

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la Clínica  
GABA - Perú, 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Sonia Alejandrina Granados Aguayo

Lima-Perú

2017

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por todo su apoyo constante, sus enseñanzas, sus valores y su ejemplo de perseverancia, perdurarán por siempre, haciendo de mí cada día una mejor persona.

A mis hermanos, por su incondicional apoyo y motivación, sin ellos no hubiera sido posible cumplir mis metas y sueños.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por darme la maravillosa oportunidad de formarme en ella y crecer profesionalmente.

A los docentes y asesores, por brindarme sus valiosos conocimientos y dedicación, que me permitieron una formación integral como profesional.

A la Clínica Gaba – Perú del distrito de San Borja, por su participación y tiempo, ya que sin su apoyo no hubiese sido posible esta investigación.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

De acuerdo a las normativas de la Directiva N° 003-FPs y TS.-2016 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para obtener el título profesional bajo la modalidad TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL, presento mi trabajo de investigación titulado: Niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la Clínica GABA, Distrito de San Borja, 2017.

De ese modo, señores miembros del jurado, espero que la presente investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Atentamente,  
Sonia Alejandrina Granados Aguayo

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURA	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del Problema	15
1.2.1 Problema General	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivos General	15
1.3.1 Objetivos Específicos	15
1.4 Justificación e Importancia	15
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes	17
2.1.1 Investigaciones Internacionales	17
2.1.2 Investigaciones Nacionales	20
2.2. Bases Teóricas	24
2.2.1 Definición de depresión según el DSM –V, la OMS y autores	26
2.2.2 Definición de anorexia nerviosa según DSM –V y CIE 10	28
2.2.3. Definición Actual de la Anorexia Nerviosa según DSM –V y CIE 10	30
2.2.4. Definición actual de la bulimia nerviosa según DSM –V y CIE10	32
2.2.5. Características Clínicas de Pacientes Anoréxicas	34
2.3. Epidemiología	38
2.4. Trastornos mentales	40
2.5. Antidepresivos	41
2.6. Descubrimiento de los antidepresivos	42
2.7. Actuación de los antidepresivos	42
2.7.1. Efectos Secundarios de los antidepresivos	43
2.8. Diferencia entre Melancolía y Depresión	43
2.9. Gravedad de la Depresión	43
2.9.1. Manifestación de la depresión en hombres y mujeres	44
2.10. Sustancias químicas y la depresión	44
2.11. Adolescencia	45
2.11.1. Fases de la Adolescencia	47
2.12. Imagen Corporal	51

CAPÍTULO III METODOLOGÍA	53
3.1 Tipo y diseño de investigación	53
3.1.1. Tipo	53
3.1.2. Diseño de investigación	53
3.2 Población y muestra	53
3.3 Identificación de Variables	54
3.3.1 Operacionalización de la variable	55
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.4.1 Técnicas	56
3.4.2 Instrumento	56
3.5 Procesamiento y análisis de datos	58
3.5.1. Estadística descriptiva	59
3.5.2. Confiabilidad	59
CAPÍTULO IV PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. Procesamiento de los resultados	60
4.2 Presentación de los resultados	60
4.3. Análisis y discusión de los resultados	71
4.4. Conclusiones	72
4.4.1. Conclusión general	72
4.4.2. Conclusiones específicas	73
4.5. Recomendaciones	73
CAPÍTULO V PROGRAMA DE INTERVENCION	
5.1. Denominación del programa	75
5.2. Justificación del programa	75
5.3. Establecimiento de los objetivos	75
5.4. Sector al que se dirige	76
5.5. Establecimiento de conductas problemas/meta	76
5.6 Metodología de la intervención	77
5.7. Instrumentos/ material a utilizar	78

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Estadísticos de depresión	54
Tabla 02. Niveles de depresión	54
Tabla 03. Indicador 18	57
Tabla 04. Indicador 21	58
Tabla 05. Indicador 22	59
Tabla 06. Indicador 23	60
Tabla 07. Tabla de dimensión baja autoestima	61
Tabla 08. indicador 11	63
Tabla 09. Indicador 15.	64
Tabla 10. Indicador 19	65

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01. Nivel de depresión	55
Figura 06. Dimensión Disforia	56
Figura 07. Indicador 18	57
Figura 08. Indicador 21	58
Figura 09. Indicador 22	59
Figura 10. Indicador 23	60
Figura 02. Dimensión Baja Autoestima	62
Figura 03. Indicador 11	63
Figura 04. Indicador 15	64
Figura 05. Indicador 19	65



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo; así mismo de diseño no experimental y de corte transversal. La investigación tiene como objetivo general determinar los niveles de depresión en los adolescentes de la clínica Gaba – Perú en el Distrito de San Borja. A su vez, tiene como objetivos específicos, identificar el nivel de depresión de los adolescentes según la dimensión baja autoestima y la dimensión disforia que presentan los adolescentes. La muestra es de tipo no probabilística intencional, comprendida por 49 adolescentes de ambos sexos que asisten a un centro de ayuda. Para cumplir con los objetivos propuestos, se utilizó como instrumento el Inventario de Depresión Infantil de Kovacks, adaptado por Mitzy Evelyn León Zaquinaula. La información fue procesada a través de los programas SPSS 22 y Ms Excel 2016. En donde se concluyó que: la dimensión Baja Autoestima presenta indicadores con puntuación elevada que evalúan básicamente el rendimiento académico, con un 48% del total de la muestra. Así mismo, en cuanto a la dimensión Disforia, se encontró un nivel medio.

**Palabras Claves:** *Baja autoestima, disforia, depresión, adolescentes, anorexia, bulimia.*

## ABSTRACT

The present research work is descriptive; also of non-experimental and cross-sectional design. The general objective of the research is to determine the levels of depression in the adolescents of the Gaba - Peru clinic in the District of San Borja. At the same time, it has as specific objectives, to identify the level of depression of the adolescents according to the dimension low self-esteem and the dimension dysphoria that the adolescents present. The sample is of an intentional non-probabilistic type, comprised of 49 adolescents of both sexes who attend a help center. To meet the proposed objectives, the Kovacks Infant Depression Inventory, adapted by Mitzy Evelyn León Zaquinaula, was used as an instrument. The information was processed through the programs SPSS 22 and Ms Excel 2016. It was concluded that: the dimension Low Self-esteem presents indicators with high scores that basically evaluate academic performance, with 48% of the total sample. Likewise, in terms of the Dysphoria dimension, an average level was found.

Keywords: *Low self-esteem, dysphoria, depression, adolescents, anorexia, bulimia.*

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida de las más complejas y fascinantes, ya que en esta etapa los jóvenes desarrollan su identidad y ponen práctica valores aprendidos en su primera infancia y desarrollan las habilidades para que logren convertirse en adultos responsables.

Los niños y los adolescentes al igual que los adultos pueden sufrir de depresión. Este es un trastorno que se presenta de muchas formas, con grados y duración variados. Es definida como un trastorno cuando los síntomas depresivos perduran en el tiempo y obstruyen en las capacidades productivas y relacionales. Su etiología es multicausal y hasta la actualidad no está totalmente despejada. Puede ser desencadenada por sucesos estresantes como maltrato, problemas en el área académica, pérdida de seres queridos, divorcio de los padres, problemas de aprendizaje, alteraciones físicas o problemas médicos; no obstante, también puede producirse sin una causa específica. Si en la familia hay historiales de depresión, el niño y/o adolescente tendrá mayor peligro de presentarla.

Hall (citado por Fernández y Gil, 1990), refiere a la adolescencia como una etapa contradictoria. El adolescente desarrolla energía y actividades desmedidas, pudiendo pasar de la depresión a la euforia, de la timidez a la vanidad. Es la etapa de los cambios religiosos. La adolescencia es la etapa de la transición turbulenta.

Sin embargo, a pesar de las diversas dudas que acarrea el hecho de iniciar una nueva etapa, como lo que significa tomar decisiones sobre el futuro que para el adolescente puede ser estresante y el miedo en el intento de afrontar el futuro que les espera. Esto claro está, según las experiencias vividas tanto en el entorno familiar como el entorno social va moldeando su personalidad, los conocimientos en mayor o menor medida que puedan tener, o el conocimiento que tiene acerca de los problemas que puedan traer algunos trastornos del ánimo que es frecuente en su etapa de la adolescencia.

De ese modo, en el presente trabajo, se plantea la siguiente pregunta, ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes que con anorexia y bulimia de una clínica del distrito de San Borja?

En el Capítulo I, se considera la descripción del problema a tratar, se formula el problema general y los problemas específicos; como también el objetivo general y los específicos. Y finalmente, la importancia y justificación del presente trabajo.

En Capítulo II, se presenta el marco teórico del presente trabajo, a su vez, se detallan las revisiones de investigaciones previas, en donde se presentarán primero los antecedentes internacionales y luego los nacionales. Así mismo se exponen las bases teóricas de todo lo relacionado a la variable en estudio. Como también las definiciones y conceptos sobre el tema a tratar.

En el Capítulo III, se expone la metodología utilizada en la presente investigación, donde se determina el tipo y diseño de la misma. Como también se menciona a la población y muestra que constituye la investigación, se identifican las variables de estudio, y se discuten las técnicas e instrumentos que se utilizaron para recolectar los datos.

En el Capítulo IV, se detalla el procesamiento, presentación, análisis y discusión de los resultados, así como también las conclusiones del presente trabajo de investigación y las recomendaciones pertinentes.

En el Capítulo V, se aborda la propuesta de un programa de intervención, que se compone a través del taller: “Aprendiendo a valorar nuestros días”. En donde se expone las actividades a realizar como también los objetivos a alcanzar en el presente taller.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

A modo de historia de la problemática, tenemos que decir que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se originan entre los siglos XIV y XIX, ya que en esa época fueron definidos como conceptos modernos. En el siglo XVIII, se crea la orden religiosa de monjas "Las Santas Ayunadoras", que mediante el ayuno rendían culto a la Virgen María. Estas monjas pasaban mucho tiempo sin comer e incluso algunas podían morir a consecuencia del ayuno.

En el siglo XIX, la delgadez se establece como símbolo de victoria y logro social, incluso algunas mujeres usaban corsé para verse delgadas y con una pequeña cintura.

Es en el año 1940 que la anorexia se estableció como una sintomatología y en 1980 se consideró a la bulimia como una enfermedad. Se sabe que estas enfermedades son producidas por múltiples factores como los trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, predisposición genética y el vivir en un entorno con oferta excesiva de comida y culto a la delgadez.

Es así, que la idea de belleza que se transmite a los jóvenes basados en el buen look puede derivar en una obsesión por ser delgado, lo que genera problemas familiares y de personalidad.

En la actualidad, los trastornos de conducta alimentaria ocupan el tercer lugar entre las enfermedades de la población de adolescentes mujeres. Esta enfermedad, en los últimos años, también se ha presentado en varones de 13 a 19 años. Las mujeres son más propensas a sufrir de estos trastornos. Los trastornos alimentarios se incrementan año a año generando preocupación de padres y profesionales de la salud, lo cual conlleva a la preocupación de los familiares y de los profesionales de salud.

En este contexto, según Toro (2004) se ha encontrado una incidencia de estos trastornos de 8 casos nuevos por cada 100.000 personas al año para

anorexia, y 12 casos nuevos cada 100.000 personas al año en el caso de la bulimia”. La OMS refiere que en la actualidad existen 7 millones de mujeres y un millón de hombres anorexia y bulimia, constituyéndose en la segunda causa de muerte de los adolescentes que padecen enfermedades psíquicas.

En el Perú, el trastorno alimenticio, se constituye en un problema común entre adolescentes, ya que piensan que siendo delgados serán agradables para otras personas. Los mass media también contribuyen a desencadenar trastornos alimenticios, dado que fomentan como modelos exitosos a personas delgadas.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son los niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica GABA - Perú, 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuáles son los niveles de la dimensión de disforia en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica GABA - Perú, 2017?
- ¿Cuáles son los niveles de la dimensión baja autoestima en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica GABA - Perú, 2017?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivos General**

Conocer los niveles de depresión en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica GABA - Perú, 2017.

### **1.3.1 Objetivos Específicos**

- Identificar los niveles de la dimensión de disforia en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica GABA - Perú, 2017.
- Precisar los niveles de la dimensión de disforia en adolescentes con anorexia y bulimia de la clínica GABA - Perú, 2017.

### **1.4 Justificación e Importancia**

Sabemos que en la actualidad la depresión es un trastorno silencioso que afecta a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores es por ello que la importancia de cómo atender estos casos es de gran importancia de mejorar nuestra salud mental.

Según la OMS (2011) define la depresión como un trastorno mental en el que el paciente muestra una tristeza permanente, perdida de interés por actividades que antes solía disfrutar, acompañadas por la incapacidad de llevar a cabo tareas diarias durante 2 semanas o mas

Se considera que los trastornos de la conducta alimentaria han llegado a ser una preocupación de salud pública en muchos países, sobre todo en ciudades clasificadas como urbanas, en las cuales los jóvenes aspiran a un modelo físico que implica un peso corporal bajo comparado con la talla del individuo.

A modo teórico, es importante conocer este trastorno de ánimo que es la depresión para que podamos detectar y prevenir futuras epidemias como la depresión, según indican fuentes que el 2020 va ser el primer problema de salud a nivel mundial.

A modo práctico, se sabe que muchas veces estos trastornos conllevan a problemas psicológicos como el estrés, la ansiedad o depresión que actualmente en nuestro mundo son muchas las personas que lo padecen y sin embargo no toman las medidas respectivas para tratarlo.

A modo metodológico, la siguiente investigación ayuda al sentido de seguir actualizando nuevas informaciones sobre la depresión en niños y adolescentes diagnosticadas con anorexia y/o bulimia.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Antecedentes**

A continuación, se citan algunas investigaciones concernientes con la variable depresión. Primero se hará mención a las investigaciones internacionales y luego a las investigaciones nacionales.

##### **2.1.1 Investigaciones Internacionales**

Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011) realizaron en la ciudad de Colombia, un estudio de tipo correlacional con el propósito de evaluar las asociaciones entre la resiliencia, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en 36 escolares adolescentes. Para ello, utilizaron un instrumento de Calidad de Vida Infantil Kid – Kindl de Ravens, Sieberer y Bullinger (1998), la Escala de Resiliencia para Adolescentes – ARS de Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya (2003) y el Inventario de Depresión Infantil – CDI de Kovacs (1992). Los resultados pudieron demostrar que la de calidad de vida en los adolescentes puede verse modulada de manera positiva o negativa por la resiliencia y la depresión.

Andrews y Wilding (2004 en Alvial et al., 2007) realizaron un estudio sobre ansiedad y depresión al entrar a la universidad. La muestra estuvo constituida por 351 estudiantes de Reino Unido a los que se les aplicó un cuestionario un mes antes de entrar a la universidad y otro cuestionario a mediados del primer año de pregrado. Se concluyó que el 9% de los estudiantes sin síntomas previos se deprimieron a mediados de año, y el 20% se tornó muy ansioso.

Autores como Bezan Nello y Dumont (2006) realizaron una investigación sobre Prevalencia de los factores de riesgo y su vinculación a los trastornos alimenticios. El objetivo fue identificar los factores de riesgo relacionados a los trastornos alimenticios en deportistas mujeres. La investigación fue prospectiva, descriptiva, y

transversal. La muestra estuvo constituida por 59 deportistas femeninas de Hockey y Cestobol entre 13 y 20 años: la incomodidad con su propio cuerpo fue el factor de riesgo prevalente.

Asimismo, Hernández (2005) realizó una investigación sobre la influencia familiar y social en la anorexia y la bulimia en México. El objetivo fue identificar los elementos de funcionamiento familiar que sean predictores de riesgo relativos a trastornos alimenticios. El estudio fue descriptivo y no experimental. La muestra estuvo constituida por 200 estudiantes mujeres entre 14 y 19 años. Se concluyó que los trastornos alimenticios son causadas por una compleja interacción de factores familiares y sociales.

Hamilton (1959), y Encuesta y Entrevista semi – estructurada para determinar manifestaciones depresivas elaborada por Lazo específicamente para esta investigación en el 2015. Los resultados demostraron que más del 50% de los evaluados de entre 15 y 16 años de edad reporta alguna tipo de manifestación depresiva, que afecta su rendimiento escolar; también, se encontró que los estados depresivos son más frecuentes en mujeres que en varones.

### **2.1.2 Investigaciones Nacionales**

Cerna (2016). Esta investigación tiene como propósito Comparar la Prevalencia de la Depresión en estudiantes de secundaria, provenientes de una Institución Educativa Nacional y Privada del distrito de Ate. El estudio es a nivel básico, tipo descriptivo, con diseño comparativo transversal. La población estuvo conformada por 227 estudiantes de la Institución Nacional “Juan Andrés Vivanco Amorín” y 70 alumnos de la Institución Particular “Belén”. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión grave son 9 % y 11% en la institución nacional y particular respectivamente. Se presenta una prevalencia de depresión grave de 83% en mayor proporción en el sexo femenino. La edad de 15-16

(50,7%) en la Institución Nacional y la edad 17-18 (47.6%) en la Institución Particular presenta relación con la depresión grave. Se evidencia asimismo diferencias significativas en las dimensiones Somático y Motivacional en cuanto al sexo y en relación con las instituciones no se evidencia diferencias muy significativas.

García (2015) En la presente investigación se plantea como objetivo principal conocer la asociación existente entre depresión y los estilos de crianza en estudiantes adolescentes de una universidad privada de Lima Metropolitana, la población estudiada es de 63 alumnos de una Facultad de Psicología, con edades que fluctúan entre 17 y 19 años, considerando que son de sexo masculino y femenino, mediante el diseño descriptivo – correlacional y aplicando la escala de estilos de crianza de Steinberg y la escala de depresión de Beck. Como resultados obtuvimos la presencia de una asociación débil entre las variables. Además, podemos señalar que el mayor grupo de adolescentes tienen depresión moderada y estos cuentan con un estilo de crianza autoritario. Se recomienda entonces realizar investigaciones con el fin de poder conocer cuáles otros factores influyen en la depresión en la misma muestra, ya que existe una correlación débil entre las variables, esto se puede explicar por los estilos de crianza que no sería el único factor que influye en la depresión.

Marroquín (2015) realizó un estudio sobre el clima laboral. El objetivo fue conocer si los niveles de depresión y su relación con el clima organizacional del personal de ventas de una empresa de telecomunicaciones de Lima Metropolitana. La muestra estuvo constituida por 99 vendedores. Los instrumentos aplicados fueron una Escala de Depresión del Centro Epistemológico de Depresión (CESD) y una Encuesta sobre Clima Organizacional. Se concluyó que el clima Organizacional no se relaciona con la depresión

Torres (2012). Realizó un estudio sobre los factores que se asociados a la depresión de pacientes de atención primaria en las ciudades de Cusco y Abancay. El objetivo fue identificar qué factores están vinculados a la depresión. El estudio fue correlacional, no experimental y trasversal. Se aplicó un test de depresión a una muestra de pacientes. Concluyó que el 75% de la muestra presenta depresión, siendo la depresión leve la de mayor incidencia seguida de la depresión moderada y grave. Se presenta mayor depresión los sujetos provenientes de Cusco.

Caballero (2008) realizó una investigación sobre la auto percepción de la imagen corporal y los hábitos de la alimentación, cuyo objetivo fue precisar la auto percepción de la imagen corporal en adolescentes del 5to año de secundaria, de la institución educativa Teresa González de Fanning. El estudio es fue descriptivo correlacional, trasversal, aplicativo y cuantitativo. La muestra estuvo conformada por estudiantes del 5to año de secundaria con edades entre 15 a 17 años. Se aplicó un cuestionario tipo Likert. Se concluyó que la auto percepción está relacionada significativamente con los hábitos alimenticios. Los estudiantes tienen una auto percepción de la imagen corporal favorable y está relacionado a la dimensión perceptiva y conductual.

Rodríguez (2008) realizó una investigación sobre la sintomatología depresiva y el riesgo de trastornos alimentarios, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes entre 16 - 20 años. El estudio fue correlacional y no experimental. La muestra estuvo constituida por 188 universitarias y preuniversitarias entre 16 y 20 años. Concluyó que "... las adolescentes no tienen riesgo para desarrollar un trastorno alimentario y que la sintomatología depresiva no está vinculada a la edad ni al centro de estudios.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **A) Teoría psicoanalítica**

De acuerdo con Freud (1915), en una primera etapa los síntomas de la anorexia nerviosa se relacionan con la histeria. La anorexia es un trastorno en que el rechazo del alimento se relaciona con un simbolismo oral primitivo de la persona. Los matices depresivos se presentan como consecuencia de la pérdida de la libido relacionada con la melancolía.

Bruch (citado por Jiménez, 1995), refiere que los problemas que causan la anorexia comienzan en la primera infancia, que es la etapa en que se desarrolla el yo. Las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la niña con la madre se da de manera inadecuada, lo que no permite a la niña a diferenciar las sensaciones de hambre o de saciedad.

(Behar y Figueroa 2010 Trastornos de la Conducta Alimentaria). El comportamiento de la madre es adelantarse a las necesidades de nutrición de la niña, no permitiendo que reconozca su propia identidad corporal. Según Piaget, la señorita se encuentra y se mantiene sumida en un pensamiento egocéntrico y concreto, no logra llegar a la etapa de las operaciones abstractas. Por ello, es que la etapa de la adolescencia es de especial necesidad de independencia y abstracción, la señorita que evoluciona en este tipo de ambiente se encuentra predispuesta a padecer un trastorno como la anorexia nerviosa.

### **Teoría Sociocultural**

(Behar, 2004; American Psychiatric Association, 2006) Analiza la vinculación existente entre la anorexia nerviosa que le ha permitido a la sociedad contemporánea occidental que la delgadez represente una influencia para las mujeres jóvenes.

Por otro lado, la sobre oferta de alimentos sofisticados en sabor y textura, se opone a la idea de conservar bien la silueta. Estos mensajes son contradictorios e influyen en la mujer enfrentada a un cambio de roles tradicionales como dueña de casa y madre, que lleva implícitas altas exigencias de logros profesionales en sus espaldas. Por ello, la anorexia se veía desafiada a una transacción entre algunos aspectos de roles genéricos femeninos y masculinos.

## **Teoría Biológica**

Según Behar (2003,2004), existirían una serie de manifestaciones neuroendocrinas en pacientes anoréxicas. En algunos casos, no obstante no quedaría claro si las anomalías se relacionan con la etiología del desorden o si son simplemente consecuencias de la caquexia. Se producen por tanto alteraciones a nivel del eje hipotálamo- hipofisario, de los órganos endocrinos, neurobioquímicas, del sueño, inmunológicas, neuroanatomías y genéticas.

### **2.2.1. Definición de depresión según el DSM –V, la OMS y autores**

A) El DSM-V refiere que la depresión se reconoce por varios síntomas. Es importante recalcar que todas las personas que sufren de depresión experimentan todos los síntomas, ya que varía de una persona a otra.

A continuación referimos algunos de los síntomas de la depresión: Tristeza y malhumor gran parte del día, desinterés a estar con los familiares, amigos o pareja; dificultad para sentir cariño, pérdida o aumento significativo de apetito y peso, insomnio, fatiga, pensamientos de muerte o ideas suicidas, entre otros.

B) La OMS refiere que la depresión se presenta con mucha frecuencia a nivel mundial, y se reporta que la padecen unos 350 millones de personas. La depresión es diferente a los estados de ánimo habituales de una persona.

Beck (1918) sostiene que la depresión es consecuencia de desarreglos cognitivos, dado que en el transcurso del proceso de socialización de las personas, se forman conceptos como consecuencia de identificarse con personas importantes, de experiencias y juicios sobre uno mismo. Asimismo, Friedman y Thase (1995), sostienen que la depresión es un trastorno del estado de ánimo.

Clayton (1979), citado por Gelder, Gath y Mayou, (1993) refiere que, un individuo con un duelo reciente presenta manifestaciones que se parecen a un trastorno depresivo. Asimismo, Mackinnon y Michels (1971) describen un proceso de trastorno tristeza, sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, la faceta emocional, cognoscitiva, fisiológica y social se ven afectadas.

Rojas (2006) define la depresión como un conjunto de patologías psíquicas con una sintomatología determinada que se vinculan con cambios negativos que sufre el individuo o el paciente. Por otra parte, Navarro (1990) refiere que la depresión afecta la creatividad, el gusto o las ganas por el trabajo; los estudios y todas las actividades que antes disfrutaba un individuo. Asimismo los pensamientos de suicidio se hacen frecuentes.

Asimismo, Murray y López (1996) citados por Palmar (2007) refieren que la depresión es la cuarta causa de muerte prematura y de discapacidad a nivel mundial. Expertos sostienen que en el 2025 la depresión será la segunda enfermedad que causará más discapacidad en el mundo. Para Mirowsky y Ross (1989), tal y como aquí la entendemos, no se refiere a un trastorno de la personalidad, sino a un estado subjetivo de malestar físico y emocional, entendido como el resultado de las presiones socio – estructurales que ejerce la sociedad sobre la persona.

### 2.2.2. Definición de anorexia nerviosa según DSM –V y CIE 10

A) Rausch, (2000).

Este trastorno era ya conocido en épocas antiguas, la palabra anorexia deriva del griego y significa falta de apetito y por lo tanto se tenían indicios de la existencia de la anorexia nerviosa desde el siglo XVII, cuando se describieron casos del entonces llamado “Ayuno milagroso”. Se trataba de mujeres adolescentes que eran exhibidas en público por su delgadez extrema y de las que se decía que no comían ni bebían durante años gracias a una protección divina.

B) Asimismo Bell (1985; citado en Gómez, 1996)

Comprobó que la mayoría de las santas medievales eran anoréxicas y que manifestaban alimentarse solo de las hostias consagradas, fenómeno que bautizó con el nombre de “Santa Anorexia”.

C) Skrabanek (1983; véase en Gómez, 1996)

Explica acerca de la fase denominada secularización de la anorexia, la cual se prolongó por los siglos XVI, XVII y XVIII en que las mujeres rechazan el alimento con la única finalidad de afirmar su independencia debido a que ellas no pertenecían a los conventos, por lo que tuvieron que crearse un “convento en la mente” según Von (1992; revítese en Gómez, 1996). Una primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a Morton (1694; citado en Rausch, 2000) quién describió el caso de una joven anoréxica al que denominó “Consunción Nerviosa”.

Así, los primeros estudios formales y científicos de la enfermedad estuvieron a cargo de Gull en Inglaterra y de Lasegue en Francia, realizados a fines del siglo XIX. Fue Gull (1874; en Aguilar, 2003) quien acuñó la denominación de anorexia nerviosa a la enfermedad y la que persiste hasta la actualidad. Lasegue (1873; véase en Aguilar, 2003) por su parte la llamó Anorexia Histórica al sospechar su origen psicológico, como distorsiones cognitivas, negación y trastornos de la imagen corporal.



En el período entre los años 1914 - 1940 se produce la era pituitaria de la anorexia nerviosa debido a que Simmond (1914; citado en Rausch, 2000) describió sus hallazgos de autopsias realizadas en pacientes anoréxicas caracterizados por infartos de la hipófisis anterior, lo cual creó una gran confusión entre insuficiencia pituitaria, que es la enfermedad de Simmond, y la anorexia nerviosa.

Rausch (2003) señaló que en el año 1940 surgieron teorías Psicológicas influenciadas por conceptos psicoanalíticos, en donde aseguraban que la anorexia nerviosa simbolizaba el repudio a la sexualidad con predominancia del embarazo. Entre 1961 - 1981 se dan las eras psicosocial y neuroendocrinas de la anorexia nerviosa. En este sentido destacan los escritos de Bruch (1973) quién enfatiza en la descripción de los disturbios perceptuales y conceptuales de las pacientes. Bruch (1973) describió las siguientes tres alteraciones básicas en la anorexia nerviosa:

- a. Trastorno de la imagen corporal.
- b. Incapacidad para interpretar estímulos corporales.
- c. Sensación paralizante de ineficacia.

En consecuencia, Bruch (1973) señala que la falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a llegar a alcanzar expectativas que sus padres proponen fueron descritas como un “Gorrión en una jaula de oro”, libro de su autoría y considerada como una de las más destacadas autoridades de esta enfermedad. Poco después siguieron estos principios generales que contribuyeron a afianzar la idea de que la anorexia nerviosa es de origen psicosocial.

En los años 70´s al descubrirse una serie de alteraciones funcionales hipotalámicas y pituitarias resaltó la idea de que esa era el origen de la enfermedad y así Katz y Wiener (1975; citado en Freyre, 1994) plantearon la hipótesis de una inmadurez hipotalámica como causa principal de la anorexia nerviosa.

Lucas (1981; revítese Freyre, 1994) desarrolla un modelo biopsicosocial donde muestra cómo la predisposición biológica, los problemas familiares y sociales unidos a conflictos intrapsíquicos se combinan en un clima determinado para originar la conducta dietética típica de los anoréxicos.

### **2.2.3. Definición Actual de la Anorexia Nerviosa según DSM –V y CIE 10**

#### **A) Criterios DSM-V**

a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

b) Miedo a convertirse en una persona obesa, aun estando por debajo del peso normal.

c) Alteración en la percepción del peso o en la silueta, lo que conduce a exagerar la importancia, ignorando el peligro que representa el bajo peso corporal.

d) presencia de amenorrea En mujeres pospuberales, es decir ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Especificar el tipo:

- **Tipo restrictivo:** Durante el proceso del episodio de anorexia nerviosa, la persona no recurre a la provocación del vómito, al uso de laxantes, diuréticos o enemas.

- **Tipo compulsivo/purgativo:** Durante el proceso del episodio de anorexia nerviosa, la persona recurre a la provocación del vómito, al uso de laxantes, diuréticos o enemas.

#### **B) Criterios CIE-10**

Se debe señalar que en el diagnóstico de la anorexia se presentan las siguientes alteraciones:

a) Pérdida significativa de peso. El índice de masa corporal es de menos de 17.5.

b) La pérdida de peso está causada por el propio enfermo a través de lo siguiente:

1) Evitar el consumo de “alimentos que engordan”, y a su vez los síntomas siguientes:

2) Vómitos auto - provocados.

3) Purgas intestinales auto - provocadas,

4) Ejercicio en exceso

5) Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal que se caracteriza caracterizada por la persistencia del enfermo en permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) El trastorno endocrino generalizado que se manifiesta como una amenorrea en la mujer y como una pérdida del interés y de la potencia sexual en el varón. Excepcionalmente, en las mujeres anoréxicas, se presenta sangrado vaginal persistente.

e) Si la depresión se inicia antes de la pubertad, las manifestaciones propias de esta etapa se retrasan, es decir en las mujeres no se desarrollan mamas y los varones mantienen los genitales infantiles.

#### **2.2.4. Definición actual de la bulimia nerviosa según DSM –V y CIE10**

##### **A) Criterios DSM-V**

a) La presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

b) Frecuentes conductas compensatorias inapropiadas con el propósito de no ganar peso, provocar vómito. Asimismo, el uso de laxantes, diuréticos y enemas; ayuno y ejercicio físico.

c) Atracones al menos dos veces por semana durante un período de 3 meses.

d) Exagerada autoevaluación del peso y la silueta.

e) La alteración no se presenta de forma exclusiva durante el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se pueden especificar dos tipos:

- **Tipo purgativo:** En la bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito y usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- **Tipo no purgativo:** En la bulimia nerviosa, la persona recurre al ayuno o al ejercicio intenso, pero no se provoca regularmente el vómito y ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

## **B) Criterios CIE-10**

Pautas para el diagnóstico:

a) Continua preocupación del individuo por la comida y muchos deseos por comer, de tal manera que termina por sucumbir.

b) La persona enferma disminuye de peso recurriendo al vómito, al uso frecuente de laxantes, al ayuno y al consumo de fármacos.

c) La psicopatología se define como un miedo morboso a engordar. El enfermo establece de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes enfermar.

### **2.3.5. Características Clínicas de Pacientes Anoréxicas**

Bravo, Pérez & Plana (2000), realizaron una revisión clínica del síndrome anorexia nerviosa, con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico, considerando que es un trastorno que se presenta habitualmente en adolescentes sin obesidad notoria sólo con un poco de sobrepeso.

Estudios realizados muestran significativa relación entre los síntomas y el funcionamiento interpersonal de los adolescentes que sufren anorexia, dado que se aíslan o buscan estar en compañía de personas más jóvenes. Otras características de la anorexia son los trastornos obsesivos-compulsivos que se relacionan con la comida. La restricción dietética genera alteraciones biológicas, físicas y del sistema hipotalámico y endocrino, lo que genera la aparición de la amenorrea entre otros.

De acuerdo a Jiménez (1997) los anoréxicos pueden observar las siguientes características:

#### **a. Trastorno de Ansiedad:**

- Fobias: miedo de forma desproporcionada a engordar y aversión a determinados alimentos.
- Obsesiones: pensamiento intrusivo y persistente acerca de la comida, calorías, cuerpo y todo lo relacionado.
- Crisis de ansiedad: puede aparecer fuerte sensación de ansiedad, con el consiguiente cambio de humor.

#### **b. Trastorno del estado de ánimo:**

- Síntomas depresivos: trastorno de sueño, baja autoestima, llanto, sentimiento de soledad, retraimiento social, pérdida de la libido, anhedonia y otros.

Según Garden (1993). Los afectos y sentimientos se llenan de emociones difusas y contradictorias, ocupando una posición relevante las autoacusaciones y la sensación de ineficacia.

- Mc Cabe (2003; citado en Celada, 2003). La autoestima es baja, hay autocríticas y se tiene la sensación de no rendir, se perturban los sistemas de auto evaluación, aparición de creencias negativas de sí mismo y su sistema de confianza que se basa en referencias externas y perfeccionistas. Duda acerca de sus propios criterios, excepto en lo referido a la rigidez de sus alimentos, talla de ropa y peso corporal.

### **c. Alteraciones de la imagen corporal:**

La percepción así como la vivencia de su cuerpo se produce de una manera distorsionada y disociada. Hay obsesión y miedo ante la posibilidad de llegar a ser obesas y se encierran en patrones comportamentales rígidas, los cuales suelen mantenerlos en forma dogmáticas, esta característica concuerda con lo señalado por Moser (2003; léase en Celada, 2003).

### **d. Alteraciones del Comportamiento:**

- Hiperactividad: es característico de las anoréxicas que conforme más peso pierde mayor actividad física desarrollan.

- Compulsiones: los episodios bulímicos o atracones descontrolados aparecen con frecuencia después de la auto provocación de vómitos que reduce momentáneamente la ansiedad. Desmenuzan en el plato o coleccionan recetas de diversos platos de forma compulsiva.

### **e. Alteraciones Escolares:**

Su preocupación por la comida no permite concentrarse en los estudios conllevando esto en muchos casos al fracaso escolar. Es una persona perfeccionista que se siente incapaz de seguir enfrentándose a los estudios lo que con frecuencia terminan dejando.

**f. Alteraciones Somáticas**, se presentan las siguientes alteraciones:

- Amenorrea: desaparición de la menstruación que es una característica necesaria para el diagnóstico de la anorexia.
- Alteraciones de la piel: la piel está seca, áspera y fría. Las palmas de las manos y de los pies se ponen amarillentas.
- Hipotermia: la temperatura del cuerpo se ubica en 35°.
- Alteraciones del ritmo cardíaco: presencia frecuente de arritmias y/o bradicardias.
- Alteraciones del deseo sexual: inhibición del apetito sexual.

(Gómez, 1996) Manifestaciones orgánicas tales como retardo de la estatura, pérdida del pelo, dientes con erosión de esmalte producto de vómitos, erosiones faríngeas, si se usó objetos para inducir el vómito, debilidad muscular por desnutrición o hipopotasemia por vómitos o abuso de laxantes, uñas delgadas e hipotróficas con signos de deficiencias vitamínicas y de minerales, estreñimientos, hipotensión o tensión arterial muy bajas que ocasionan frecuentes mareos y lipotimias, dolores abdominales.

Sherman y Thompon (1999), señalan que se debe tener en cuenta las alteraciones cognitivas ya que se presentan de manera constante en los pacientes con trastornos alimentarios.

- Pensamiento Dicotómico: todo o nada, se piensa: “Si no logro controlar mi almuerzo no podré controlar absolutamente nada de ella”.
- Generalizaciones excesivas: “Cuando comía menestras estaba gorda, por tanto no puedo comer nada en absoluto”.
- Pensamiento de auto referencia: “Todos me miran cuando almuerzo, todos me observan porque estoy gorda”.

- Magnificación de las consecuencias negativas: “El solo hecho de coger un kilo hará que aumente peso sin parar”.
- Abstracciones Selectivas: “Si como un chocolate, no pararé hasta comer seis”.
- Pensamientos mágicos: “Mi estreñimiento significa que soy como un saco, todo lo que como lo retengo para engordar”.

Finalmente, los estudios clínicos psicométricos y familiares realizados coinciden en considerar la personalidad de la anorexia nerviosa como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida. Se caracterizan por presentar sentimientos de incompetencia, por su necesidad de controlar el entorno, por su poca espontaneidad social y por su escasa iniciativa. De forma opuesta a las anoréxicas de tipo restrictivo, las anoréxicas de tipo compulsivo/ purgativo pueden presentar trastornos relacionados con un mal control de impulsos, como el abuso de alcohol o drogas o la tendencia a una promiscuidad sexual y con mayor labilidad emocional.

#### **2.4. Epidemiología**

A través de estos estudios se puede apreciar como estos trastornos se incrementan a nivel mundial y se han constituido en un verdadero problema de salud pública.

- Sexo: los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres, indicando que alrededor del 90% - 95% de los pacientes que padecen del trastorno son de sexo femenino (Pacheco, 2003). La prevalencia en las mujeres se debe al contexto sociocultural en donde se desenvuelve y sobre todo al papel sexual que la mujer mantiene en la sociedad.

- Edad: el periodo de mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad es la adolescencia. De acuerdo al DSM IV la edad promedio de inicio es de 13 -15 años.



Para Giesecker (2003) la edad comprendida entre los 15 a 19 años son los momentos de mayor riesgo.

- Nivel Socioeconómico: la anorexia tiene un mayor predominio en los niveles más elevados debido a que los estereotipos sociales ejercen una mayor presión. Pero actualmente no se encuentran diferencias significativas en la condición socioeconómica, habiéndose declarado como un problema global, siendo más frecuentes en las zonas urbanas, donde se difunden lo relativo a comida y delgadez de la persona, que en las zonas rurales.

- Educación: las pacientes con este trastorno generalmente tienen un coeficiente intelectual alto.

- Curso y Pronóstico: la anorexia tiene un curso más prolongado y es de peor pronóstico. En la anorexia nerviosa lo que causa el pronóstico son: el inicio precoz, una evolución de más de seis años, los trastornos psicológicos severos y la combinación con la diabetes tipo 1. El índice de mortalidad para este trastorno va desde el 15% al 22 % en algunos estudios, sin embargo la causa de muerte más frecuente es el suicidio.

- Comorbilidad: según Lengua (2003) los trastornos que acompañan a la anorexia son:

- El 75% de casos están acompañados de desorden afectivo.
- El 63% de los casos tiene mayor depresión.
- Hay trastornos de ansiedad de cualquier tipo en el 36%.
- El 17% tiene fobia social.
- El 12% presenta trastorno de ansiedad.

De acuerdo a la OMS la anorexia está llegando a nivel de epidemia en algunos países del mundo occidental, por ejemplo en Estados Unidos hay

cerca de 1 millón de personas que la sufren, detectándose que un 5% son universitarias.

Pacheco (2003), menciona que Argentina es el segundo país después de Estados Unidos en índice de patología alimentaria, al punto que una de cada tres mujeres que cursan la secundaria tiene graves desórdenes alimentarios. Así, el 8% de los varones en edad escolar que cursan la secundaria padecen Anorexia o Bulimia.

Según el estudio epidemiológico realizado por Albornoz y Matos (2001) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sobre pacientes anoréxicos atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental del Hospital “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” entre 1982 - 1998 el incremento de la anorexia es muy grave entre los jóvenes peruanos. Para ello se evaluó a 58 pacientes con anorexia nerviosa, cuyas edades iban entre los 18 - 64, de los que el 84.9% eran menores de 25 años.

## **2.5. Trastornos mentales**

Se observa comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos sobre todo en pacientes varones con bulimia nerviosa.

– Trastorno depresivo: este trastorno se presenta mayormente en varones con trastornos de la alimentación. Se presenta en varones que pueden haber desarrollado un trastorno depresivo un año antes, durante o después del trastorno alimentario.

Se presenta una mayor comorbilidad en varones adolescentes (Calvo, 2002; Carlat et al., 1997; Olivardia et al., 1995; Ray, 2004; Rosen, 2003). El trastorno de la alimentación se da de forma secundaria al trastorno afectivo, ya que la falta de enfrentamiento del adolescente a este trastorno produciría la presencia de desinterés por la comida. (Crispo et al; 1998).

– Trastornos de la personalidad:

Los Trastornos de la personalidad están relacionados con el control de impulsos. Se hace referencia a los trastornos Borderline, Histriónico y

Narcisista de la personalidad, lo que se vincula con el abuso de sustancias (Carlat et al., 1997; Ray, 2004).

**– Trastorno Obsesivo-Compulsivo:**

Ranson et al. (1999) manifiestan que se encuentran comportamientos focalizados en la comida, en la imagen corporal y en el peso. Algunos autores refieren que las personas manifiestan preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal como obsesiones, y los episodios purgativos como compulsiones de la persona.

Carlat et al., 1997; Olivardia et al., 1995; Ray 2004, refieren que es probable que exista mayor comorbilidad de trastorno obsesivo-compulsivo en varones que en mujeres adolescentes. Por otra parte, las investigaciones refieren que los adolescentes tienen miedo a la pérdida de objetos o conductas compulsivas de orden y organización, lo que ocurre en pacientes con bulimia nerviosa luego de la recuperación del trastorno de conducta alimentaria.

**– Abuso y dependencia de sustancias:**

Principalmente de alcohol y cocaína: diversas investigaciones refieren que la influencia de los trastornos alimentarios en los trastornos motivados por el abuso de alcohol y cocaína parece ser mayor que lo contrario.

Carlat et al., 1997; Franko et al., 2005; Olivardia et al., 1995; Rosen (2003) señalan que un número substancial HOMBRES que presentan un trastorno alimentario, luego presentan problemas de abuso de sustancias a lo largo del tiempo.

## **2.6. Antidepresivos**

Granet y Levinson, (2000) indica que un antidepresivo es un fármaco que se receta para quitar los síntomas de la depresión mediante cambios en la estructura y función de los tejidos del cerebro, pero los antidepresivos

no son “píldoras de la felicidad”. Muchas personas mentalmente sanas que toma antidepresivos no perciben ninguna diferencia en su estado de ánimo, mientras que los que padecen de una depresión clínica, notan una mejoría, tanto directa como indirectamente, por el bloqueo de los aspectos negativos de la depresión. Luego lentamente desaparecen los sentimientos de baja autoestima, inutilidad, pérdida de apetito, falta de interés, insomnio y prácticamente todos los síntomas de depresión, y la medicación ayuda a restaurar el nivel energético del paciente para potenciar su capacidad de concentración.(p.111)

## **2.7. Descubrimiento de los antidepresivos**

Granet y Levinson, (2000). Los antidepresivos fueron descubiertos de forma casual. En 1952, se administraba iproniazida, un derivado de un antibiótico que se empleaba para el tratamiento de la tuberculosis. No era especialmente eficaz contra esta enfermedad, pero los médicos se dieron cuenta que tenían un efecto secundario: Los pacientes con tuberculosis lo tomaban iproniazida experimentaban una mejoría sostenida de su estado de ánimo. La imipramina, el segundo fármaco descubierto con efectos antidepresivos fue introducida en 1957.

Los fármacos posteriores se desarrollaron de las estructuras químicas de los antidepresivos conocidos.(pp. 111- 112)

## **2.8. Actuación de los antidepresivos**

Granet y Levinson, (2000). Las neuronas se comunican entre sí a través de sustancias químicas llamadas neurotransmisores, entre las que se encuentran la serotonina y la dopamina, los que se denominan “primeros mensajeros” porque son los que se enganchan a los receptores externos de las neuronas. Provocan una cascada de acciones intracelulares denominadas “sistema de los segundos mensajeros” que actúan sobre alguna forma sobre el ADN de la persona para provocar otros cambios en las células que controlan el estado de ánimo (p.114)

### **2.8.1. Efectos Secundarios de los antidepresivos**

Granet y Levinson, (2000) señalan que los efectos secundarios más importantes de los tricíclicos incluyen sequedad de boca, estreñimiento, dificultad para orinar, hipotensión postural, como mareo al levantarse de forma rápida debido a un descenso de la presión sanguínea, palpitaciones cardiacas, visión borrosa, sudoración, excitación o sedación, aumento de peso y a veces, dificultades sexuales. (p.121)

### **2.9. Diferencia entre Melancolía y Depresión**

Granet & Levinson (2000). La melancolía es la tristeza transitoria que dura, a lo sumo, unas horas o unos pocos días. Muchas personas que se sienten tristes dicen que están “deprimidas”, pero en realidad no experimentan una alteración anormal de su estado de ánimo que necesite asistencia profesional. Cuando los especialistas de salud mental hablan de “depresión”, se refieren a la depresión clínica, que es un estado anormal. Por definición, la depresión clínica es tan intensa o dura tanto tiempo que hace difícil el desarrollo de las actividades normales del individuo (p.29).

### **2.10. Gravedad de la Depresión**

Granet & Levinson (2000) explica que el nivel de gravedad está en función de la intensidad, de la duración y del número de síntomas. Si se sufre dos o tres síntomas que no interfieren con el desarrollo de sus actividades normales, el caso puede considerarse leve. Sin embargo, si ha ocurrido que ha tenido seis síntomas durante varias semanas y estos son cada vez más intensos, el caso es grave como para poder cumplir los criterios de una depresión mayor. (p. 29).

#### **2.10.1. Manifestación de la depresión en hombres y mujeres**

Granet & Levinson (2000) explican que existen unas cuantas diferencias asociadas a la distinción hombre – mujer, aunque referidas

principalmente a aspectos culturales y sociales. En general, los hombres experimentan depresiones de forma más cognitiva, mientras que las mujeres tienden a tener depresión de forma más emocional.

En este sentido, la diferencia entre ambos géneros es la propensión a comunicar su depresión. Las mujeres que sufren depresión son más predispuestas a buscar un tratamiento, pero los hombres son más propensos a vivirla en silencio. (p.31)

### **2.11. Sustancias químicas y la depresión**

Granet & Levinson (2000), señalan que existen tres neurotransmisores relacionados con la depresión. El más importante parece ser la serotonina que influiría en el control del estado de ánimo y en los estados de conciencia. Luego está la noradrenalina hormona que se encarga de desencadenar la reacción de alerta en una situación de alarma, es segregada por ciertos terminales nerviosos y por las glándulas suprarrenales. La tercera sustancia química del cerebro relacionada con la depresión es la dopamina, la cual es una sustancia hormonal que desempeña varias funciones en el cerebro. El desequilibrio de dopamina se ha asociado a las enfermedades de Parkinson, esquizofrenia, alcoholismo y depresión. (p.54)

### **2.12. Adolescencia**

Etimológicamente, el término “adolescere” significa crecer hacia la adultez. Y para la OMS (cit. por Florenzano y Valdez, 2005), la adolescencia es “La etapa entre los 10 – 20 años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico” (p.30)

Mckinney, Fitzgerald & Strommen (2000) explican que la adolescencia es un período del progreso humano con el ecosistema propio, diferente a los demás períodos. Es un período de transición entre la niñez y la adultez. La adolescencia es un término que se usa para referirse a una persona

entre los 13 - 19 años de edad. Esta etapa inicia con fisiológicos y termina cuando la persona llega a la adultez. La adolescencia ha sido calificada por muchos como una fase intrínsecamente estresante, ya que produce un cambio tanto a nivel de apariencia física, como respecto a la aparición de caracteres sexuales, adaptación a un nuevo papel social que lleva consigo dificultades de adaptación, conflictos de identidad y de establecimiento de autonomía .

Bermúdez, Teval & Buela Casal (2009), y Papalia (2005) definen la adolescencia como “Una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, que conlleva cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales”. (p. 600). La adolescencia por sí sola no es un periodo estresante, no obstante se debe considerar que unida a circunstancias negativas puede convertirse en un periodo estresante, desencadenando trastornos como, la anorexia y la bulimia nerviosa.

Bermúdez, Teval & Buela-Casal (2009), y Hurlock (1994), señalan que la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere* que significa “crecer” o “avanzar hacia la madurez”. Es un periodo que va en promedio desde los 13 - 18 años.

Para Papalia (2005), la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Inicia entre los 12 y 13 años y termina entre los 19 o 20 años.

Esta definición concuerda con la de Freyre (1994) quien además enfatiza en que el éxito con que el adolescente trascorra por esta etapa dependerá en gran parte de la forma en que se le preparó para ello durante su niñez. Por lo tanto, la adolescencia es una etapa de desarrollo y de la maduración propia del individuo que se presenta antes de llegar al complejo ajuste fisiológico y psicológico.

Esta etapa viene acompañada de cambios físicos y psíquicos que constituyen el descubrimiento de valores y discriminación entre el yo y el mundo que lo circunda. La adolescencia es entonces un periodo importante y fundamental del desarrollo de todo ser humano, en el que los cambios son

corporales. Sin embargo, es importante recalcar que la velocidad de los cambios varía conforme a las características de cada persona.

### **2.12.1. Fases de la Adolescencia**

Zubarew, Romero & Poblito. (2003) señalan que es posible conceptualizar la adolescencia de manera esquemática en tres fases o sub etapas de desarrollo, lo que se describe a continuación:

#### **a) Adolescencia temprana o pubertad:**

Es la primera etapa de la adolescencia (10 – 13 años). Es aquí en donde empiezan los cambios puberales y biológicos que desencadenan una repercusión fundamental en el desarrollo psicosocial del adolescente. Se presenta la menarquía y la espermarquia como evidencia que el cuerpo ha dejado de ser de la niñez y debe enfrentarse a la realidad cambiante (2003, p.39)

Estos cambios en el aspecto físico, pueden producir que el adolescente sienta desconcierto e inseguridad frente a la aparición de un cuerpo distinto, que vaya a generar una nueva apariencia física.

En esta etapa aparecen las fantasías sexuales y la masturbación, como una conducta sexual frecuente en ambos sexos, aunque más frecuente se da en los niños que en las niñas. Se presenta cierto interés por el sexo opuesto, y se dan los primeros enamoramientos. Por una parte se desea independencia y por otra parte se sigue necesitando la protección proporcionada por los padres.

Asimismo, se produce un alejamiento del padre del mismo sexo, y comienzan las peleas entre madre e hijo y discusiones o distanciamientos entre el padre y el hijo. Aparecen dificultades internas dentro de la familia, y se da una tendencia a la obstinación y a la rebeldía frente a figuras de mayor autoridad. Tendencia al comportamiento impulsivo y los estados emocionales que varían



frecuentemente. El pensamiento en esta etapa se refiere a lo concreto, empiezan a esbozarse los pensamientos más abstractos.

## **b) Adolescencia Media**

Esta etapa comprende el periodo de los 14 - 16 años. En esta etapa ya existe el desarrollo puberal. A medida que el adolescente va adaptándose más a sus cambios corporales, se torna muy importante la apariencia física y el hacerse atractivo hacia los demás. Esta preocupación por la apariencia física mantiene al adolescente durante horas frente al espejo para demostrar su pertenencia a un grupo. En esta etapa se acentúa el distanciamiento de la familia.

El adolescente intenta romper con la dependencia familiar, para lo cual trata de identificarse con otras personas. En esta etapa el adolescente busca amistades de grupos mixtos con actividades sociales en común, como las salidas y las fiestas. En forma gradual, comienza a buscar relaciones de a dos. Y de manera progresiva se produce una mayor necesidad de independencia de la familia, y el grupo de amigos pasa a convertirse en un referente muy importante.

Estos grupos tienen efectos positivos al brindar pertenencia y actividad social: como los grupos de jóvenes de la iglesia. Sin embargo, esta necesidad de formar parte de grupos lo que puede llevarlos a integrar pandillas juveniles con connotaciones serias para su salud y la sociedad, cuando fenómenos como la violencia, el robo, la delincuencia o el uso de drogas se convierten en el eje que los convoca y organiza. Los adolescentes, amplían su visión de conceptos para incluir al pensamiento operatorio formal, abstracto e hipotético deductivo.

Comienzan a razonar sobre su propia persona y sobre el resto, cuestionan y son muy críticos de las normas familiares y de la sociedad. Esta capacidad de pensar ampliada les permite hacer abstracciones que antes no podían, con una tendencia a sobreestimar sus propias capacidades lo que les otorga un

sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad, con el consiguiente aumento de conductas de riesgo.

Se presenta además una reflexión intensa, acompañada por el desarrollo cognitivo, sobre sí mismo y sobre la sociedad, y las consiguientes búsquedas y explicaciones filosóficas, religiosas y morales del individuo. Comienzan a preguntarse “¿Quién soy?”; “¿Qué quiero hacer?”. Preguntas que se irán respondiendo y reformulando según las capacidades de cada adolescente.

Necesita el distanciamiento de la familia para poder lograr posteriormente una autonomía plena, la familia, y sobre todo los adultos, deben estar presentes en este periodo, para poner límites y para acompañar el proceso. Así, diversos estudios demuestran que la relación entre disfunción familiar y conductas de riesgo de distintos tipos es muy alta, asimismo se reconoce a la familia como factor protector muy importante.

### **c) Adolescencia Tardía**

Periodo entre los 17 - 19 años. En esta etapa normalmente se ha alcanzado la maduración biológica del adolescente. Los niveles finales del desarrollo de la mama, del pene y del vello pubiano se observan en la mayoría (en un 95%) de los adolescentes entre los 17 - 18 años. Dándose una mayor aceptación y apropiación de los cambios corporales de la pubertad y consolidación de la identidad.

Continúan además las conductas exploratorias de las etapas anteriores y el adolescente necesita definirse frente a sí mismo y el resto. Se acentúan preguntas centrales como ¿Quién soy? y ¿Qué voy hacer con mi vida? Que son preguntas complejas que preocupan al adolescente.

En este momento muchos adolescentes deben decidir si trabajan o estudian. Esta necesidad interna y externa de definirse puede ser una experiencia muy extenuante por lo que se requiere la presencia

de un adulto los ayude a transitar hacia su futuro. Esta ayuda disminuye la ansiedad, señalándoles distintas alternativas vocacionales, como también la posibilidad de posponer la decisión hasta sentirse mejor preparado. Terminando la adolescencia y si las experiencias familiares y escolares han sido adecuadas, la mayoría de los adolescentes alcanzan un nivel de pensamiento operatorio formal. Este nivel de madurez cognitiva le permite comprender mejor la realidad y poder tomar decisiones más satisfactorias y útiles para su vida.

El grupo de pares comienza entonces a tener menos relevancia en la vida psicológica y social del adolescente, además se desarrolla la capacidad de intimar. La identidad sexual se va estructurando y existe una mayor estabilidad afectiva. Continúa la separación con la familia, pero a medida que el adolescente se siente seguro de su identidad, las relaciones con los padres mejoran. Se reconocen los valores de sus padres y de los propios, e incluso coincidencias como también tolerancia con respecto a las discrepancias.

### **2.13. Imagen Corporal**

La imagen de cada persona tiene sobre sí mismo no es la representación mental de un simple cuerpo, a eso se le llama esquema corporal, la cual está llena de efectos y de sentimientos en relación a los demás y para los adolescentes ello adquiere un valor inusitado de carácter psicológico debido al exceso de la valoración social. No cabe duda que la palabra de autoimagen es una palabra casi cotidiana en nuestro vocabulario y sobretodo relevante en esta etapa de desarrollo por la cual atraviesan los adolescentes en la actualidad.

La Autoimagen es la representación que un sujeto tiene de sí mismo, la cual normalmente está asociada a un juicio de valor positivo o negativo. El desarrollo de esta imagen y la noción del propio cuerpo van unidos al desarrollo biológico del individuo, lo que empieza a formarse desde los primeros meses de vida. Este concepto de imagen corporal se refiere a lo

que una persona piensa, siente, concibe, percibe, sabe y cree que es su cuerpo. Esta imagen se relaciona con la apariencia física, la que se va moldeando desde la infancia a través de la historia personal y de las influencias a lo largo de su vida.

En la adolescencia importa más el atractivo físico y la imagen corporal sobre todo en relación a lo que los demás (pares) sienten, piensan y aceptan. Y al no poder cumplir con estas expectativas que la sociedad impone y al recibir críticas de otras personas, se pueden producir distorsiones en su conducta conllevándoles a sufrir males como la anorexia y/o bulimia.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1. Tipo**

El tipo de investigación es descriptivo, ya que el estudio describió las diferentes circunstancias y factores relacionados a la depresión en adolescentes con trastornos alimenticios, se analizó su problemática y posteriormente se plantearon recomendaciones objetivas y viables. (Hernández et al, 2010)

##### **3.1.2. Diseño de investigación**

El diseño propio del estudio se basa en que la variable no se verá afectada por algún cambio de situación o contexto, tampoco por alguna otra variable, en consecuencia el diseño es no experimental. Siendo uno de los objetivos la observación y medición de una variable en un grupo determinado (Hernández et al, 2010)

Por otro lado, al ser de diseño no experimental, es de corte transaccional debido a que la variable solamente será medida en un determinado tiempo, esto quiere decir que los sujetos serán evaluados en un día específico (Hernández et al, 2010)

#### **3.2 Población y muestra**

La población se ha conformado por 49 adolescentes, que se encuentran en proceso de un tratamiento de rehabilitación por presentar un diagnóstico de anorexia y/o bulimia en la Clínica “GABA – Peru” del distrito de San Borja

La muestra es no probabilística por conveniencia. La muestra está conformada por 49 adolescentes.

### **3.3 Identificación de Variables**

#### **Variable: Depresión**

Según menciona Martínez-Otero (2001), la depresión es una enfermedad que afecta a la persona de manera integral, es una patología que repercute de manera significativa en la vida de la persona.

### 3.3.1 Operacionalización de la Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DIMENSIONES	INDICADORES	PUNTUACIÓN
Depresión	<p>Se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente decaído y por la pérdida de la capacidad previa de disfrute y del interés por las actividades cotidianas de la vida diaria y por las cosas que solían interesar y gustar a la persona antes de la depresión.</p> <p>Suelen aparecer otros síntomas como la irritabilidad, ansiedad, cansancio excesivo y continuo, problemas de sueño, cambios en el apetito y dificultades de concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad y culpa y problemas de deseo sexual. (Aron Beck, 1967)</p>	<p><b>Dimensión 1</b></p> <p>Baja autoestima</p> <p><b>Dimensión 2</b></p> <p>Disforia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Anhedonia General</li> <li>- Autoimagen física negativa</li> <li>- Disturbio del sueño</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Disminución del apetito</li> <li>-Anhedonia en el colegio</li> <li>- Aislamiento Social</li> <li>- Declinación del rendimiento escolar</li> <li>- Autoimagen negativa en comparación con los iguales</li> <li>- Sentimiento de no ser querido</li> <li>-Desobediencia</li> <li>-Problemas Interpersonales</li> <li>- Tristeza</li> <li>-Desesperanza</li> <li>-Sentimiento de inutilidad</li> <li>- Autoimagen negativa</li> <li>- Pesimismo</li> <li>- Odio a si mismo</li> <li>-Culpabilidad</li> <li>- Ideación Suicida</li> <li>-Llanto</li> <li>-Aprensión</li> <li>-Reducción de interés social</li> <li>- Indecisión</li> <li>-Disminución de actividades escolares</li> <li>-Preocupación Somática</li> <li>-Sentimiento de soledad</li> </ul>	<p>La puntuación obtenida en el test, se tabula del 0 al 2. El resultado del puntaje total se contrasta con el baremo, el mismo que indicó el grado de depresión del sujeto.</p>

Fuente: Inventario de Depresión infantil de Kovacks Año: 2013

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.4.1 Técnicas

La técnica de recolección aplicada fue directa, ya que se administró una encuesta para la recolección de datos.

#### 3.4.2 Instrumento

El instrumento que se utilizó fue el inventario de Depresión Infantil y Adolescente de Kovacs. La cual fue adaptada por Mitzy Evelyn León Zaquinalda para aplicarla en Lima Metropolitana.

#### **Ficha Técnica**

**Nombre:** Inventario de Depresión Infantil y Adolescente de Kovacs

**Autores:** María Kovacs.

**Adaptación:** Mitzy Evelyn León Zaquinalda

**Institución:** Universidad de Lima.

**Grupo de aplicación:** Niños y adolescentes.

**Administración:** Individual y colectiva.

**Duración:** 30 minutos de examen.

**Normas o Baremos:** Percentiles

**Áreas que evalúa:** Depresión infantil y en adolescentes

La escala de depresión de Kovacs para infantes y adolescentes de Kovacs (CDI) es una prueba breve de fácil aplicación, desarrollada para evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 9 años y 15 años de edad. Permite determinar los niveles clínicos relevantes de la sintomatología de la depresión en niños y adolescentes y es útil para identificar a las personas que denotan depresión centro de las poblaciones escolares (León, 2013, p. 32).



## **Análisis Psicométrico**

Ha sido llevada a cabo en instituciones emblemáticas de la Ugel 02. (León, 2013, p. 32).

## **Confiabilidad**

La confiabilidad se estableció a través del método Alfa Crombach, obteniéndose un coeficiente de 0.78, que permite señalar que el puntaje obtenido en la aplicación de la prueba CDI es confiable. (León, 2013, p. 31).

## **Validez**

La validez del constructo del inventario de depresión infantil de Kovacs en cuestión se realizó sobre la validez de contenido, concurrente y de constructo, los que demostraron un nivel de consistencia interna. Se observa que todas las correlaciones son significativas al 0,001. (León, 2013).

## **Material de aplicación**

- Ejemplar de la prueba
- Lapicero negro
- Manual de la prueba
- Plantilla de corrección

## **Normas de Aplicación**

### a) Normas generales

Antes de administrar el test se debe revisar los materiales, el mobiliario y la locación a utilizar.

b) Normas específicas

Los adolescentes utilizarán un lapicero negro, el mismo que le será proporcionado por el evaluador. Se les dirá:

“Jóvenes, no volteen las hojas que les he dado hasta que se los indique. Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de 3. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS 2 SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti”

Llenen todos en la parte superior del test.

Se asiste a los adolescentes que tienen problemas para resolver el test, se dice:

Observen estos los reactivos con detenimiento, respondan de acuerdo a como te sientes y recuerda que no hay respuesta buena ni mala. Recuerda marcar todos los reactivos de la manera más sincera y no dejes de responder ningún ítem. Finalmente se recogen las pruebas y se dan por finalizadas.

**Baremos y normas interpretativas**

El test tiene 27 reactivos con las siguientes opciones de respuesta: 0, 1 y 2 y un puntaje mínimo de 0 y puntaje máximo de 54.

El baremo de calificación es el siguiente. De 0 a 6 es sin depresión, de 7 a 9 es depresión leve, de 10 a 14 es depresión moderada y de 15 a 18 es depresión alta.

### **3.5 Procesamiento y análisis de datos**

Luego de la administración de instrumento, se tabulo y codifico, para luego obtener distribución de frecuencias y estadísticos descriptivos como la media, moda, mediana, suma, mínimo, máximo. El análisis de los datos se realizará con el SPSS 22.

#### **3.5.1. Estadística descriptiva**

En el análisis se empleará estadísticos descriptivos, tabla de frecuencias y gráficos clasificativos.

#### **3.5.2. Confiabilidad**

- Consistencia interna

La consistencia interna fue obtenida mediante el coeficiente alpha de Crombach. Se estimó la confiabilidad para la muestra de estandarización y para varias submuestras por grado, sexo y gestión.

El alfa para toda la muestra total de estandarización fue de 0.78.

Así mismo para esta población se calculó la fiabilidad siendo de 0.79, quedando confirmado que la consistencia interna es alta

En el análisis de la confiabilidad por mitades, se hizo uso de la correlación entre el Alfa de Crombach de las dos mitades, además se obtuvo el Coeficiente Spearman Brown y se usó el método de las dos mitades de Guttman, donde la prima mitad de la prueba da un alfa de 0,675 para un total de 14 ítems, mientras que el análisis en la segunda mitad da como resultado .653 para un total de 13 ítems. En el análisis de la confiabilidad por mitades, el coeficiente de Spearman da un resultado de .734, lo cual nos indica que es una correlación aceptable (Hernández, et al 2010, p32).

La confiabilidad determinada por el método de división por mitades para la muestra total de estandarización fue de .85, corregido por la fórmula de Spearman Brown.

Por el mismo procedimiento la consistencia interna para las submuestras de mujeres y de colegios particulares fue de .86

## CAPÍTULO IV

### PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Procesamiento de los resultados

Luego de recolectar la información con el inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs, se procedió a:

- Tabular la información, codificarla y transferirla a una base de datos computarizada (IBM SPSS, 22 y MS Excel 2016).
- Determinar la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes), de los datos del instrumento de investigación.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor Mínimo y Máximo

Media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

#### 4.2 Presentación de los resultados

- **Análisis de estadística descriptiva**

Se cumplen con realizar lo indicado en los objetivos del presente trabajo de investigación.

Tabla 01  
*Estadísticos de depresión*

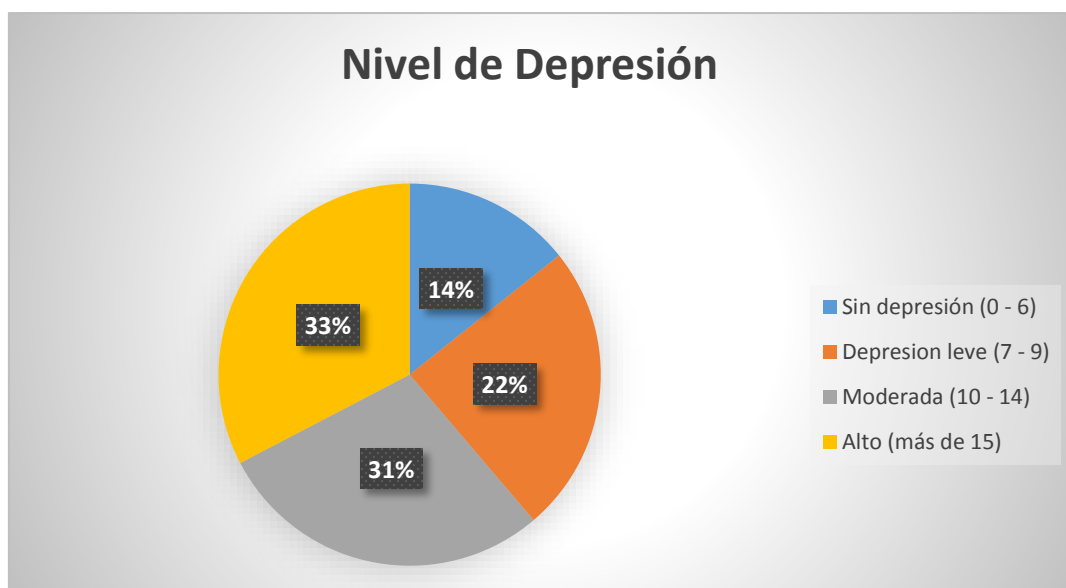
Depresión		
N	Válidos	49
	Perdidos	0
Media		13,04
Mínimo		2
Máximo		30

### OBJETIVO GENERAL

Tabla 02  
*Niveles de depresión*

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	6	14%
Depresión leve	12	22%
Depresión moderada	15	31%
Depresión alta	16	33%
Total	49	100%

Según la tabla 2, los elementos muestrales sin depresión fueron 6, con depresión leve 12, con depresión moderada 15 y con depresión alta 16 elementos muestrales.

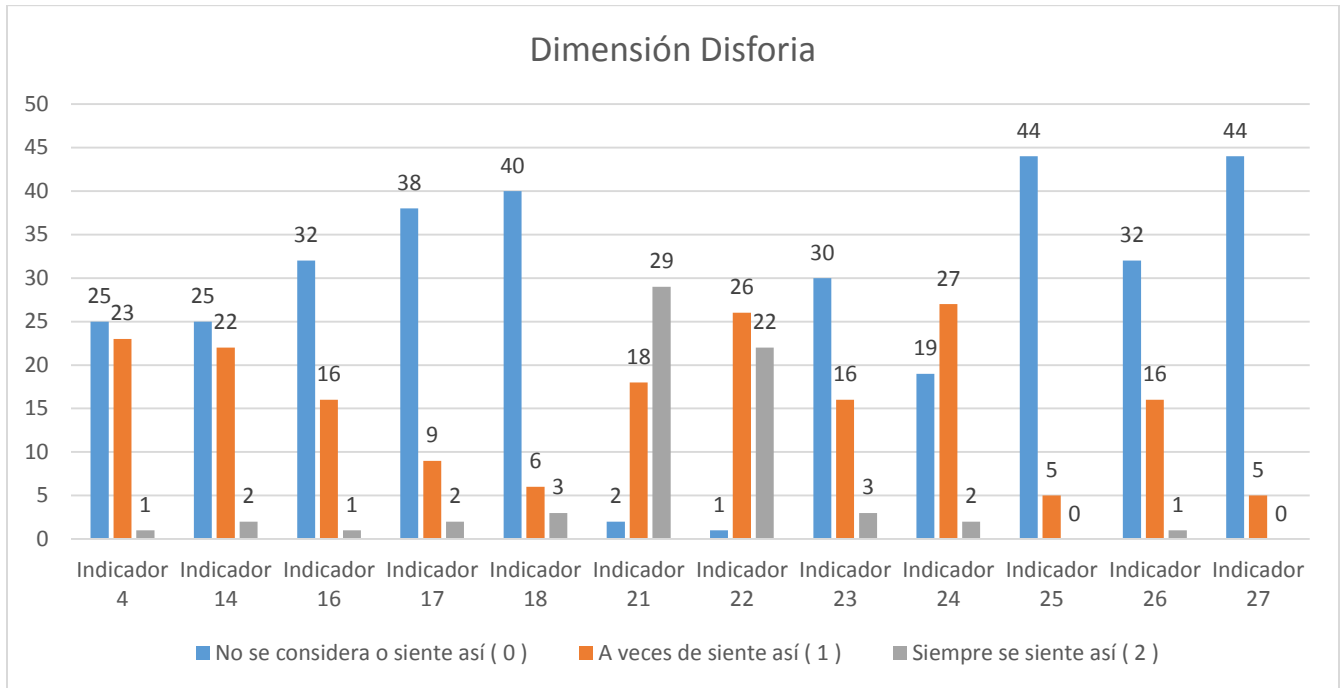


*Figura 01.* Distribución porcentual del nivel de depresión.

Según la figura 1, el 14% de pacientes con trastornos alimenticios esta sin depresión, el 22% tiene depresión leve, el 31% tiene depresión moderada y el 33% tiene depresión alta, lo que representa que la mayor parte de la población presenta depresión.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 1

### Dimensión Disforia



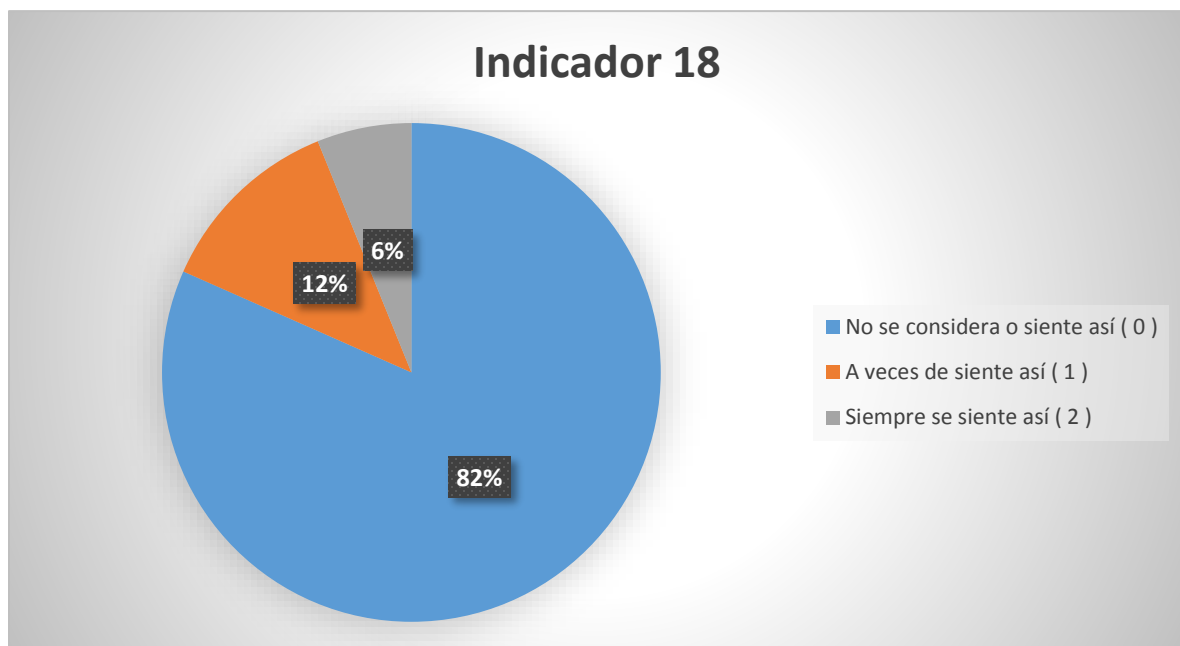
*Figura 02.* Puntaje de la dimensión Disforia. Se observa que uno de los indicadores de mayor riesgo es el indicador numero 21 (Nunca me divierto en el colegio. (2) Sólo a veces me divierto en el colegio. (1) Muchas veces me divierto en el colegio. (0). En la cual un 59 % refiere que las relaciones sociales que los adolescentes tienen con respecto al área educativa en la cual refiere que en el colegio se sienten solos, sin compañeros y no encuentran diversión alguna frente a sus pares.



Tabla 03

Indicador 18. *Frecuencia del indicador 18. Disminución del apetito.*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	40	82%
A veces de siente así ( 1 )	6	12%
Siempre se siente así ( 2 )	3	6%
Total	49	100%

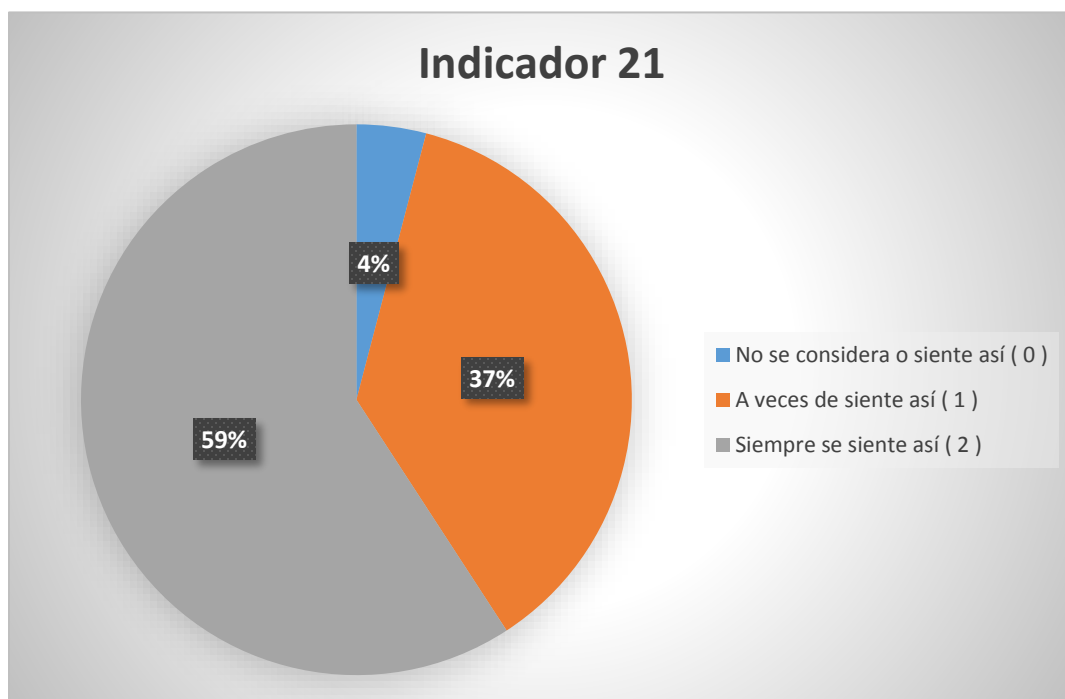


*Figura 03.* Distribución porcentual del indicador 18. Disminución del apetito. El indicador 18 nos habla sobre respecto a la alimentación que tiene los adolescentes, en lo cual refieren que 3 adolescentes (6%) no tienen buena alimentación o no sienten apetito la mayor parte del tiempo.

Tabla 04

Indicador 21: *Frecuencia del indicador 21. Sentimiento de soledad.*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	2	4%
A veces de siente así ( 1 )	18	37%
Siempre se siente así ( 2 )	29	59%
Total	49	100%

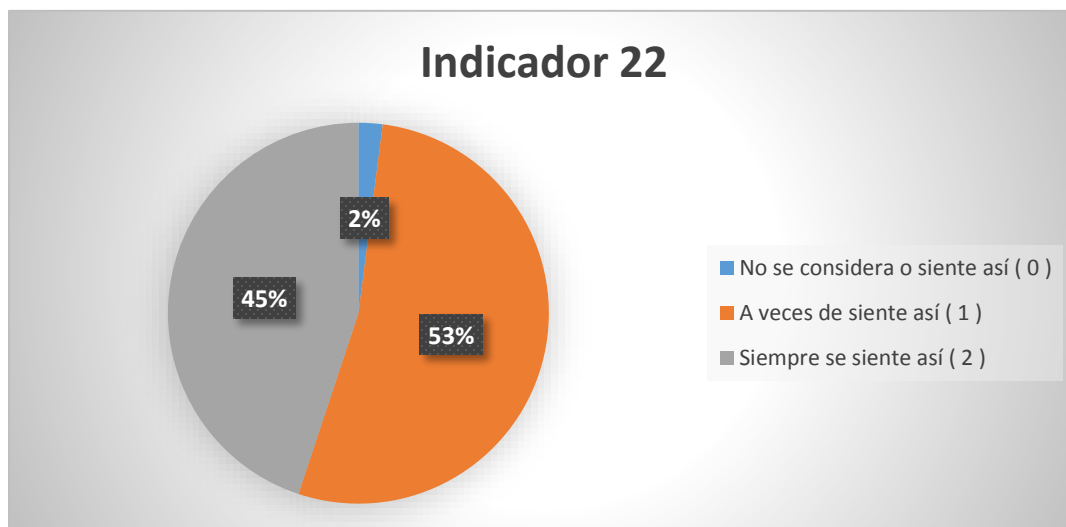


*Figura 04.* Distribución porcentual del indicador 21. Sentimiento de soledad. Según los resultados del indicador número 21 refiere que 29 adolescentes (59%) encuestados tiene dificultades para interactuar con sus pares en el aspecto educativo en la cual se sienten solos y no se sienten a gusto.

Tabla 05

Indicador 22. *Frecuencia del indicador 22. Reducción del interés social.*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	1	2%
A veces de siente así ( 1 )	26	53%
Siempre se siente así ( 2 )	22	45
Total	49	100%

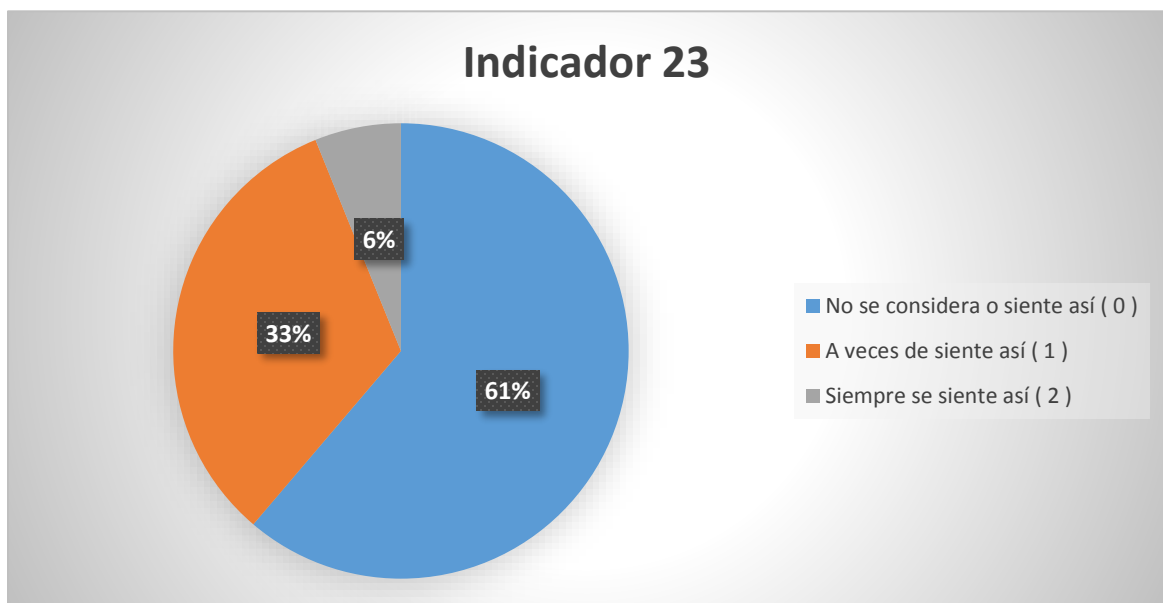


*Figura 05.* Distribución porcentual del indicador 22. Reducción del interés social. El indicador número 22 manifiesta que 22 de los adolescentes (45%) su círculo social es reducido y que le gustaría tener más amistades para sentirse a gusto entre ellos.

Tabla 06

Indicador 23. *Frecuencia del indicador 23. Declinación del rendimiento escolar.*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	30	61%
A veces de siente así ( 1 )	16	33%
Siempre se siente así ( 2 )	3	6%



*Figura 06.* Distribución porcentual del indicador 23. Declinación del rendimiento escolar. El indicador número 23 se refiere a las actividades escolares que realizan los adolescentes en la cual 22 adolescentes (6%) refiere que su rendimiento académico ha bajado en los cursos que antes sobresalían.

Tabla 07

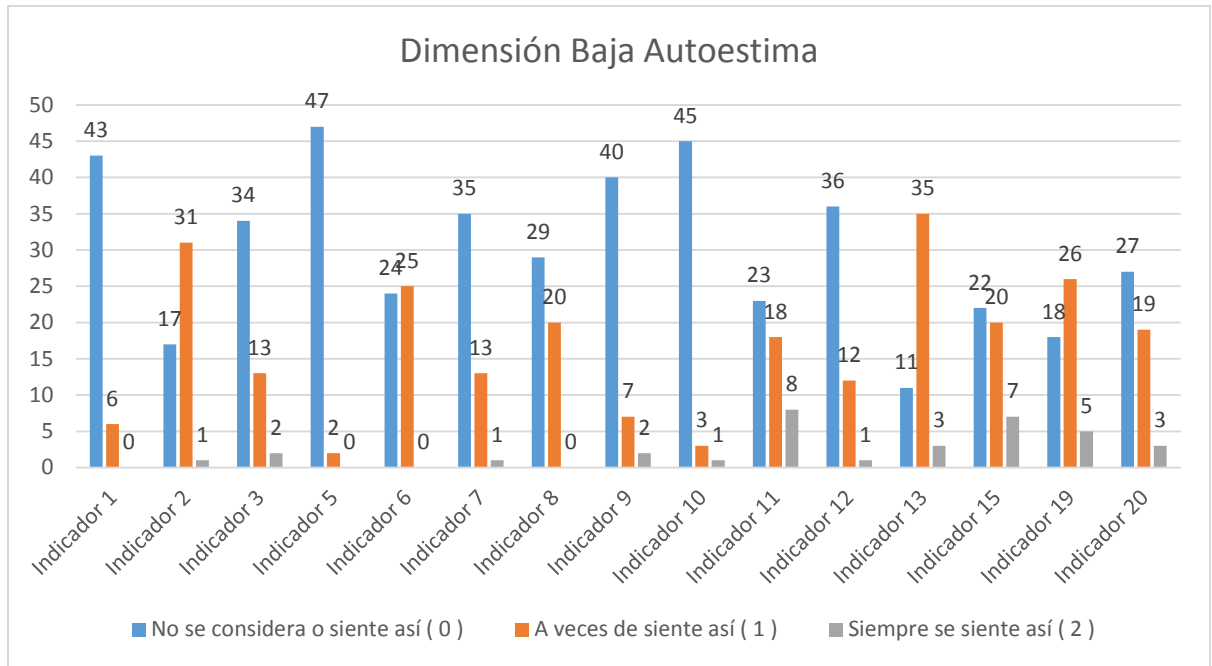
*Tabla de dimensión 1 baja autoestima*

		Baja autoestima
N	Válidos	49
	Perdidos	0
Media		6,55
Mínimo		2
Máximo		13

Según la tabla 3, la baja autoestima obtuvo una media de 6,5510, el puntaje mínimo fue de 2 y el máximo de 13. Lo que significa que la mayor parte de la población evaluada presente depresión moderada tanto por motivos familiares o problemas en la escuela.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 2

### Dimensión Baja Autoestima

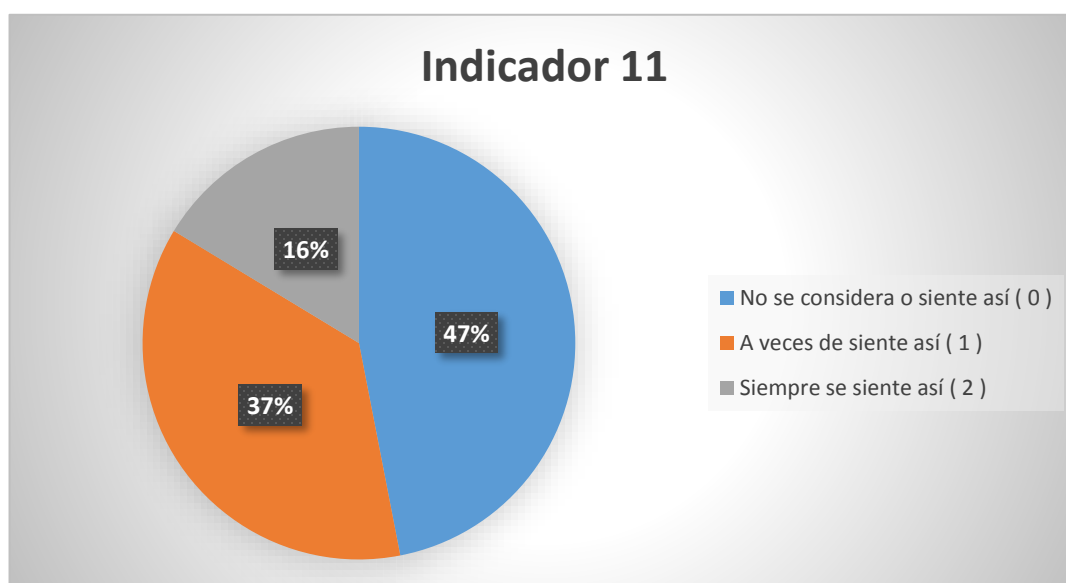


*Figura 07.* Puntaje de la dimensión 1 Baja Autoestima. Uno de los indicadores de mayor riesgo es el indicador número 11 (Siempre me preocupan las cosas donde (2) Muchas veces me preocupan las cosas, (1) De vez en cuando me preocupan las cosas y (0) Siempre se siente así. En la cual un 16% el que pone a manifiesto que los adolescentes que sufren de anorexia y bulimia sienten que le preocupan las cosas que pueden pasar a su alrededor.

Tabla 08

*Frecuencia del indicador 11: Autoimagen negativa*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	23	49%
A veces de siente así ( 1 )	18	37%
Siempre se siente así ( 2 )	8	16%
Total	49	100%

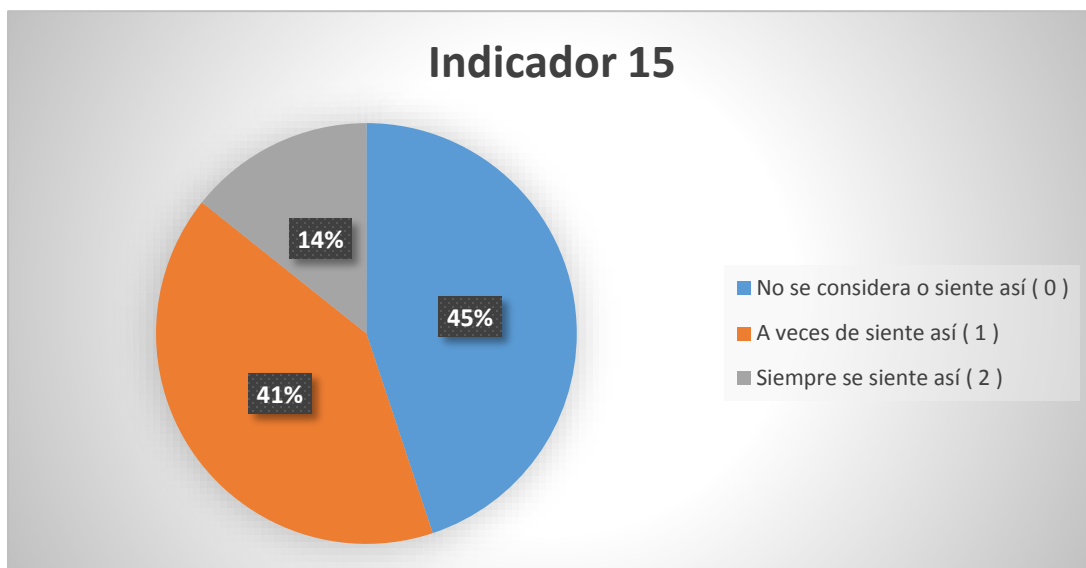


*FFigura 08.* Distribución porcentual del indicador 11: Autoimagen negativa. Según los resultados el indicador 11 refiere que 8 personas de los encuestados sienten que le preocupan las cosas, sabemos que los encuestados tienen anorexia y bulimia y las cosas que le puede preocupar son su figura, temor a engordar, sentimientos de culpa, temor a ser rechazados por su aspecto físico, etc.

Tabla 09

*Indicador 15. Frecuencia del indicador 15. Anhedonia en el colegio.*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	22	45%
A veces de siente así ( 1 )	20	41%
Siempre se siente así ( 2 )	7	14%
Total	49	100%



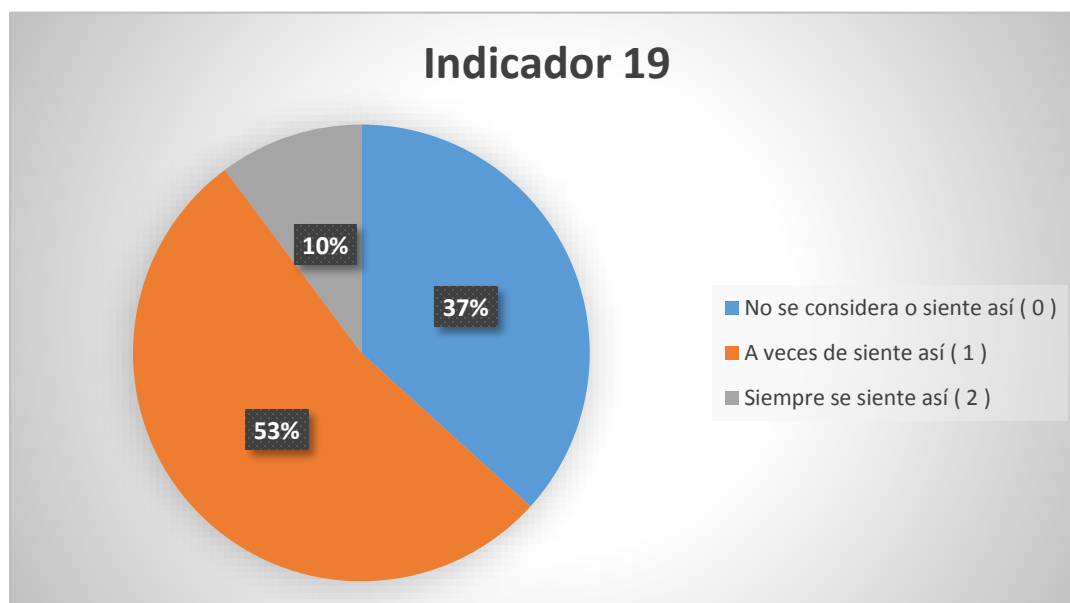
*Figura 09.* Distribución porcentual del indicador 15. Anhedonia en el colegio. Según los resultados el indicador 15 refiere que 7 personas (14%) de los encuestados les cuestan hacer las tareas escolares o ya no tienen la misma motivación al realizarlas. 20 personas (41%) refieren que a veces les cuesta hacer las tareas escolares y 22 personas (45%) refieren no presentar Anhedonia.



Tabla 10

*Indicador 19: Frecuencia del indicador 19. Aprensión*

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
No se considera o siente así ( 0 )	18	37%
A veces de siente así ( 1 )	26	53%
Siempre se siente así ( 2 )	5	10%
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>



*Figura 10. Distribución porcentual del indicador 19. Aprensión.*

Según los resultados el indicador 19 refieren que 5 personas (10%) de los encuestados les preocupa su estado de salud o que puedan coger algún tipo de enfermedad, por los mismos problemas que presentan como la anorexia y/o bulimia.

### **4.3. Análisis y discusión de los resultados**

Del análisis realizado se obtienen los siguientes resultados: seis pacientes (12,2%) con trastornos alimenticios están sin depresión, doce pacientes (24,4%) tienen depresión leve, quince pacientes (30,6%) tienen depresión moderada y dieciséis pacientes (32,7%) tienen depresión alta. La media aritmética obtenida es de 13.04, lo que demuestra que el nivel de depresión de los pacientes con trastornos alimenticios es moderado.

Del total de pacientes mujeres, dos tienen depresión leve, dos tienen depresión moderada y dos tienen depresión alta. Asimismo, del total de pacientes hombres, seis están sin depresión, diez tienen depresión leve, trece tienen depresión moderada y dieciséis tienen depresión alta.

Del total de pacientes sin depresión, dos tienen trece años, tres tienen catorce años, y una tiene quince años. Del total de pacientes con depresión leve una tiene once años, tres tienen doce años, cuatro tienen catorce años y otras cuatro tienen quince años. Del total de pacientes con depresión moderada, tres tienen trece años, cuatro tienen catorce años y ocho tienen quince años. Del total de pacientes con depresión alta, una tiene once años, dos tienen trece años, tres tienen catorce años, nueve tienen quince años y una tiene nueve años.

Los indicadores de la dimensión baja autoestima de mayor riesgo son la anhedonia en el colegio y el aislamiento social. Por otra parte, los indicadores de la dimensión disforia de mayor riesgo son la aprensión, la disminución en la motivación en la tarea de la escuela y la preocupación somática.

León (2013), realizó una investigación titulada “Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana”. El estudio concluyó que se observa una frecuencia alta en la categoría ‘leve’ de la sintomatología depresiva. Dicho fenómeno se muestra en los cuatro colegios de la muestra. Conclusión que no guarda relación con

los resultados obtenidos dentro de esta investigación que concluyó se presenta una alta frecuencia en la categoría alta.

#### **4.4. Conclusiones**

##### **4.4.1. Conclusión general**

La media aritmética obtenida de la aplicación de la encuesta es de 13,04. Según este resultado el nivel de depresión de los pacientes con trastornos alimenticios es moderado.

##### **4.4.2. Conclusiones específicas**

- Los indicadores de la dimensión disforia de mayor riesgo son la aprensión, que significa que siente contra alguien o algo por miedo a que sea perjudicial para la salud, la disminución en la motivación en la tarea de la escuela y la preocupación somática.
- Los indicadores de la dimensión baja autoestima de mayor riesgo son la anhedonia en el colegio que significa que no disfruta de actividades académicas y el aislamiento social

#### **4.5. Recomendaciones**

- Promover cambios, intervenciones y actividades reduzcan los niveles de depresión en los pacientes con trastornos alimenticios.
- Desarrollar un programa de retroalimentación positiva y/o políticas que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con anorexia y bulimia.
- Realizar estudios semestralmente a los pacientes con anorexia y bulimia, para conocer la evolución de los niveles de depresión en las personas.

## **CAPÍTULO V**

### **PROGRAMA DE INTERVENCION**

#### **5.1. Denominación del programa:**

Taller de modificación de proyecto de vida “Valorando nuestros días”

#### **5.2. Justificación del programa:**

Los trastornos alimenticios son un problema que afecta en gran medida a los adolescentes debido a estereotipos que sugieren que para tener éxito en la vida se debe tener cuerpos esculpturales. Muchos adolescentes realizan ejercicios extremos que ponen en riesgo y en algunos casos presentan depresión y trastornos de personalidad que afectan su vida. Es por ello, que los programas de intervención deben abordar las variables que llevan a un individuo a realizar este tipo de conductas autodestructivas y dotarlas habilidades para poder resistir con éxito las presiones sociales que provocan a un individuo a realizar conductas inapropiadas.

En el programa de intervención se busca como finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes con dependencia a las drogas y mejorar así su proyecto de vida para el progreso de sus vidas en los aspectos familiares, sociales y personales.

#### **5.3. Establecimiento de los objetivos:**

##### **Objetivo general:**

Capacitar para su propio proyecto de vida y promover así una aceptación positiva de su cuerpo en la clínica Gaba - Perù.

##### **Objetivos específicos:**

- 1) Modificar la actitud hacia una figura ideal por aceptarme tal y como soy.
- 2) Ampliar la actitud en relación a la percepción de las consecuencias positivas de una figura sobre una alimentación balanceada.
- 3) Mejorar la autopercepción del adolescente en lo que se refiere a su proyecto de vida.

#### **5.4. Sector al que se dirige:**

El programa de intervención está dirigido a los adolescentes, jóvenes y adultos que son pacientes diagnosticados con anorexia y/o bulimia de la clínica Gaba – Perú donde se realizó la investigación previa de esta investigación. La muestra está conformada por 49 adolescentes.

#### **5.5. Establecimiento de conductas problemas/meta:**

Con relación a las conductas problemas, principalmente se orienta las actitudes con respecto a los problemas hacia los guías donde hubo mayor riesgo, las cuales se cambiarán. Los resultados obtenidos en la investigación señalaron que existen indicadores con riesgo en determinados factores de la actitud hacia la depresión de la persona.

##### **Conductas negativas:**

- Agresividad
- Abandono de estudios
- Bajo rendimiento escolar/ universitario
- Falta de comunicación
- Inseguridad
- Falta de apoyo psicológico
- No logran plasmar un proyecto de vida
- Aislamiento de la persona
- Situación familiar conflictiva o disfuncional

##### **Conductas Meta:**

- Mejorar la conducta a través de la comunicación asertiva
- Retomar los estudios académicos
- Motivar el rendimiento escolar o universitario
- Motivar para mejorar las comunicaciones
- Motivar a la integración entre las personas
- Motivar hacia la ayuda psicológica
- Motivar para concretar así un proyecto de vida
- Motivar a la interacción en el entorno social de la persona
- Motivar hacia la mayor interacción familiar

## **5.6 Metodología de la intervención:**

Se emplea el uso de una metodología reflexiva, crítica y participativa. En síntesis, se emplea la participación activa de los pacientes promoviendo la reflexión con respecto a cómo debe ser la actitud frente a la problemática de la figura ideal que nuestra sociedad impone o se hace uso de la crítica mediante juegos entre todos.

Las sesiones que se presentan, están compuestas por dos fases principalmente: la teórica y la práctica. En la fase teórica, se brinda de información de lo que significa la depresión en nuestra población adolescente que tiene anorexia y/o bulimia, las teorías que lo respalda, como se forman los comportamientos y todo referente a ello. Mientras que, en la fase práctica, se llevan a cabo dinámicas que se puedan realizar tanto individuales como grupales.

Por último, el programa va a estar conformado por 11 sesiones, 3 días en la semana, con una duración de 45 minutos por sesión, formando 7 grupos de 7 pacientes, en el mismo centro de rehabilitación "Clínica GABA –Perú" en uno de los salones para la preparación de los adolescentes. Las mismas sesiones se llevan a cabo para los distintos grupos.

### **5.7. Instrumentos/ material a utilizar:**

Útiles de escritorio: Papeles bond A4, Lapiceros y lápices, tijeras, plumones delgados y grupos, papelotes, cartulina, limpiatipo.

Ambiente: Un salón ubicado en el mismo centro de rehabilitación.

Equipos: Laptop, proyector, parlantes.

Programas: Power point, internet (prezi).

Videos: se proyecta 2 videos.

Fichas de asistencias.

Fichas de evaluación.

Otros: Sillas, mesas.

La persona encargada de poner en ejecución el programa de intervención.

Se requiere 2 asistentes

## 5.8. Cronograma de Actividades

N° Sesión	Temas	Cronograma										
		1er a Sem	2da Sem	3era Sem	4ta Sem	5ta Sem	6ta Sem	7ma Sem	8va Sem	9na Sem	10ma Sem	11va Sem
1	Presentación y Justificación del programa	X										
2	Información sobre la depresión		X									
3	Importancia de los vínculos afectivos			X								
4	Importancia de la autoestima				X							
5	Afrontamiento de los problemas					X						
6	Fortalecimiento de la autoestima						X					
7	Importancia de la alimentación							X				
8	Expresión de las emociones								X			
9	Importancia de los adolescentes en la sociedad									X		
10	Pensando positivamente										X	
11	Cierre del programa											X



## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### Primera sesión de aprendizaje

Nº	1
Sesión	Presentación del programa.
Objetivo	Presentar el programa y justificar su importancia.
Recurso	Pelota, Auditorio
Tiempo	15 minutos de dinámica de presentación 25 minutos de presentación del programa 10 minutos de retroalimentación

Indicadores de evaluación: Confianza y apertura del grupo

### Desarrollo

Se presenta el programa, señalando los objetivos que se deben alcanzar durante las sesiones propuestas, de igual manera se habla de la depresión y de qué manera afecta nuestro diario y como dicho programa contribuye en su vida personal.

Posteriormente, se forma un círculo en el que participan todos los participantes, y el facilitador se pone al medio con una pelota, y se presenta diciendo su nombre y que es lo que más le gusta hacer. Luego lanza la pelota a uno de los participantes del grupo y al que le toque se pone en medio de todos. Todo este procedimiento se realiza hasta terminar con todos los grupos participantes.

Al finalizar la dinámica de presentación, se les invita a que pasen a otro ambiente, para presentarles el programa y las actividades que se desarrollan durante el transcurso del programa, en dicha presentación se habla de la importancia y justificación del

programa explicando las actividades que se planifica llevar a cabo tres veces por semana, al finalizar la exposición se realiza la retroalimentación respectiva entre todos.

## Segunda sesión de aprendizaje

N°	2
Sesión	Conociendo más de la depresión en adolescentes.
Objetivo	Concientizar a los adolescentes el riesgo de la depresión.
Recursos	Proyector, sillas, plumones, paleógrafos
Tiempo	10 minutos de video 20 minutos de trabajo en equipo 15 minutos de exposición 5 minutos de retroalimentación

Indicadores de evaluación: Análisis del documental disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=eiFzqlj5MCO>

<https://www.youtube.com/watch?v=MAoNkR5cOxs>

### Desarrollo

Terapia cognitiva: Para corregir y mentalizar el esquema y así mejorar la depresión:

- Identificando los errores cognitivos: ideas, conceptos, pensamientos distorsionados que aparecen por creencias inadecuadas para poder enfrentarlos con el análisis lógico y la comprobación.

- Mediante asignación de tareas concretas, para que la persona aprenda a reacomodar sus pensamientos con la realidad y así pueda afrontar situaciones o problemas que antes consideraba difíciles y no superables.

Psicoeducación dirigida a la familia.

- Se proporciona a todos una explicación de los mecanismos que llevaron al menor a presentar este cuadro, así como de sus factores causales.

- Se razona sobre cómo incide la familia en la presentación del trastorno, desde cuándo se inicia y su frecuencia.

- Se informa lo sobresaliente de las conductas atentarías parciales.

- Se planifica completamente las acciones positivas a llevarse a cabo y el compromiso fiel a su cumplimiento, enfocado sobremanera, el proporcionar: mejorar el afecto, evitar hostilidad y rechazo, mayor recreación, distribuir y aprovechar mejor el tiempo, etc.

Se proyecta un documental sobre la depresión en adolescentes al finalizar, se le entrega a cada grupo plumones y papelógrafos, donde deben escribir lo que más le ha interesado en el video, para ello se agrupan en grupo de 7 personas, al finalizar dos representantes de cada grupo, un representante sale al frente a exponer todas las ideas principales del grupo. La finalidad de este video es concientizar a los adolescentes sobre los riesgos de la depresión en adolescentes y como se debe trabajar para prevenir este problema de salud mental fortaleciendo su sentido de vivir. Al finalizar se forma un círculo y se pregunta a todos cómo se sintieron en dicho taller, asimismo se les pide a los participantes que para la siguiente actividad, deben venir con un familiar para que los apoye y así contribuyan en el desarrollo de la siguiente sesión.

### **Tercera sesión de aprendizaje**

N°	3
Sesión	La importancia de los vínculos afectivos con la familia. Fortalecer los vínculos afectivos con los familiares
Recurso	Equipo de sonido, auditorio, hojas de colores
Tiempo	20 minutos de relajación 40 minutos de charla 30 minutos de actividad

Indicadores de evaluación: Fortalecimiento de los vínculos afectivos del adolescente con sus familiares

#### **Desarrollo**

Con un fondo de música suave, se les pide a los participantes que se relajen suavemente, empezando con los movimientos de cabeza de derecha a izquierda lentamente, luego se les pide a cada uno que relajen sus hombros, muevan sus piernas y finalmente estiren sus brazos por 5 segundos, para ello realizan una repetición de 3 veces, luego se forman en pareja y se pone uno detrás del otro, la persona que este atrás empieza a relajarle la cabeza y los hombros suavemente a su compañero que esta adelante durante 2 minutos, posteriormente a ello la persona que fue relajada cambia de rol y es quien realce este mismo procedimiento a la persona que estuvo atrás también por el mismo tiempo de 2 minutos, al finalizar se forma un círculo y le preguntan a cada uno cómo se sintió con dicha actividad.

Posteriormente se realiza una breve exposición sobre la importancia de las relaciones afectivas en la familia, en la que se explica el rol que tiene los familiares cuando uno de sus miembros del adolescente, posteriormente se trabaja la dinámica yo quiero decirte, dicha actividad se trabaja con el apoyo del familiar que ha venido acompañándolo, en la que se entrega a cada participante dos hojas a color para que ambos escriban las cualidades positivas de la persona que ha venido a acompañarlo en ese momento, al finalizar forman un círculo y se pide que de manera voluntaria manifiesten los que han puesto en la hoja, al culminar ambos de expresar toda las características positivas se abrazan mutuamente finalizando así la sesión propuesta . Por otro lado se les pide a los

participantes que para la próxima sesión realicen una sesión de baile y en la que deben asistir con ropa adecuada.

La finalidad de esta sesión es involucrar a la familia y para fortalecer las relaciones afectivos entre ellos lo que debe favorecer su desarrollo emocional.

## Cuarta sesión de aprendizaje

N°	4
Sesión	La importancia de la autoestima
Objetivos	fomentar en el adolescente una autoestima sana
Recurso	Auditorio, Hojas bond, Portafolio de Autoestima
Tiempo	90 minutos
Indicadores de evaluación:	Concientizar a todos los participantes con respecto a la importancia de desarrollar una autoestima positiva.

### Desarrollo

En la presente sesión, todo el grupo se reúne en el auditorio para la exposición sobre la importancia de la autoestima, para ello se les entrega un portafolio del tema a tratar. Al finalizar todo el grupo se reúnen para iniciar con la dinámica conocida como “Yo Soy”

Al inicio, el profesor realiza una breve entrada del significado de la palabra “autoestima” (evaluación que la persona hace de sí mismo), siempre motivando a que los alumnos opinen sobre la materia. Luego se les distribuye una carpeta, para que pongan en la parte superior la frase YO Soy....., y a la parte izquierda del folio la misma frase, escrita unas 10 veces. Quedará de siguiente forma:

YO SOY.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Etc.

Se les brinda las siguientes instrucciones a los participantes: “Van a describir sus cualidades, logros, destrezas, conocimientos, capacidades. Posteriormente por parejas, van a venderse a ustedes mismos. Uno hará el rol de vendedor y otro de comprador, y después intercambian los roles. El vendedor expone las causas por las que el comprador le conviene adquirirlos”. Finalmente el facilitador pregunta a los alumnos que dificultades se les ha presentado al completar las frases de yo soy y a la hora de venderse y procede

a anotar en la pizarra. Explica a los adolescentes que a un gran porcentaje de personas les resulta difícil reconocer cualidades que poseemos. Esta situación ocurre dado que las personas elegimos un modelo para compararnos y según eso nos evaluamos de manera positiva o negativa. De lo que se trata es hacer una comparación real, o más ajustado a la realidad.

Es así, que lo que se pretende es que los adolescentes aprendan con esta actividad logren auto valorarse, identificando características positivas propias y en los demás para poder expresarlas adecuadamente. Deben ser conscientes de las dificultades que se presentan identificar cualidades positivas propias. Igualmente, se busca potenciar la autoestima de los adolescentes.



## Quinta sesión de aprendizaje

N°	5
Sesión	Aprendiendo a enfrentar nuestros problemas
Objetivo	Enfrentar de manera positiva nuestros problemas
Recurso	Auditorio, pizarra, plumones
Tiempo	1 hora

Indicadores de evaluación: Trabajar a través de la participación activa en los adolescentes situaciones difíciles en su vida diaria.

### Desarrollo

En esta sesión se explica la importancia de enfrentar adecuada y asertivamente los problemas en el adolescente, para ello se forman grupos de 4 personas para escenificar una dramatización de los posibles problemas que presentan los jóvenes, los temas se basan teniendo en cuenta el aspecto familiar y personal. Tienen 15 minutos para ponerse de acuerdo los roles que se interpretarán, al finalizar la actividad, se realiza una plenaria y cada uno opinará acerca de las escenificaciones realizadas por los compañeros del grupo. Se da un espacio de 10 minutos para continuar con la siguiente actividad, que tiene como propósito el solucionar situaciones de manera positiva, cuyo ejercicio, el facilitador expone situaciones a través de ejemplos, y pide de manera voluntaria a los participantes a pensar acerca de cómo pueden solucionar de manera positiva dicha situación.

Se solicita que tres adolescentes para que puedan expresar ideas o comentarios en relación con respuestas al elogio.

¿Cómo nos sentimos cuando esto nos sucede? ¿Qué emoción nos embarga?

Se procede a describir los hechos de la forma más objetiva y clara posible. No se trata de saber quién hizo qué, sino cuál es el conflicto que hay que solucionar. De este modo, el otro no sentirá que estamos personalizando o culpándole del conflicto, sino que se busca es una solución que sea ventajosa para ambos. Una vez que el conflicto se despersonaliza, es más sencillo solucionarlo con objetividad, dejando las emociones a un lado.

– Expresaremos en qué puntos no estamos de acuerdo, cómo nos sentimos y qué pensamos acerca del comportamiento de la otra persona. Es importante que empecemos las frases con yo, “yo me siento, yo opino”, en lugar de “es que tú...”, lo cual llevaría al otro a ponerse en una situación defensiva.

También es importante reconocer nuestra parte de responsabilidad en el problema.

– Proponer soluciones: Se hará siempre desde un punto de vista positivo, sugiriendo comportamientos o acuerdos que beneficien a las dos partes. Es importante aquí no echar toda la carga sobre el otro, sino apuntar soluciones compartidas. Si se hace bien, en este punto suele quedar desbloqueado el conflicto.

– Determinar qué resultados positivos o consecuencias tendrá para los dos si se pone en práctica dicha solución, reforzando así positivamente lo conseguido en el punto anterior.

De este modo se evita que el conflicto derive en uno peor, donde ambas partes resulten dañadas. Si en algún momento sentimos que perdemos el control, detendremos la conversación explicando cómo nos sentimos y nos comprometemos a retomarla más tarde.

## **Sexta sesión de aprendizaje**

N°	6
Sesión	Trabajo para fortalecer la autoestima
Objetivo	Fortalecer la autoestima y el sentido de pertenencia
Recurso	Equipo de sonido, Auditorio, hojas de colores
Tiempo	20 minutos de charla 20 minutos de dinámica 20 minutos de retroalimentación

Indicadores de evaluación: Concientizar al adolescente con respecto a la importancia del quererse y valorarse, Trabajar en equipo.

### **Desarrollo**

En esta sesión se solicita a los participantes que formen una ronda y a través de la técnica de la lluvia de ideas, responden las siguientes preguntas : ¿Qué es la autoestima ?, ¿Cómo identificas a una persona con baja autoestima?, ¿ Alguna vez te han hecho sentir mal ?, posteriormente a ello, se trabaja unas diapositivas sobre la autoestima en el adolescente, con el fin de concientizar con respecto a la importancia que tiene cada uno de ellos como persona, seguidamente se realiza la dinámica acentuando lo positivo, para lo cual se deben formar parejas donde cada uno pegará una hoja en la espalda de su compañero y ponen todos los aspectos positivos que han evidenciado en esa persona durante todas las sesiones realizadas.

Formas de mejorar la autoestima del adolescente

Frecuentemente y sin pensar, los padres de familia refuerzan la autoestima de sus hijos diariamente. Igualmente hay días en que los padres lastiman a sus hijos sin que se den cuenta

A continuación se describe formas para ayudar a elevar la autoestima.

Sea generoso con los halagos

“No les decimos a nuestros hijos con frecuencia lo que hicieron bien,” refiere la Dra. Adele Hofmann. Felicite a su hijo por sus logros y; incluso cuando no obtiene buenos resultados. Hay a los niños asentirse orgullosos.

Los adolescentes que tienen baja autoestima sienten algo extraño cuando los halagan. Halague al adolescente con moderación, de lo contrario parecerá que no es sincero. Los niños sienten cuando sus padres tratando de hacerlos sentir bien. En todo caso, tendrá un efecto opuesto.

Criticar al adolescente de manera constructiva, nunca de manera destructiva

En lugar de decir: “¿Por qué respondiste mal en la prueba de matemáticas?”

Diga: “Estudia. Estoy seguro que el próximo examen te ira muy bien”.

Pida la opinión de su hijo adolescente: Al finalizar se les pide a todos los grupos que mencionen todos los aspectos positivos de la persona con la que trabajó finalizando con un abrazo mutuo. Así también se les pide que para la siguiente sesión traigan imágenes sobre la adecuada alimentación y de los productos que consumen cada día para una exposición individual.

## **Séptima sesión de aprendizaje**

N°	7
Sesión	La importancia de la alimentación y el cuidado personal
Objetivo	Concientización a los adolescentes a mejorar su alimentación
Recurso	Auditorio, equipo de sonido
Tiempo	5 minutos lluvia de ideas 20 minutos de charla 20 minutos de actividad 15 minutos de retroalimentación

Indicadores de evaluación: Mejorar su calidad de vida, Comprometerse a alimentarse mejor.

### **Desarrollo**

En la presente sesión, se contará con la presencia de la nutricionista de la clínica Gaba – Peru especialista en nutrición adolescente, en la que expone la importancia de la alimentación y la calidad de vida en esta etapa de la vida, para lo cual se empieza a trabajar con la técnica de lluvia de ideas. Se pide a los participantes que mencionen todo lo que saben de calidad de vida y los alimentos nutritivos que favorecen esta etapa, al finalizar la exposición de la nutricionista se da un espacio de 5 minutos para que los participantes preparen su exposición sobre los alimentos que ellos consumen, finalmente se formarán en un círculo y mencionarán qué les pareció la sesión, y que para la siguiente sesión vengan con ropa cómoda y útiles de aseo personal, ya que se va a trabajar expresando emociones a través del arte.

## **Octava sesión de aprendizaje**

N°	8
Sesión	Expresar emociones
Objetivo	Expresar libremente las emociones a través del arte
Recurso	Equipo de sonido, colores, hojas bond
Tiempo	1 hora

Indicadores de evaluación: Concientizar al adolescente acerca de la importancia del expresar las emociones a través del arte.

### **Desarrollo**

Se trabaja con los adolescentes actividades de dibujo y pintura cuyo objetivo principal es expresar libremente las emociones. Se le entregará a cada participante hojas bond, pinceles temperas donde deben plasmar cómo se han sentido durante la semana, al finalizar la actividad cada integrante presentará su trabajo y mencionará cómo se sintieron y que pensamientos tuvieron a la hora de realizar dicho dibujo. Al finalizar se realiza la retroalimentación explicando la importancia que tiene el realizar actividades pictóricas a través de lo que siente y piensa.

#### Identificar las emociones

El primer lugar para expresar las emociones se debe identificarlas de manera correcta. Si sabes que es lo que sientes, es probable que expreses las emociones de manera incorrecta. Cuando no sabes lo que sientes, hay dos cosas que pueden ayudarte a expresarlas de manera apropiada: tu cuerpo y tu conducta.

La mayor parte de las emociones se experimentan en el cuerpo. Si observas y prestas atención a tus sensaciones en el cuerpo te darás cuenta de tus sentimientos. Sin embargo, para que esto suceda es necesario practicar y conocer tu cuerpo, dado que cada persona experimenta sensaciones diferentes ante una misma emoción. Por tanto, debes analizar la forma en qué reacciona tu cuerpo. Por ejemplo, ante la ansiedad con contracturas musculares, mientras que otra persona, ante la misma sensación reacciona de otra forma.

Otra fuente importante de información es la forma en que te comportas. Por ejemplo, si cuando estas con otra persona sientes frustración y te enoja como se comporta, es probable que sientas resentimiento hacia esa persona. Por ello, debes analizar tu conducta y formular conclusiones sobre que las puede provocar.

Por consiguiente los pasos podrían ser los siguientes:

1. identificar lo que sientes. Es decir, poner nombre a la emoción o emociones que sientes.
2. Identificar la causa. Preguntarte: ¿por qué me siento así?
3. Analiza tus pensamientos: Todos tus pensamientos influyen en todos tus emociones. Si sientes o piensas que un amigo o compañero tienen la intención de hacerte daño de manera intencional sentirás cólera. Entonces, es necesario verificar y/o analizar tus pensamientos. Según el ejemplo, te ayudará a lograr descubrir si la actitud de tu compañero es a propósito o no.
4. Piensa cuál es el mejor modo de expresar tus sentimientos, sea mediante palabras, conductas, el arte. Algunas veces es necesario lograr expresarnos de diferentes formas. Es importante preguntarte que es lo que pasaría si expresas tus sentimientos y cuáles serían las consecuencias
5. Pregúntate qué pretendes lograr cuando expresas una emoción específica. Como por ejemplo: sentirte bien y lograr solucionar algún problema con otra persona, te ayudará a identificar la manera correcta de expresar tus emociones.
6. Regular la intensidad de tus emociones. Expresar tu enojo gritando no es lo mismo que expresarlo de manera calmada. Si no puedes expresar tus emociones de manera calmada, entonces puedes buscar una forma alternativa de poder expresarte. Por ejemplo, para evitar expresar tus sentimientos con enojo, puedes expresarlo por escrito, ya que te ayudará a controlar la intensidad de tu enojo.

## **Novena sesión de aprendizaje**

N°

9

Sesión

El valor del adolescente en la sociedad

Objetivo

Fortalecer el sentido de pertenencia y de identidad

Recurso

Los adolescentes

Tiempo

1 hora

Indicadores de evaluación: concientizar a los jóvenes acerca del valor que tienen en la sociedad.

### **Desarrollo**

El desarrollo de esta sesión, se lleva a cabo en el auditorio con una exposición, donde se le mostrará a todo el grupo varias imágenes de personas adolescentes que han contribuido en la sociedad, conforme se vayan pasando las imágenes, se les preguntará para que mencionen el nombre del personaje y la labor que realizó en la sociedad.

Posteriormente, se realiza una plenaria donde cada participante mencionará algunos casos de personas que conocen y fueron modelos a seguir contribuyendo en su desarrollo emocional y personal. También, se proyecta un video acerca de la importancia de la adolescencia en nuestra sociedad en donde los participantes deben ver y analizar a través de un plenario, la importancia del adolescente en nuestra sociedad y cómo se sintieron al momento de las escenas más significativas en los personajes principales. Finalmente, para la siguiente sesión deben traer escrito en una hoja como se sintieron en el desarrollo del taller, así mismo deben traer a un familiar para el cierre del taller.



## **Decima sesión de aprendizaje**

N° 10

Sesión Pensamiento positivo

Objetivo Modificación de los pensamientos equivocados en los adolescentes

Recurso Proyector, hojas bond, plumones

Tiempo 1 hora y media

Indicadores de evaluación: Cambiar los pensamientos negativos de los adolescentes que tienen depresión.

### **Desarrollo:**

Se realiza una breve exposición de la relación que existe entre el pensamiento, emoción y conducta, así mismo se pone ejemplos de pensamientos negativos y cada participante mencionará situaciones que utilizaron estos tipos de pensamientos y como afectó en su salud y su desarrollo personal posteriormente a cada persona se les entregará hojas bond, en la que deben realizar una lista de pensamientos propios y cómo ello influye en su salud personal.

La única persona responsable de tus pensamientos eres tú y por lo tanto puedes escoger la visión que tienen sobre la vida. Si constantemente piensas de forma negativa, entonces estas eligiendo pensar de esa manera. Tú puedes elegir pensar en positivo, ya que eres el responsable de tu actitud

Comprende además cuáles son los beneficios de pensar positivo.

Cuando se piensa de forma positiva logras controlar tu vida y hacer que tu día a día sea agradable, ya que es beneficiosos para tu salud y te ayuda a estar motivado.

Algunos beneficios de pensar positivo son:

- ✓ Mayor esperanza de vida
- ✓ Disminución de la depresión y sufrimiento
- ✓ Disminución de los resfriados comunes
- ✓ Mayor bienestar mental y físico
- ✓ Mayores habilidades para lograr enfrentar los problemas y el estrés

✓ Facilidad para entablar relaciones y fortalecer vínculos

Escribe un diario donde plasmes tus pensamientos. Registra tus pensamientos para que puedas analizar los patrones condicionan tus pensamientos. Toma nota de tus pensamientos, sentimientos e identifica lo que desencadena tus pensamientos positivos o negativos. Considera veinte minutos para lograr tu patrón de pensamientos y elabora un plan para poder convertir tus pensamientos negativos en positivos.

Escribe en un diario párrafos reflexivos y si puedes elabora cinco pensamientos positivos y negativos que tuviste en el día. Tienes que darte tiempo para analizar lo que escribiste en tu diario y reflexionar sobre ello. Es importante que logres identificar tus pensamientos negativos que se generan automáticamente, para que se vayan de tu mente. Por ejemplo, un pensamiento negativo es cuando tendrás un examen de matemáticas y piensas: “ Es posible que salga desaprobado”. Esa reacción inicial al saber que tendrá un examen de matemáticas, es un pensamiento automático.

Una vez terminado el ejercicio, se les pide a 5 integrantes que manifiesten como se han sentido durante la sesión que se realizó y se recomienda poner en práctica las recomendaciones para que se sientan bien emocionalmente. Posteriormente, se brindará un espacio de 10 minutos para continuar con la siguiente actividad, en la que se presentara en diapositivas una serie de casos que se deben analizar en grupos de 3 personas, en un paleógrafo, la tarea consistirá en identificar los pensamientos negativos de dichos caso, y como cada uno resuelve dicha situación de manera positiva. Al finalizar, se formará un círculo y se explica la importancia de poder tener pensamientos positivos y cómo ello influye en la salud del adolescente.

## **Décimo primera sesión**

N°	11
Sesión	Hacer un balance de todo lo aprendido
Objetivo	Cierre del programa y retroalimentación de todo lo aprendido
Recurso	Equipo de sonido, diploma de reconocimiento
Tiempo	2 horas
Indicadores de evaluación: Encuesta de satisfacción del taller.	

### **Desarrollo**

En nuestra última sesión, se realiza una plenaria en la que cada participante expone cómo se han sentido con todas las actividades propuestas durante estos meses, realiza un compartir con todos los participantes, y familiares agradeciendo su participación en las sesiones desarrolladas.

Realiza una retroalimentación donde se resalta ciertos aspectos en que se determinó que no hay buen manejo de sus emociones. Se dan recomendaciones para que puedan pensar positivamente como:

- ✓ Darte tiempo para cambiar. Elabora una visión positiva para que desarrolles o mejores una habilidad. Para desarrollar o mejorar una habilidad necesitas tiempo y práctica. Solo así, podrás lograr que tus pensamientos sean positivos y alejes los pensamientos negativos.
- ✓ Sé físicamente positivo. Modifica tus hábitos físicos o corporales, para que logres que tu mente cambie. Piensa en tu físico positivamente y mejora tu postura corporal
- ✓ Practicar un estado de consciencia. Para sentirte feliz es importante que seas consciente de tu comportamiento y de tu vida. Para lograr alegría en las cosas diarias debes de dejar de hacer tus actividades de forma mecánica.

- ✓ Explora tu lado creativo. Es el momento de explorar tu lado creativo. Dedicar tiempo para desarrollar tu lado artístico. Expresar tu arte con tus manos y pensamientos te volverá más positivo en tu vida diaria. diaria.
  
- ✓ Rodéate de personas positivas. Aleja a las personas negativas y rodéate de personas positivas para que te ayuden a cambiar tu percepción de las cosas.

Se finaliza, otorgando a cada participante un diploma de reconocimiento por haber asistido activamente a todas las actividades propuestas en el programa, y se hace entrega de una encuesta de satisfacción con la finalidad de hacer un balance de los objetivos alcanzados en el programa de intervención.