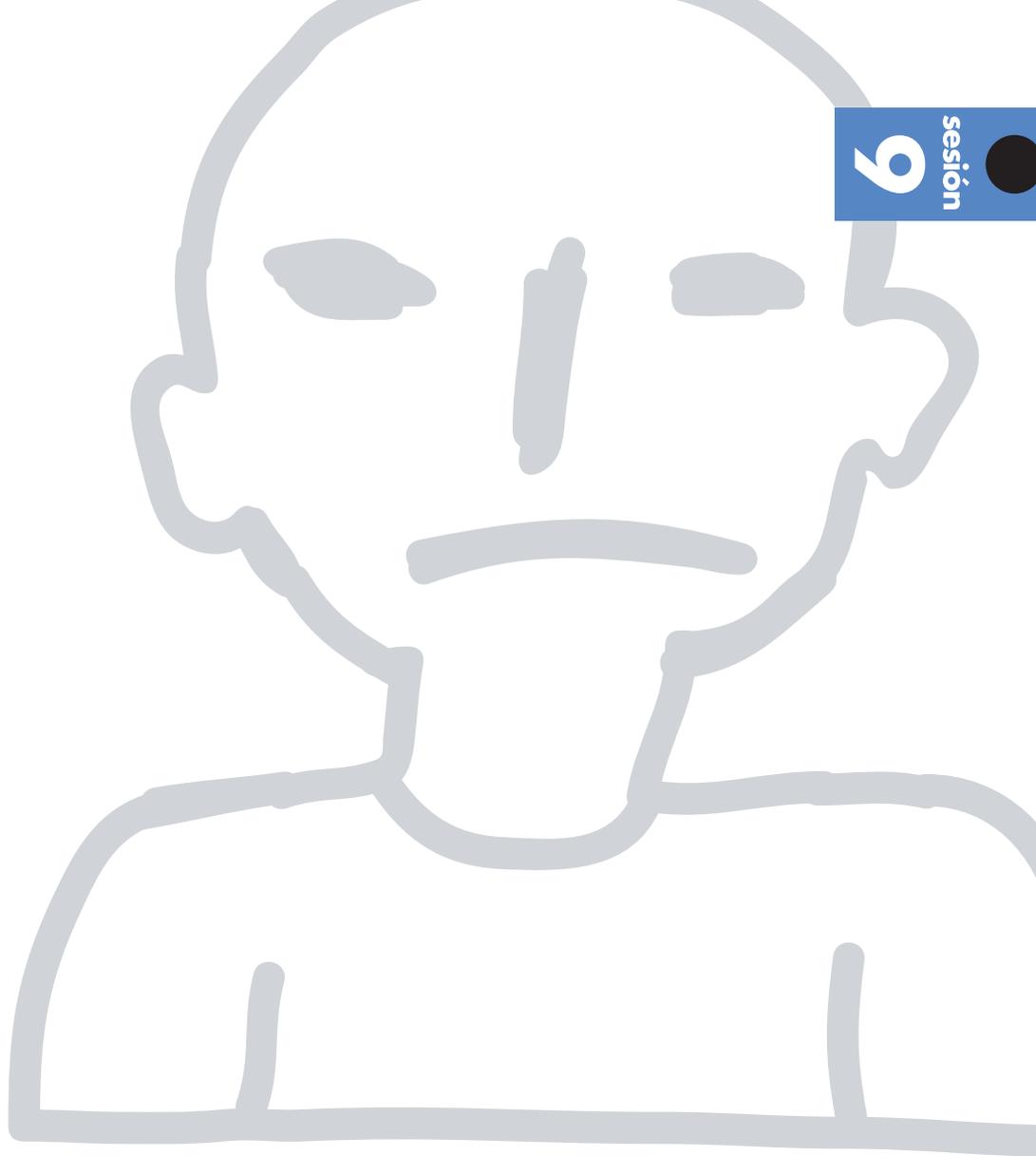




**PROBLEMAS
DE AJUSTE
DURANTE
LA ADOLESCENCIA**





**PROBLEMAS
DE AJUSTE
DURANTE
LA ADOLESCENCIA**

PROGRAMA de apoyo a madres y padres de adolescentes / [autores, Alfredo Oliva Delgado ... et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2007]

1 carpeta (10 cuadernos) ; 29 x 23 cm + 1 CDROM

1. Relaciones padres-hijo 2. Desarrollo del Adolescente 3. Educación I. Oliva Delgado, Alfredo II. Andalucía. Consejería de Salud
WS 105.5.F2
WS 460

AUTORES

Alfredo Oliva Delgado
Victoria Hidalgo García
Dolores Martín Fernández
Águeda Parra Jiménez
Moisés Ríos Bermúdez
Reyes Vallejo Orellana

Departamento de Psicología Evolutiva
y de la Educación
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

EDICIÓN

JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

DISEÑO + MAQUETACIÓN

Maraña Estudio

IMPRESIÓN

Xxxxxx Xxxxxx

DEPÓSITO LEGAL

xx-xxxxxxxx-xxx



ÍNDICE

Introducción	005
Ideas clave	032
Objetivos generales	033
Actividades	035
Actividad 1	039
Actividad 2	043
Actividad 3	047
Actividad 4	052
Actividad 5	054
Anexos	055
Transparencias	061



INTRODUCCIÓN

En esta sesión vamos a trabajar sobre algunas de las manifestaciones más problemáticas de la conducta adolescente, y que normalmente originan mucha preocupación tanto a los chicos y chicas como a sus familias. Concretamente, vamos a analizar la depresión y las tendencias suicidas, los trastornos de la alimentación y las conductas de riesgo que pueden ocurrir coincidiendo con los años de la adolescencia. Pero antes de continuar debemos hacer un par de matizaciones. En primer lugar, es justo indicar que debido a la gravedad de las situaciones que vamos a tratar en esta sesión, y aunque demos alguna información a padres y madres acerca de cómo prevenir en la medida de lo posible la aparición de dichos problemas, cuando exista cualquier sospecha deberemos recomendar siempre la consulta a un profesional.

Por otro lado, es importante dejar claro que afortunadamente, son muchos los jóvenes que no experimentan ninguno de estos problemas, siendo capaces de afrontar de forma adecuada los retos y tareas propios de esta etapa evolutiva. De hecho, los problemas que vamos a considerar en esta sesión deben ser entendidos como un continuo que todas las personas experimentan en mayor o menor medida. Por ejemplo, la mayoría de nosotros habremos experimentado durante nuestra vida síntomas como tristeza, desesperanza, preocupación por el sobrepeso o necesidad de realizar conductas de riesgo, sin embargo, la mayoría probablemente no ha padecido ninguno de los trastornos que vamos a describir.

Así mismo, algo que veremos reiteradamente durante la sesión es que debido a su complejidad, estos problemas no tienen ni respuestas ni explicaciones simples. Analizaremos que normalmente son muchas las fuentes de influencia, y que diferentes combinaciones de estos factores repercutirán de forma diferencial en los chicos y chicas en función de variables personales y sociales. Por ejemplo, veremos que la presencia de situaciones vitales estresantes puede ser un factor de riesgo para la depresión, las tendencias suicidas y los trastornos de la conducta alimentaria, aunque los y las adolescentes más deprimidos, que intenten suicidarse o que presenten anorexia o bulimia nerviosa no tienen porqué ser aquellos que más estrés experimenten.

Finalmente, y antes de desarrollar los tres grandes bloques que componen la novena sesión (depresión y tendencia suicida, trastornos de la alimentación y conductas de riesgo durante los años adolescentes), vamos a dedicar unas líneas a recordar algunos aspectos ya vistos en otras sesiones del programa y que hacen referencia a sentimientos y emociones que de forma normativa pueden estar presentes en nuestros y nuestras adolescentes.

LOS CHICOS Y CHICAS Y SUS EMOCIONES

Ya hemos tenido ocasión de comentar que los primeros años de la adolescencia suponen un momento de estrés para los chicos y las chicas. Además de los cambios puberales, los que se producen en el contexto educativo, o el inicio de las relaciones de pareja, la adolescencia es el momento en el que chicos y chicas comienzan a ser capaces de pensar sobre su futuro y a preocuparse por él. Creemos que la siguiente frase de Steinberg y Levine (1997), resume muy bien esta idea: *«La preocupación es el resultado de saber que hay un futuro. Cuando pensamos sobre el futuro y vemos que puede ser incómodo, desagradable o incluso peligroso, las personas nos preocupamos. Si bien niñas y niños no piensan mucho más allá de su presente, los adolescentes sí lo hacen».*

Las fuentes de estrés presentes en los primeros años de la adolescencia hacen que chicas y chicos puedan sentirse especialmente vulnerables y que manifiesten su malestar de diferente forma. De hecho, madres y padres saben que durante estos años no es raro que sus hijos e hijas cambien repentinamente de humor -por motivos a veces completamente incomprensibles- o que muestren un celo feroz por su privacidad.

Ante estas reacciones madres y padres deben tener en cuenta una serie de aspectos. En primer lugar, ser conscientes de que son completamente normales. Por otro lado, aceptar que ellos -los progenitores- pueden ser el objetivo del malestar adolescente porque el hijo o la hija sabe que normalmente el amor de sus madres y padres es incondicional y que lo seguirán teniendo haga lo que haga. De hecho, no sería extraño que chicos y chicas «descargaran» en casa la frustración vivida en otros contextos. Así mismo, padres y madres deben intentar ser comprensivos y tremendamente respetuosos con las emociones y sentimientos de los y las jóvenes, sin hacerles sentir que se preocupan por tonterías o que sus problemas no son realmente importantes. Al mismo tiempo, es conveniente que sean receptivos y que escuchen a sus hijas e hijos siempre que quieran hablar, intentando no presionarles para que lo hagan. Finalmente, es fundamental hacerles sentir que en casa van a tener apoyo y ayuda cuando lo necesiten.

Todo lo anterior requiere al mismo tiempo que se pongan límites y que no se sea permisivo con la falta de respeto o las «malas formas». En el caso de que esto ocurra, padres y madres, más que reñir o reprochar, deberían intentar hacerles ver -quizás no en el mismo momento, sino cuando el chico o la chica se muestre más receptivo- que el sentirse mal o confundido no es una excusa para ciertos comportamientos, y que ciertas reacciones no son tolerables.



• • PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

El malestar emocional al que estamos haciendo referencia pueden sentirlo la mayoría de las chicas y chicos con la llegada de la adolescencia. Sin embargo, las fronteras entre este malestar general y los problemas psicológicos más severos de los que vamos a hablar a continuación, no están siempre claras. De hecho, hay un punto en el que el mal genio, la tristeza o los cambios de humor dejan de ser normativos y se convierten en auténticos problemas psicológicos.

SESIÓN 9

Problemas de ajuste durante la adolescencia: Depresión y Tendencias suicidas

DEPRESIÓN Y TENDENCIA SUICIDA DURANTE LOS AÑOS ADOLESCENTES

Hablar de depresión durante la adolescencia es complicado por diferentes motivos. A nuestro juicio, dos son los más destacables. Por un lado, la confusión terminológica, ya que cuando hablamos de *depresión* podemos estar haciendo referencia a aspectos muy diferentes, que van desde un sentimiento transitorio de tristeza, hasta un trastorno psicopatológico grave, pasando por un estado de ánimo más general de *distimia* o apatía que cursa con síntomas como fatiga o problemas de sueño. La otra gran dificultad hace referencia a las lagunas existentes sobre el tema, ya que aún existen muchas cuestiones sin respuesta sobre la depresión infantil y adolescente. A pesar de todo, vamos a intentar en los párrafos que siguen aclarar un poco la confusión terminológica, señalando los principales síntomas del trastorno depresivo y dando datos de prevalencia, esto es, del porcentaje de población adolescente que padece el problema. Por otro lado, analizaremos las principales causas del trastorno depresivo y sus consecuencias, destacando las tentativas de suicidio, tema al que dedicaremos también algunos párrafos.

QUÉ ES LA DEPRESIÓN: SÍNTOMAS Y CAUSAS

La depresión es una patología que se caracteriza fundamentalmente por un estado de ánimo triste, asociado frecuentemente a sentimientos de angustia, y al que acompañan a menudo desesperanza, falta de ilusión por vivir, ideas negativas sobre uno mismo o tendencias suicidas. También suele ser frecuente la disminución de apetito -o de peso-, la aparición de problemas de sueño, la dificultad de concentración, la disminución del impulso sexual y algunos síntomas físicos como dolores de cabeza, musculares o trastornos digestivos. Podemos decir que la depresión es un trastorno psicológico importante que se debe diferenciar de los sentimientos de infelicidad, abatimiento o desánimo que todos hemos sufrido alguna vez a lo largo de nuestra vida.



● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

La clasificación más utilizada en la psicología y psiquiatría a la hora de identificar los problemas mentales es la recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los *Trastornos Mentales* (DSM IV). Este manual identifica una serie de trastornos, a los que denomina *Trastornos del Estado de Ánimo*, que incluyen además de otros, los denominados *Trastornos Depresivos*. En esta categoría de *Trastornos Depresivos* aparecen dos cuadros diferentes, el *Trastorno depresivo mayor* y el *Trastorno Distímico*. Ambos cuadros tienen básicamente la misma sintomatología (ver cuadro 9.1), estableciéndose su diferencia en función de la duración o gravedad. Normalmente la *Depresión mayor* consiste en uno o más episodios depresivos intensos y concretos en el tiempo, mientras que la *Distimia* se caracteriza por ser un síndrome depresivo más leve y crónico, que se ha mantenido durante al menos dos años, uno en el caso de niños y niñas adolescentes.

Sintomatología básica de los Trastornos Depresivos Trastorno Depresivo Mayor. Trastorno Distímico

- Estado de ánimo triste o irritable en el caso de niñas, niños y adolescentes.
- Falta de interés por la mayoría de las actividades.
- Pérdida importante de peso o apetito.
- Alteración del sueño.
- Disminución de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultades de concentración.
- Ideas de muerte recurrentes.

Cuadro 9.1: Sintomatología básica de los Trastornos Depresivos

Conviene resaltar que, mientras que el principal síntoma de la depresión mayor es el sentimiento de angustia y el estado de ánimo triste y abatido, durante la infancia y la adolescencia la depresión puede estar asociada a irritabilidad e incluso a conductas agresivas y delictivas. Esto puede provocar que algunos trastornos depresivos sean de difícil detección, y que la depresión adolescente sea infravalorada. Además, el estereotipo de la chica o el chico adolescente triste o emocionalmente inestable y recluso durante horas en su habitación, contribuye a que padres y madres puedan considerar el estado de ánimo del chico o la chica como normal. No obstante, insistimos en que la depresión es un trastorno y que debe ser tratado como tal, por lo que debemos prestar atención a sus posibles síntomas durante la adolescencia.

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Los estudios que analizan la frecuencia de los trastornos depresivos en la población adolescente no aportan datos definitivos. No obstante, un informe publicado el año 2003 por la Dirección General de Salud Pública indica un porcentaje del 4% de depresiones mayores entre los 12 y los 17 años y un 9% entre los y las jóvenes de 18. Aunque la *Depresión mayor* y la *Distimia* no son muy frecuentes entre la población adolescente, los síntomas depresivos sí lo son. Algunos estudios realizados en Estados Unidos señalan que entre los 11 y los 13 años un 28% de chicas y un 25% de chicos afirman haberlos padecido, y que entre los 14 y los 18 años estas cifras aumentan hasta alcanzar un 59% en el caso de las chicas y un 40% para los chicos.

Si bien no existe un acuerdo total respecto a las cifras exactas, en lo que sí coinciden la mayoría de los trabajos es en que por un lado, al igual que ocurre con otros trastornos psicopatológicos como la esquizofrenia, los inicios de la depresión adulta se remontan en muchos casos a los años de la adolescencia. De hecho, parece que sufrir un episodio depresivo en la adolescencia, sobre todo si ocurre en los primeros momentos, aumenta la probabilidad de la persona para volverlo a sufrir durante la adultez. Por otro lado, la mayoría de los estudios encuentra una tendencia a que los síntomas depresivos aumenten durante la segunda década de la vida.

¿A qué son debidas las diferencias entre chicos y chicas en la frecuencia de trastornos y síntomas depresivos? Algunas hipótesis han sido propuestas. De ellas, quizás las que más apoyo empírico han tenido son las que hacen referencia a la forma en que unas y otros afrontan las situaciones estresantes, ya que si bien las mujeres tienden a la introspección, a rumiar continuamente el problema, a culpabilizarse y a pensar negativamente sobre ellas mismas, los varones suelen utilizar conductas distractoras o incluso pueden volver su frustración hacia los demás. De hecho, hombres y mujeres parecen expresar su tristeza y desesperanza de forma diferente. Mientras que es más probable que los hombres expresen estos sentimientos de forma externa, llegando en algunos casos a conductas agresivas, las mujeres suelen hacerlo de forma interna, incluyendo claramente los síntomas depresivos. Así, hay estudios que apuntan la posibilidad de que las adolescentes tristes o infelices tiendan a estar depresivas, mientras que los adolescentes tristes o infelices presenten principalmente conductas agresivas u hostiles.

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

La presencia de estresores, sobre todo si ocurren varios de forma simultánea, influyen en su aparición, pero ¿existe algún otro motivo? En este momento podemos decir que aunque existen muchas posibles causas, ninguna explica de forma única la depresión siempre y en todos los casos, por lo que la opción más correcta sería la de situarse en una perspectiva multicausal que tenga en cuenta el posible efecto de diferentes factores. Estos factores pueden agruparse en tres grupos: los biológicos, los cognitivos, los que hacen referencia a las relaciones interpersonales y aquellos que tienen en cuenta los estresores a los que están expuestos los jóvenes.

• • **Factores biológicos.** Dentro de las explicaciones biológicas se hace hincapié en la importancia de la herencia genética y en los mecanismos fisiológicos de la depresión. No obstante, aún queda mucho por saber de las bases fisiológicas de los trastornos depresivos, por ejemplo, todavía no están suficientemente avalados los conocimientos sobre el posible papel de las hormonas, de los neurotransmisores o de las distintas estructuras del sistema nervioso que intervienen en el problema. Realmente, no están aún confirmados que dichos procesos, más estudiados en personas adultas, funcionen de la misma forma para niñas y niños y adolescentes, ya que por ejemplo, determinados antidepresivos que se saben eficaces para tratar la depresión adulta no lo han sido tanto para la depresión adolescente. Por otro lado, no hay suficiente evidencia del grado exacto de transmisión parento-filiales de estos trastornos, de hecho, respecto a la herencia genética, probablemente lo que se herede sea cierta predisposición a padecer el trastorno ante la presencia de determinadas variables ambientales.

• • **Factores cognitivos.** Un segundo grupo de teorías destacan los factores cognitivos como responsables de los trastornos depresivos. Estas teorías subrayan el papel de unos estilos cognitivos que predisponen a las personas a presentar estados de ánimo triste y abatido y que ayudan a su mantenimiento. Como ejemplos de estas formas de pensar disfuncionales tenemos la visión negativa que las personas depresivas tienen de ellas mismas -«no valgo para nada»-, del mundo -«siempre es igual, todos están en mi contra y nadie me aprecia»- y del futuro -«nada tiene solución»-. Estas lentes tan oscuras les hacen percibir e interpretar de forma negativa la realidad, lo que refuerza su visión y aumenta la probabilidad de seguir deprimidos.

Al mismo tiempo, las personas con síntomas depresivos se sienten con muy poco control sobre las cosas que les ocurren, atribuyendo además los su-

cesos negativos a características propias y estables, y los positivos a factores inestables y externos como la suerte o el azar. Así por ejemplo, si ponemos el caso de una chica con síntomas depresivos que va mal en los estudios, según las hipótesis que acabamos de presentar, probablemente considere que la situación no va a cambiar, y que falla académicamente porque es muy torpe y no vale para nada. Con esta percepción tan sesgada no es de extrañar que los síntomas depresivos tiendan a mantenerse a lo largo del tiempo.

● ● **Factores relacionados con los estresores.** Además de los sesgos cognitivos, de la presencia de estresores importantes en la vida de los y las adolescentes y de la escasez de habilidades sociales para hacerles frente de forma adecuada, otro de los factores relacionados con la aparición de episodios y síntomas depresivos son las relaciones interpersonales insatisfactorias. En este sentido, las relaciones familiares positivas y estables donde chicas y chicos perciben seguridad y calidez, y la existencia de un grupo de amigos y amigas con los que contar, funcionan como elementos protectores frente al posible surgimiento de trastornos depresivos. Por el contrario, el aislamiento que provoca la carencia de una red de apoyo social, o la existencia de un clima en el hogar especialmente inestable y falta de afecto, donde imperan prácticas educativas autoritarias o indiferentes -recordar lo visto en las sesiones 3 y 4- pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos. Una vez más, es importante destacar los beneficios que un estilo educativo democrático, que combina la supervisión de la conducta con la comunicación el cariño explícito y el fomento de la autonomía adolescente, tiene para el bienestar emocional de chicos y chicas.

Para resumir todo lo comentado acerca de las causas de los trastornos depresivos podríamos decir que la predisposición genética existente en algunos jóvenes podría dar lugar a episodios depresivos dependiendo de la aparición de situaciones ambientales estresantes como relaciones interpersonales insatisfactorias o aislamiento social. Al mismo tiempo, determinados sesgos cognitivos de chicas y chicos podrían influir en la incapacidad para buscar soluciones adecuadas, contribuyendo así al mantenimiento de los síntomas depresivos.

Los trastornos depresivos tienen una serie de consecuencias muy negativas para el bienestar del y la adolescente, consecuencias que van desde bajo rendimiento académico, hasta dolores o algias y otros problemas somáticos, pasando por conductas agresivas y/o delictivas y tentativas de suicidio. Respecto a este último tema conviene señalar que determinados antidepresivos -paroxetina o prozac- aumentan el riesgo de suicidio por su desinhibición motora, facilitando el paso de la idea al acto. Debido a la importancia del tema del

suicidio y a su gravedad, en los párrafos que siguen vamos a detenernos en este último aspecto: el suicidio adolescente.

EL SUICIDIO

Al igual que hicimos en el caso de la depresión, vamos a comenzar este punto aclarando términos, ya que es importante diferenciar por un lado las *ideas o pensamientos suicidas*, por otro las *tentativas de suicidio* y, finalmente, el *suicidio* (ver cuadro 9.2).

Ideas o pensamiento suicidas	Pensamientos frecuentes y recurrentes sobre la consecución de la propia muerte, que no tienen por qué implicar necesariamente un intento por parte de la persona de hacerlo realmente.
Tentativas de suicidio	Intentos de causar la propia muerte sin conseguirlo. En algunos casos puede ser un intento de llamar la atención (<i>Gesto Suicida</i>).
Suicidio	Es el acto por el cual alguien ha conseguido acabar con su propia vida. Según Durkheim (1985) “se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto pasivo o activo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debería producir este resultado ”. El punto central de esta definición es el propósito de provocar intencionalmente la propia muerte.

Cuadro 9.2: Aclaración de términos: Ideas o pensamientos suicidas, tentativas de suicidio y suicidio.

Aunque así expuesto todo parece bastante claro, existen muchos casos en los que no es fácil determinar la intencionalidad, por lo que los límites entre conducta accidental -como fallecer por consumir grandes cantidades de drogas o por conducir bebido a gran velocidad- y suicida pueden ser difusos, sobre todo en momentos como la adolescencia, en el que chicos y chicas no siempre son plenamente conscientes de las consecuencias de sus actos -recordemos lo visto en la sesión 1 sobre la fábula personal-. Al mismo tiempo, algo que también complica el diagnóstico de suicidio es estar seguro de si la persona quería provocar realmente su muerte o si era una desesperada llamada de atención, un intento de conseguir ayuda de otras personas. Esto, que se denomina *Gesto suicida*, y que básicamente tiene una intención de comunicación, también debe ser tenido en cuenta, y no sólo porque estos gestos puedan llegar a provocar

la muerte, sino porque están poniendo de manifiesto una gran problemática personal y unas muy escasas habilidades para resolverla.

FRECUENCIA DEL SUICIDIO Y DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO

Dar cifras acerca de la frecuencia de pensamientos, tentativas y suicidios consumados en la adolescencia no es tarea fácil, como tampoco lo es darlas para el resto de la población. Esta dificultad se debe a diversos motivos, uno de ellos ha sido comentado en el párrafo anterior y tiene que ver con la intencionalidad, ya que las fronteras entre accidente, gesto suicida, tentativa de suicidio o suicidio pueden ser bastante porosas. Otro tipo de motivos hace referencia al tabú que en nuestra sociedad supone hablar de suicidio. Un tabú motivado por creencias religiosas o morales que generan mucha angustia en la propia persona que tiene ideas suicidas o que intenta realmente quitarse a vida, y más aún en su familia.

A pesar de que muchas de las cifras subestiman la frecuencia real de este tipo de fenómenos, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la población general y en USA es la tercera causante de muerte adolescente, junto con los accidentes de tráfico y los homicidios. En España, y según datos del Instituto Nacional de Estadística, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 20 y los 24 años, sólo precedida por los accidentes de tráfico y seguida por la muerte debida a tumores. Entre los y las jóvenes de 15 a 19 años, la primera causa de muerte sigue siendo el accidente de tráfico, la segunda la presencia de tumores, y la tercera el suicidio. Así, el porcentaje por 1000 fallecidos de chicos y chicas entre los 15 y los 19 años que lo hacen por suicidio es de 0.10 para ellos y 0.03 para ellas. Entre los 20 y los 24 años estas cifras aumentan, alcanzando los chicos y porcentaje de 0.44 y las chicas de 0.08.

Según indican los datos, cada año, uno de cada 3-5 jóvenes puede presentar ideas suicidas, y entre el 6% y el 10% quizás lo intenten de alguna forma. Así mismo, a lo largo de los años adolescentes aumenta la tasa de suicidio, siendo más frecuentes los suicidios en los últimos años de la adolescencia que al inicio. El aumento del estrés, el mayor acceso a armas o sustancias lesivas y la menor supervisión de los adultos puede contribuir a este aumento de la tasa de suicidios a lo largo de la segunda década de la vida. A pesar de estas cifras, las investigaciones no consideran la adolescencia como el momento del ciclo vital en el que más suicidios o tentativas se producen, ya que las personas adultas presentan un porcentaje más alto, siendo la vejez la edad de mayor riesgo.

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

Las cifras sobre prevalencia también nos hablan de diferencias de género. Mientras que las chicas intentan suicidarse dos o tres veces más que sus compañeros varones, ellos lo consiguen con mayor frecuencia. Esta tendencia de mayor número de suicidios consumados en el caso de los varones y de tentativas en el caso de las mujeres también está presente en el resto de la población adulta. Algunos autores han propuesto diferentes hipótesis para dar cuenta esta diferencia de género, sin embargo, no existen aún explicaciones concluyentes.

Siguiendo con las diferencias de género, el método elegido para cometer suicidio parece ser diferente entre chicos y chicas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2002, formas violentas como el ahorcamiento son más utilizadas por los chicos, mientras que el envenenamiento o precipitarse de grandes alturas es más frecuente entre las chicas. En Estados Unidos, donde el acceso a armas de fuego es bastante más fácil, ésta es la forma de suicidio elegida por los jóvenes varones.

CAUSAS DEL SUICIDIO Y DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO

Los chicos y chicas adolescentes que intentan suicidarse se sienten superados por los problemas, sólo perciben dolor en sus vidas y no ven un futuro mejor, se sienten completamente solos -aunque realmente no lo estén- con sus dificultades y su infelicidad, y ven en el suicidio la única salida para su sufrimiento. Sin embargo, existen otros factores relacionados con las ideas, tentativas y suicidios consumados. Entre ellos podemos destacar la acumulación de estresores y la carencia de recursos para hacerles frente, las emociones negativas y un estilo cognitivo pesimista y sesgado:

● ● **La acumulación de estresores y la carencia de recursos para hacerles frente.** Al igual que comentamos en el caso de la depresión, un ambiente familiar caótico, invasivo, poco afectuoso y excesivamente exigente con el chico o la chica adolescente, en el que se den actos delictivos o en el que haya antecedentes de conductas suicidas puede contribuir a la aparición de este tipo de ideas y tentativas. La carencia de un grupo de amigos y amigas, el aislamiento o el rechazo por parte de los iguales también está relacionado con las conductas y pensamientos suicidas. Así mismo, rasgos personales como síntomas depresivos o ansiedad, escasas habilidades sociales, problemas en la consecución de la identidad sexual, enfermedades crónicas o sucesos traumáticos que haya experimentado el chico o la chica adolescente pueden aumentar la probabilidad de aparición de ideas y tentativas suicidas. Finalmente, entor-

nos sociales especialmente competitivos o donde el chico o la chica adolescente perciba mucha dificultad de promoción y carencia de oportunidades puede influir en la aparición de este tipo de fenómenos. De hecho, existen datos que hablan de una mayor prevalencia de suicidios en sociedades desarrolladas e industrializadas. Resumiendo podríamos decir que la acumulación de varios de estos factores y dependiendo de la importancia relativa que el chico o la chica les otorgue, podría llevarle a considerar el suicidio como la única salida a su sufrimiento.

● ● **Una serie de emociones negativas.** Normalmente el adolescente que piensa o intenta suicidarse experimenta un dolor psicológico que llega a ser insoportable, un malestar con el que no puede seguir viviendo. Pero como ya comentamos al hablar de la depresión, en la población adolescente con relativa frecuencia ese malestar no cursa con síntomas depresivos, sino más bien con sentimientos de enfado y agresividad que hacen más complicado y menos evidente el pensar en posibles ideas y tentativas suicidas.

● ● **Un estilo cognitivo sesgado.** También en párrafos anteriores hicimos referencia al estilo cognitivo de las personas depresivas como posible elemento que ayudaba a entender el origen de los trastornos depresivos y su mantenimiento. Los chicos y chicas que presentan ideas suicidas o que lo intentan, tienen igualmente una visión muy negativa y pesimista de la realidad, una visión centrada en sus problemas y su dolor que deja poca cabida para un futuro mejor. Así mismo, las ideas suicidas pueden convertirse en ideas recurrentes y casi obsesivas que difícilmente el o la joven podrá controlar y que pueden llegar a dominar su atención.

Entonces, ¿por qué hay adolescentes que piensan en suicidarse sin llegar a hacerlo, otros que lo intentan y otros que finalmente lo consiguen? No tenemos respuestas definitivas, pero existen dos posibles explicaciones. Según la primera de ellas, el paso de las ideas suicidas a las tentativas se produce cuando el sufrimiento psicológico se vuelve tan insoportable para el o la joven que terminar con su vida es la única salida. No obstante, según la segunda explicación la tentativa de suicidio respondería más bien a una decisión impulsiva ante un suceso muy estresante pero puntual, incitado en algunos casos por el consumo de alcohol y otras sustancias.

Como recomendaciones generales a madres y padres debemos señalar tres aspectos. Por un lado, que cualquier amenaza de suicidio tiene que ser considerada seriamente ya que es una llamada de auxilio, y aunque el adolescente no lo haya conseguido, puede intentarlo otra vez. Los «avisos» de suicidio

• • PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

no deben ser infravalorados. Es un error pensar que si alguien habla de sus intenciones no lo va a realizar realmente. En segundo lugar, la reacción sosegada y serena -en la medida de lo posible- por parte de los progenitores ante un suceso de este tipo es fundamental. Aunque son reacciones comprensibles, padres y madres deben huir de actitudes negativas como ira o culpabilización -del o la adolescente o de ellos mismos- mostrando toda la comprensión posible y animando a el o la joven a pedir ayuda profesional. Por último, es fundamental hablar sobre el tema, tanto si es el propio hijo o hija quien ha intentado suicidarse como si alguien a su alrededor lo ha hecho. Discutir sobre las ansiedades y miedos que un suceso como este puede provocar es fundamental para que el chico o la chica lo supere de forma constructiva.

IDEAS CLAVE SESIÓN 9 (Depresión y Tendencias suicidas)

- Durante la adolescencia chicas y chicos suelen experimentar toda una serie de emociones negativas -tristeza, ansiedad, malestar emocional...- debidas a la gran cantidad de cambios que están experimentando. Cuando superan cierto límite, estas reacciones emocionales dejan de ser normativas, llegando a alcanzar el grado de trastornos psicopatológicos, como es el caso de la depresión.
- Es importante no infravalorar la presencia del trastorno depresivo durante la adolescencia -lo sufre un 4% de los adolescentes entre 12 y 17 años, y un 9% a los 18 años-, siendo más frecuente entre las chicas.
- La depresión es debida a la confluencia de diversos factores: la vivencia simultánea de varias situaciones estresantes unida a un sentimiento de incapacidad para hacerles frente; un sesgo cognitivo que refuerza las ideas negativas sobre la realidad; unas relaciones interpersonales conflictivas y en algunos casos, cierta base genética.
- Algunas consecuencias del trastorno depresivo durante la adolescencia: menor rendimiento académico, aumento problemas físicos, conductas agresivas o incluso ideas suicidas.
- En el acto suicida la persona debe tener una clara intención de quitarse la vida, por lo que la diferencia entre suicidio, accidente o gesto suicida no es muy clara.
- En España el suicidio se encuentra entre las 3 primeras causas de muerte durante la adolescencia.
- Las mujeres intentan suicidarse más que los varones, aunque éstos lo consiguen con mayor frecuencia.
- Signos de alerta de la conducta suicida: amenazas o comentarios directos sobre el suicidio; intentos previos; interés por todo lo relacionado con la muerte; pérdida de un ser querido; problemas familiares o en la escuela; pérdida del interés por diferentes actividades; cambios drásticos de comportamiento.
- Posibles causas del suicidio: la acumulación de estrés y las escasas habilidades para hacerle frente; un entorno familiar muy restrictivo y poco afectuoso, llegando al aislamiento social; un enorme sufrimiento psicológico y un estilo cognitivo sesgado con el que se percibe la realidad y el futuro de forma totalmente negativa.
- Madres, padres y profesorado deben prestar atención a cualquier insinuación o amenaza de tentativa de suicidio, manifestando una actitud de comprensión absoluta, animando al chico o la chica para que hable de sus miedos y que en caso necesario acuda a una persona profesional.

SESIÓN 9

Problemas de ajuste durante la adolescencia: Los trastornos de la alimentación

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación constituyen un importante problema de salud pública hoy día. En los países occidentales estos trastornos han aumentado de forma muy significativa en los últimos años, siendo cada vez más frecuentes no sólo en las chicas, sino también entre los chicos. Generalmente, cuando se hace referencia a los trastornos de la alimentación se suele hacer mención únicamente a la anorexia (nerviosa) y a la bulimia (nerviosa), obviándose otros tan importantes como la obesidad. La clave para considerar un patrón alimentario determinado como trastorno de conducta no está sólo en el grado de preocupación que la persona tiene por la comida y por el acto de comer, sino además por el grado de preocupación que esa persona tiene por cómo es y cómo se ve. Los trastornos de la alimentación incluyen un amplio conjunto de sentimientos, actitudes y conductas relacionadas con la comida que a continuación veremos.

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Comenzando por las causas de los trastornos de la alimentación podemos decir que existen distintos factores que son responsables de su aparición, pero que no deben ser considerados de forma aislada, ya que se necesita de una combinación de varios de ellos para que el trastorno se desarrolle. Algunos de ellos son:

● ● **Factores socioculturales.** Uno de los principales es el cambio que en los últimos años se ha producido en relación con los *modelos de belleza* en los países occidentales, de manera que los valores positivos de la persona se asocian casi de forma exclusiva a la *delgadez* y como consecuencia, existe una gran presión social para lograrla: Aunque tradicionalmente las mujeres han sufrido esta presión social por conseguir un aspecto físico «perfecto» y una

delgadez a veces excesiva, debemos indicar que también los varones la sufren cada vez más.

Finalmente, la consideración de la obesidad como problema de salud, la moda de las dietas y la aparición constante de nuevos regímenes dietéticos «milagrosos», generalmente con escasísimas bases científicas, han generado y fortalecido un gran número de falsas creencias y mitos irracionales dirigidos a intentar modelar el cuerpo a voluntad.

● ● Factores personales y familiares.

- **El desarrollo puberal:** los cuerpos de las chicas y los chicos cambian durante la adolescencia. En concreto, en las chicas tiende a acumularse más grasa en las caderas, lo que puede provocarle aumentar algo de peso. Este aumento de la masa corporal puede hacer sentir a la chica que se está alejando del ideal de belleza femenina y contribuir a su preocupación.
- **El impacto de determinados acontecimientos vitales estresantes:** por ejemplo, el divorcio de los progenitores o la muerte de un familiar muy cercano, puede unirse a otras causas y provocar un trastorno de la alimentación.
- **Ciertos rasgos de personalidad:** como el perfeccionismo, la baja autoestima, la sumisión excesiva a los padres y madres, etc.;
- **Trastornos afectivos:** como irritabilidad, ansiedad, tendencia a la tristeza, sentimientos de infelicidad, etc.

TIPOS DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Entre los diferentes trastornos de la alimentación que pueden afectar a las chicas y chicos adolescentes vamos a destacar los más frecuentes: la obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

● ● **La Obesidad juvenil.** La obesidad se define como una *acumulación excesiva de grasa corporal* que, en la práctica, se asocia a un exceso de peso. El peso de una persona no es estable a lo largo de toda la vida, por lo que se debe matizar la definición de obesidad en función del momento del ciclo

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

vital en el que la persona se encuentra. Así, en la adolescencia, chicos y chicas suelen aumentar su peso corporal debido al incremento de tejido adiposo -grasas- en determinadas zonas del cuerpo.

La obesidad no es un trastorno alimentario propiamente dicho, pero constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Muchas chicas y chicos que desarrollan anorexia o bulimia nerviosa tuvieron sobrepeso u obesidad con anterioridad -aunque no es condición necesaria para desarrollar ninguno de los dos trastornos- y algunos tienen bulimia y obesidad al mismo tiempo.

A todo lo anterior hay que añadir los **problemas de salud asociados a la obesidad**:

- Efectos sobre el proceso de crecimiento (edad ósea más avanzada, adelantamiento de la regla en las chicas; etc.)
- Hipertensión.
- Consecuencias psicosociales: marginación y rechazo por parte de los iguales; repercusiones negativas en la autoestima y autoconcepto por la insatisfacción con la imagen corporal; etc.

● ● **La anorexia nerviosa.** La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una pérdida de peso exagerada, debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y, en un tanto por ciento muy elevado de los casos, al empleo de conductas purgativas que pueden consistir desde exceso de ejercicio físico, hasta vómitos autoinducidos y/o abuso de laxantes. Los datos sobre la anorexia nerviosa indican que 1 de cada 200 jóvenes de entre 12 y 14 años padecen el trastorno, y que aunque el colectivo más afectado sigue siendo el de las adolescentes de 14 a 18 años, cada vez son más los chicos y las mujeres adultas que padecen el trastorno.

Los síntomas más destacados de la anorexia nerviosa los podemos ver en el cuadro 9.3:

Sintomatología más destacados de la Anorexia Nerviosa	
Pérdida de peso excesiva.	El peso está por debajo de lo esperable por la edad y talla.
Miedo a volver a ganarlo.	A pesar de la extrema delgadez.
Amenorrea.	Pérdida de la menstruación durante varios meses.
Alteración de la imagen corporal.	La persona se mira en el espejo y se percibe y se siente gorda cuando en realidad está muy delgada, esto provoca que se imponga dietas todavía más restrictivas llegando a pérdidas de peso que llegan a poner en peligro la vida.
Negación de su delgadez.	Niegan que están delgadas.
Valoración general de su persona centrada en su peso y apariencia física.	Se valoran en función de su peso, obviando otros aspectos como rendimiento académico, relaciones familiares...

Cuadro 9.3: Síntomas más destacados de la Anorexia Nerviosa.

Creemos importante señalar que existen dos tipos de anorexia nerviosa:

●● **Anorexia nerviosa restrictiva:** se imponen dietas extremadamente estrictas. No llevan a cabo atracones -comer compulsivamente- ni conductas compensatorias asociadas con actuaciones dirigidas a disminuir calorías -ejercicio físico, provocación del vómitos o uso de laxantes y diuréticos-.

●● **Anorexia nerviosa compulsivo/purgativa:** se imponen dietas extremadamente estrictas y llevan a cabo atracones y conductas compensatorias para reducir peso.

Como señalamos algunos párrafos atrás, no podemos considerar los factores responsables de la aparición de la anorexia nerviosa de forma aislada, ya que se necesita de una combinación de varios de ellos para que el trastorno se desarrolle. Algunos de estos factores son:

- La baja autoestima, especialmente referida a la apariencia física.
- El perfeccionismo: personas muy perfeccionistas que intentan controlar todo.

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

- Los conflictos familiares: pueden ejercer una influencia altamente negativa.
- La vivencia de algún acontecimiento vital estresante o la acumulación de varios en un mismo momento.

Aunque como vemos, no existen explicaciones únicas sobre el origen de la anorexia nerviosa, algunas investigaciones han destacado un aspecto interesante sobre todo referido a las chicas que padecen este trastorno. Parece que las jóvenes experimentan una importante ambivalencia sobre crecer y convertirse en personas adultas o permanecer siendo niñas con la seguridad que ello supone. Por un lado, hacer dieta estricta o perder peso es algo que la chica controla y que no depende de sus progenitores o de otros adultos, por lo que la hace sentirse mayor e independiente. Pero al mismo tiempo, también implica seguir manteniendo un cuerpo infantil -debido a la amenorrea o a la menor masa corporal-, posponer la sexualidad, retrasar al menos durante cierto tiempo el ingreso en un mundo adulto que le genera miedo, y ser el centro de atención de unos padres y madres que, muy preocupados, ven cómo su hija adelgaza hasta límites extremos.

Para evitar en la medida de lo posible ese miedo a crecer, madres y padres deberían hablar mucho con sus hijas e hijos, discutiendo con ellos sobre las preocupaciones y ansiedades que el futuro les genera. Además, es importante que les demuestren su amor incondicional y su apoyo absoluto, algo que les hará afrontar con más seguridad los cambios derivados del ingreso en el mundo adulto. Finalmente, padres y madres deben tener en cuenta que algo tan fácil como que el hijo o la hija coma va a convertirse en una tarea tremendamente ardua debido a la oposición del chico o la chica que, ante la insistencia de los adultos, puede reaccionar restringiendo aún más su ingesta de alimentos.

Una vez que se empieza a desarrollar el trastorno se dan una serie de cambios que pueden servir como señales de alarma para la detección de la presencia de la anorexia nerviosa. No obstante, algunos de estos comportamientos se desarrollan de una manera oculta, resultando muy difícil de descubrir. Algunos de estos cambios o señales de alarma son:

- Inusitado interés y preocupación por todo lo relacionado con la comida y los alimentos.
- Preocupación excesiva por la imagen corporal.
- Cambios bruscos de humor e irritabilidad.

- Aislamiento social.
- Exagerado interés por la práctica de actividades físicas.
- Cambios en la forma de vestir -prendas anchas, utilizar varias capas superpuestas de ropa, etc.-
- Beber excesiva agua.
- Prolongación exagerada del tiempo que tardan en comer.
- La cantidad de alimento que suele comer se ha reducido llamativamente, tira la comida o la vomita después de ingerirla.
- Ir constantemente al aseo, sobre todo después de cada comida.
- Acercamientos frecuentes a fuentes directas de calor instaladas dentro del aula (radiadores, estufas...). Esto es frecuente entre las personas que sufren anorexia nerviosa debido a la escasez de calorías que consumen.

La anorexia nerviosa tiene una serie de consecuencias muy negativas para la salud de la chica o el chico que la padece. Entre ellas, las más graves son de tipo físico, requiriendo en un elevado porcentaje de casos la hospitalización. Podemos destacar:

- En el caso de las jóvenes, impedir el inicio de los ciclos menstruales de forma regular o interrumpirlos en el caso de que se hayan iniciado.
- Desarrollo incompleto de las características sexuales secundarias -crecimiento de vello púbico y axilar, desarrollo y maduración de los órganos sexuales...- e incluso esterilidad.
- Desarrollo inadecuado de la masa ósea que puede producir osteoporosis en la edad adulta.
- Bajada de la temperatura corporal produciendo problemas circulatorios en pies y manos
- Fuertes dolores abdominales debidos a la restricción alimentaria.
- Pérdida del pelo (calvas), incluyendo el vello púbico y axilar a la vez que se desarrolla un fino vello negro por brazos y piernas (lanugo).

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

- Si la anorexia nerviosa es de tipo purgativo, aparecen úlceras en la boca y el esmalte de los dientes se deteriora apareciendo caries dentales.

La mayoría de estos problemas físicos desaparecen con la realimentación y la recuperación del peso, a pesar de que algunos de ellos pueden ser irreversibles.

● ● **La bulimia nerviosa.** Es otro trastorno de la conducta alimentaria en el que se repiten conductas de atracción y seguidamente conductas purgativas o compensatorias con el objetivo de mantener el peso corporal. Los chicos y chicas con este trastorno, a diferencia de los anoréxicos, son conscientes de que su comportamiento alimentario no es normal y que su preocupación por su imagen corporal es exagerada, es decir, tienen conciencia de que sufren un trastorno. Por otro lado, las personas bulímicas no presentan problemas de peso que pongan en peligro sus vidas, ya que la mayoría de ellas suelen mantener un peso normal y la edad de aparición del trastorno es también más tardía, pues lo frecuente es que aparezca dentro ya de la etapa adolescente. Así mismo, las personas bulímicas suelen sentirse poco capaces de controlar sus impulsos de comer de forma excesiva. Este escaso control es el que provoca comer compulsivamente con el consiguiente malestar emocional, que sólo es mitigado con conductas purgantes -uso de laxantes o provocación del vómito- o compensatorias -ayuno o ejercicio físico excesivo-. En otras palabras, las personas que padecen bulimia perciben que no pueden controlar su ingesta, lo que les genera una gran ansiedad que solo disminuye con conductas que servirían para bajar de peso y contrarrestar el efecto del «atracción».

La bulimia nerviosa, debido a que la pérdida de peso no es tan acusada, es más difícil de detectar que la anorexia nerviosa, y su diagnóstico es más tardío, sin embargo, es más frecuente. Según algunos estudios, de 2 a 3% de las mujeres jóvenes de los países occidentales sufren este trastorno, siendo también más frecuente entre las chicas que entre los chicos.

Al igual que ocurría en el caso de la anorexia nerviosa, podemos distinguir dos subtipos de bulimia nerviosa:

● ● **Bulimia nerviosa de tipo purgativo:** incluye conductas purgativas como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes y diuréticos.

● ● **Bulimia nerviosa de tipo no purgativo** en la que las maniobras compensatorias se basan en el ayuno o el exceso de ejercicio físico -gimnasia o ejercicios intensos de baile-.

Los síntomas más destacados de la bulimia nerviosa los podemos ver en el cuadro 9.4:

Síntomas y señales de alerta más destacados de la Bulimia Nerviosa	
Afán desmedido por mantener el peso.	
Problemas de control de impulsos.	Les conduce a experimentar comportamientos de riesgo como consumo de drogas, alcohol y promiscuidad sexual sin ningún tipo de protección.
Existencia de problemas importantes durante la infancia.	Suelen presentar elevados niveles de sumisión, timidez, autoevaluaciones negativas y perfeccionismo, así como tendencia a la obesidad.
Evitación de situaciones sociales en las que tengan que comer.	Empiezan a evitar situaciones sociales en las que tengan que comer.
Cambios de humor frecuentes.	Se tornan muy irritables, siendo muy frecuentes los enfrentamientos con familiares, amigos y compañeros.
Mienten respecto a sus hábitos alimenticios.	Dicen comer más de lo que lo hacen.
Son personas muy impulsivas.	Son personas muy impulsivas en sus actos y con frecuencia pueden sentirse fuera de control.
Manifiestan consecuencias físicas importantes.	Las consecuencias físicas derivadas de la bulimia nerviosa son importantes, aunque, a diferencia de las consecuencias de la anorexia nerviosa, pueden ser tratadas en régimen ambulatorio.
Pérdida o falta de regla.	Perdida o falta de la regla generada por las oscilaciones de peso.
Presentan consecuencias derivadas de la provocación de vómitos.	Puede generar deshidratación, gastritis, ulceraciones en el esófago y la boca, cansancio y fatiga crónica además de arritmias cardíacas y problemas renales importantes.
Presentan consecuencias derivadas de las maniobras compensatorias.	En el caso de que las maniobras compensatorias se centren en el uso de laxantes o diuréticos, además de lo mencionado, pueden provocar estreñimiento crónico con fuertes dolores abdominales que, en casos extremos puede conducir a parálisis intestinales de consecuencias irreversibles.

Cuadro 9.4: Síntomas más destacados de la Bulimia Nerviosa.

SIGNOS DE ALERTA PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Como ya se ha comentado anteriormente, que los trastornos de conducta alimentaria sigan una evolución favorable depende de la detección precoz de los mismos. Esta detección precisa de la observación de ciertos cambios que suponen signos de alerta respecto a la posibilidad de problemas severos relacionados con la alimentación. A modo de orientación, madres y padres deberían prestar atención a los siguientes signos de alerta (cuadro 9.5):

SIGNOS DE ALERTA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Cuando, en comparación con sus iguales, parece que el crecimiento del chico o la chica se ha frenado.
- Adolescentes que tenían un peso normal o sobrepeso, están perdiéndolo de forma muy rápida.
- Cuando se sustituye una alimentación dietéticamente adecuada por otra hipocalórica-cambiar el bocadillo de media mañana por una fruta o zumo.
- Ingestión constante de comida en chicas/os con sobrepeso.
- Aislamiento social, cambios bruscos de humor o manifestaciones de tristeza en chicos/as que previamente tenían buenos contactos sociales dentro del grupo.
- Chicas o chicos que, por su sobrepeso, son objeto de críticas o burlas frecuentes respecto a su imagen corporal por parte de los compañeros y compañeras.
- Cambios en la forma de vestir, empleando ropa amplia o muchas capas de ropa superpuestas, acompañados de comentarios despectivos respecto a la propia imagen corporal.
- Interés excesivo por la práctica de ejercicio físico.
- Comer lentamente, dejar comida argumentando que no tiene hambre o, comer solamente las verduras o frutas del menú.
- Pérdida de interés por cosas que antes le interesaban mucho (aficiones...).
- Manifestación de cansancio o fatiga física inusual, mareos e incluso algún desmayo.
- Dificultad de concentración en las tareas académicas; mayor empleo de tiempo de trabajo para alcanzar los mismos resultados académicos que con anterioridad.
- La cantidad de alimento que suele comer se ha reducido llamativamente, tira la comida o la vomita después de ingerirla.

Cuadro 9.5: Signos de alerta para la detección de trastornos alimentarios.

IDEAS CLAVE SESIÓN 9 (Trastornos de la alimentación)

- Los principales factores responsables de los trastornos de la conducta alimenticia en nuestra sociedad son: los modelos actuales de belleza, especialmente femenina, que insisten hasta la saciedad en la importancia de la delgadez, factores personales como el excesivo perfeccionismo o baja autoestima y relaciones familiares especialmente difíciles y conflictivas.
- La anorexia nerviosa es un trastorno que lo padecen en los países occidentales una de cada 200 chicas de entre 12 y 14 años. Su prevalencia entre los varones está aumentando, al igual que ocurre con las mujeres adultas. La bulimia nerviosa es padecida por un 2 o 3% de los chicos y chicas adolescentes, siendo también más frecuente entre las mujeres.
- Como signos de alerta importante de la anorexia nerviosa destacamos: el intenso miedo a engordar que no disminuye con la pérdida de peso, la distorsión de la imagen corporal y la pérdida de peso extrema, así como conductas purgativas o compensatorias. Además de los anteriores, en la bulimia nerviosa aparecen episodios recurrentes de atracones unidos a un sentimiento de falta de control sobre la cantidad o el tipo de alimento que se come. A diferencia de las personas que padecen anorexia nerviosa, las bulímicas tienen mayor conciencia de padecer un trastorno.
- No existen causas únicas que expliquen estos trastornos, más bien es el resultado de la unión de varios, entre los que destacamos: baja autoestima; excesivo perfeccionismo, inestabilidad afectiva, ocurrencia de situaciones estresantes y ambivalencia respecto a crecer y seguir siendo una niña.
- Anorexia y bulimia nerviosa tienen importantes consecuencias físicas, pudiéndose llegar en el caso de la anorexia incluso al fallecimiento.
- Para evitar en lo posible la aparición de estos trastornos de la alimentación es importante que madres y padres muestren afecto y amor incondicional a sus hijos e hijas, escuchándolos siempre que lo necesiten y animándolos a hablar de sus miedos y preocupaciones. En el caso de que ya estén presentes, es fundamental el máximo de compromiso y pedir ayuda profesional.

SESIÓN 9

Problemas de ajuste durante la adolescencia: Conductas de riesgo

CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE LOS AÑOS ADOLESCENTES

Aunque no siempre se establecen diferencias entre conductas de asunción de riesgos y de búsqueda de sensaciones, puede decirse que las primeras son un subconjunto de las segundas. Así, la búsqueda de sensaciones es la necesidad de nuevas experiencias y sensaciones que conllevan una activación fisiológica y una excitación psicológica. Algunas actividades y comportamientos como la escalada, el esquí, el consumo de alcohol, el vandalismo o el robo en grandes almacenes, pueden considerarse conductas de búsqueda de sensaciones, ya que una de las principales razones para implicarse en ellos es la excitación derivada de su práctica. Muchas de estas conductas no suelen entrañar demasiado riesgo -esquiar, montar en la montaña rusa-, y podemos considerarlas conductas de búsqueda de sensaciones sin más. Sin embargo, la implicación en otras actividades como conducir bajo los efectos del alcohol, mantener relaciones sexuales sin protección, o robar, puede conllevar una alta probabilidad de consecuencias negativas sociales o personales a corto o medio plazo.

Aunque ambos tipos de comportamientos pueden encontrarse en sujetos de todas las edades, son mucho más frecuentes durante los años de la adolescencia, por lo que su prevención requiere una atención especial en esta etapa evolutiva. Son variadas las razones que se han propuesto para explicar esta mayor implicación de los y las adolescentes en conductas de riesgo, y algunas de ellas son de carácter cognitivo. Por ejemplo, el concepto de *fábula personal* propuesto por David Elkind, que se refiere a la tendencia del o la adolescente a considerarse invulnerable y pensar que su vida y sus experiencias personales son únicas y no se rigen por las reglas que gobiernan la vida de las demás personas, ha sido frecuentemente propuesto como explicación de su temeridad. Esta *fábula personal* está relacionada con las limitaciones del chico o la chica para el uso de un razonamiento probabilístico que le llevará a un cálculo erróneo del peligro y a una mayor implicación en conductas arriesgadas.

Además, el estilo de pensamiento adolescente llevará a unas y otros a centrarse en las consecuencias inmediatas de su comportamiento, más que en los efectos a largo plazo. Esta forma de pensar suele verse reforzada por los compañeros y compañeras que tienden a pensar de la misma manera, y que van a admirar a aquellas chicas y chicos que asumen más riesgos. Por lo que la presión del grupo de iguales va a ejercer en muchos casos una influencia decisiva.

El alcohol y otras drogas van a favorecer también de forma clara la implicación en conductas de riesgo y temerarias. Por una parte van a afectar a la capacidad del chico o la chica adolescente para evaluar los peligros potenciales de una determinada conducta. Así, algunas conductas que pueden ser consideradas como muy arriesgadas en circunstancias normales, bajo los efectos de algunas drogas habrá una clara tendencia a infravalorar sus riesgos. Pero, además, el alcohol es un depresor del sistema nervioso, por lo que la joven o el joven que se encuentre bajo sus efectos va a necesitar asumir un mayor riesgo para experimentar el mismo nivel de excitación.

Por lo general, los hombres se implican en conductas de riesgo más que las mujeres a todas las edades, aunque las diferencias son menores en la adolescencia temprana que en la tardía. Algunos autores han señalado como causa de estas diferencias el hecho de que en condiciones normales las mujeres tienen niveles más altos de activación fisiológica, por lo que cualquier añadido puede resultar incómodo, y esta activación extra sería percibida más como ansiedad que como excitación. En cambio, en el caso de los varones, sus niveles más bajos de activación les llevan a buscar experiencias arriesgadas que son vividas de forma positiva. Por otra parte, los factores culturales también ejercerán su influencia sobre estas diferencias de género, ya que la socialización ejerce presiones diferentes sobre chicos y chicas: de ellos se espera que sean atrevidos y arriesgados, y de ellas prudentes y cautas.

A pesar de las evidentes consecuencias negativas de estas conductas, también podríamos pensar en los beneficios que podrían derivarse de la asunción de riesgos. Así, nos atrevemos a afirmar que asumir determinados riesgos conlleva ventajas desde el punto de vista evolutivo, y por lo tanto, existirían razones para su mantenimiento. La conceptualización de Erikson de la adolescencia como una etapa de moratoria psicosocial, en la que la experimentación con ideas y conductas -dentro de unos límites- es un requisito para el logro de la identidad y de la autonomía personal, apuntaría en esta dirección. Frente a la concepción de la asunción de riesgos como un problema, especialmente durante la adolescencia, tendríamos que admitir la idea del riesgo como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal, y algunas conductas

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

temerarias del chico o la chica adolescente podrían funcionar como indicadores de la transición a un estado más maduro. Para apoyar esta idea no faltan los estudios longitudinales que encuentran que conductas de riesgo, como el consumo moderado de ciertas drogas durante la adolescencia, están relacionadas con un mejor ajuste psicológico en la adultez temprana. Es posible que una actitud adolescente conservadora y de evitación de riesgos esté asociada a una menor incidencia de algunos problemas comportamentales y de salud, sin embargo, también es bastante probable que esa actitud tan precavida conlleve un desarrollo deficitario en algunas áreas, como el logro de la identidad personal, la creatividad, la iniciativa personal, la tolerancia ante el estrés o las estrategias de afrontamiento.

Si tenemos en cuenta que algunos de los factores relacionados con las conductas de riesgo tienen que ver con las características del pensamiento adolescente, es importante hacer conscientes a chicos y chicas de sus procesos de pensamiento y de cómo esos procesos pueden conducirlos a una serie de consecuencias negativas a largo plazo. Por ejemplo, puede ser muy eficaz ayudarlos a analizar críticamente algunas de las estrategias publicitarias utilizadas para promover el uso del alcohol o del tabaco. Muchos anuncios dirigidos a los jóvenes contrarrestan el anuncio que las cajetillas deben incluir sobre las consecuencias negativas que el tabaco conlleva para la salud, con una apelación a los beneficios inmediatos de este hábito -prestigio social, excitación derivada de la implicación en una conducta de riesgo-, y una infravaloración del peligro a largo plazo, lo que encaja bien con las características de las y los adolescentes.

Otra estrategia diferente para reducir estas conductas consiste en dar a chicas y chicos algunas alternativas más saludables para lograr los mismos objetivos que pueden obtener mediante las conductas temerarias. Asumir riesgos de forma menos peligrosa es posible a través de actividades como, por ejemplo, participar en competiciones regladas, cursos de escalada o de esquí. Estas actividades deportivas o de ocio, no sólo proporcionan excitación y activación fisiológicas, sino que permiten al chico o la chica adolescente sentirse competente y fomentar su identidad y autonomía.

IDEAS CLAVE SESIÓN 9 (Conductas de riesgo)

- Durante la adolescencia, las conductas que implican asunción de riesgos se vuelven especialmente frecuentes, sobre todo en el caso de los chicos.
- Como motivos que explican la mayor frecuencia de conductas de riesgo durante la adolescencia podemos señalar: fenómenos cognitivos como la fábula personal, el no tener demasiado en cuenta las consecuencias a largo plazo de la conducta; el consumo de alcohol u otras drogas, que influye en una infravaloración de las consecuencias negativas de este tipo de comportamientos y la presión del grupo de iguales, que puede reforzar las conductas temerarias.
- La asunción de riesgos excesivos tiene claras consecuencias negativas para el desarrollo adolescente, sin embargo, el enfrentarse a situaciones algo arriesgadas supone también una oportunidad para el desarrollo de chicos y chicas.
- Para disminuir el peligro de estas situaciones es adecuado hablar con el y la adolescente y así ayudarle a calcular de forma justa las posibles consecuencias de su conducta, facilitándole al mismo tiempo alternativas de ocio que le ayuden a canalizar su necesidad de buscar nuevas sensaciones haciéndolo de forma segura y controlada.



OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales que se pretenden alcanzar en esta novena sesión, son los siguientes:

1 Conocer algunos problemas de ajuste que pueden ocurrir durante la adolescencia y que influyen en el bienestar de chicos y chicas.

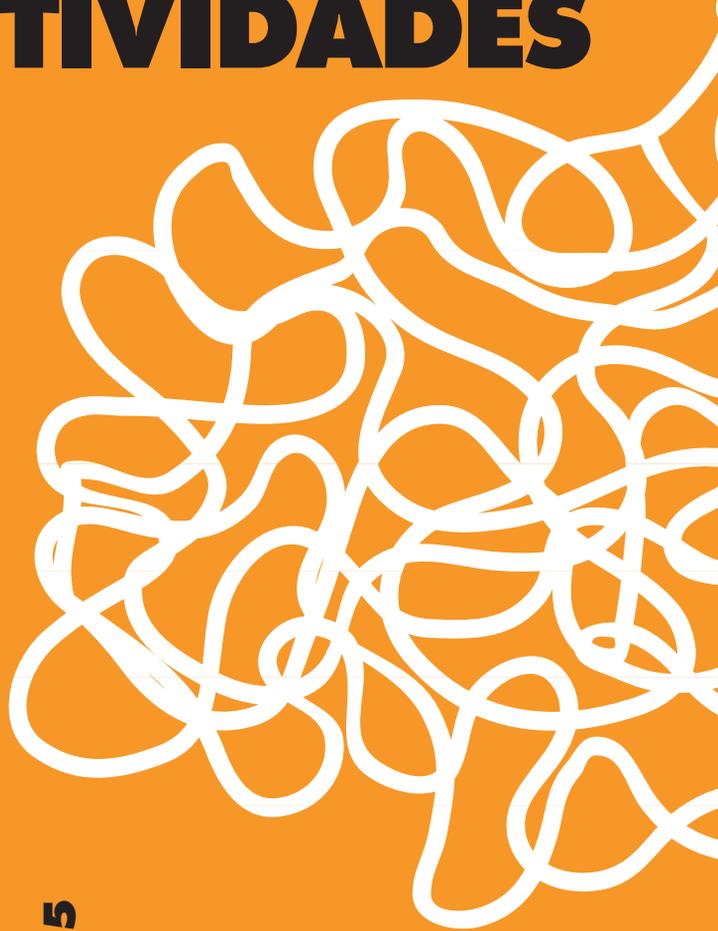
2 Informar sobre los principales síntomas de la depresión, las ideas suicidas y los trastornos de la alimentación durante la adolescencia.

3 Analizar las principales señales de alerta para la detección de los trastornos depresivos, los alimentarios y las ideas suicidas.

4 Reflexionar sobre el significado que la asunción de conductas de riesgo tiene durante la adolescencia.



ACTIVIDADES



INTRODUCCIÓN

El coordinador/a da la bienvenida a los y las participantes, les agradece su asistencia y les anima a trabajar y reflexionar sobre su papel como madres y padres de adolescentes.

A continuación y con apoyo de la transparencia 9.1, comienza a introducir a los y las participantes en esta novena sesión. Empezará haciendo referencia a que nos ocuparemos de analizar algunos problemas de ajuste que tienen lugar durante la adolescencia, como son: la depresión y el suicidio, los trastornos de la alimentación y las conductas de riesgo.

La **depresión** es un estado patológico que se caracteriza por un estado de ánimo triste, asociado a sentimientos de culpa y angustia y al que acompañan a menudo desesperanza, falta de ilusión por vivir, ideas negativas sobre uno mismo o tendencias suicidas (transparencia 9.2). Es importante aclarar, en relación con este último tema, que cuando hablamos de **suicidio** podemos hablar de cosas diferentes (transparencia 9.3):

● ● **Ideas o pensamientos suicidas:** son pensamientos frecuentes sobre la consecución de la propia muerte, que no tienen por qué implicar necesariamente un intento por parte de la persona de hacerlo realmente.

● ● **Tentativas de suicidio:** son intentos de causar la propia muerte sin conseguirlo. En algunos casos puede ser un intento de llamar la atención (*Gesto Suicida*).

● ● **Suicidio:** es el acto por el cual alguien ha conseguido acabar con su propia vida. Este acto tiene un propósito de provocar intencionalmente la muerte.

● ● **Gesto suicida:** la persona intenta suicidarse, pero con la finalidad de llamar la atención en un intento de conseguir ayuda de otras personas. Debe ser tenido en cuenta porque, por una parte, los gestos pueden provocar la muerte y por otra, están poniendo de manifiesto una gran problemática personal y muy pocas habilidades para resolverla.

Otro problema importante de ajuste en la adolescencia lo constituyen los **trastornos de la alimentación**. Estos trastornos incluyen un amplio conjunto de sentimientos, actitudes y conductas relacionadas con la comida. El nexo que los une no es tanto la preocupación por la comida en sí, sino la percepción que

tienen de su propio cuerpo que suele estar muy distorsionada. Los trastornos de la alimentación más comunes son los siguientes (ver transparencia 9.4):

● ● **Obesidad juvenil:** es una acumulación excesiva de grasa corporal que se asocia a un exceso de peso. No es un trastorno alimentario propiamente dicho pero constituye un factor de riesgo importante para desarrollarlo. Provoca diferentes problemas de salud.

● ● **Anorexia nerviosa:** es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por una pérdida de peso exagerada debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas. Las personas que lo padecen no son conscientes de su enfermedad. Tiene unas consecuencias muy negativas para la salud.

● ● **Bulimia nerviosa:** es un trastorno de la conducta alimentaria en el que se repiten conductas de atracón y seguidamente conductas purgativas o compensatorias con el objetivo de mantener el peso corporal. A diferencia de lo que ocurre en la anorexia nerviosa, las personas que lo padecen son conscientes de su falta de control y de su enfermedad.

Las **conductas de riesgo** son muy frecuentes durante la adolescencia (transparencia 9.5). Son acciones que pueden conllevar una alta probabilidad de consecuencias negativas sociales o personales a corto o medio plazo.

ACTIVIDADES

A continuación se desarrollarán las actividades correspondientes a la novena sesión. El desarrollo obedece a una secuenciación lógica de los contenidos siguiendo el marco teórico, sin embargo, seguir este itinerario no es obligatorio. Cada coordinador/a puede programar la sesión de la manera que crea más conveniente de cara a conseguir los objetivos que se plantean.

ACTIVIDAD 1 La depresión en la adolescencia	
Duración aproximada	20 minutos
Objetivos	Analizar los principales síntomas de la depresión adolescente a través de un caso clínico. Proporcionar información sobre las causas de los trastornos depresivos y sus consecuencias. Subrayar la importancia de solicitar ayuda profesional cuando existan sospechas de un posible trastorno depresivo.
Materiales	Anexo 9.1: Ficha 9.1: El caso de Sara.

Desarrollo de la actividad

El coordinador pedirá a los padres que formen grupos de 4 componentes y repartirá a cada grupo el texto que se presenta a continuación (ver anexo 9.1). Este texto incluye el caso de Sara, una chica de 16 años que presenta un trastorno depresivo. En función de dicho caso los componentes de cada grupo tendrán que identificar los principales síntomas que presenta la chica y decidir qué harían ellos si fueran el padre o la madre de Sara. Una vez transcurrido el tiempo necesario para la discusión del caso en pequeño grupo, el coordinador/a realizará una síntesis general de la actividad donde subrayará las principales señales de alerta del trastorno depresivo y sus consecuencias.

El caso de Sara

«Mi hija se llama Sara, tiene 16 años y desde hace algunos meses está muy extraña. No tiene ganas de salir con sus amigos, y ha abandonado las clases de informática que tanto le gustaban, llora por cualquier cosa y ha empezado a ir mal en los estudios. Su padre y yo intentamos hablar con ella, pero es imposible, o se enfada con nosotros y se pone a dar gritos, o lo que es peor, empieza a llorar y se encierra en su cuarto. La hemos llevado varias veces al médico porque últimamente tiene muchos dolores de cabeza, incluso hemos ido al neurólogo, pero nos han dicho que no tiene nada. A mí me preocupa mucho cuando la escucho dando vueltas por la casa de madrugada, o cuando la oigo decir que no vale para nada y que todo es un desastre. Una vez incluso me dijo que quería morirse, porque cuando uno está muerto deja de sufrir. Yo me enfadé mucho con ella y le pedí que no volviera a decir esas cosas.

Al principio yo pensé que serían cosas de la edad, pero no estoy muy segura. No es normal que se pase horas en su cuarto tirada en la cama, con la mirada perdida y pensando en las musarañas. Además, ni siquiera se arregla, con lo presumida que ha sido siempre.

No sabemos qué hacer. Hemos pensado consultar a un psiquiatra que nos han recomendado, pero ella dice que los psiquiatras son para los locos, y que ella no está loca. De todas formas, el lunes iremos a ver al orientador del instituto. Sara confía en él, así que a lo mejor a él lo escucha y acepta ir a una consulta, porque no sabemos como ayudarla».

Anexo 9.1: Ficha 9.1: La historia de Sara.

Síntesis de la actividad

Después de 15 minutos, el coordinador/a, basándose en las transparencias de la 9.6 a la 9.9, elaborará una síntesis que recogerá los elementos que aparecen a continuación:

● ● El trastorno depresivo es un estado patológico cuyos principales síntomas durante la adolescencia son:

- Estado de ánimo triste o irritable («llora por cualquier cosa», «se enfada con nosotros y se pone a dar gritos»).
- Falta de interés por la mayoría de las actividades («ha abandonado las clases de informática que tanto le gustaban»).
- Pérdida importante de peso o apetito
- Alteración del sueño («la escucho dando vueltas por la casa de madrugada»).
- Disminución de energía

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

- Sentimientos de inutilidad o culpa («no valgo para nada»).
- Visión negativa del mundo y del futuro («todo es un desastre»).
- Dificultades de concentración («ha empezado a ir mal en los estudios»).
- Ideas de muerte recurrentes («quiero morirme»).

● ● Según datos españoles del año 2003, el 4% de los y las jóvenes de entre 12 y 17 años y el 9% de los de 18 años, padece un trastorno depresivo.

● ● El trastorno depresivo y sus síntomas son más frecuentes entre las chicas que entre los chicos. Parece que unos y otras utilizan diferentes estrategias de hacer frente a los problemas, y ante situaciones estresantes las mujeres tienden más a la introspección, a culpabilizarse y a rumiar sobre los problemas.

● ● Las principales causas de los trastornos depresivos son las siguientes:

- Factores biológicos: posible papel de la herencia genética, las hormonas y los neurotransmisores.
- Factores cognitivos: visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, unida a un sentimiento de poco control sobre la propia realidad.
- Situaciones estresantes: relaciones interpersonales insatisfactorias. Clima familiar inestable, caracterizado por prácticas educativas autoritarias, sobre-protectoras o indiferentes.

● ● Algunas consecuencias de los trastornos depresivos durante la adolescencia son las siguientes:

- Problemas de rendimiento académico.
- Dolores y otros problemas físicos.
- Conductas agresivas e incluso delictivas.
- En el caso de que no se trate adecuadamente, probabilidad de volver a sufrir los síntomas en el futuro.
- Tentativas de suicidio.

ACTIVIDAD 2

Mitos acerca del suicidio

Duración aproximada	10 minutos
Objetivos	<p>Analizar algunas ideas erróneas en relación con el suicidio adolescente.</p> <p>Proporcionar algunos indicadores que alerten a los padres y madres sobre la posibilidad de una tentativa de suicidio.</p>
Materiales	Anexo 9.2: Ficha 9.2: Mitos y creencias sobre el suicidio adolescente.

Desarrollo de la actividad

El coordinador/a de la sesión explica a los y las asistentes que esta actividad se lleva a cabo para conocer qué es lo que todas y todos sabemos o creemos saber sobre el suicidio. Para ello, reparte un ejemplar de la ficha «Mitos y Creencias» a cada asistente en la que aparecen una serie de afirmaciones. Individualmente, se leerán estas afirmaciones y se tachará la casilla correspondiente a V si se cree que la afirmación es verdadera o, por el contrario, a F si se piensa que la misma es falsa. El coordinador/a dará varios minutos para rellenar la ficha completa. Una vez transcurridos esos minutos, empezará leyendo el primer mito y pedirá a los y las participantes su opinión argumentada de por qué creen que la afirmación es verdadera o falsa. A continuación, expondrá las razones de por qué es verdadera o falsa según datos objetivos. Realizará esta operación sucesivamente con todas las afirmaciones.

Mitos y creencias sobre el suicidio adolescente

Reflexiona sobre si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas y marca la casilla correspondiente:

- Las personas que siempre están diciendo que se van a suicidar nunca lo hacen de verdad
Verdadera Falsa
- Debido a la culpa y el dolor asociados a un intento de suicidio, no lo volverá a intentar.
Verdadera Falsa

- La vuelta a un estado de ánimo positivo después de un periodo de depresión significa que ha desaparecido la probabilidad de suicidio.
Verdadera Falsa
- No se debe hablar de suicidio delante de una persona potencialmente suicida, ya que podríamos darle la idea.
Verdadera Falsa
- Los chicos se suicidan más que las chicas.
Verdadera Falsa
- Cuando se comete el suicidio de un chico o una chica adolescente, es más probable que sus compañeras y compañeros de instituto piensen en esa posibilidad o intenten suicidarse.
Verdadera Falsa

Anexo 9.2: Ficha 9.2: Mitos y creencias sobre el suicidio adolescente.

Síntesis de la actividad

A continuación presentamos el guión para el coordinador/a sobre mitos y creencias. Con él, el coordinador/a podrá analizar en que medida cada uno de estos mitos se corresponde con la realidad.

1 Las personas que siempre están diciendo que se van a suicidar nunca lo hacen de verdad.

Falsa. Las amenazas repetidas son una señal clara de que el chico o la chica puede estar contemplando la posibilidad de suicidarse. Pueden ser una llamada de atención y una búsqueda de ayuda ante una situación difícil que esté atravesando. Es conveniente animar al chico o chica adolescente a que hable de sus problemas, no con sus madres y padres si estos están demasiado implicados en el conflicto, pero sí con amigos y amigas, con el tutor/a o con el orientador/a del centro educativo.

2 Debido a la culpa y dolor asociados a un intento de suicidio, no lo volverá a intentar.

Falsa. El primer intento suele ser el más difícil, y es probable que repita el intento. Se encuentran casos de chicos y sobre todo chicas que acumulan una larga serie de intentos de suicidio.

3 La vuelta a un estado de ánimo óptimo después de un periodo de depresión significa que ha desaparecido la probabilidad de suicidio.

Falsa. En absoluto, ya que en algunas ocasiones esa recuperación puede indicar que tras un periodo de dudas la persona ha tomado ya la decisión de suicidarse, y por ello, refleja esa aparente tranquilidad. En otras ocasiones esa relativa recuperación puede dar a la persona la energía y determinación de la que carecía cuando se encontraba más abatida.

4 No se debe hablar de suicidio delante de una persona potencialmente suicida, ya que podríamos darle la idea.

Falsa. Es poco probable que la persona potencialmente suicida no haya pensado ya en esa alternativa para acabar con sus problemas. Hablar de ello puede ayudarle a enfrentarse a sus problemas de otra manera.

5 Los chicos se suicidan más que las chicas.

Verdadero. Mientras que las chicas intentan suicidarse más veces que los chicos, ellos lo consiguen con mayor frecuencia. Existe un mayor número de suicidios en la población masculina y de tentativas de suicidio en la femenina.

6 Cuando se comete el suicidio de un chico o chica adolescente, es más probable que sus compañeros y compañeras de su instituto piensen en esa posibilidad o intenten suicidarse.

Verdadero. Cuando se comete un suicidio cercano, otras personas que están atravesando por una situación difícil pueden verlo como una alternativa de solución a los problemas e intentar suicidarse.

Después de cada uno de los mitos, el coordinador/a continuará con la síntesis de la actividad basándose en los siguientes contenidos (transparencias de 9.10 a 9.12):

- ● El suicidio es la tercera causa de muerte de adolescentes (15-19 años) en España. Cada año, uno/a de cada 3-5 jóvenes pueden presentar ideas suicidas y entre el 6% y el 10% quizás lo intenten de alguna forma (ver transparencia 9.3). En el suicidio existen diferencias de género: las chicas intentan suicidarse más que los chicos, pero ellos lo consiguen con mayor frecuencia.

- ● Entre los factores de aparición de ideas suicidas y de tentativas de suicidio, podemos contemplar las siguientes:

– **Acumulación de estresores y carencia de recursos para hacerles frente:** influyen el ambiente familiar (caótico, invasivo, excesivamente exigente...), el grupo de amigos y amigas (carencia de amistades, aislamiento o rechazo), rasgos personales (síntomas depresivos, ansiedad, escasas habilidades sociales...) y entornos especialmente competitivos.

– **Emociones negativas:** el chico o chica adolescente que piensa suicidarse experimenta un dolor psicológico que llega a ser insoportable. En la población adolescente este malestar cursa con sentimientos de enfado y agresividad, y ese es el motivo por el que algunas depresiones durante la adolescencia no son detectadas.

– **Estilo cognitivo sesgado:** tienen una visión muy negativa y pesimista de la realidad, centrada en sus problemas y su dolor, que deja poca cabida para un futuro mejor.

● ● Algunas señales que pueden servir para alertar a madres o padres o educadores de riesgo de suicidio:

– La continua presencia de un estado de ánimo deprimido con pérdida del interés en actividades usuales.

– Trastornos de sueño y alimentación, o una disminución brusca del rendimiento escolar.

– Conversaciones frecuentes sobre el suicidio o la muerte.

– Rupturas en la comunicación con padres y madres.

– Retraimiento social y aislamiento gradual de amigos y amigas.

– Antecedentes de tentativas de suicidio o asunción de riesgos excesivos e implicación frecuente en accidentes.

● ● Ante algunos de los indicadores anteriores, especialmente si se dan varios conjuntamente, madres y padres deberían buscar ayuda profesional, y hablar con el personal educativo del centro.

ACTIVIDAD 3

¿Cómo viven los chicos y las chicas el trastorno alimentario?

Duración aproximada	35 minutos
Objetivos	Analizar las señales de alerta de los trastornos alimentarios. Recapacitar sobre los sentimientos que pueden experimentar las personas que los padecen.
Materiales	Música (opcional). Anexo 9.3: Fantasía guiada por la anorexia nerviosa.

Desarrollo de la actividad

1 Introducción

El coordinador/a presenta la actividad de la siguiente manera:

«Vamos a hacer un ejercicio de empatía que nos servirá un poco más para comprender qué es lo que sienten y cómo perciben».

A continuación se crea un ambiente adecuado para el desarrollo de la fantasía. Para ello, deben realizarse los siguientes pasos:

- ● Apagar o disminuir la luz para crear el clima adecuado.
- ● Asegurarse de que comprendan que la historia que le vamos a contar la deben experimentar en primera persona y como si ocurriese en la actualidad, ya que de esta manera serán más conscientes de sus propios sentimientos y podrán comprender mejor los de los chicos y chicas.
- ● Se les aconseja que cierren los ojos para poder concentrarse mejor. No obstante, debe indicarse que quien lo desee puede permanecer con los ojos abiertos durante la actividad o bien puede abrirlos una vez empezado el ejercicio, si eso le hace sentirse mejor.
- ● Se puede usar también una música suave y con poco volumen para fomentar la creación de una atmósfera adecuada.

2 Fantasía guiada sobre la Anorexia nerviosa

El coordinador/a pasará al desarrollo de la fantasía:

«Vamos a ensayar o imaginar qué se siente y cómo se percibe la anorexia nerviosa. Cerrad los ojos, pues así os será más fácil realizar la actividad, aunque si alguien lo prefiere también puede permanecer con los ojos abiertos. Recordad que se trata de que viváis la experiencia como personas adultas que sois y en este momento de vuestra vida. Intentad relajaros y respirad en profundidad. Intentad no escuchar ningún ruido, sólo el de vuestra respiración. Ahora empezaremos nuestro viaje»

Tú tienes una familia. Piensa en tu rincón favorito de tu casa y siéntalos a todos allí. Sabes que te quieren y que harían cualquier cosa por ti. Hablales y diles cómo te sientes ahora. (Pausa 3´´)

Tienes un trabajo. Piensa en tus compañeros y compañeras, con quien te ríes, con quienes sueles salir alguna vez a tomarte algo, con quienes te esfuerzas. Hablales como lo haces normalmente (Pausa 3´´)

Tienes tus amigos y amigas. Personas que te quieren y en quienes confías, que te ayudan en los peores momentos y sonrían contigo en los mejores. Diles lo que sientes por ellos y por ellas (Pausa 3´´)

Y tienes tu cuerpo. Desnúdate y ponte frente a un espejo. Ahora mírate (Pausa 5´´) Seguro que hay cosas en él que te gustan más y cosas que te gustan menos.

¿Cómo te sientes con todas las cosas de tu cuerpo que no te gustan? (Pausa 3´´)

Mientras piensas qué cosas no te gustan, imagínate que estás soñando y te acabas de despertar. Te levantas de la cama, te pones las zapatillas, bostezas y te diriges al cuarto de baño para prepararte para ir a trabajar. Te miras al espejo y notas que has engordado 50 kilos. ¿Cómo te ves? ¿Qué sientes? (Pausa 3´´)

Después del susto inicial, te haces a la idea, bajas a la cocina donde está tu pareja que te ha preparado un succulento desayuno. ¿Qué piensas? (Pausa, 3´´) Le dices que tienes el estómago lleno y te vas al trabajo andando, a ver si así puedes ayudar a rebajar todos esos kilos que has puesto sin darte cuenta. Vas andando por la calle, la gente te mira, piensas que igual será por todos esos kilos que has engordado. ¿Cómo te sientes? (Pausa 3´´)

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

Llegas a la oficina, tus compañeros te miran, se te acerca un compañero y te dice: «¿te ocurre algo? Te estás quedando en los huesos, ¡qué delgadez!», lo miras con cara de asombro y esquivas la conversación, ¿cómo puede decirte eso con todos los kilos que has puesto? Piensas que seguro que lo hace para que te sientas mejor, para animarte al verte así. ¿Cómo te sientes? (Pausa 3´´)

Llega la hora de la comida. Tus compañeras van al comedor y a ti no te apetece comer. Llegáis a la barra y pides una ensalada. Todas se te quedan mirando asombradas, supones que será porque no entienden todo lo que vas a comer con todos los kilos que tienes encima. Te sientas, ellas empiezan a comer y tú miras tu plato de ensalada y empiezas a darle vueltas pensando: «mejor no me lo como, si como menos adelgazaré más rápido todos esos kilos que he ganado». Al final, terminas comiéndotelo por la insistencia de tus compañeros de que estás muy delgado/a. ¿Cómo te sientes? (Pausa 3´´)

Sales del trabajo y llegas a casa. Estás muy cansada/o, tienes hambre, pero vuelves a mirarte en el espejo y te horroriza lo que ves. ¿Qué piensas? (Pausa 3´´) Vas al baño, te pesas para ver si has reducido algún gramo hoy, el peso debe estar estropeado porque pone 45 kg. Piensas en comprarte un báscula nueva. Tu estómago no para de sonarte, te duele la cabeza y te sientes sin fuerza. Seguro que es de los kilos que tienes, que pesan mucho. Vas a la cocina, una amiga te recomendó un laxante muy bueno y te tomas varias cucharadas, a ver si pierdes más gramos. Pones música y bailas compulsivamente, bailar también adelgaza. ¿Qué piensas? (Pausa 3´´)

Ya es de noche, tu pareja viene de trabajar y tú le has dicho que no te apetece cenar, porque hoy has comido mucho en el trabajo, sabes que si no te obligará a comer algo. Te acuestas a dormir y te pones a pensar: «No sé qué le pasa a todo el mundo, dicen que me estoy quedando en los huesos con todos los kilos que peso, cada vez que me miro en el espejo me siento peor, tengo que hacer lo que sea para adelgazar». ¿Qué sientes? Piensa en la palabra que define mejor lo que has experimentado (Pausa 5´´)

Una vez terminado el relato, se les dejan unos segundos; posteriormente, se les invita a que abran los ojos poco a poco y retornen a la situación normal. Las luces se encienden y se apaga la música.

3 Lluvia de ideas y breve discusión dirigida

A continuación se pasa a la lluvia de ideas, pidiendo a las personas del grupo que digan una o dos palabras que describan los sentimientos que han

experimentado tanto física como emocionalmente. El orientador/a irá anotándolo en la pizarra.

De las palabras escritas en la pizarra, se elegirán varias al azar y se preguntará:

- ¿Quién ha dicho esta palabra?
- ¿Qué querías expresar con este sentimiento?

A continuación se llevará a cabo una breve discusión dirigida en la que se comentará la fantasía con el grupo y se animará a los y las participantes a considerar las señales de alerta en los trastornos alimentarios.

Síntesis de la actividad

La síntesis de esta actividad se basará en las transparencias 9.13 a 9.15:

- ● Entre las causas de los trastornos de la alimentación, podemos mencionar las siguientes:
 - Factores socioculturales: la presión por ajustarse a un modelo de belleza en el que destaca la delgadez excesiva provoca que chicos y chicas intenten conseguirlo a toda costa.
 - Factores personales y familiares: los cambios que se producen con el desarrollo puberal, que en las mujeres se asocia a un aumento de la grasa corporal, el impacto de determinados acontecimientos vitales estresantes, ciertos rasgos de personalidad y algunos trastornos afectivos.
- ● Los signos de alerta de los trastornos alimentarios, que son los siguientes:
 - Cuando, en comparación con sus iguales, parece que el crecimiento del chico o la chica se ha frenado.
 - Adolescentes que tenían un peso normal o sobrepeso, están perdiéndolo de forma muy rápida.
 - Cuando se sustituye una alimentación dietéticamente adecuada por otra hipocalórica -cambiar el bocadillo de media mañana por una fruta o zumo-.

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

- Ingestión constante de comida en chicos/as con sobrepeso.
- Aislamiento social, cambios bruscos de humor o manifestaciones de tristeza en chicos/as que previamente tenían buenos contactos sociales dentro del grupo.
- Chicos o chicas que, por su sobrepeso, son objeto de críticas o burlas frecuentes respecto a su imagen corporal por parte de los compañeros y compañeras.
- Cambios en la forma de vestir, empleando ropa amplia o muchas capas de ropa superpuestas, acompañados de comentarios despectivos respecto a la propia imagen corporal.
- Interés excesivo por la práctica de ejercicios físicos.
- Comer lentamente, dejar comida argumentando que no tiene hambre o, comer solamente las verduras o frutas del menú.
- Pérdida de interés por cosas que antes le interesaban mucho (aficiones...).
- Manifestación de cansancio o fatiga física inusual, mareos e incluso algún desmayo.
- Dificultad de concentración en las tareas académicas; mayor empleo de tiempo de trabajo para alcanzar los mismos resultados académicos que con anterioridad.
- La cantidad de alimento que suele comer se ha reducido llamativamente, se tira la comida o la vomita después de ingerirla.

ACTIVIDAD 4

De la búsqueda de sensaciones a la temeridad

Duración aproximada	20 minutos
Objetivos	<p>Describir la diferencia entre conductas de búsqueda de sensaciones, conductas de riesgo y conductas temerarias.</p> <p>Analizar el significado que las conductas de riesgo tienen para el desarrollo de chicas y chicos durante la adolescencia.</p>
Materiales	Anexo 9.4: Ficha 9.4: Las conductas de riesgo.

Desarrollo de la actividad

El coordinador/a presentará la ficha 9.4 (ver anexo 9.4), donde aparecen tres círculos que representan las conductas de *búsqueda de sensaciones*, *las conductas de riesgo* y *las conductas temerarias*. A continuación describirá la diferencia entre estos tres tipos de comportamientos basándose en las transparencias 9.16. Es importante que destaque que la principal diferencia estriba en sus posibles consecuencias negativas, ya que mientras que la búsqueda de sensaciones no tiene porqué implicar necesariamente unos efectos negativos para el chico o la chica, las probabilidades de sufrir consecuencias peligrosas aumentan en las conductas de riesgo y más aún en las temerarias. Además, en estas últimas, la persona tiene poco control sobre dichas consecuencias.

Una vez hecha esta breve distinción, el coordinador/a pedirá a madres y padres que incluyan las conductas que aparecen en el mismo anexo en alguno de los círculos concéntricos, haciendo que reflexionen sobre si estos comportamientos son temerarios, de riesgo o simplemente suponen un intento de experimentar nuevas sensaciones. Sería interesante que se incluyeran otras conductas y fueran discutidas durante el desarrollo de la actividad.

Síntesis de la actividad

Para finalizar y basándose en las transparencias 9.18-9.20, el orientador/a realizará una breve síntesis destacando los siguientes aspectos:

- Durante la adolescencia, las conductas que implican asumir ciertos riesgos se vuelven especialmente frecuentes.

● ● PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA

● ● Es importante destacar que la peligrosidad de muchas de estas conductas depende de características individuales de los chicos y chicas. Así por ejemplo, conducir bajo los efectos del alcohol puede ser una conducta más temeraria para algunas personas que para otras, dependiendo de la experiencia con la conducción y de la tolerancia al alcohol. En este sentido, esquiar en una pista de gran dificultad puede implicar simplemente una conducta con la que experimentar activación física o algo temerario dependiendo de los conocimientos de esquí de la persona.

● ● Como posibles explicaciones del aumento de este tipo de conductas durante la adolescencia podemos incluir:

- Aspectos cognitivos como la fábula personal.
- El no ser consciente de sus consecuencias a largo plazo.
- La presión del grupo de iguales que puede reforzar este tipo de conductas arriesgadas.
- El consumo de alcohol o drogas por su efecto desinhibidor.

● ● Estas conductas, aunque pueden conllevar algunas consecuencias negativas, son una oportunidad de crecimiento para chicos y chicas en la medida que forman parte del proceso de exploración necesario para madurar y construir una identidad personal basada en las decisiones propias y en el aprendizaje de los errores.

● ● Para evitar la implicación de los y las adolescentes en conductas especialmente peligrosas, madres y padres pueden:

- Ayudar a chicos y chicas a analizar las posibles consecuencias negativas de determinados comportamientos.
- Presentarles actividades alternativas que, de forma menos arriesgada, generen excitación al mismo tiempo que facilitan el sentimiento de autonomía y competencia.

ACTIVIDAD 5

Para terminar... ¿qué hemos aprendido hoy?

Esta actividad final se llevará a cabo para afianzar lo que han aprendido padres y madres en esta sesión. El coordinador/a iniciará una breve discusión dirigida que girará en torno a las siguientes preguntas:

- 1 De lo que habéis visto hoy, ¿qué es lo que más os ha llamado la atención?
- 2 ¿Qué creéis que habéis aprendido?
- 3 ¿De qué creéis que os puede servir todo este aprendizaje? ¿Le veis alguna aplicación a vuestra vida diaria?

Tras aproximadamente 10 minutos, el coordinador resumirá lo que han aprendido en la sesión con ayuda de la transparencia 9.21:

- ● Hemos aprendido las principales características de la depresión y del suicidio adolescente, sus consecuencias y las señales que como padres y madres deben alertarnos.

- ● Hemos aprendido las características de los principales trastornos de la alimentación, sus consecuencias y señales de alerta.

- ● Hemos aprendido el significado de las conductas de riesgo durante la adolescencia: sus aspectos positivos y negativos.

- ● Hemos conocido la importancia de acudir a una persona profesional en el caso de sospechar la existencia de un trastorno depresivo o de la alimentación.



ANEXOS



..... 055

ANEXO 9.1

Ficha 9.1: El caso de Sara

Leed el siguiente texto e intentad responder a las preguntas que aparecen a continuación:

“Mi hija se llama Sara, tiene 16 años y desde hace algunos meses está muy extraña. No tiene ganas de salir con sus amigos, y ha abandonado las clases de informática que tanto le gustaban, llora por cualquier cosa y ha empezado a ir mal en los estudios. Su padre y yo intentamos hablar con ella, pero es imposible, o se enfada con nosotros y se pone a dar gritos, o lo que es peor, empieza a llorar y se encierra en su cuarto. La hemos llevado varias veces al médico porque últimamente tiene muchos dolores de cabeza, incluso hemos ido al neurólogo, pero nos han dicho que no tiene nada. A mí me preocupa mucho cuando la escucho dando vueltas por la casa de madrugada, o cuando la oigo decir que no vale para nada y que todo es un desastre. Una vez incluso me dijo que quería morirse, porque cuando uno está muerto deja de sufrir. Yo me enfadé mucho con ella y le pedí que no volviera a decir esas cosas.

Al principio yo pensé que serían cosas de la edad, pero no estoy muy segura. No es normal que se pase horas en su cuarto tirada en la cama, con la mirada perdida y pensando en las musarañas. Además, ni siquiera se arregla, con lo presumida que ha sido siempre.

No sabemos qué hacer. Hemos pensado consultar a un psiquiatra que nos han recomendado, pero ella dice que los psiquiatras son para los locos, y que ella no está loca. De todas formas, el lunes iremos a ver al orientador del instituto. Sara confía en él, así que a lo mejor a él lo escucha y acepta ir a una consulta, porque no sabemos como ayudarla”.

1 ¿Cuáles son los síntomas que presenta Sara?

2 ¿Qué haríais vosotros si fuérais el padre o la madre de Sara?

ANEXO 9.2

Ficha 9.2: Mitos y creencias sobre el suicidio adolescente

Reflexiona sobre si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas y marca la casilla correspondiente:

1 Las personas que siempre están diciendo que se van a suicidar nunca lo hacen de verdad.

Verdadera Falsa

2 Debido a la culpa y el dolor asociados a un intento de suicidio, no lo volverá a intentar.

Verdadera Falsa

3 La vuelta a un estado de ánimo positivo después de un periodo de depresión significa que ha desaparecido la probabilidad de suicidio.

Verdadera Falsa

4 No se debe hablar de suicidio delante de una persona potencialmente suicida, ya que podríamos darle la idea.

Verdadera Falsa

5 Los chicos se suicidan más que las chicas.

Verdadera Falsa

6 Cuando se comete el suicidio de un chico o una chica adolescente, es más probable que sus compañeros y compañeras de instituto piensen en esa posibilidad o intenten suicidarse.

Verdadera Falsa

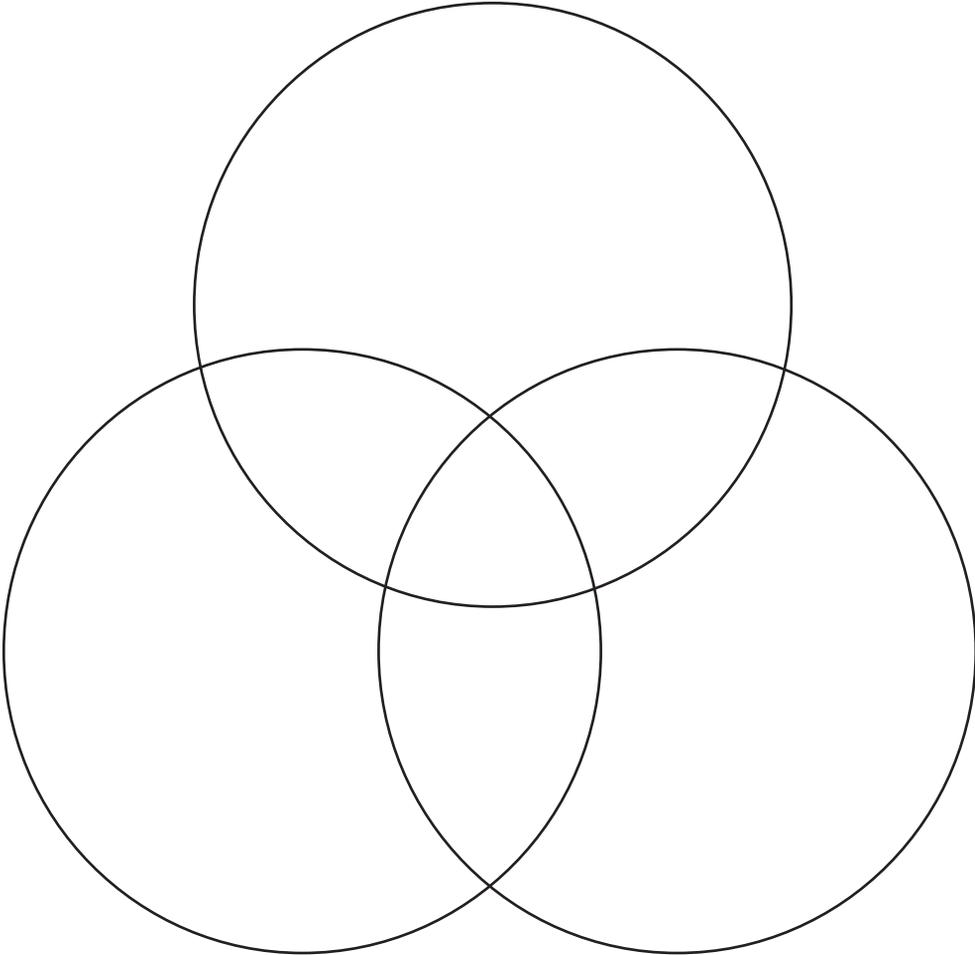
ANEXO 9.3

Ficha 9.4: Las conductas de riesgo

A continuación te presentamos una serie de comportamientos. Tienes que clasificarlos dentro de cada círculo según pienses que es una conducta de búsqueda de sensaciones, una conducta de riesgo o una conducta temeraria:

- 1 Consumir hachís.
- 2 Consumir alcohol.
- 3 Mantener relaciones sexuales sin protección.
- 4 Practicar deportes como submarinismo, escalada, «puenting»...
- 5 Conducir bajo los efectos del alcohol.
- 6 Conducir sobrepasando los límites máximos de velocidad.
- 7 Conducir una motocicleta sin utilizar el casco.
- 8 Realizar pequeños hurtos en grandes almacenes.
- 9 Destrozar mobiliario público: farolas, papeleras...
- 10 Faltar a clase.

Búsqueda de sensaciones



Conductas de riesgo

Conductas temerarias



TRANSPARENCIAS



SESIÓN 9: ALGUNOS PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA



- ➔ **Depresión y Suicidio**
- ➔ **Trastornos de la Alimentación**
- ➔ **Conductas de Riesgo**

¿QUÉ VAMOS A APRENDER?

- Vamos a conocer algunos problemas que pueden ocurrir durante la adolescencia y que influyen negativamente en el bienestar de chicos y chicas
- Vamos a conocer en qué consiste el trastorno depresivo, qué son las ideas suicidas y los trastornos de la alimentación, analizando sus síntomas y principales consecuencias
- Vamos a analizar las principales señales de alerta para la detección de los trastornos depresivos, los alimentarios y las ideas suicidas, aportando algunas pautas para la actuación de madres y padres
- Vamos a reflexionar sobre el significado de la asunción de conductas de riesgo durante la adolescencia

Transparencia 0.1

LA DEPRESIÓN

Es un estado patológico que se caracteriza por un estado de ánimo triste, sentimientos de culpa y angustia



"La preocupación es el resultado de saber que hay un futuro. Cuando pensamos sobre el futuro y vemos que puede ser incómodo, desagradable o incluso peligroso, las personas nos preocupamos. Si bien niños y niñas no piensan mucho más allá de su presente, los adolescentes sí lo hacen"

Steinberg y Levine (1997)

Transparencia 0.2

EL SUICIDIO

Cuando hablamos de suicidio podemos referirnos a cosas diferentes:

IDEAS O PENSAMIENTOS SUICIDAS

- Pensamientos frecuentes sobre la consecución de la propia muerte
- No tiene por qué implicar un intento

TENTATIVAS DE SUICIDIO

- Intentos de acabar con la propia vida sin conseguirlo. En algunos casos se trata de llamadas de atención

SUICIDIO

- Acto por el que una persona consigue acabar con su vida

Transparencia 0.3

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

OBESIDAD JUVENIL

Acumulación excesiva de grasa corporal asociada a un exceso de peso. No es un trastorno de la alimentación, pero puede provocarlo.

<p>ANOREXIA NERVIOSA. Características</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la imagen corporal - Seguimiento de dietas muy severas - Conductas purgativas - No tienen conciencia de enfermedad - Pérdida de peso exagerada y miedo a volver a ganarlo - Consecuencias muy negativas para la salud 	<p>BULIMIA NERVIOSA. Características</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetidas conductas de atracción y conductas purgativas o compensatorias para mantener el peso - Si tienen conciencia de la enfermedad - Problemas para controlar los impulsos - Cambios bruscos de humor
--	---

Transparencia 0.4

LAS CONDUCTAS DE RIESGO

- ✦ Son muy frecuentes durante la adolescencia
- ✦ Son acciones que pueden conllevar una alta probabilidad de consecuencias negativas sociales o personales a corto o medio plazo



Transparencia 0.5

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO ADOLESCENTE

- ✓ Estado de ánimo triste o irritable
- ✓ Falta de interés por la mayoría de las actividades
- ✓ Pérdida importante de peso o apetito
- ✓ Alteración del sueño
- ✓ Disminución de energía
- ✓ Sentimientos de inutilidad o culpa
- ✓ Visión negativa del mundo y del futuro
- ✓ Dificultades de concentración
- ✓ Ideas de muerte frecuentes



Transparencia 0.6

EL TRASTORNO DEPRESIVO ADOLESCENTE: DATOS

El 4% de los y las jóvenes de entre 12 y 17 años y el 9% de los de 18, padece un trastorno depresivo

Es más frecuente en chicas que en chicos debido entre otros factores a diferentes formas de hacer frente a los problemas



Transparencia 9.7

CAUSAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO ADOLESCENTE

- **Factores biológicos:** posible papel de la herencia genética, las hormonas y los neurotransmisores
- **Factores cognitivos:** visión negativa de la propia persona, del mundo y del futuro, unida a un sentimiento de que falta de control sobre la propia vida
- **Situaciones estresantes:** relaciones personales insatisfactorias. Clima familiar conflictivo o caracterizado por prácticas educativas autoritarias, sobre-protectoras o indiferentes

Transparencia 9.8

CONSECUENCIAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO

- Problemas de rendimiento académico
- Dolores y otros problemas físicos
- Conductas agresivas e incluso delictivas
- En el caso de que no se trate adecuadamente, probabilidad de volver a sufrir los síntomas en el futuro
- Tentativas de suicidio



IMPORTANTE: ACUDIR A UN PROFESIONAL EN CASO DE SOSPECHA DE LA EXISTENCIA DE UN TRASTORNO DEPRESIVO

Transparencia 9.9

EL SUICIDIO ADOLESCENTE

Es la tercera causa de muerte de adolescentes entre 15-19 años en España

Cada año uno de cada 4 jóvenes puede presentar ideas suicidas y entre el 6 y el 10% quizás lo intenten de alguna forma

Las chicas intentan suicidarse más que los chicos, pero ellos consiguen quitarse la vida con mayor frecuencia



Transparencia 9.10

FACTORES DE APARICIÓN DE IDEAS SUICIDAS

- Muchos problemas y pocos recursos para hacerles frente: dificultades familiares o con el grupo de amigas y amigos, determinados rasgos personales y entornos especialmente competitivos
- Emociones negativas: el chico o la chica que piensa suicidarse experimenta un dolor psicológico que llega a ser insoportable
- Pensamientos pesimistas: tiene una visión muy negativa y pesimista de la realidad, centrada en sus problemas y su dolor que deja poca cabida para un futuro mejor

Transparencia 9.11

SEÑALES DE ALERTA DEL SUICIDIO ADOLESCENTE

- ✓ La continua presencia de un estado de ánimo deprimido con pérdida del interés por las actividades usuales
- ✓ Trastornos de sueño y alimentación
- ✓ Disminución brusca del rendimiento escolar
- ✓ Conversaciones frecuentes sobre el suicidio o la muerte
- ✓ Rupturas en la comunicación con madres y padres
- ✓ Retraimiento social y aislamiento gradual de amistades, compañeros y compañeras
- ✓ Antecedentes de tentativas de suicidio o asunción de riesgos excesivos e implicación frecuente en accidentes



Transparencia 9.12

PRINCIPALES TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

- ANOREXIA NERVIOSA
- BULIMIA NERVIOSA



La OBESIDAD no es un trastorno de la alimentación, pero puede provocarlo

Transparencia 9.13

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: CAUSAS

- Factores socio-culturales
 - Estereotipo de belleza actual que destaca la delgadez excesiva
 - Presión social por el aspecto físico perfecto
- Factores personales y familiares
 - Aumento de la grasa corporal con el desarrollo puberal
 - Presencia de acontecimientos vitales estresantes
 - Ciertos rasgos de personalidad: perfeccionismo, baja autoestima...
 - Problemas emocionales: ansiedad, irritabilidad, tendencia depresiva...

Transparencia 9.14

● ● **PROBLEMAS DE AJUSTE DURANTE LA ADOLESCENCIA**

ALGUNOS SIGNOS DE ALERTA

- ✓ Cuando parece que el crecimiento se ha parado.
- ✓ Pierden peso de manera muy rápida
- ✓ Cuando se sustituye una alimentación adecuada por otra hipocalórica
- ✓ En chicos y chicas con sobrepeso, ingestión constante de comida
- ✓ Aislamiento social y cambio brusco de humor
- ✓ Sus compañeros critican y se burlan de su cuerpo
- ✓ Cambios de ropa: muchas capas y ropa amplia
- ✓ Interés excesivo por la práctica de ejercicios físicos
- ✓ Irregularidades en la comida (comer poco, lento, vomitar...)
- ✓ Pérdida de interés por las cosas que antes le gustaban
- ✓ Cansancio o fatiga física inusual. Desmayos
- ✓ Dificultad de concentración

Transparencia 9 15

LAS CONDUCTAS DE RIESGO

Son conductas de búsqueda de sensaciones que pueden conllevar una alta probabilidad de consecuencias negativas sociales o personales a corto o medio plazo

Son muy frecuentes durante la adolescencia



Transparencia 9 16

LAS CONDUCTAS DE RIESGO: DIFERENCIAS

Cuando hablamos de conductas de riesgo, podemos referirnos a cosas diferentes:

BÚSQUEDA DE SENSACIONES
-Son conductas que no tienen por qué implicar necesariamente consecuencias negativas

CONDUCTAS DE RIESGO
-Son peligrosas, y con ellas el chico o la chica tiene muchas posibilidades de sufrir consecuencias negativas

CONDUCTAS TEMERARIAS
-Son muy peligrosas porque la persona tiene poco control sobre ellas, y por consiguiente, son muchas las posibilidades de sufrir consecuencias negativas.

Transparencia 9 17

LAS CONDUCTAS DE RIESGO I

Se vuelven muy frecuentes durante la adolescencia

Por la forma de pensar del chico o la chica adolescente: fábula personal

Por no ser conscientes de sus consecuencias a largo plazo

Por la presión del grupo de amigos o amigas.

Por el consumo de drogas

La peligrosidad de muchas de ellas depende de características individuales de los y las adolescentes y de las fuentes de apoyo con que cuenta

Transparencia 9 18

LAS CONDUCTAS DE RIESGO II

Aunque pueden conllevar consecuencias negativas, son a la vez una oportunidad de crecimiento para chicas y chicos





Forman parte del proceso de exploración necesario para madurar y construir una identidad personal basada en las decisiones propias y en el aprendizaje de los errores

Transparencia 9 19

PADRES Y MADRES ANTE LAS CONDUCTAS DE RIESGO

Para evitar la implicación de los y las adolescentes en conductas especialmente peligrosas pueden:

- 1) Ayudarles a analizar las posibles consecuencias negativas de determinados comportamientos
- 2) Presentarles actividades alternativas que, de forma menos arriesgada, generen excitación al mismo tiempo que facilitan el sentimiento de autonomía y competencia



Transparencia 9 20

¿QUÉ HEMOS APRENDIDO HOY?

- Las características de la depresión y del suicidio adolescente, sus consecuencias y las señales que como madres y padres deben alertarnos
- Las características de los principales trastornos de la alimentación, sus consecuencias y señales de alerta
- El significado de las conductas de riesgo durante la adolescencia. Sus aspectos positivos y negativos
- La importancia de acudir a un profesional en el caso de sospechar la existencia de un trastorno depresivo o de la alimentación

Transparencia 9 21



JUNTA DE ANDALUCÍA