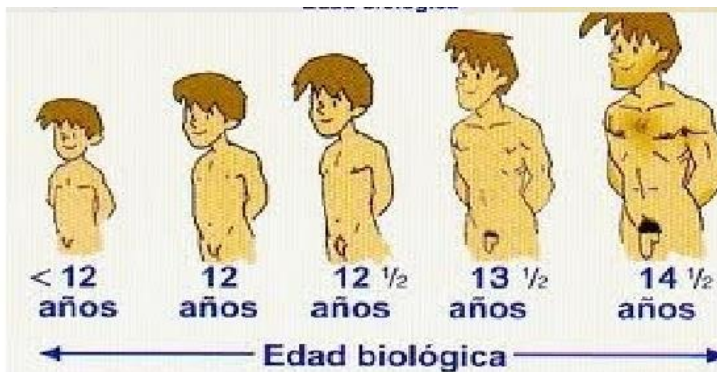
8. ¿Qué es la eyaculación?

Rta/ Es la expulsión del semen a través del pene, acompañada de una sensación de placer. Generalmente, las primeras eyaculaciones se experimentan durante los sueños eróticos, que son impulsados por el deseo y las fantasías sexuales.

9. ¿Cuál es el primer signo que indica los cambios que se empiezan a presentar en los niños?

- a. Engrosamiento de la voz
- b. Aumento del volumen testicular con leve agrandamiento y rugosidad de la bolsa escrotal.
- c. El vello púbico en el pene.

10. Identifica y escribe los cambios que se han presentado en el chico de la imagen.



(Citado en Montes y Rolong, 2017, sp).

ANEXO 5

<https://www.youtube.com/watch?v=hHH8tfFOxNc> (Planned Parenthood, 2021)

ANEXO 6



ANEXO 7

<https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI> (Compunet Amigo, 2014)

ANEXO 8

MEJORAR TU IMAGEN CORPORAL

- 1 AMPLIA TUS PERSPECTIVAS**

Piensa en que es lo que te preocupa, si se trata del que diran, concéntrate en eludir los malos comentarios y mantener un estilo saludable.
- 2 ENAMORATE DE TU CUERPO**

Cada día, tu cuerpo trabaja constantemente en un sinfín de tareas. Aprecia y agradece todas las cosas increíbles que hace por ti y cuídalo.
- 3 ¡ACEPTATE!**

No es saludable enfocar tu vivir en un cambio de imagen. Recuerda que para mantener tu forma natural debes recurrir a hábitos saludables.
- 4 COMBATE TUS PENSAMIENTOS, NO TU CUERPO**

Es fácil pensar que el problema es tu cuerpo. Si hay días que te sientes feliz con él y de un momento a otro esto cambia, el problema radica en tu forma de pensar. No bases tu felicidad en un "cuerpo perfecto".
- 5 EVITA EL AUTO-ODIO Y LA FRUSTRACIÓN**

Pregúntate si odiarte te hará sentir mejor. No es así, ¿cierto? Si requieres de un cambio motívate a través del cuidado y amor propio.
- 6 ROMPE CON LOS ESTEREOTIPOS SOCIALES**

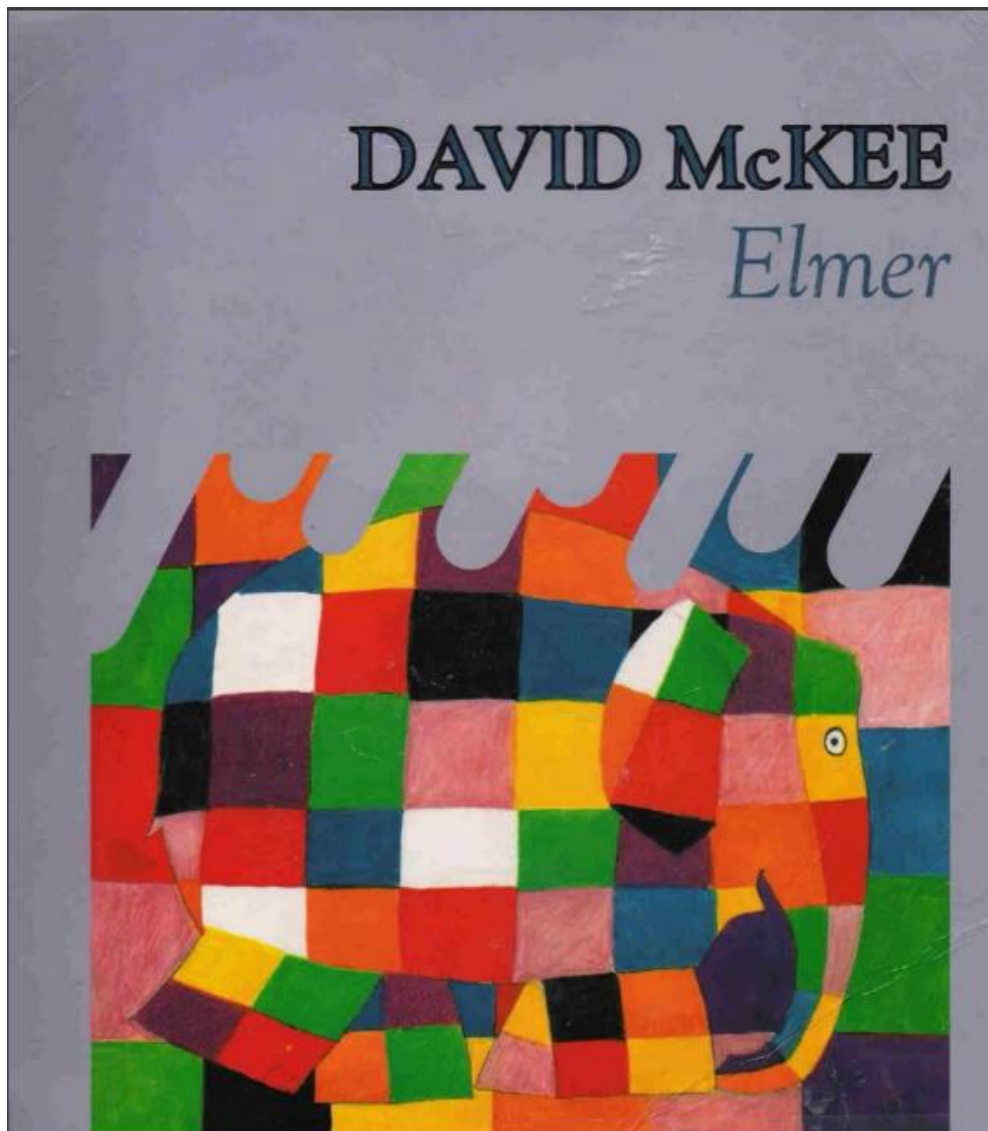
Desafía la idea de que la gente delgada es más feliz. El bienestar viene, principalmente, de la relación que llevamos con nosotros mismos.
- 7 NO TE COMPARES CON LOS DEMÁS**

La cultura ha impuesto la imagen corporal que "debe tenerse", pero esto no es culpa tuya. No te compares con nadie.
- 8 SEPARA LA APRECIACIÓN QUE TIENES SOBRE TI**

Valora tus talentos y habilidades, todo aquello que conforma tu identidad y que contribuye a establecer un sentido de valor. Valórate más allá de tu apariencia.

La aceptación debe efectuarse paralelamente con el cuidado del cuerpo, no para alcanzar la perfección.

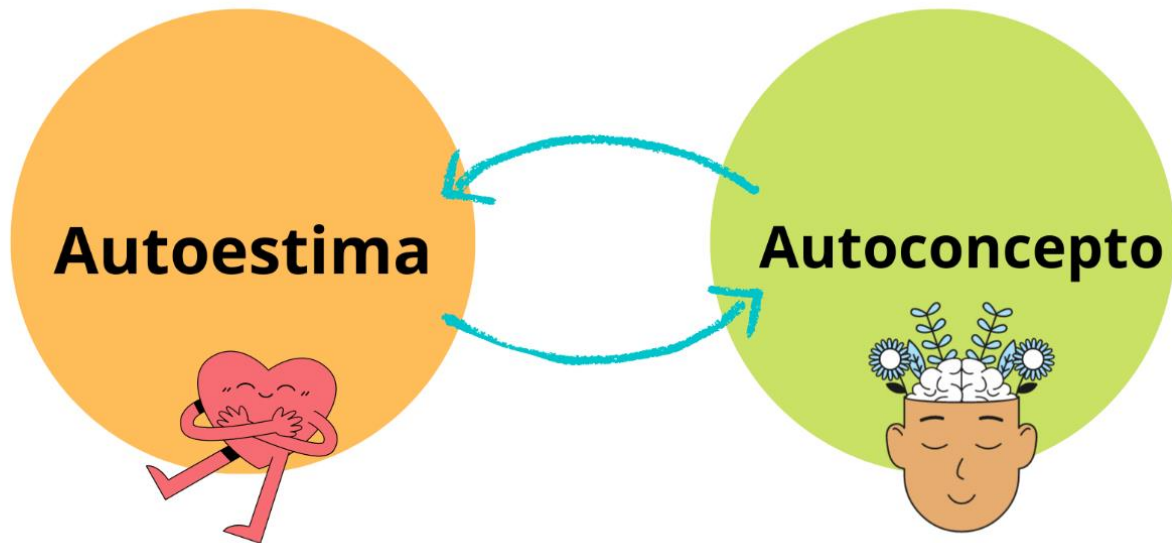
ANEXO 9



<http://www.colegioelpradolucena.es/wp-content/uploads/2012/01/elmer-cuento.pdf>

(McKeen, 2013)

ANEXO 10



ANEXO 11

Determinación	Capacidad de hacer amigos	Entusiasmo
Perseverancia	Simpatía	Valentía
Dinamismo	Autoconfianza	Cortesía
Capacidad de observación	Fuerza de voluntad	Paciencia
Previsión	Sensibilidad	Solidaridad
Comunicación	Sentido del humor	Comprensión
Fiabilidad	Empatía	Responsabilidad
Capacidad de escucha	Expresividad	Animosidad
Organización	Sociabilidad	Capacidad de concentración
Iniciativa	Ecuanimidad	Generosidad
Cordialidad	Franqueza	Adaptabilidad
Autenticidad	Honestidad	Afectuosidad
Capacidad de trabajo	Altruismo	Asertividad
Independencia	Creatividad	Originalidad

(Dirección general de Salud Pública, 2011, p.12)

ANEXO 12

Factores que determinan el autoconcepto:



1. **La motivación:** es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa, es la causa que impulsa a actuar y es importante plantearse el porqué de nuestras acciones

2. **El esquema corporal:** supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos, está relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos.

3. **Las aptitudes:** son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).

4. **Valoración externa:** es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros.

ANEXO 13

<https://www.youtube.com/watch?v=PFBRSayVkp8&t=55s> (Puros Cuentos Saludables, 2017)

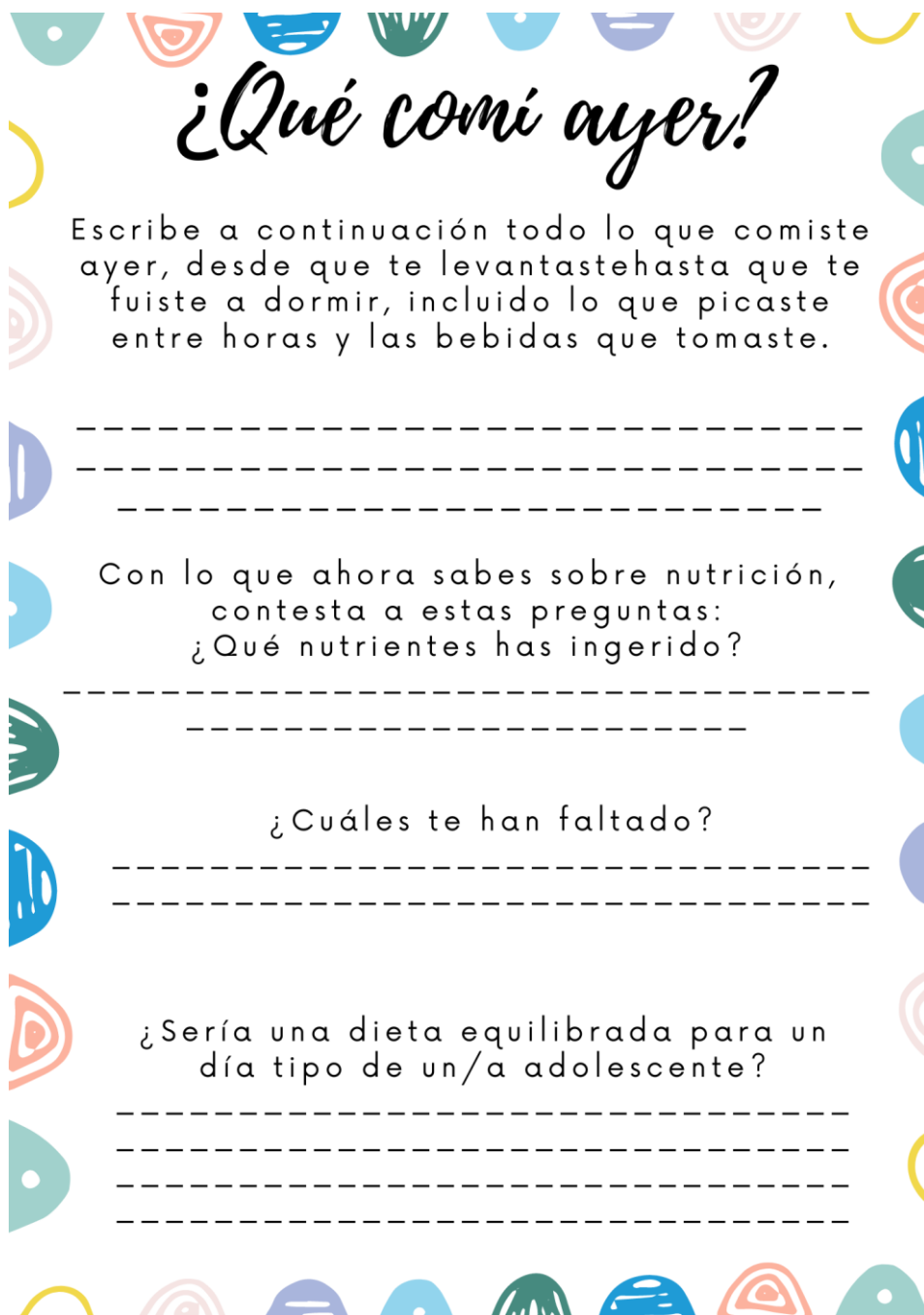
ANEXO 14

<https://www.youtube.com/watch?v=l-wc8gyizFY> (Yesica Ramirez, 2020)

ANEXO 15

	V	F
El pan engorda		
La fruta como postre engorda		
Beber agua durante las comidas engorda		
Mezclar hidratos de carbono y proteínas engorda		
Los productos light adelgazan		
Los productos integrales adelgazan		
El aceite de oliva es más sano que otras grasas		
Las monodietas adelgazan (comer a base de un sólo alimento)		
Saltarse una de las comidas diarias adelgaza		
Limitar el consumo de azúcar ayuda a no engordar		
Los refrescos con gas y las bebidas de cola engordan		
Existen tratamientos mágicos para adelgazar		

(Dirección general de Salud Pública, 2011, p.12)



¿Qué comí ayer?

Escribe a continuación todo lo que comiste ayer, desde que te levantaste hasta que te fuiste a dormir, incluido lo que picaste entre horas y las bebidas que tomaste.

Con lo que ahora sabes sobre nutrición, contesta a estas preguntas:
¿Qué nutrientes has ingerido?

¿Cuáles te han faltado?

¿Sería una dieta equilibrada para un día tipo de un/a adolescente?

(Dirección general de Salud Pública, 2011, p.23).

ALIMENTOS Y NUTRIENTES
Une cada alimento con su nutriente principal.

ALIMENTO	NUTRIENTES PRINCIPALES
Verduras	
Leche	
Carne	Proteínas animales
Zumo de naranja	Proteínas vegetales
Huevo	Lípidos/grasas
Patata	Glúcidos/azúcares
Aceite de oliva	Vitaminas
Fruta	Hierro
Caramelos	Calcio
Mantequilla	Fibra
Pescado	Agua
Frutos secos	Hidratos de carbono
Cereales	
Legumbres	

(Dirección general de Salud Pública, 2011, p.26)

¡Peligro, dieta!

Las características físicas están determinadas genéticamente. El peso biológico es el que tiene una persona en función de su constitución cuando mantiene unos hábitos de vida correctos. Las dietas no son eficaces porque la reducción de peso no se mantiene a largo plazo. Quienes siguen dieta habitualmente sólo consiguen estar por debajo de su peso natural mientras la practican, pero en el momento en que la suspenden recuperan los kilos perdidos. Para conseguir mantener cifras por debajo del ideal hay que estar permanentemente a dieta o recurriendo a conductas nada saludables.

Si una persona trata de cambiar su peso mediante la restricción permanente de comida, su cuerpo se vuelve en contra y trata por todos los medios de impedirlo. Es entonces cuando aparecen los trastornos físicos. El organismo intenta suplir el aporte calórico necesario disminuyendo la tasa de su metabolismo, ralentizando el proceso digestivo o reduciendo el ritmo cardíaco.

En estos casos, el cuerpo conserva sus reservas y no se adelgaza. Al suspender la dieta se produce un efecto rebote, que puede ocasionar un aumento de peso.

REFLEXIONA

¿Has estado a dieta alguna vez? ¿Por qué? ¿En qué consistía? ¿Te dio resultado? ¿Qué pasó después?

Esta es la historia de Ela

Ela tiene 15 años y estudia 3º de ESO. Suele sacar buenas notas, va a clases de ballet y en su tiempo libre le gusta correr. Últimamente está demostrando mucho interés por las dietas y, sobre todo, por las calorías de los alimentos.

Sus padres están preocupados, pues en las comidas Ela corta y reparte la comida por el plato y le cuesta tragar el bocado que alguna vez se lleva a la boca. A veces lo escupe con disimulo en la servilleta o lo hace en el baño bajo algún pretexto. Incluso su habitación y su ropa tienen un olor desagradable debido a que esconde restos de comida entre el armario o en los bolsillos.

Últimamente no soporta que su padre le llame cariñosamente "mi bolita", como cuando era pequeña. Hace tres años tuvo la regla, hizo "el cambio" y notó que su cuerpo se desarrollaba. Horrorizada, comprobó en la báscula del baño que el peso aumentaba.

En el trayecto de casa al instituto podía ver gran cantidad de anuncios de productos adelgazantes en las farmacias, en el súper, también en las revistas y periódicos, en la radio, la televisión. Además, en casi todos ellos aparecía una chica muy guapa.

Ela quería estar atractiva y para ello decidió controlar su peso diariamente. Se convirtió en una experta en alimentos y decidió un plan de dieta. Poco a poco consiguió engañar su apetito y restringir cada vez más la ingesta de comida. También incrementó el tiempo dedicado al ejercicio físico.

Su familia y sus amigas la elogiaban. "¡Qué delgada!" "¡Qué guapa!" "¡Cómo has adelgazado!". Todo el esfuerzo que requería estar tan delgada se veía recompensado. Ahora bien, debía tener cuidado y continuar con la dieta estricta para seguir así.

Pero a Ela también le pasaron otras cosas. Se le fue la regla y se le caía el pelo. Sufría mareos con frecuencia y se encontraba triste. Además, evitaba determinadas situaciones para no tener que mostrar su cuerpo.

Ahora todos andan preocupados por su extrema delgadez. Se lo dicen, pero ella no lo ve. Prefiere estar así, demasiado delgada.



Esta es la historia de Tina

Tina tiene 19 años. Estudia periodismo y destaca en la carrera. Prepara su propia comida, que es muy restrictiva: hamburguesas, manzana y yogur, y la consume en solitario.

Su madre, que no considera adecuada la alimentación de Tina, últimamente ha notado que en casa los alimentos ricos en calorías, como el chocolate y las galletas, se gastan más rápidamente. Tras una larga conversación, Tina le confesó que era ella la que los consumía para después provocarse el vómito.

Hace un año que esta situación se mantiene. Tina siempre ha estado muy preocupada por su aspecto. Le horrorizaba aumentar de peso y con anterioridad al vómito ya se controlaba con dietas muy estrictas que le hacían pasar hambre. Por eso, luego se daba un atracón y posteriormente lo vomitaba todo.

Ahora se siente desorientada y trastornada. Quería que la comida no controlase su vida, pero no sabe cómo hacerlo. Tiene miedo a descontrolarse. Conoce a gente que le aprecia, pero nunca contaría su problema. Los atracones son su secreto.

(Dirección general de Salud Pública, 2011, p.29)

Complicaciones físicas :



Aparato endocrino, urinario y reproductor:

- Función tiroidea afectada
- Disminución de la libido
- Amenorrea y menor fertilidad

Aparato esquelético

- Pérdida de calcio y disminución de la densidad ósea
- Fragilidad ósea (riesgo de fracturas por osteoporosis)



Muscular:

- Debilidad y adelgazamiento muscular incluido el corazón.
- Fatiga.

Piel:

- Pérdida de aceites esenciales provocando piel seca, cuarteada y decolorada





Pelo y uñas:

- Caída del cabello
- Lanugo (exceso de vello corporal)
- Uñas quebradizas

Boca:

- Disminución saliva

- Caries y encías débiles con mayor riesgo infecciones



Estomago e intestinos:

- Reducción de secreción de enzimas.
- Pérdida de tono muscular en intestino y estómago

Vaciamiento gástrico e intestinal ententecido con frecuentes episodios de dolor, estreñimiento y gases.





Neurológico:


- Alteraciones en la sustancia blanca cerebral con signos de atrofia
- Déficits neuropsicológicos.

Anivel general:

- Bradicardia (baja frecuencia cardiaca), hipotermia (con mayor sensibilidad al frío), tensión arterial baja, disminución de la frecuencia respiratoria.



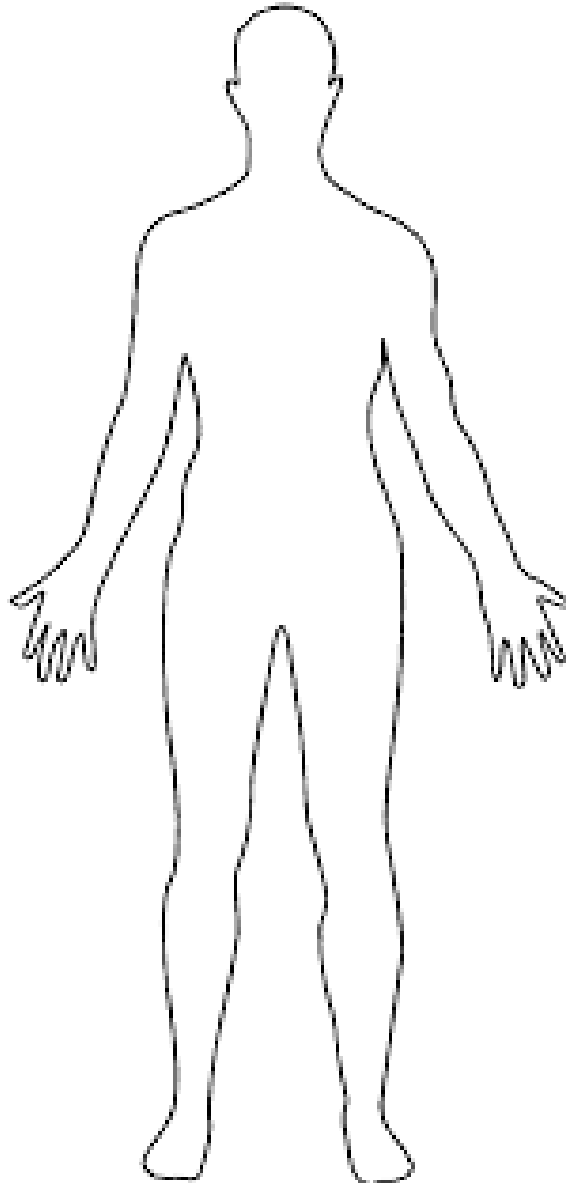
Pérdida de líquidos, minerales e iones como el potasio, provocando: deshidratación, fallo renal, debilidad muscular y arritmias cardiacas.



Alteraciones bioquímicas: leucopenia, colesterol elevado, glucosa baja. Niveles disminuidos de Zinc, albúmina, transferrina e hipercarotinemia.



<https://www.youtube.com/watch?v=2UcCN6fztmM&t=148s> (Psych Hub, 2022)



¡Comprende, celebra y honra que cada parte de ti!

Cuando vibras en la sintonía perfecta del amor propio entonces suceden cosas maravillosas... Empiezas a confiar y a mantenerte en el presente, vives y dejas vivir, disfrutas fluir en la maravillosa aventura de la vida, entiendes que pase lo que pase la felicidad depende de ti por qué vives en total aceptación.

Te comparto algunas ideas sobre cómo vibrar en el amor propio:

- ❖ Acéptate tal cuál eres
- ❖ Agradece todo lo bueno que haces por ti
- ❖ Sé tú mismo
- ❖ Celebra tus logros
- ❖ Piensa y háblate bonito
- ❖ Dedícate tiempo
- ❖ Sigue tu rutina diaria de auto cuidado
- ❖ Haz cosas que te hagan feliz
- ❖ Mantén tu corazón abierto
- ❖ Confía en tus instintos
- ❖ Encuentra un grupo que eleve tu alma
- ❖ Sirve a tu comunidad con trabajo social
- ❖ Establece límites
- ❖ Perdona a los demás
- ❖ Sé positivx
- ❖ Conoce tus fortalezas y debilidades
- ❖ Trabaja para ser mejor persona
- ❖ Integra hábitos que cultiven lo mejor en ti

El amor propio es un trabajo diario, reconociendo la importancia de tu existencia y paso por este mundo. Cuando practicamos amor propio nos llenamos de compasión, empatía, tranquilidad y paz. Sólo así, desde este estado de soltura y confianza, podremos amar a los que nos rodean y construir relaciones sólidas y saludables.

**"Amarse a sí mismo es el comienzo de una aventura que dura toda la vida" -
Oscar Wilde**